

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
UZMANLIK DERNEKLERİ EŞGÜDÜM KURULU**

XIV. TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULTAYI

DÜZENLEYENLER

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ-UZMANLIK DERNEKLERİ EŞGÜDÜM KURULU
ve
ANKARA TABİP ODASI

YAYINA HAZIRLAYANLAR

Dilek ASLAN
Ali ÖZYURT

SEKRETARYA

Zeynep BİKE
Tel: (0312) 418 87 00
Fax: (0312) 418 77 94

İLETİŞİM

Ankara Tabip Odası
Mithatpaşa Cad. No:62/18 Kızılay – Ankara
ato@ato.org.tr

TASARIM: Cem TEMUÇİN
Sinan SOLMAZ

ISBN:978-605-5867-06-5

BASKI: Mattek Matbaacılık
Bas.Yay. Tan. San. Tic. Ltd. Şti
G.M.K. Bulvarı 83/23 Maltepe Ankara
Tel: 0.312. 229 15 02

ÖNSÖZ

İlki 24 Şubat 1994 tarihinde İstanbul'da yapılan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultaylarının onüçüncüsünü, Ankara Tabip Odasının ev sahipliğinde, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Abdülkadir Noyan Konferans Salonu'nda gerçekleştiriyoruz.

Bilindiği gibi, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayları İstanbul, Ankara ve İzmir illeri arasında dönüşümlü olarak yapılmaktadır. Bu Kurultaylar, uzmanlık eğitiminin bileşenleri olan Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, Eğitim Hastaneleri, Tabip Odaları ve Uzmanlık Dernekleri temsilcilerinin bir araya gelerek uzmanlık eğitimi ile ilgili güncel sorunları tartıştığı ve çözüm önerileri geliştirdiği bilimsel, mesleki etkinliklerdir.

Kurultay programı iki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, 28 Kasım 2008 tarihinde uzmanlık derneklerinden temsilcilerin katılımıyla, TTB-UDEK Çalışma Grupları Genel Kurulu'na ayrılmıştır. Altıncısını gerçekleştireceğimiz bu Genel Kurul'da, 1) Toplum Sağlığını Geliştirme, 2) Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi, 3) Bilimsel Araştırma, 4) Etik, 5) Sürekli Tıp Eğitimi/Sürekli Mesleki Gelişim, 6) İnsangücü Planlaması Çalışma Grupları'nın faaliyetleri gözden geçirilecek ve eylem planları tartışılacaktır. Çalışma Grupları tarafından hazırlanacak raporlar, ikinci günün son oturumunda sunulacaktır.

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi, yıllardan beri Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün iptal edilmeyen maddeleri ve henüz yenisi oluşturulamayan Tababet Uzmanlık Yönetmeliği ile sürdürülmeye çalışılmaktadır. Öte yandan, ülkemizde, son 10 yıllık sürece bakıldığında, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun Bakanlığın bürokratik bir organı gibi tanımlandığı, tıpta uzmanlık eğitiminin tümüyle Sağlık Bakanlığının yetkisine alınmak istendiği görülmektedir. Kurultayın ikinci gününün ilk oturumu, bu güncel ve önemli konuya, 'Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ve Sağlık' konusuna ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı, YÖK, TTB ve TTB-UDEK temsilcilerinin katılımıyla düzenlenen bu panelde, tıpta uzmanlık eğitiminin yasal çerçevesi farklı bakış açılarıyla ele alınacaktır.

İkinci günün bir diğer oturumunda, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB) E-Tıp Çalışma Grubu üyesi Prof. Dr. Peter M. Pattynama, 'E-Sağlık ve Uzaktan Eğitim' alanında ATUB perspektifini yansıtan bir konuşma yapacaktır. Bu oturumun ardından, aynı konu bir panelde, 'Uzaktan Eğitim', 'Uzaktan Konsültasyon', 'Uzaktan Raporlama' ve 'E-Sağlığın Hukuki Durumu' başlıkları altında ele alınacaktır.

İkinci günün son paneli, Ulusal Yeterlik Kurulu'nun (UYEK) çalışma alanlarına ayrıldı. UYEK, bilindiği gibi, yeterlik alanındaki çalışmalarda önemli bir yer tutan 'Ölçme-Değerlendirme', 'Program Geliştirme' ve 'Yeniden Belgelendirme' konularında Yeterlik Kurulları için yol gösterici nitelikte çalışmalar gerçekleştirmektedir. Bu konuların güncel gelişmeler ışığında tartışılacağı panelde, aynı zamanda da UYEK'in söz konusu çalışmalarından elde ettiği birikimini paylaşması hedeflenmektedir.

Çalıştayın üçüncü günündeki ilk oturum, 'Çalışma Ortamı ve Hekimin Sağlığı' konusunda yapılacaktır. Bu panelde, hekimlerin çalışma ortamı, 'Şiddet', 'Kimyasal Maddeler ve Laboratuvarlar', 'Radyasyon' ve 'Bulaşıcı Hastalıklar' başlıkları altında ele alınacak ve çalışma ortamını etkileyen bu durumların hekimlerin sağlığı üzerine olan etkileri irdelenecektir.

TTB-UDEK bünyesinde, 2006 yılından başlayarak, uzmanlık dernekleri arasında ortaya çıkan anlaşmazlıklara çözüm bulmak üzere, her anlaşmazlık konusu için, taraf olan uzmanlık derneklerinden temsilcilerin ve TTB-UDEK Yürütme Kurulu üyelerinin katılımıyla 'Uzmanlık Alanları Uzlaşi Kurulu' toplantıları yapılmaktadır. Bu çalışmalardan esinlenerek, üçüncü günün ikinci oturumunu, 'Cerrahi Uzmanlık Dallarında Kesişen Alanlar' olarak belirledik. Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Beyin Cerrahisi ve Ortopedi ve Travmatoloji dallarından uzmanlık derneklerinin temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilecek bu panelde, cerrahi uzmanlık dallarında 'kesişen alanlar'ın uzlaşi ve işbirliği ekseninde tartışılmasını hedefliyoruz.

Yeterlik Kurulları'nın önemli işlevlerinden biri, kurum ziyaretlerinin gerçekleştirilmesidir. UYEK, 2008 yılı içinde Yeterlik Kurullarından temsilcilerin katılımıyla Akreditasyon konusunda bir çalıştay gerçekleştirmiştir. Çalıştayda ortaya konan görüşlerden de yararlanılarak, Yeterlik Kurulları için rehber niteliğinde olan 'TTB-UDEK/UYEK Eğitim Kurumlarını Ziyaret Programının Esasları' metni hazırlanmıştır. Bu alandaki önemli bir gelişme, UYEK üyesi 4 Yeterlik Kurulunun ziyaret programlarını oluşturarak kurum ziyaretlerine başlamış olmalarıdır. Bu gelişmeleri dikkate alarak, kurum ziyaretlerinde bulunan Yeterlik Kurullarından biri olan Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu'nun bir eğitim kurumu ziyareti arandaki deneyimlerini Kurultay katılımcılarına paylaşılabilecek bir panel düzenledik. Eğitim kurumu ziyaretinin eğitici, asistan ve 'ziyaretçi' gözüyle ele alınacağı bu panelin, Yeterlik Kurullarının bu alandaki çalışmaları için yol gösterici olacağını düşünüyoruz.

Kurultayın son oturumunu, 'Asistan Gözüyle Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri'nin tartışılacağı ve Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu (AHEK) tarafından düzenlenen bir panel oluşturmaktadır. Bu

panelde, I. AHEK Kurultayı'nın sonuçları tartışılacak, Eğitim Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde uzmanlık eğitimi ve asistanların çalışma koşulları ele alınacaktır.

Eğiticiler, eğitilenler, uzmanlık dernekleri ve tabip odaları yöneticileri ve uzmanlık eğitimi alanına ilgi duyan meslektaşlarımızın katılımı ve değerli katkılarıyla gerçekleştireceğimiz Kurultayımızın başarılı geçmesini diliyorum.

Prof. Dr. Raşit TÜKEL

TTB-UDEK Başkanı

ÖNSÖZ

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitim, eğitim ortamı ve eğiticinin niteliğinden uzmanlık öğrencilerinin özlük haklarına kadar pek çok konuda sorunlar içermektedir. Ancak bu sorunlar arasında iyileşme yönünde atılımlar da olmaktadır. Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) bu atılımlarda öncülük yapan bir yapılanma olarak etkinliklerini sürdürmektedir. Tabip odaları, uzmanlık dernekleri, üniversiteler ve eğitim hastanelerinin katılımı ile gerçekleştirilen Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayları bu etkinliklerin en önemlilerindendir. Ankara Tabip Odası (ATO), bu etkinliğin ondördüncüsüne ev sahipliği yapmaktan onur duymaktadır.

Ankara'da uzmanlık eğitimi veren tıp fakülteleri ve eğitim-araştırma hastanelerinin varlığı ATO çalışmalarını uzmanlık eğitiminin her boyutu ve asistan hekimlerin özlük hakları konularında yoğunlaşmayı gerektirmektedir. Kurultay, çalışma ve birikimlerimizi paylaşmak için önemli bir fırsat olacaktır. Şüphesiz bu paylaşımlar bundan sonraki çalışmalar için de önemli bir katkı ve motivasyon sağlayacaktır. Programda yer alan tıpta uzmanlık eğitimi yönetmeliği tartışmalarının, hizmet hastanelerine dönüştürülmesi, eğitim ve araştırma hastanelerine eğitici atanması gibi gündemimize yerleşen konularda aydınlatıcı olacaktır. Kısa süre önce ATO deneyimi üzerinden de yakından takip ettiğimiz asistan hekim meslektaşlarımızın hastalarına müdahale ederken Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi bulaşması bize "çalışma ortamı ve hekim sağlığı" konusunun önemini bir kez daha gösterdi. Kurultayda bu konunun da tartışılması sağlık çalışanlarının sağlığı birimlerinin oluşturulması konusundaki çalışmalarımıza önemli katkı sağlayacağı görüşündeyim.

Bu kapsamlı programın oluşmasında geçmişten bu yana TUEK geleneğini sürdüren TTB-UDEK yapısı içinde emek verenlere, odamız tıp eğitimi ve asistan hekim komisyonlarına ve oda çalışanlarına, bizlere destek olan uzmanlık dernekleri ve tıp fakültelerine, değerli katkıları için konuşmacılara ve katılımcılara, teşekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. Gülriz ERSÖZ

Ankara Tabip Odası

Yönetim Kurulu Başkanı

İÇİNDEKİLER*

	Sayfa no
Önsöz	3
İçindekiler	6
Düzenleme Kurulu	7
Program	8
Konuşma Metinleri	11
Panel: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ve Sağlık	13
Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Yasal Çerçevesinin Tarihsel Gelişimi	13
Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği Hakkında TTB Görüşü	16
Konferans: e-Sağlık ve Uzaktan Eğitim: ATUB Perspektifi	24
Panel: e-Sağlık ve Uzaktan Eğitim	25
Uzaktan Raporlama	25
Teletıp ve Konsültasyon	28
Panel: UYEK	29
Klinik Eğitimde Ölçme- Değerlendirme	29
Program Geliştirme	39
Uzmanlık Alanlarında Yeniden Belgelendirme	41
Panel: Çalışma Ortamı ve Hekimin Sağlığı	43
Şiddet	43
Kimyasal Maddeler ve Laboratuvarlar	59
Hekim Sağlığı ve Radyasyon	61
Panel: Cerrahi Uzmanlık Dallarında Kesişen Alanlar: Uzlaş ve İşbirliği	65
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Tarafından Bakıldığında Uzlaş ve İşbirliği	65
Beyin Cerrahisi	71
Ortopedi ve Travmatoloji	74
Panel: Eğitim Kurumlarını Ziyaret: Bir Deneyim Paylaşımı	75
Eğitici Gözüyle Akreditasyon Süreci	75
Asistan Gözüyle Ziyaret Süreci ve Eğitimde Akreditasyon	77
Bir Ziyaretçinin Deneyimi	78
Panel: AHEK; Asistan Gözüyle Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri	79
I. AHEK Kurultayının Ardından	79
Eğitim Araştırma Hastanelerinde Asistan Hekimlerin Çalışma Koşulları	81
Üniversite Hastanesinde Çalışma Koşulları ve Uzmanlık Eğitimi	83
Bildiri Özetleri	85
TUEK Sonuç Bildirgeleri	111

*Konuşma metni düzenleme kuruluna ulaştırılan yazılar içindekiler bölümünde yer almıştır.

DÜZENLEME KURULU

BAŞKAN

Raşit TÜKEL

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

SEKRETERLER

Ali ÖZYURT

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

Dilek ASLAN

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

ÜYELER

Umut AKYOL

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

Sema ANAK

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

Yıldıray ÇETE

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

Mehmet DEMİRHAN

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

Ferda TOPAL

TTB-Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu

Önder OKAY

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

Ayşegül BİLEN

İstanbul Tabip Odası

Harun BALCIOĞLU

Ankara Tabip Odası

Erdener ÖZER

İzmir Tabip Odası

İskender SAYEK

TTB Merkez Konseyi

Semih TATLICAN

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

Mustafa ÜNLÜ

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

BİLİMSEL KURUL

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

TTB-UDEK Ulusal Yeterlik Kurulu

TTB-UDEK Üyesi Uzmanlık Dernekleri

PROGRAM

TTB - UDEK ÇALIŞMA GRUPLARI VI. GENEL KURULU*
28 Kasım 2008 - Cuma

08:30 - 09:00	Kayıt
09:00 - 09:15	Açılış
09:15 - 09:45	TTB-UDEK Çalışma Grupları ve Eylem Planlarının Gözden Geçirilmesi
09:45 - 10:00	Çay-Kahve Arası
10:00 - 12:30	TTB-UDEK Çalışma Grupları Toplantıları
Salon I:	Bilimsel Araştırma Çalışma Grubu
Salon II:	Etik Çalışma Grubu
Salon III:	İnsangücü Planlaması Çalışma Grubu
Salon IV:	Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi Çalışma Grubu
Salon V:	Sürekli Tıp Eğitimi / Sürekli Mesleki Gelişim Çalışma Grubu
Salon VI:	Toplum Sağlığını Geliştirme Çalışma Grubu
Salon VII:	ATUB TTB Temsilcisi ve ATUB Dernek Temsilcileri IV. Toplantısı
12:30-13:00	Yemek Arası
13:00-14:00	Çalışma Grupları Raporlarının Sunumu

*Sadece derneklerin çalışma grupları temsilcilerine açıktır. Salonlar Genel Kurul sürecinde ilan edilecektir.

PROGRAM
XIV. TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULTAYI
29 Kasım 2008 - Cumartesi

08:00 - 09:00 Kayıt

09:00 - 09:30

Sinevizyon Gösterisi

Açılış Konuşmaları

Prof. Dr. Gençay Gürsoy TTB Merkez Konseyi Başkanı

Prof. Dr. Raşit Tükel TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Gülriz Ersöz Ankara Tabip Odası Başkanı

09:30 - 11:30 Panel

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ve Sağlık

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Gençay Gürsoy, As. Dr. Betül Yılmaz

Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Yasal Çerçevesinin Tarihsel Gelişimi:

Prof. Dr. Raşit Tükel - TTB-UDEK

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği Hakkında TTB Görüşü:

Prof. Dr. İskender Sayek - TTB Merkez Konseyi

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği Hakkında YÖK Görüşü:

Prof. Dr. Bülent Zülfiyar - YÖK Üyesi

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği Hakkında Sağlık Bakanlığı Görüşü:

Prof. Dr. Safa Kapıcıoğlu - S.B. Sağlık Eğitimi Genel Müdürü

11:30-12:00 Çay-Kahve Arası

12:00-12:30 Konferans

e-Sağlık ve Uzaktan Eğitim: ATUB perspektifi

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Umut Akyol, As. Dr. İsmail Gönen

Prof. Dr. Peter M. Pattynama

ATUB Radyoloji Seksiyonu Başkanı, Erasmus Üniversitesi Tıp Merkezi

ATUB e-Tıp Çalışma Grubu

12:30-13:30 Yemek

13:30-15:00 Panel

e-Sağlık ve Uzaktan Eğitim

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Mustafa Ünlü, As. Dr. Halis Yerlikaya

Uzaktan Eğitim:

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı - Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji AD

Uzaktan Konsültasyon:

Prof. Dr. Oğuz Söylemezoğlu- Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Uzaktan Raporlama:

Prof. Dr. Oğuz Dicle - Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fakültesi Radyoloji AD

Türkiye'de e-Sağlığın Hukuki Durumu:

Av. Ziyne Özçelik - TTB Hukuk Bürosu

15:00- 16:30 Panel

UYEK Paneli

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Tolga Dağlı, As. Dr. Sadık Çayan

Ölçme- Değerlendirme:

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ali Gürpınar - Marmara Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

Program Geliştirme:

Yrd. Doç. Dr. Hatice Şahin - Ege Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

Yeniden Belgelendirme:

Prof. Dr. Mehmet Demirhan - İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ortopedi ve Travmatoloji AD

16:30-16:45 Çay-Kahve Arası

16:45- 18:00 TTB-UDEK Çalışma Grupları Raporlarının Sunumu

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Sema Anak, Doç. Dr. Dilek Aslan

PROGRAM

XIV. TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULTAYI
30 Kasım 2008 - Pazar

09:00-10:30 Panel

Çalışma Ortamı ve Hekimin Sağlığı

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Gülriz Ersöz, As. Dr. Umut Dalgıç

Şiddet:

Yrd. Doç. Osman Elbek - Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları AD

Kimyasal Maddeler ve Laboratuvarlar:

Doç. Dr. Alp Usubütün - Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Patoloji AD

Radyasyon:

Prof. Dr. Suna Kırac - Pamukkale Üniv. Tıp Fak. Nükleer Tıp AD

Bulaşıcı Hastalıklar:

Doç. Dr. Alpay Azap - Ankara Üniv. Tıp Fak. Enfeksiyon Hast. AD

10:30-10:45 Çay-Kahve Arası

10:45-12:30 Panel

Cerrahi Uzmanlık Dallarında Kesişen Alanlar: Uzlaş ve İşbirliği

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ülkü Bayındır, As. Dr. Ayşe Gültekinil

Genel Cerrahi:

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu - Türk Cerrahi Derneği Genel Sekreteri

Plastik Cerrahi:

Prof. Dr. Figen Özgür - Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Derneği II. Başkanı

Beyin Cerrahisi:

Doç. Dr. Etem Beşkonaklı - Türk Nöroşirurji Derneği Başkanı

Ortopedi ve Travmatoloji:

Prof. Dr. Ufuk Aydınli - Uludağ Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji AD

12:30-13.30 Yemek Arası

13:30-15.00 Panel

Eğitim Kurumlarını Ziyaret: Bir Deneyim Paylaşımı

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Sadık Kılıçturgay, As. Dr. Civan Tiryaki

Eğitici Gözüyle Ziyaret Süreci:

Prof. Dr. Halil Özgüç - Uludağ Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi AD

Asistan Gözüyle Ziyaret Süreci:

As. Dr. Hikmet Aktaş - Uludağ Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi AD

"Ziyaretçi" Gözüyle Ziyaret Süreci:

Prof. Dr. Ragıp Çam - Ankara Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi AD

15.00-15.15 Çay-Kahve Arası

15.15-16:45 Panel

AHEK Paneli: Asistan Gözüyle Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Oturum Başkanları: Uzm. Dr. Eriş Bilaloğlu, As. Dr. Berivan Tunca

I. AHEK Kurultayının Ardından:

As. Dr. Ferda Topal - Ankara Üniv. Tıp Fak. Histoloji ve Embriyoloji AD

Eğitim Hastanesinde Çalışma Koşulları ve Uzmanlık Eğitimi:

As. Dr. Berivan Tunca - Okmeydanı Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği

Üniversite Hastanesinde Çalışma Koşulları ve Uzmanlık Eğitimi:

As. Dr. Ayşe Gültekinil - Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

16:45-17:30 XIV. TUEK Bildirisinin Okunması ve Kapanış

Oturum Başkanları: Uzm. Dr. Ali Özyurt, As. Dr. Muharrem Geçene

KONUŞMA METİNLERİ

PANEL: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ve Sağlık**TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNİN YASAL ÇERÇEVESİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ**

Prof. Dr. Raşit TÜKEL

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Başkanı

Tüzüklerin Kısa Tarihçesi

Cumhuriyet döneminin ilk tüzüğü, 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 9. maddesi gereğince hazırlanan ve 8 Mayıs 1929 tarihinde yürürlüğe giren "Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname"dir. İkinci tüzük, "Tababet Uzmanlık Belgeleri Tüzüğü" adıyla 24 Temmuz 1947 tarihinde çıkarılmıştır. Sonraki yıllarda, 28 Aralık 1955 tarihinde "Tababet İhtisas Nizamnamesi", 2 Haziran 1961 tarihinde "Tababet İhtisas Tüzüğü", 17 Ağustos 1962 tarihinde "Tababet Uzmanlık Tüzüğü" yürürlüğe girmiştir. 5 Nisan 1973 tarihinde ise, Cumhuriyet döneminin en uzun süre yürürlükte kalan tüzüğü olan "Tababet Uzmanlık Tüzüğü" çıkarılmıştır.

Yeni Bir Tüzük Oluşturma Çalışmaları

Yeni bir tüzük oluşturma çalışmalarının başlangıcı, 90'lı yılların ortalarına, Türk Tabipleri Birliği-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun (TTB-UDEK) kurulduğu tarihe kadar gitmektedir. Tüzük oluşturma çalışmalarında en önemli gelişme, 1997 yılının Temmuz ayında yaşanmıştır. Bu tarihte, Danıştay'ca onaylanarak Başbakanlığa gönderilen Tüzük taslağında; Tıpta Uzmanlık Kurulu ve altındaki komisyonlarda Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) ve TTB'nin üçte birlik kuvvet eşitliği ilkesine göre temsil edilmesi; kurul ve komisyonların başkan ve başkan vekillerinin üyeler tarafından seçilmesi hükümlerine yer verilmiştir. 12-14 Şubat 1999 tarihlerinde Kızılcahamam'da yapılan ve Sağlık Bakanlığı, YÖK ve TTB temsilcilerinin katıldığı bir toplantıda, Tüzük üzerine yapılan tartışmalar Temmuz 1997 metni üzerinde görüş birliğinin sağlanmasıyla sonuçlanmıştır. Toplantıda, Sağlık Bakanlığı bürokratları, Personel Genel Müdürünün Tıpta Uzmanlık Kurulu'nda yer alması gerektiğini ileri sürmüşler, uzun tartışmalar sonrasında bu önerilerini geri çekmişlerdir. Ancak, toplantının hemen sonrasında çıkarılan 4 Mart 1999 tarihli Tıpta Uzmanlık Tüzüğü Tasarısında Bakanlık Müsteşarı ve Personel Genel Müdürüne Tıpta Uzmanlık Kurulu üyeleri arasında yer verilmiş; bir anlamda uzlaşmanın bozulmasının ilk adımı atılmıştır. Sonraki yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından ortaya atılan her yeni tüzük tasarısı taslağında üzerinde uzlaşma sağlanmış olan metinden biraz daha uzaklaşmıştır. Kurul ve komisyonlarda üçte bir oranında temsil edilen TTB, sadece bir üye ile temsil edilmeye başlanmış; Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun bileşimi Sağlık Bakanlığı lehine bozulmuştur. Sonuçta, ilk kez TTB-UDEK faaliyetleri kapsamında bir tüzük taslağının hazırlanmasıyla başlayan süreç, Sağlık Bakanlığı, YÖK ve TTB-UDEK ekseninde yapılan görüşmelerle yıllarca sürdükten sonra, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün, 17. taslağın ardından, 19 Haziran 2002'de Sağlık Bakanlığı'nın tek tarafı olarak belirlediği bir kapsamda yürürlüğe girmesiyle sonuçlanmıştır.

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ve Yasal Süreç

2002 tarihli Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve bu kurulun altında çalışan Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ve Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonları yer almıştır. Yeni düzenlemeye göre, kurul ve komisyonlarda yer alan üyelerin çoğunluğunu Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından atanmışlar oluşturmakta, TTB ise bu organlarda sadece birer üye ile temsil edilmektedir. Tüzükte, Tıpta Uzmanlık Kurulu'na Bakanlık Müsteşarı veya yapılacak ilk toplantıda üyeler arasından seçilecek başkan vekilinin başkanlık edeceği belirtilmiştir. Üzerinde önemli yetkileri toplayan Tıpta Uzmanlık Kurulu ve altındaki komisyonların, gündelik politiklardan uzak, bağımsız, demokratik bir işleyişin hakim olduğu bir yapılanma içinde olmaları beklenirken, söz konusu Tüzüğün bunları sağlamaktan uzak olduğu görülmüştür.

Yürürlüğe girmesinin ardından, Tüzük hakkında çok sayıda dava açılarak, hem Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun yasa ile düzenlenmesi konusunda hem de ekli çizelgede bulunan bazı uzmanlık ana dalları ve yan dalları ile ilgili olarak çeşitli iptal kararları verilmiştir.

Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği tarafından açılan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile ilgili davaya ilişkin Danıştay kararında, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun gerek oluşumu gerekse görevleri itibarıyla 'sürekli kurul' özelliğinde olduğu; Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılan düzenleyici bir idari işlem niteliğindeki Tüzük ile, kanunda yer almayan sürekli kurul oluşturulmasına ve kanunla kurulmayan böyle bir kurula, kanunla düzenleme yapılması gereken hususlarda düzenleme yapma yetkisi tanınmasına hukuken olanak bulunmadığı belirtilmiştir. Kısaca, Danıştay, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun Tüzükle değil, yasayla kurulması gerektiğinden hareketle, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun geçtiği tüzük maddelerinin yürütmelerinin durdurulması istemini oyçokluğu ile kabul etmiştir. Danıştay, Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu ve Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonlarının yürütmelerinin durdurulması istemini ise, iki üyenin aleyhte oy kullanmasına karşın oy çokluğu ile reddetmiştir.

Danıştayın yürütmesinin durdurulması istemini kabul ettiği bir diğer madde, yan dal uzmanlığı ile ilgili geçici 6. maddedir. Geçici 6. Maddeye göre, yeni oluşturulan yan dalların bağlı bulunduğu ana dal uzmanları, o yan dalda en az 5 yıl süreyle çalışmış olmaları ve bu çalışmalarını gösteren belgelerle Tüzüğün yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 6 ay içinde başvurmaları halinde, Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından değerlendirilecek ve çalışmaları yeterli görülenlere Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenecek olan yan dal uzmanlığı belgesi verilecektir. Danıştayın bu maddeye ilişkin yürütmeyi durdurma kararının gerekçesi, ana dal uzmanlarına Tüzüğün geçici 6. maddesiyle tanınan ayrıcalığın uzmanlığın kazanılmasına etken olan eğitim süreci ve başarılı olma özellikleriyle çelişiyor olması olarak belirtilmiştir. Danıştay, bu geçici maddede tanımlanan yan dal uzmanlığı alınması sürecini anayasal eşitlik ilkesine aykırı bulmuştur.

Danıştay'ın, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alan Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun, sürekli kurul olması nedeniyle yasayla kurulması gerektiğini gerekçe göstererek yürütmesini durdurma yönündeki kararı, bu konuda yeni yasal düzenlemelerin yapılmasını zorunlu hale getirmiştir.

İptal kararlarından sonra 2005 yılı Mayıs ayında Başbakanlık tarafından Danıştay Başkanlığı'na incelenmek üzere Tıpta Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı sunulmuştur. Bu tasarıda en dikkat çekici yön, Tıpta Uzmanlık Kurulu yerine, tavsiye kararları almak ve danışma işlevi görmek üzere bir Bakanlık organı gibi tanımlanmış olan Tıpta Uzmanlık Üst Komisyonu'na yer verilmiş olmasıdır.

24 Nisan 2006 tarihinde Danıştay 1. Dairesi'nde, ilgili tarafların katılımıyla Tıpta Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı üzerine bir toplantı yapılmıştır. Ancak, görüşmeler, Sağlık Bakanlığı'nın gerek YÖK, gerekse TTB ile Tüzük Tasarısı üzerinde, özellikle de Kurul ve Komisyonların işlevleri ve yapılanması konularında bir uzlaşmaya yanaşmaması nedeniyle tıkanma noktasına gelmiştir. Danıştay 1. Dairesi'nin Sağlık Bakanlığı temsilcisine yönelik yaptığı uzlaşın çağrısıyla biten ilk toplantının ardından, 15 Mayıs 2006 tarihinde yapılan ikinci toplantıdan da bir sonuç alınamamıştır.

Bu toplantıların sonrasında, 2006 yılı Mayıs ayında, Danıştay 1. Dairesi, Tüzük tasarısını; tıpta uzmanlık eğitiminde eğitim boyutunun üniversitelere ait olduğu, Sağlık Bakanlığı'nın esasen sağlık hizmeti sunumu ile yetkili olduğu, meslek örgütünün de içinde olduğu bütün tarafların kendi yetki alanları ile ilgili bir araya gelerek bir düzenlemenin yapılması gerektiği, tasarının Anayasa'ya aykırı olduğu, ayrıca Tıpta Uzmanlık Kurulu için yasal düzenleme gerektiğine ilişkin yargı kararı bulunduğu gerekçesi ile reddetmiştir.

Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Yeni Bir Dönem: Tüzük Yerine Yönetmelikle Düzenleme

Mart 2007'de kabul edilen 5614 Sayılı Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 4. maddesi ile 1219 sayılı yasada yapılan bir değişiklikle, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun oluşumu ve görevleri tanımlanmıştır. Bilimsel ve özerk olması beklenen bu kurulda, üyelerin çoğunluğunu Sağlık Bakanlığı tarafından atananlar oluşturmakta, TTB yine bir üye ile temsil edilmektedir. Ayrıca, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun başkanı Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olup, kurul üyeleri arasında Müsteşar dışında ilgili genel müdür ve 1. Hukuk Müşaviri yer almaktadır. Aynı yasada, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun çalışması ve uzmanlık eğitimi ile ilgili usûl ve esasların Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanıp Bakanlar Kurulu'nca yürürlüğe konulacak yönetmelikle düzenleneceği ve bu yönetmelik yürürlüğe konuluncaya kadar, mevcut düzenlemelerin uygulanmasına devam edileceği belirtilmiştir. Bu düzenleme, 5 Nisan 2007 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Söz konusu yasanın hazırlanış aşamasında gerek TTB gerekse YÖK Başkanlığı'nın Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun oluşumu ve görevlerine ilişkin görüşleri dikkate alınmamıştır. Bu yasal değişiklikle tıpta uzmanlık eğitiminin tüzük yerine yönetmelikle düzenlenecek olması, tüzüğün çıkması için tarafların uzlaşmasını şart

koşan Danıştay'ı sürecin dışında bırakmış; Sağlık Bakanlığı'nı tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili düzenlemelerde ve bu alana ilişkin iş ve işlemleri yürütmeye tek yetkili konumuna getirmiştir.

Yapılan yasal değişikliğin Anayasaya aykırı olduğu gerekçesi ile CHP tarafından Anayasa Mahkemesine iptal davası açılmış olup dosyanın Anayasa Mahkemesi tarafından gündeme alınıp görüşülmesi beklenmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nda Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği Taslağı üzerine olan görüşmeler sürdürülmektedir.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Nasıl Düzenlenmeli?

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi, yıllardan beri Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün iptal edilmeyen maddeleri ve henüz yenisi oluşturulamayan Tababet Uzmanlık Yönetmeliği ile sürdürülmeye çalışılmaktadır. Ayrıca, esasen sağlık hizmetinin sunumu ile yetkili olan Sağlık Bakanlığı'nın, tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili düzenlemelerde tek söz sahibi olma konumuna gelmesi, Anayasa'ya aykırı olması dolayısıyla ciddi sakıncalar içermektedir. Anayasanın 130. maddesi, yükseköğretimin üniversiteler tarafından verileceğini belirlerken; Anayasanın 131. maddesi yükseköğretimi planlama, düzenleme, yönetme ve denetlemeyi YÖK'ün görevleri arasında sayar. Anayasanın 56. maddesi ise, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerindeki rolünü, sağlık kuruluşlarının tek elden planlanıp hizmet vermesini sağlamak ve onları bu kapsamda denetlemek olarak tanımlamıştır. Anayasa'nın 135. maddesi uyarınca hekimleri temsil eden meslek örgütü olan ve 6023 sayılı yasa ile de tıpta uzmanlık eğitiminde hekimlerin daha iyi mesleki gelişimini ve bu gelişimin toplum yararına sürdürülmesini sağlamak sorumluluğunda olan Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Bakanlığı ve YÖK ile birlikte tıpta uzmanlık eğitiminin üç önemli ayağından biridir.

Tıpta uzmanlık eğitiminin bir yükseköğretim olduğu, Sağlık Bakanlığı'nın asli işlevinin de tıp eğitimi düzenlemek olmadığı açıktır. Son düzenlemelerde, tıpta uzmanlık eğitiminin bir yükseköğretim olma özelliği göz ardı edilmiş; Sağlık Bakanlığı, yetkilerini Anayasal ilkelere uygun olarak tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili diğer kuruluşlarla eşgüdümlü biçimde kullanmak yerine, yükseköğretim ile ilgili bir alanda asıl yetkili kurum olarak tanımlanmıştır.

Ülkemizde, son 10 yıllık sürece bakıldığında, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun Bakanlığın bürokratik bir organı gibi tanımlandığı, tıpta uzmanlık eğitiminin tümüyle Sağlık Bakanlığı'nın yetkisine alınmak istendiği açık olarak görülmektedir. Tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili tüm süreçlerin belirleneceği Yönetmeliğin çıkartılmasında sadece Sağlık Bakanlığı ve Bakanlar Kurulu'nun yetkili olması, YÖK ve TTB'yi devre dışı bırakırken, tıpta uzmanlık eğitiminin gerektirdiği bilimsel ve idari özerklik de ortadan kaldırılmaktadır. Tıpta uzmanlık eğitimi, yönetmelik gibi her an değiştirilebilir bir düzenleme ve bürokratik bir yapılanmayla değil, Sağlık Bakanlığı, YÖK ve TTB'nin yetki alanlarının gözetildiği, eşit temsile dayalı kurullar oluşturularak, bilimsel ölçütleri temel alan ve nitelikli eğitimi hedefleyen çağdaş bir anlayışla düzenlenmelidir.

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ HAKKINDA TTB GÖRÜŞÜ*

Prof. Dr. İskender SAYEK

TTB Merkez Konseyi Üyesi

**Bu metin yazarların ve editörlerin izniyle TTB-UDEK Bülteninde yer alan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmelik Taslağı: TTB Çalışmaları ve Görüşleri yazısından aynen alınmıştır (Sayek İ, Özçelik Z. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmelik Taslağı: TTB Çalışmaları ve Görüşleri TTB-UDEK Bülteni 2008; 3:24-32)*

A. Giriş

Sağlık Bakanlığı, 11 Temmuz 2008 Cuma günü, "Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmelik Taslağı"nı Tıpta Uzmanlık Kurulu üyelerine göndermiş ve 14 Temmuz 2008 pazartesi günü Kurul toplantısına çağırmıştır.

Tıpta Uzmanlık Kurulu'nda Türk Tabipleri Birliği temsilcisi olan Prof. Dr. İskender Sayek, TTB adına kurumsal görüşleri sunabilmek için süre istemiştir. UDEK tarafından 16 Temmuz 2008 günü taslak uzmanlık demeklerine gönderilmiştir.

Taslak, Türk Tabipleri Birliği tarafından bölgelerinde Eğitim ve Araştırma Hastanesi bulunan bütün tabip odalarına da gönderilerek görüş istenmiştir. Sürenin kısıtlılığına rağmen çok sayıda uzmanlık derneği tarafından taslak hakkında yazılı görüş iletilmiştir.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, UDEK Yürütme Kurulu ve Tabip Odaları temsilcilerinden oluşan bir kurul tarafından 26 Temmuz 2008 günü İstanbul'da taslakla ilgili toplantı yapılmıştır. Gelen bütün yazılı görüşler değerlendirilmiştir. TTB'nin bu alanda uzun yıllardır oluşturduğu birikimi ve iletilen görüşler ışığında taslağa ilişkin TTB önerileri belirlenmiştir.

Bu görüşler, 30 Temmuz 2008 günü yapılacak olan ikinci Tıpta Uzmanlık Kurulu toplantısından önce 27.07.2008 günü bütün Kurul temsilcilerine gönderilmek üzere Sağlık Bakanlığı'na iletilmiştir. Oluşturulan görüşlerde birçok maddeye ilişkin değişiklik ya da ek düzenleme önerileri yer almıştır. Ancak bu kapsamdaki bir çalışma için zamanın olağanüstü darlığı nedeniyle önerilen bütün düzenlemeler metin haline getirilememiştir.

Bu nedenle TTB görüşlerinin bütün detayları içermediği, sürenin kısıtlılığı göz önünde bulundurularak bu önerilerin üzerinde çalışmaların sürdürüleceği, yeni düzenlenme önerileri ile ek düzenleme önerilerinin gerekçeleri ile birlikte daha sonra sunulacağı belirtilmiştir.

Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından Ağustos 2008'de üçüncüsü yapılan toplantıda taslak ekli çizelgelere kadar gözden geçirilmiştir. Son toplantının Ekim ayında yapılacağı belirtilerek bu toplantı öncesi TTB'nin düzenlenmesini önerdiği konularda önerilerini Kurula ilemesi kararlaştırılmıştır.

Önümüzdeki dönemde üzerinde çalışacağımız düzenleme önerilerine ilişkin katkıların alınabilmesi ve yansıyan görüşlerin neler olduğunun paylaşılması amacıyla aşağıda Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun ikinci toplantısı öncesinde Sağlık Bakanlığı'na iletilen görüşler almaktadır.

B. TUEY Taslağı Hakkındaki TTB Görüşleri

Tıpta uzmanlık eğitiminin ortak kural ve koşullarını bütünsellik içinde belirleyen bir düzenlemeye ülkemiz tıp ortamı uzun süredir gereksinim duymaktadır. Türk Tabipleri Birliği (TTB) olarak bu nedenle, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği hazırlıklarının olabildiğince hızlı bir şekilde olgunlaştırılıp yürürlüğe konulmasını önemseyişimizi ifade etmek isteriz.

TTB tarafından 1994 yılından buyana düzenlenen ve tıp eğitiminin bütün taraflarının katıldığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultaylarında olgunlaştırılan görüşlerin bir bölümünün Yönetmelik taslağında yer alması memnuniyetle karşılanmıştır.

Taslağın Yönetmelik olarak yürürlüğe konulmadan önce kimi eksikliklerinin giderilmesi, kimi hükümlerinin ise geliştirilmesi uygulanabilir bir düzenleme olması açısından önem taşımaktadır. Özellikle de tüm tarafların katılımı ile bir uzlaşma içerisinde bunun sağlanması önemlidir.

Yönetmelik Taslağı, Birliğimiz tarafından, TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu(TTB-UDEK) ve çatısı altındaki bütün uzmanlık ve yan dal uzmanlık dernekleri ve tabip odalarıyla paylaşılmıştır. Tarafımıza verilen sürenin oldukça kısa olması ve tatil dönemi olmasına karşın çok sayıda kuruluş yazılı görüşlerini göndermiştir. Bu görüşler, TTB- UDEK üyeleri ve bölgelerinde Eğitim ve Araştırma Hastanesi bulunan tabip odası temsilcilerinin katılımı ile yapılan bir toplantıda Merkez Konseyi ile birlikte değerlendirilmiş ve aşağıda yer alan görüş ve önerilerin iletilmesine karar verilmiştir.

C. Genel Değerlendirme

1- Öncelikle belirtmeliyiz ki; tıpta uzmanlık eğitimi alanında temel ilkelerin ayrıntılı bir biçimde yönetmelik yerine yasa veya tüzük olarak düzenlenmesi gerekirdi. Esas işlevi kural koymak değil üst normların uygulanmasını göstermek olan yönetmeliklerin sık sık değiştirilebilmesi hukuki güvenlik ve istikrar gereksinimlerini zedeleyeceği gibi yasal düzenleme gerektirebilecek kimi konulara da yanıt vermesi olanağı bulunmamaktadır. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Yasa'nın 9. maddesinde 28 Mart 2007 günü kabul edilen 5614 sayılı Yasa ile yapılan değişiklik bu gereksinimi karşılamaktan uzaktır. Çünkü bu düzenleme Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun oluşumu ve işleyişi ile sınırlı olarak yapıldığı gibi tıpta uzmanlık eğitiminin bilimsel ve idari özerlik gerektiren özelliğini göz ardı etmiştir. Yasanın Yükseköğretim Kurulu ile Türk Tabipleri Birliğinin bu alandaki işlevini önemli ölçüde sınırlandıran ve gereksinime yanıt vermeyen hükümlerine yönelik görüşlerimizi her aşamada ilettiğimiz için sadece anımsatmayı yeterli görüyoruz.

2- Taslakta isim "Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği" olarak belirtilmiştir. Esasen tıpta uzmanlık eğitimi; uzmanlık eğitimi gören hekimleri, uzmanlık eğitimi vermeye yetkili kılınan kurumları ve uzmanlık eğitimi verecek eğitim sorumluları ile bütünlük arzeden bir eğitim sürecidir. Bu yönetmeliğe verilen isim kapsamı ifade etmekle birlikte, 1219 sayılı Yasanın 1928 yılında kabulünden itibaren çıkarılan tüzük ve uygulama yönetmeliklerinin yerleşik hale gelmiş isimlerine uygun olarak adlandırılması sürekliliğin sağlanması ve kolay kavranması açısından yerinde olacağını düşünüyoruz. Bu nedenle bu yönetmeliğe **"Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği"** isminin verilmesi daha uygun olacaktır.

3- Yönetmelikte tıpta uzmanlık eğitimi kavramının karşılığı olan kimi düzenlemeler yapılmamış ya da eksik bırakılmıştır. Yukarıda da ifade ettiğimiz gibi tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili bütün konuların yönetmelik kapsamında düzenlenmesi gerekir. Bu kapsamda eğitim sorumluları ile ilgili bölümler başta olmak üzere, eğitim gören asistanların haklarına, eğitim ile yakından ilişkisi olan sağlık hizmetinin uygulanmasına, kurumların asgari niteliklerine ilişkin hükümlerin bazıları hiç düzenlenmemiştir. Bazıları ise eksiktir. Yönetmeliğin maddelerinin değerlendirmesine geçtiğimizde bu konulara ayrıca değinilecektir.

4- Yönetmelikte tıpta uzmanlık eğitiminin Sağlık Bakanlığı dışında kalan taraflarının bu eğitim alanının düzenlenmesine, planlanmasına ve denetlenmesine katılımları oldukça sınırlandırılmıştır. Bu durum demokratik işleyiş gereksinimine uygun olmadığı gibi özellikle Avrupa Tıp Uzmanları Birliğinin uluslararası uygulamalarına da aykırı düşmektedir.

Bilindiği üzere tıpta uzmanlık eğitimi, tıp fakültesi eğitiminden sonra yapılan ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretimdir. Bu süreçte üç kurumun yetki alanları bulunmaktadır. Bu üç kurum Yüksek Öğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı ve Türk tabipleri Birliğidir. Bu süreçte bu üç kurumun her birinin sorumlulukları farklıdır.

Anayasa'nın 130 ve 131. maddeleri uyarınca yükseköğretimin planlaması, düzenlemesi, yönetmesi, denetlemesi, eğitim ve bilimsel araştırma faaliyetlerini yönlendirmesi görevlerinin Yüksek Öğretim Kuruluna verilmesi nedeniyle, tıpta uzmanlık eğitiminin bir bütün olarak planlanması ve uygulanması sürecinde yükseköğretim kurumlarının tartışılmaz yetkisi bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, Anayasa'nın 56. Maddesinde tanımlanan sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini sağlama ve onları bu kapsamda denetleme rolü nedeniyle bu yetkisi bulunmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği bu sürecin öznesi olan hekimleri Anayasa'nın 135. maddesi uyarınca temsil eden meslek örgütüdür. 6023 sayılı yasa ile de tıpta uzmanlık eğitiminde hekimlerin daha iyi mesleki gelişimini sağlamak, bu gelişimin toplum yararına sürdürülmesini sağlama sorumluluğu ile yükümlüdür.

Öte yandan, Avrupa Komisyonu'nun mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınmasına ilişkin 2005/36/EC direktifinde meslek örgütlerinin mesleki yeterlilikler için standartlar ve ölçütler belirlemek konusundaki süreçlere katılımı özellikle vurgulanmıştır. İlgili direktifin dibacesinin 34. maddesi ve direktifin 15/II maddesi meslek örgütlerine Komisyon'un oluşturacağı standartların oluşum sürecinde katılımını getirmekte ve oluşumdan sonra da gözden geçirilmesini ve değiştirilmesini talep yetkisi vermektedir. Bu direktiften önce kabul edilmiş olan 75/362/EEC ve 75/363/EEC direktifleriyle tıp alanında mesleki yeterlilik temel ölçütlerinin belirlendiği süreçte meslek örgütlerinin Avrupa Birliği kurumları tarafından, yetkin ve sürece içerilmesi gereken yapılar olarak benimsendiği görülmektedir. Nitekim Avrupa Topluluğu Tabipler Daimi Komitesi, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği, Avrupa Pratisyen Hekimler Birliği gibi Avrupa düzeyindeki yapılar ve temsil ettikleri ulusal düzeydeki meslek örgütleri tıp alanında ölçütler belirleyerek, bunları karar alma süreçlerinde ortaya koymak açısından aktif kurumlar olmuşlardır. Bugün Avrupa Birliği düzeyinde ve tıp alanında mesleki yeterlilikler konusunda geline nokta bu meslek kuruluşlarının çabaları ve katılımları sayesinde mümkün olmuştur.

Belirttiğimiz gereksinimler nedeniyle yönetmelikte tanımlanan kurul ve komisyona tıp eğitiminin tarafları olan kurumların eşit oranda temsilci ile katılımları düzenlenmelidir. Bildiğiniz gibi Tıpta Uzmanlık Kurulunda Türk Tabipleri Birliği sadece bir üye ile temsil edilmektedir. Bu temsiliyeti buna paralel olarak artırılmalıdır. Aşağıda maddelere ilişkin bölümlerde önerilerimiz somutlaştırılacaktır.

D. TUEY İçeriği İle İlgili Değerlendirme

1- Tanımlar Başlıklı 4. Madde ile ilgili:

Tıpta uzmanlık eğitiminin diğer taraflarının yanında meslek kuruluşlarına da tanımlarda yer verilmelidir. Tanımlar bölümünde sadece eğitim sorumlularının kimler olduğuna değinilmesi, eğitim sorumluları ile ilgili bölümde ise niteliklerinin ayrıntıları ile tanımlanmasının yönetmeliğin sistematığı açısından daha uygun olacağı düşünüldüğü için aşağıdaki düzenleme önerileri yapılmıştır;

"TTB: Türk Tabipleri Birliği

TDB: Türk Diş Hekimleri Birliği

Uzmanlık Öğrencisi: Bu Yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören, asistan ve araştırma görevlisi kadrolarına atanan hekimleri,

Eğitim sorumluları;

1) Tıp Fakültelerinde: Anabilim Dalı Başkanı, Profesör, Doçent, Yardımcı doçent .

2) Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde: Koordinatör klinik veya laboratuvar şefi, klinik veya laboratuvar şefi, klinik şef yardımcısı, başasistan"

2- Tıpta Uzmanlık Kurulunun oluşumu ile ilgili:

Taslakta ikinci bölüm "Uzmanlık Kurul ve Komisyonları" üst başlığı ile başlamasına rağmen başlıktan sonra gelen ilk düzenleme "Tıpta Uzmanlık Kurulu Sekreteryasının" oluşumu ve işleyişi ile ilgilidir.

Oysa tarafların, yönetmelikte tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili bütün düzenlemeleri bütünlüklü bir biçimde görüp, bilebilmesi, uygulamaya katılabilmesi, haklarını kullanabilmesi için önem taşımaktadır. Bu nedenle 1219 sayılı Yasa da düzenlenmekle birlikte bir çok konunun da diğer üst normlarda yer almasına rağmen burada bütünsel bir biçimde yer aldığı dikkate alınarak, Tıpta Uzmanlık Kurulunun oluşumuna ilişkin hükümlere Yönetmelikte yer verilmesi yerinde olacaktır.

Tıpta Uzmanlık Kurulunun idari ve bilimsel özerkliği gerektiren yükseköğretim alanında kararlar alacağını dikkate alarak, başkanının da kurul üyeleri arasından seçimle belirlenmesi yönünde düzenleme yapılması önerilmiştir.

3- "Tıpta Uzmanlık Kurulu toplantısı" başlıklı 8. Madde ile ilgili:

Bütün kurul üyeleri gündem dışı konularda önerge verebilmelidir. Önergelerin görüşülmesinin beş üyenin ortak teklifine bağlı tutulması demokratik işleyiş esaslarına aykırı bir düzenlemedir.

Önergelerin görüşülmesinin kurul başkanının gerekli görmesine bağlı tutulması da aynı nedenle düzenlemeden çıkarılmalıdır.

4- “Tıpta Uzmanlık Kurulunun görevleri” başlıklı 9. Madde ile ilgili:

Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonlarının periyodik denetim raporları ile diğer denetim raporlarında yer alan önerilerini görüşüp karara bağlamak, uzmanlık sınav jürilerinin seçim ölçütlerini belirleyerek jüriye katılabilecek eğitim sorumlularını tespit etmek, uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonlarının ilgili uzmanlık dalının kapsamında bulunan ancak yönetmeliğe ekli çizelgede yan dal olarak yer almayan bilim konularında ana ve yan dal uzmanları için ileri eğitim amacıyla yapılmasını uygun gördüğü sertifikasyon programlarını değerlendirerek, düzenlenip düzenlenemeyeceğine karar vermek, düzenlemelerinin eklenmesi önerilmektedir.

TUK’nun Yönetmelik taslağı içinde yer alan kimi yetkileri bu bölümde sayılmamaktadır. Bu nedenle bir bütün olarak gözden geçirilip sayılan yetkilere burada derli toplu yer vermek gerektiği, yeni açılacak eğitim kurumlarına yetki verilmesi ve yetki verilenlerin gözden geçirilmesine ilişkin işleyişin ayrı bir maddede ayrıntıları ile düzenlenmesi, eğitim sorumlularının nitelikleri, bu görevlere nasıl atanacakları, hangi hallerde eğitim yetkilerinin ne kadar süre ile geri alınacağı, geri alma halinde özlük haklarının ne olacağının ayrı maddeler halinde ayrıntılı olarak tanımlanması, Tıpta Uzmanlık Kurulu, Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ile Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonları tarafından yapılacak değerlendirme ve alınacak kararlara esas olmak üzere eğitim kurumlarına asistan alımı ile ilgili; eğitim kurumunun fiziki, teknolojik ve eğitici kapasitesine ilişkin asgari koşullar yönetmelikte ayrı madde olarak düzenlenmesi, Tıpta Uzmanlık Kurulunun kararları tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili bütün tarafların haberdar olması amacı ile yayınlanmasının ilişkin bir düzenleme yapılması önerilmektedir.

5. “Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu” başlıklı 10. Madde ile ilgili:

“Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu;

- a) Genel Müdür veya bu yönetmelikte belirtilen eğitim sorumlusu niteliğine sahip olanlardan görevlendirilecek bir,
- b) Üç Eğitim Araştırma Hastanesinden Bakanlığın seçeceği birer,
- c) Üç Tıp Fakültesinden YÖK’ün seçeceği birer,
- d) Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Fakültesinin seçeceği bir,
- e) Adli Tıp Kurumu’nun seçeceği bir (Adli Tıp Kurumu sadece adli tıp uzmanlık eğitimi ile ilgili konularda kurul üyesi olarak yer alır)
- f) Türk Tabipleri Birliğinin seçeceği 3,
- g) Üç dış hekimliği fakültesinden YÖK’ün seçeceği birer,
- h) Türk Dış Hekimleri Birliğinin seçeceği bir,

üyeden oluşması;

Tıp eğitiminin taraflarının bu kurumda da eşit bir biçimde üçer üye ile temsil edilmesi, TTB temsiliyeti içinde asistan temsilcisinin gözlemci üye olarak yer alması önerilmektedir.

6. “Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonunun görevleri” başlıklı 11. Madde ile ilgili:

Komisyonun görevleri arasında; uzmanlık eğitimi verecek sağlık kurumlarının fiziki yapısı, yatak sayısı, eğitim araç, gereç ve personel durumu yönünden sahip olmaları gereken asgari nitelik ve standartların uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonlarınca belirlenen asgari nitelik ve standartlara uygunluğunu inceler, belirler ve denetler,

- Uzmanlık dallarında eğitim yetkisi verilmesi ve kaldırılması için kurum ve birimlerin uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonunca belirlenen asgari nitelik ve standartlara uygunluğu yönünden inceler, belirler ve Tıpta Uzmanlık Kuruluna görüş bildirir,
- Yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda, eksiklikleri tespit edilen eğitim kurumları ve birimlerine, eksikliklerini tamamlaması için en fazla bir yıl olmak üzere süre tanır. Tespit edilen süre içerisinde eksiklikleri tamamlamayan kurum ve birimlerin eğitim verme yetkilerinin kaldırılması ile ilgili olarak görüş bildirir.

düzenlemelerinin yer alması önerilmektedir.

Eğitim kurumlarının ve birimlerinin fiziki yapısı, yatak sayısı, eğitim araç, gereç ve personel durumu yönünden sahip olmaları gereken asgari nitelik ve standartları ile eğitimin standartları Yönetmeliğin yayımlanması ile birlikte oluşturulacak EKDK ve UDEMK tarafından hazırlanıp TUK tarafından onaylandıktan sonra altı ay içinde Yönetmeliğin eki olarak yayımlanacağı, yeni açılacak kurumlara bu standartlara göre eğitim yetkisi verileceğine, halen tıpta uzmanlık eğitim veren kurumların ise en geç bir yıl içinde denetlenip bu koşullara uygun hale getirilmesi konusunda ayrı bir madde ile düzenleme yapılması önerilmektedir.

EKDK ile UDEMK komisyonlarının yetki alanları ve işleyişine ilişkin maddelerin yeniden gözden geçirilmesinde yarar bulunmaktadır.

7- “Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu çalışma usul ve esasları” Başlıklı 12. Madde ile ilgili :

Komisyon demokratik işleyişe sahip olmalı ve başkanını kendi arasından gizli oy ile seçmelidir.

8- “Uzmanlık Dalları Eğitim Ve Müfredat Komisyonları” başlıklı 13. Madde ile ilgili:

Bu komisyonların ismi işlevlerine uygun olarak “Uzmanlık dalları eğitim **programları** ve müfredat **değerlendirme** komisyonları” olarak adlandırılmalıdır. Bu komisyonlar sadece ana uzmanlık dalları için değil yan dalların her biri için de oluşturulmalıdır.

Komisyonlar;

- Genel Müdür veya görevlendireceği, eğitim sorumlusu niteliğine haiz bir temsilci,
- Bakanlığın seçeceği üç,
- YÖK’ün seçeceği üç,
- Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Tıp Fakültesinin seçeceği bir,
- Türk Tabipleri Birliği’nin seçeceği üç,
- Türk Tabipleri Birliği Asistan Hekim Kolunun seçeceği bir

üyeden oluşmalı,

Adli Tıp Kurumunun seçeceği adli tıp uzmanı üye Adli tıp dalı eğitim ve müfredat komisyonuna, katılmalıdır.

Asistan üye ise gözlemci üye olarak katılmalıdır.

Türk Tabipleri Birliği 1993 yılında uzmanlık derneklerinin çatı örgütü olan TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulunu oluşturmuştur. Bu kurula bütün uzmanlık dernekleri temsilci göndermekte ve işleyişine ve kararlarına demokratik olarak katılmaktadır. 15 yıldır TTB-UDEK genel kurullarında ve tıpta uzmanlık eğitim kurultaylarında alınan kararlar sonucu, uzmanlık derneklerine yönelik bilimsel ölçütler getirilmiş ve dernekler bu ölçütler üzerinden değerlendirilmekte ve kendilerini geliştirmektedir. Ayrıca yürütülen çalışmalar sonucu

birden fazla uzmanlık derneği bulunan uzmanlık ana ve yan dallarında tek bir dernek ya da üst kuruluş tarafından temsiliyet sağlanmıştır. Önümüzdeki günlerde bütün alanlarda tek bir dernek çatısı altında birleşmenin tamamlanması sağlanacaktır. Bilimsel ve demokratik bir biçimde sağlanan temsiliyet sonucu Avrupa Tıp Uzmanları Topluluğu uzmanlık alanları yeterlik kurullarına (boardlarına) da TTB tarafından ilgili Dernek temsilcileri bildirilmektedir. Bu nedenle uluslar arası kabullere uygun olarak uzun yıllardır var olan bir işleyişin bir yana bırakılması, uzmanlık derneklerinin çatı örgütü ve hekimlerin tek yasal temsilcisi olan Türk Tabipleri Birliği yerine İçişleri Bakanlığı kayıtları gibi oldukça yetersiz ölçüt üzerinden böylesi önemli bir kurula temsilci çağırılması uygun değildir. Bu kurulların çalışmalarının başta Avrupa Tıp Uzmanları Topluluğu olmak üzere uluslararası çalışmalarla paralel bir biçimde götürülmesi için de katılımın TTB aracılığı ile sağlanması yerinde olacaktır. Ayrıca demokratik işleyiş ve katılıma olanak sağlayacak eşit temsiliyetin sağlanması için TTB’nde üç üye ile temsil edilmesi gerekir.

Komisyonunda, tıp fakültesi eğitimi bitirdikten sonra üzerine ikinci yükseköğretimi gören asistanları temsilen bir asistan hekimin katılması hazırlanan programların uygulama ayağına ilişkin geri bildirimlerin alınması ve olası etkilerinin eğitim alan gözünden de değerlendirilebilmesi için önemlidir.

9. “Uzmanlık dalları eğitim programları ve müfredat değerlendirme komisyonlarının görevleri” başlıklı 14. madde ile ilgili:

Uzmanlık dalları eğitim programları ve müfredat değerlendirme komisyonları kendi alanındaki birimin nitelik ve standartlarını belirlemeli, görevleri yönünden Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ile uyumunun bir kez daha gözden geçirilmesinde yarar bulunmaktadır.

Komisyonun görevleri arasında ilgili uzmanlık dalının eğitim müfredat plan, program ve uygulamalarını, en az yapılması gereken ameliyat, mesleki uygulama ve bilimsel çalışmaların kapsamını belirlemek, asistan karnelerinin ve eğitim dosyalarının hazırlanmasını sağlamak yer almalıdır.

Belli aralıklarla her eğitim birimi ziyaret edilmeli, düzenli aralıklarla yapılacak olağan denetim ve olağanüstü denetimlerle ilgili yeni açılacak yerlerde yapılacak denetimlere ilişkin daha açık ve ayrıntılı bir düzenleme yapılmalıdır.

Rotasyonların güncelleşmesi için çalışmalar yapma, ilgili uzmanlık dalının kapsamında bulunan ancak yönetmeliğe ekli çizelgede yan dal olarak yer almayan bilim konularında ana ve yan dal uzmanları için ileri eğitim amacıyla sertifikasyon programları düzenlenmesi konusunda görüş vermek, eğitim hedeflerinin karşılanması için uzmanlık eğitimi verecek birimlerin sürdürdükleri eğitimlerin birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyonu ve diğer eğitim kurumları ile işbirliğini sağlamak, yan dal eğitim ve müfredat komisyonları ortak yandallarda kurumsal düzeyde programların ortaklaştırılmasını sağlamak da bu komisyonların görevleri arasında yer almalıdır.

10. “Uzmanlık dalları eğitim programları ve müfredat değerlendirme komisyonları çalışma usul ve esasları” başlıklı 15. Madde ile ilgili:

Komisyon Başkanı komisyon üyeleri arasından gizli oy ile seçimle belirlenmelidir. Komisyonun demokratik işleyişine ve üyelerin gündem önerilerinin görüşülmesine ilişkin diğer komisyonlarla ilgili önerilerimiz bu komisyonun çalışma yöntemi içinde dikkate alınarak düzenlenmelidir.

11- Eğitim yetkisinin kaldırılması başlıklı 16. Maddeye ilişkin:

Eğitim sorumlularının hangi hallerde, ne kadar süre ile eğitim yetkilerinin kaldırılacağına ve uygulamanın nasıl yapılacağına ilişkin ayrıntılı bir düzenlemeye gereksinim bulunmaktadır. Bu haliyle düzenleme uygulamayı göstermekten uzak bulunmaktadır.

Eğitim yetkisi kaldırılan ve başka illerdeki birimlere nakledilen hekimlerin ikinci defa yer değiştirmek zorunda bırakılması evlerini ve ailelerini taşımak zorunda kalmaları nedeniyle onları oldukça güç durumda bırakacağından isteyen hekimlerin geri dönmesine olanak sağlayıcı yönde bir düzenleme yapılmalıdır.

Eğitim yetkisinin askıya alınması ve kaldırılması ile ilgili hükümler daha ayrıntılı ve uygulanabilir biçimde yeniden düzenlenmelidir.

12. “Akademik Kurullar” başlıklı 18. Maddeye ilişkin önerilerimiz:

Akademik Genel Kurul'un başkanı gizli oylama sonucu yapılacak seçimle belirlenmelidir. İlgili Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki bütün eğitim sorumlularının katılımı ile oluşmalıdır. Kurula her eğitim biriminden birer asistan temsilcisi de katılmalıdır. Akademik Genel Kurul yılda en az iki kez başkanın davetiyle toplanmalı ve gerek görülen hallerde olağanüstü toplantı yapabilmelidir.

Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu, Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde Akademik Genel Kurul ve Akademik Birim Kurulunda alınan kararların yürütülmesini sağlamalı ve başkanı seçimle belirlenmelidir.

13. “Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulunun Görevleri” başlıklı 19. Madde ile ilgili:

Kurulun görevleri arasında bilimsel araştırmalar için parasal kaynakların oluşturulması ve hayata geçirilmesi ile ilgili yetki kullanımına olanak sağlayan bir düzenleme yapılması ve buna ilişkin bir alt yapının oluşturulması önerilmektedir.

14. “Eğitim Personeli” ile ilgili bölüme ilişkin:

Madde 21 ile 38. Maddeler arasındaki düzenlemeler taslakta yer almamaktadır. Bu bölümde Eğitimcilerin nitelikleri, atanmaları, eğitim yetkilerinin geri alınmasına ilişkin bütün hükümlerin bu bölümde ayrıntılı olarak düzenlenmelidir.

Klinik şeflerinin görev tanımlarının içinde “eğitim, araştırma, hizmet ve yönetim” yer almalıdır.

Koordinatör şef’ler; nitelikleri objektif olarak belirlenen ölçütlere uyan kişiler arasından, gizli oylama ile yapılacak seçim sonucu belirlenmelidir.

Başasistanlar; Akademik Birim Kurulunun önerisi ile bu yönetmelikte belirlenecek niteliklere sahip hekimler arasından EPK tarafından seçilmelidir.

Başasistan olmaya hak kazananların başasistanlıkta geçen sürelerinin devlet hizmeti yükümlülüğü sürelerinden sayılmasına ilişkin düzenleme sadece eğitim ve araştırma hastanelerindeki başasistanlar için değil için değil tıp fakültesi ve EAH’ndeki bütün eğitim sorumlusu kadroları için geçerli olmalıdır. Ancak bunun için Sağlık Hizmetleri Temel Kanun’un ilgili hükümlerinin değiştirilmesi gerekir.

15. “Uzmanlık Öğrenciliği” ile ilgili beşinci bölüme ilişkin önerilerimiz:

Bu bölümde; uzmanlık eğitimi gören hekimlerin eğitim sürecinde sahip oldukları temel hak ve sorumlulukları belirten, çekirdek eğitim programlarında tanımlanan bilgi, beceri ve tutumları edinmelerini bir hak olarak güvence altına alan, alacakları eğitimin insanca çalışma koşullarında (günlük belirlenmiş mesai saati, haftalık mesai saati, nöbet saati, nöbet sonrası izin saati, nöbet ve çalışma odası koşulları, vs) sürdürüleceği hükmüne bağlanmalıdır. Uzmanlık eğitimi veren kurumların tanımlanan tüm hakları uzmanlık öğrencilere sunmak zorunda olduğu belirtilmelidir.

Uzmanlık sınavına için başvuru sırasında veya asistanlığa atanma sırasında bağlı bulundukları meslek odalarından geçici süre ile de olsa o dönemde meslekten uzaklaştırılmış bulunmamak koşulu asistanlığa kabul koşulları içinde yer almalıdır.

Mesleki yabancı dil sınavında 60 puan alınmalı, KPDS ise 50 puan alanlar başarılı sayılmalıdır.

KDS, ÜDS gibi kısaltmalar tanımlar bölümünde yer almadığından açıkça yazılmalıdır. Yabancı dil sınav başarı belgesinin geçerlilik süresi en az üç yıl olmalıdır.

Mücbir sebepler nedeniyle ara verme süresi eğitimin sürekliliğinin olumsuz etkilenmemesi için en çok altı ay ile sınırlı tutulmalıdır.

Askerlik erteleme yaşı ile başka türlü çözüm bulunamaz ise askerliği mücbir sebepler gibi değerlendirme ve bu sürede ara vermeyi kesintisizliğe aykırılık saymamak yönünde düzenleme yapılabilir. Ayrıca doğum izni kullanımının da kesintisizlik şartına aykırılık oluşturmadığı belirtilebilir.

Uzmanlık öğrencilerinin öğretim ve eğitiminin, uzmanlık dalları eğitim programı ve müfredat değerlendirme komisyonlarının hazırlamış oldukları yıllık çekirdek müfredat programlarına göre yapılacağı düzenlenmelidir.

Uzmanlık öğrencilerinin ve eğitimin değerlendirilmesi süreci; taraflar açısından şeffaf olarak iki yönlü geri bildirim sistemi şeklinde düzenleyen bir ilave düzenlemelere yer verilmelidir. Bu değerlendirme yöntemi ile Asistanlar “eksik” olarak saptanan yönlerini öğrenebilmeli ve bunları gidermeleri için yönlendirebilmelidir. Sistemin güvenilir ve geçerli olabilmesi için iki taraflı çalışması gerekir, yani asistan da çalıştığı eğitim sorumlusu ve birimi hakkında geri bildirimde bulunabilmelidir.

Yurt dışında tıpta uzmanlık eğitimi rotasyonu halinde asistan ücretli izinli olmalıdır. Uzmanlık öğrencilerine Akademik Birim Kurulu tarafından bir tez danışmanı tayin edilmelidir. Tez, uzmanlık dalı ile ilgili, bilimsel bir inceleme ve araştırma niteliğinde olmalıdır.

Yapılacak düzenlemelerde günümüzde ABD ve Avrupa’da uygulanan Yeterlik Kurulu (Board) sistemi göz önünde bulundurulmalıdır. Buna göre ÖSYM tarafından yapılacak birinci kademe bilgi yoklayan yazılı sınav için TTB UDEK içinde olan uzmanlık alanları yeterlik kurulları ile işbirliği yapılması uygun olacaktır. İkinci aşama sınavın daha çok yetkinlikleri değerlendiren yapılandırılmış nesnel sınavlar biçiminde uzmanlık alanları yeterlik kurullarınca yapılmalıdır.

Uzmanlık Sınav Jürileri olanaklı ise aynı ilden yoksa yakın illerden jüri havuzu içinden oluşturulmasına yönelik bir ek düzenleme yapılması yerinde olacaktır.

Mesleki Bilgi Sınavına yönelik madde merkezi bilgi sınavının yapılmaması halinde uygulanabilir bir madde olduğundan amacına uygun olarak yeniden düzenlenmesinde yarar bulunmaktadır.

Uygulama ve beceri sınavına ilişkin düzenlemenin bir üst madde ile uyumlu bir biçimde yeniden düzenlenmesinde yarar bulunmaktadır.

16- Ekli Çizelgeye ilişkin önerilerimiz:

Yandallar ve rotasyonlarla ilgili olarak, esas alınacak ölçütler ve yöntem konusunda Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği ve YÖK temsilcilerinden oluşturulacak eşit katılımlı bir komisyon tarafından bir çalışma yapılması ve bu çalışma sonucunda belirlenecek bilimsel yöntemlere göre, yan dallar ve rotasyonların belirlenmesi ve ona göre yönetmelikte düzenleme yapılması önerilmektedir.

KONFERANS: e-Sağlık ve Uzaktan Eğitim: ATUB Perspektifi*

Prof. Dr. Peter M. PATTYNAMA

ATUB Radyoloji Seksiyo Başkanı, Erasmus Üniversitesi Tıp Merkezi

** Dr. Pattynama konuşmalarını İngilizce sunacaktır.*

Bu yıl Ankara'da düzenlediğimiz Tıpta Uzmanlık Kurultayına Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'nden (ATUB) davetimizi kabul ederek katılan Dr. Peter Pattynama ATUB Radyoloji Seksiyonu başkanı ve e-sağlık çalışma gurubu raportörü olarak görev yapmakta. Kendisi Gerek ATUB ve bünyesindeki kuruluşlarda gerek dünyanın diğer bölgelerinde her geçen gün güncelliği artan bir konuda elektronik sağlık (e-sağlık, e-tıp) ve buna paralel gelişen tıpta uzmanlık eğitimi ve STE/SMG alanında elektronik eğitim (e-eğitim) konularında bizlere iki kısa konferans verecek. ATUB son yıllarda gittikçe önem kazanan ve Avrupa Parlementosu ve Avrupa Birliği'nin de gündeminde aktif yer alan bu konulara verdiği önemi gösterecek şekilde e-tıp alanında yeni bir çalışma gurubu oluşturdu.

Uluslararası gelişmelere paralel olarak yakında yurdumuzda da çok farklı boyutlarda çözülmesi gereken sorunlarla karşımıza çıkacak bu konuda bir uzmanın görüşleri ve ATUB perspektifini dinlemenin ve konuyu tartışmaya başlamanın tüm meslektaşlarımız için çok yararlı olacağına inanıyoruz.

PANEL: e-Sağlık ve Uzaktan Eğitim**UZAKTAN RAPORLAMA**

Prof. Dr. Oğuz DİCLE

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Uzaktan raporlama ya da teleradyoloji tanım olarak bir yerde elde edilen görüntülerin tanı ya da konsültasyon amacıyla uzak bir mesafeye gönderilerek değerlendirilmesi işlemidir. İlk kez 1960'lı yıllarda radyoloji ile acil servis arasında görüntü transferi yapan kapalı devre bir sistem şeklinde ABD'de kullanılmıştır. Yöntem 1970-80 yılları arasında bilgisayar temelli olarak verilerin dijital olarak oluşturulduğu, depolandığı ve gönderildiği bir sistematığa oturtulmuştur. 1970'de STARPAHC (Space technology applied to rural papago advanced Health care) adlı projede International Space Center'de astronotlar için ultrason kullanımı ve görüntülerin gönderilmesi işlemi başarılmıştır. Teleradyoloji 1980'li yıllarda ticari olarak piyasada sunulmaya başlanmış görüntülerin dijitalizasyonu ve kamera aracılığı ile gönderimine dayalı düşük performanslı, yüksek maliyetli sistemler denemiştir. 1995 yılında internetin devreye girmesi ile iletişimin ucuzlaması, bilgisayarların fiyat/performans oranının düşmesi ve PACS'ın (Dijital görüntü arşivleme ve dağıtım sistemi) yaygın kullanımı teleradyoloji uygulamalarını hızlandırdı. Bu yıllar aynı zamanda MR ve BT gibi görüntüleme teknolojilerinin yaygınlaşması ve kullanımındaki aşırı artışa da tanık oldu.

Teleradyoloji kullanımındaki en önemli motivasyon tıbbi görüntüleme alanında yaşanan bu patlamaya karşın alanda yeterli uzmanın olmaması, 24 saat süren sağlık hizmetinin bütününde hizmetin bu yolla sağlanabileceği öngörüsüdür. Böylelikle daha düşük bir maliyet ile hizmeti yaygınlaştırmak hedeflenir. Kompleks vakalarda ikincil görüş olarak konsültasyon ihtiyacının giderilmesi, uzman işgücünden maksimum yararlanma, yöntemin eğitim amaçlı kullanımı diğer faktörler olarak sıralanabilir. Gerçekten özellikle 70'li yıllardan itibaren Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme gibi incelemelerinin yaygınlaşması, tıbbi karar süreçlerinin her basamağında bu yöntemlerden yararlanılması bu alanda verilmesi beklenen hizmeti zorlamaktadır. Öte yandan teknolojiye dayalı hekimlik ve buna bağlı gelişen sofistike görüntüleme yöntemleri radyoloji içinde de alt uzmanlık alanları yaratarak geçerli ve etkin değerlendirme yapacak insan gücünü iyice azaltmıştır. Bu durum da teleradyolojinin uygun değerlendiriciye ulaşmanın bir aracı olarak kullanıma girmesini kolaylaştırmıştır.

Ancak ilk bakışta sorun çözücü gibi görülen bu uygulamanın yapısından kaynaklanan bir dizi sorunu içerdiği de bilinmektedir. Bu sorunların bir bölümü teknik nedenlere bağlı iken önemli bir bölümü ise iyi hekimlik uygulamalarını zorlayan, her teknoloji kullanımında olduğu gibi kişileri amaç dışı kullanımlara yönelten uygulamalardan kaynaklanmaktadır. Bu sunumda konunun daha çok uygulama ile ilgili yanları irdelenecektir.

Teleradyoloji uygulamalarında yaşanan sorunların önemli bir bölümü görüntüleme işleminin bütünlüğünün bozulması sonucu ortaya çıkar. Bu bütünlük hekim, radyolog ve hasta arasında kurulması gereken bilgi ve iletişim ağıdır. Hastaya özgü klinik bilgilerden yola çıkılarak, onun için en uygun görüntüleme aracının ne olması gerektiği, bu görüntüleme için nasıl bir hazırlık yapılacağı, incelemenin hangi parametrelerle yapılacağı, elde edilen görüntülerin yeterli olup olmadığının kontrolü, görüntü sonrası işlemlerin gerçekleştirilmesi, bulguların uygun ve yetkin bir şekilde raporlanması, bulgu ve sonuçların hekim ve gerekirse hasta ile tartışılması, gerekli ek inceleme ya da uygulamaların belirlenmesi, izlem yapılacak hastalara uygun bilgilendirmenin yapılması, görüntülerin uygun şekilde saklanması ve basılması bu bütünlüğü oluşturan parçalardır. Teleradyolojinin bu bütünlüğü sağlayabilmesi, çeşitli nedenlerle olanaklı görünmediğinden bu yöntemin rutin bir işlevi yerine öncelikli olarak konsültasyon amaçlı kullanılması, hızlı karar verilmesi gereken acil servis ortamlarında yararlı olabileceği genel kabul gören yaklaşımlardır.

Teleradyoloji uygulamalarını tek tip bir uygulama olarak düşünmek yanıltıcıdır. Aynı kuruluşun farklı merkezleri, farklı kuruluşların merkezleri, aynı ülkenin şehirleri, farklı ülkelerin farklı merkezleri arasında yapılan teleradyografi uygulamaları bulunmaktadır. Askeri ve olağanüstü haller için de kullanımı geliştirilmiştir. Aynı kuruluşun ortak hasta veri tabanını kullanan, görüntü arşivlerinin ortak olduğu, aynı radyolog ve hekim grubunun sorumluluk aldığı çok merkezli sağlık kurumları teleradyolojinin en sorunsuz kullanılabildiği yapılarıdır.

Hekimler arası konsültasyon amacıyla kullanılması halinde de büyük bir sorunla karşılaşmaz. Buna karşın farklı merkezlerin, farklı bilgi sistemleri arasında gerçekleşen, kısıtlı bir klinik bilginin iletilmediği, standartları ve kontrolü olmayan ve bağlamdan kopuk bir şekilde raporlama yapılan teleradyoloji uygulamalarında önemli sorunlar yaşanmaktadır.

Tüm sağlık uygulamalarında olduğu gibi teleradyoloji uygulamalarının da tanımlanmış kurallarla yapılması gerekmektedir. Bu kapsamda uygun teknik alt yapı, hasta bilgilerinin gizliliği ve raporlandırılan kişilerin sorunluluk ve hakları, uyulması gerekli etik kurallar mesleki kuruluşlar ve sağlık otoriteleri tarafından tanımlanmış olmalıdır. Bu kuralların oluşmadığı uygulamalarda her yeni teknoloji gibi teleradyoloji de konunun taraflarını etkileyen olumsuz bir dizi soruna yol açacaktır. Yaşanan sorunların en yaygın bilineni değişik bilgi sistemleri ve güvenlik protokolleri nedeni ile teleradyoloji sistemlerinin entegrasyon sorunu yaşamalarıdır. Uzak merkezlerde örneğin RIS'e /radyoloji bilgi sistemi) rapor girmek veya PACS'ta iş listesine ulaşmak çoğunlukla mümkün değildir. Bu tür iletişimde görüntü dışı hasta bilgilerine erişilmesi mümkün olmadığından değerlendirmelerde kısıtlar oluşmaktadır. Bu sorunların giderilmesi için geliştirilmiş bilgi paylaşım protokolleri (HL7 ve IHE gibi) henüz beklenen yaygınlıkta değildir. Hasta bilgilerinin fax veya e mail ile gönderildiği sistemler ise ancak küçük ölçekli uygulamalarda geçerlidir.

Teleradyoloji uygulamalarında çözümlenmesi gereken bir başka sorun da hizmetin farklı basamaklarına ait bilgilerin sağlıklı kayıtlıdır. Bu kayıtlar desantralize olarak tutulduğunda verilerin kontrolü, analizi imkansız hale gelebilir. Bu kayıtlar arasında inceleme istemi, incelemeye ait teknik parametreler, iletime ait zaman bilgileri, rapor ve kişiler arası iletişim bilgileri bulunmaktadır. Bu kayıtların sağlıklı olmaması halinde yasal sonuçların doğması kaçınılmazdır. Uzaktan raporlama ile ilgili en önemli sorunlardan biri de radyologlar ile hekimler arasında beklenen yüz yüze iletişimin ortadan kalkmasıdır. Bu sorunu aşmak üzere geliştirilmiş video konferans teknolojileri pratiğe girememiştir.

UEMS ve Avrupa Radyoloji Derneği işbirliğinde hazırlanan bir belgede teleradyoloji uygulamalarında klinisyenler tarafından üretilen klinik bilginin en üst düzeyde değerlendirilmesi, görüntülemenin faydalı olup olmayacağına bilimsel bir tartışma sonrası karar verilmesi, en uygun incelemenin karşılıklı tartışma ile belirlenmesi, tanısal verimi artırmak için incelemenin gözlenmesi, incelemenin değerlendirilmesi ve klinik bulgular ile ilişkilendirilmesi, önceki incelemelerin gözden geçirilmesi ve son inceleme ile karşılaştırılması, tüm incelemelerin multidisipliner toplantılarda gözden geçirilmesi, minimal invazif tedavi amaçlı işlemlerin uygulanması, tedavi sürecinin hasta ve klinisyen ile izlenmesi gereklerine dikkat çekilerek bazı önemli noktalara vurgu yapılmaktadır. Bunlardan biri görüntü eldesi yapan ve raporlandırılan her iki merkezin uluslararası standartları taşıdığına dair belgeye sahip olmasıdır. Bu belgenin radyolojik kalite, hasta bilgilerinin güvenliği ve rapor niteliği konusunda güvence sağlayacağı öngörülmektedir. Belgede bu hizmeti veren kuruluşların EUROTOM 97/43 direktifinin şartları (incelemenin seçimi, uygun teknik, optimizasyon ve uygun prosedür) yerine getirmeleri gereği ifade edilmiştir.

Yine bu belgede, teleradyolojik yöntemlerle üretilen raporların, bulguları değerlendiren ve ayırıcı tanı yapan bir sonuç bölümüne sahip olması ve rapor eden kişinin ıslak imzasını taşıması gereği vurgulanmaktadır. Zira yetersiz klinik bilgiye sahip radyologların teleradyoloji filmlerini raporlamada aşırı temkinli davrandıkları, önceki incelemelerin yokluğu nedeniyle kesin yargılara varmaktan kaçındıkları ve gereksiz incelemeler önermek eğiliminde oldukları araştırmalarla ortaya konmuştur. Hiçbir denetimin olmadığı ülkelerde, birincil merkezde herhangi bir radyologun bulunmadığı, görüntüleme cihazlarının katle denetiminin olmadığı, raporlamanın farklı bir radyolog tarafından yapılmasına karşın birincil merkezdeki radyologun imzası ile yapıldığı, imzasız raporlamaların bulunduğu ve değerlendirmelerin son derecede muğlak olduğu örnekler bulunmaktadır.

Teleradyoloji hizmetlerinin ülke dışından alınması ve kaynak ülkenin nitelik ve sürekli eğitim şartlarının iyileştirilmemesi durumunda önemli mediko-legal ve kalite sorunları da ortaya çıkabilmekte sorunlar daha da büyümektedir. Uluslararası uygulamalar için günümüzde bir standart geliştirilmiş değildir ve geri ödeme kurumları bu kapsamdaki uygulamalara ödeme yapmamaktadır.

UEMS belgesinde teleradyoloji hizmeti veren radyologun, kaynak radyolog ve klinisyenlerle direk haberleşme imkanına sahip olması ve böylelikle hastanın klinik veri planını ve hasta tedavisini etkileyecek beklenmeyen bulguları tartışabilecek durumda olmaları tavsiye edilmektedir. Yine teleradyoloji hizmetinin klinik olarak denetlenmesi esastır. Teleradyoloji servisinin kalitesinin radyoloji raporlarının doğruluğunun ve verilen hizmetin klinik etkisinin kontrolü için uygun denetleme süreçlerinin tanımlanmış olması gerekmektedir. Bu süreçler, kullanıcı/klinisyen geri bildirimlerini de içermelidir.

Teleradyolojinin yaygın olarak kullanıldığı ABD’de uygulama standartları 1995-2000 yılları arasında oturtulmuştur. Teleradyoloji standartları 1994 yılında ACR (American College of Radiology) tarafından yayınlanmıştır. Buna göre hem görüntü gönderen hem görüntü alan merkezlerin lisanslanması zorunlu hale getirilmiş, aynı yıl bu ülkenin diğer ülkelerle bağlantılı yapılan uygulamalarda 100 de 1’den, ayda 1’den veya yılda 10’dan az tetkik için lisanssız yapılabilmesi de kurala bağlanmıştır. Her eyaletin farklı sınırlamaları olduğundan radyyologlar görüntü aldıkları eyaletlerden bir ehliyet almak ve ACR standartlarına uymak zorundadır. ABD’de teletıp için geri ödeme yapılmadığı halde teleradyoloji geri ödeme yapılmaktadır. Ancak ülkelerarası uygulamalar ödeme kapsamı dışındadır.

Ülkemizde teleradyoloji kapsamında en geniş uygulama Sağlık Bakanlığı tarafından bu yıl içerisinde yaşama geçirilmiştir. Bir protokol çerçevesinde yürütülen bu pilot çalışma sağladığı yararlar, oluşturduğu sorunlar ve yaşanan deneyimleri ile sonraki uygulamalar için yol gösterici olacaktır. Özel sağlık hizmeti sunan kuruluşların da farklı ölçeklerde teleradyoloji uygulamaları bulunmaktadır. Ancak bu uygulamalarla ilgili açık bilgi bulunmamaktadır. Yine ülkemizde askeri alanda büyük bir teleradyoloji projesinin geliştirildiği bilinmektedir.

Teleradyoloji hızlı gelişen bir uygulamadır. Çeşitli riskleri ve fırsatları birlikte içermektedir. Sadece radyoloji değil tüm tıp disiplinlerini etkilemeye adaydır. Teknik kısıtlılıklar ve standardizasyon sorunları aşılmayı beklemektedir ve yasal düzenlemelerde eksiklikler vardır. Ülkemiz için henüz yeni bir gündem olan teleradyolojide diğer ülkelerin bu deneyimlerinden yararlanmak ve toplumun sağlığını koruyacak düzenlemeleri ilgili uzmanlık dernekleri ile işbirliği halinde yapmak durumundayız. Aksi durumda, teleradyoloji uygulamaları büyük bir enerji ve kaynak sarfına rağmen hiçbir katkı sağlamayan yararsız bir çabaya dönüşecektir.

Kaynaklar

1. Ebert TL, Meghea C, Iturbe S, Forman HP, Bhargavan M, Sunshine JH. *The State of Teleradiology in 2003 and Changes Since 1999*. AJR 2007; 188:W103–W112
2. ESR standartları: http://www.myesr.org/html/img/pool/ESR_2006_VII_Telerad_Summary_Web.pdf
3. Larson DB, Cypel YS, Forman HP, Sunshine JH. *A Comprehensive Portrait of Teleradiology in Radiology Practices: Results from the American College of Radiology’s 1999 Survey*. AJR 2005;185:24–35
4. Thrall JH. *Teleradiology Part I. Limitations, Risks, and Opportunities*. Radiology 2007; 243:613– 617
5. Thrall JH. *Teleradiology Part II. Limitations, Risks, and Opportunities*. Radiology 2007; 244:325–328

TELETIP VE KONSULTASYON

Prof. Dr. Oğuz SÖYLEMEZOĞLU

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Hastanelerin ve doktorların, hasta bilgilerini başka bir şehirdeki veya ülkedeki doktorlarla organizasyonel sınırlar olmaksızın paylaşıp, öğrenmelerini içeren birlikte çalışmaktır. Bu şekilde tanı ve takibinde problem olan hastalar ve hastalıklar konularının uzmanı kişilere danışılabilir, zaman ve maddi kayıplar azaltılabilecektir. Günümüzde sadece doktorlar arası konsültasyon değil on-line sağlık bakımı alma oranları hekim muayene sayılarına yaklaşmaktadır. Özellikle Kuzey Amerika'da on-line sağlık bilgilerinden yararlanma nüfusun 2/3 nü kapsamaktadır ki bu da doktorları endişelendirmektedir. Telekonsultasyon hekimler arası iletişimi içermekle birlikte hekim-hasta ilişkisini de içermekte ve hastalar giderek daha fazla oranda bu sistemi kullanmaya başlamaktadırlar. Hekimler arası konsültasyonlarda gerçek zamanlı video ve teleprezans teknikleri ile çeşitli manipulasyonlar hatta bazı cerrahi girişimler bile uzaktan izlenebilmekte ve konsültasyon yapılabilir. Öğrenciler bu yöntemlerle uzaktan dünyanın her yerindeki muayeneleri, ameliyatları ya da deneyleri izleyip öğrenebilmektedirler.

Pek çok araştırma, gerekli koşullarda hasta bulmakta güçlük çektiği için yarım kalmakta veya uzamakta, öte yandan pek çok hasta ise bu yeni tedavileri deneyemeden hayatını kaybetmektedir. İnternet kanalı ile bir hastayı dünyanın herhangi bir tarafındaki bir araştırmaya sokmak anlık bir iş olabilmektedir.

Telekonsultasyonun bir diğer uygulama alanı On-line tıbbi yapay zeka programlarından yararlanabilmektir. Bilindiği gibi bu gibi programlar oldukça pahalı ve büyük olduklarından gerek kişisel gerekse küçük hastaneler için temini imkansız olmaktadır. İnternet kanalı ile on-line olarak bu programlara hasta hakkında bilgiler verilerek teşhise yönelik istatistiksel analizler ve tavsiye edilen tedavi yöntemleri alınabilmektedir.

Hastaların evde bakımı yakın gelecekte telekonsultasyonun büyük gelişme göstereceği bir başka alan olacaktır. Hastalar gelişen cihazlar sayesinde takip edilmesi gereken bilgileri evlerinde toplayıp bilgisayar ağları üzerinden doktorlarına gönderebileceklerdir. Böylece kalp atım düzensizliği olan bir hasta 24 saatlik kalp ritim kaydını, seker hastalığı olan bir insan seker profilini veya tansiyon kaydını, evde diyaliz yapan bir hasta diyaliz bilgilerini hastaneye gitmeden doktoruna gönderebilecek ve değerlendirmesini yaptıracaktır.

Ancak yukarıda anlatılanların gerçekleştirilmesi için sistemin iyi tanımlanması ve gereklerinin yerine getirilmesi şarttır.

- Tanısal amaçlı bilgiler-görüntüler mutlaka paydaşlar arasında tam olarak bilinmelidir.
- Hasta ile ilgili tüm kişiler sistemde yer almalıdırlar
- Sistem alt yapısı uzaktan teşhise uygun olmalıdır
- Tanısal aletlerin video sinyalleri yüksek kalitede olmalıdır.
- Sistem eksternal tanısal amaçlı aletlerin entegrasyonuna açık olmalıdır.

Telekonsultasyon sistemi hasta ve doktorlara birçok kolaylık getirmekle birlikte fonksiyonel çalışabilme teknolojik altyapının genişliği ve çeşidi ile de ilgilidir. Sistemin teknolojik altyapı finansmanı, konsültasyon ücretlendirmesiyle ilgili finansmanı, doktor kadrolarının belirlenmesi, konsültasyon için beklenen süreler çözülmesi gereken sorunlardır.

PANEL: UYEK
KLİNİK EĞİTİMDE ÖLÇME-DEĞERLENDİRME

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ali GÜLPINAR

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

mgulpinar@marmara.edu.tr

Uzmanlık eğitiminin, ölçme-değerlendirme sistemi de dahil olmak üzere klinik bağlamda ele alınması, uygulanacak eğitim programlarının bu bağlam dikkate alınarak tasarlanması, bir diğer ifadeyle, klinik ortamlarda gerçekleşen öğretimin, öğrenim hedeflerinden öğrenme ve ölçme-değerlendirme yöntemlerine kadar farklı bir perspektiften ele alınması gerekmektedir. Bu nedenle, uzmanlık eğitiminde ölçme-değerlendirmenin incelendiği bu yazıda, öncelikle genel olarak ölçme-değerlendirme ile ilgili genel yaklaşım ve ilkeler kısaca açıklanmış ve daha sonra, bu genel yaklaşım ve ilkeler doğrultusunda uzmanlık eğitiminde ölçme-değerlendirme sisteminin nasıl farklılaştığı, ne tür niteliklere sahip olduğu/ olması gerektiği tartışılmıştır.

Bir Sistem Olarak Ölçme-Değerlendirme

Genel olarak ölçme-değerlendirme süreci, önceden belirlenmiş hedefler doğrultusunda veri toplama ve bu verileri belirlenmiş standartlar (ölçütler) ile karşılaştırarak karar verme sürecidir. Adil ve savunulabilir bir ölçme-değerlendirme sistemi için her iki aşamanın da savunulabilir olması gerekir (1). Eğitim programlarının önemli bir bileşeni olan ölçme-değerlendirme sistemi, söz konusu programın bütünlüğü içinde bir alt sistem/ program olarak tasarlanır. Dolayısıyla, ölçme-değerlendirme ilgili yaklaşım ve ilkeler temel alınarak, eğitim programının yapısına ve niteliklerine uygun olacak şekilde geliştirilen ölçme-değerlendirme sisteminde herhangi bir ölçme değerlendirme yöntemi yerine bir bütün olarak ölçme-ölçme sistemine ve farklı yöntemlerinin birbirlerini tamamlayacak şekilde uygun kullanımına odaklanılır. Bu noktada asıl önemli nokta, herhangi bir ölçme-değerlendirme yönteminden çok, birbirlerini tamamlayacak şekilde, her biri farklı yeterlik alanları değerlendirmek için daha uygun olan çok sayıda yöntem arasında en uygun olanların seçimi ve seçilen farklı yöntemlerin ölçme-değerlendirme sistemi/ bütünü içindeki yeridir. Yani, mutlak olarak “iyi”, “güvenilir” veya “geçerli” bir ölçme-değerlendirme yöntemi veya sistemi yerine, eğitim programlarının yapısı ve niteliklerine uygun olarak geliştirilen ölçme-değerlendirme sistemlerinden bahsetmek daha doğru bir yaklaşımdır (2, 3). Bu ikinci yaklaşım dikkate alındığında, herhangi bir eğitim programının tasarım sürecinde, aşağıda sıralanan üç bileşen arasında karşılıklı etkileşim ve uygunluk gözlemlenmeye, bu konuda optimum bir düzey yakalanmaya çalışılır (4). Bu üç bileşen öğrenim hedefleri, öğretim yöntemleri ve ölçme değerlendirme yöntemleridir ve bir örneği, Tablo 1’de boş şablon halinde görülen eşleştirme tabloları ile bileşenler arasındaki uygunluk görselleştirilerek garantiye alınır.

Tablo 1. Öğrenim Hedefi (ÖH), Öğrenme Yöntemi (ÖY) ve Ölçme-Değerlendirme Yöntemi (ÖDY) Eşleştirme Tablosu*					
Bilgi Düzeyi	Bilişsel Düzey				
	Hatırlama ve Anlama	Uygulama	Analiz	Değerlendirme	Yapılandırma
Olgusal/ kavramsal bilgi	ÖH -1 ÖY- A ÖDY- A				
İşlemsel bilgi ve beceriler		ÖH - 2 ÖY- B ÖDY-B			
Bağlamsal/ metabilşsel bilgi ve beceriler					ÖH -3 ÖY- C ÖD – C

* Airasian & Miranda, 2002’den uyarlanmıştır.

Tarihi süreçte ortaya çıkan farklı yaklaşımlarla birlikte, eğitimde yaşanan dönüşümler paralel olarak ölçme-değerlendirme ile ilgili yaklaşım ve ilkelerde de dönüşümler yaşanmıştır. Bilindiği gibi, son olarak yapılandırmacı yaklaşım çerçevesinde yaşanan dönüşümle gerek öğrenme ve öğretme gerekse ölçme-değerlendirme önemli değişimler yaşanmıştır. Gelineen noktada, bugün için ölçme-değerlendirme ile ilgili genel kabul gören yaklaşım ve ilkeleri şu şekilde sıralamak mümkündür (2, 3, 5):

- a) Ölçme-değerlendirmede eğitimsel perspektif: Eğitimsel perspektiften yaklaşarak, tek tek ölçme-değerlendirme yöntemlerine ve daha çok ölçme değerlendirmenin psikometrik boyutuna odaklanmak yerine, ölçme-değerlendirme işi bir sistem/ program olarak ele alınmalıdır. Ölçme-değerlendirmenin psikometrik boyutu ile eğitime yönelik boyutu (eğitim programı içindeki yeri ve uygunluğu ile eğitime etkisi) dengelenmelidir. Yine her bir ölçme değerlendirme yöntemini/ aracını ayrı ayrı ele almak yerine, ölçme-değerlendirme sistemine ve bu sistem/ bütün içindeki her bir ölçme-değerlendirme yöntem ve aracın yerine ve uygunluğuna odaklanmak gerekir.
- b) Öğrenme/ öğretim ortamı ile iç içelik (Embeddedness): Öğretim ortamlarının üç bileşeni (öğrenim hedefleri, öğretim yöntemleri ve ölçme-değerlendirme yöntemleri) arasında karşılıklı etkileşim ve uygunluk sağlanarak, ölçme-değerlendirmenin karar verme amacıyla, öğretimin sonunda yapılan bir etkinlikten çok, öğrenme/ öğretim sürecine yedirilmesi, birbirini tamamlayacak şekilde öğretim süreci ile içi içe, bir devamlılık ve bütünlük içinde yürütülmesi önemlidir. Öğretim sonunda yapılan karar verici değerlendirme kadar, öğrenme sürecinde yapılan biçimlendirici değerlendirmeye de odaklanılmalı, biçimlendirici değerlendirme ile öğrencilere kendi bireysel öğrenme süreçleriyle ilgili geribildirimler verilmelidir.
- c) Ölçme-değerlendirme sisteminde merkezi düzenleme, yerellik ve otonomi: Bir eğitim kurumu/ fakülte için tasarlanan ölçme-değerlendirme sistemi, ölçme-değerlendirme ile ilgili yaklaşım ve ilkeler temel alınarak söz konusu kurumun ihtiyaçları ve eğitim programı üzerinden tasarlanır. Ölçme-değerlendirme aynı zamanda ulusal düzeyde de ele alınır. Bu noktada, kurumsal otonomiye, farklılıkları ve farklılaşmayı gözeterek hem ulusal hem de yerel/ kurumsal düzeyde yapılan ölçme-değerlendirmeleri iyi dengelemek gerekir.
- d) Sürekli değerlendirilen ve yeniden yapılandırılan dinamik ölçme değerlendirme sistemi: Kurumsal veya ulusal düzeyde geliştirilen ölçme-değerlendirme sistemlerinin sürekli olarak, belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi/ yeniden tasarlanması gerekir.
- e) Çok boyutlu/ çok yöntemli değerlendirme: Öğrencilere/ eğitim programına ait tüm resmi (öğrenmenin bilişsel, motivasyonel ve metabilşsel boyutları ve farklı yeterlik alanları) değerlendirmek, her biri belirli alanları değerlendirmek için dayı uygun olan çok sayıda farklı ölçme değerlendirme yöntem ve araçları arasından yapılan uygun seçimlerle, değerlendirmeyi çok boyutlu tasarlamak gerekir. Seçilen farklı ölçme-değerlendirme yöntem ve araçlarının güçlü yönlerinin ve sınırlılıklarının farkında olarak birbirlerini tamamlayacak şekilde uygulanması ve karar aşamasında bunların dikkate alınması önemlidir.
- f) Gelişimsel ve bireyselleştirilmiş ölçme-değerlendirme: Ölçme-değerlendirme bilişsel, motivasyonel, metabilşsel boyutları ile öğrenenlerin bireysel gelişimlerine, kendilerini gerçekleştirmelerine destek verecek şekilde tasarlanmalı ve yürütülmeli, bu yönde öğrencilere etkin geribildirimler sunmalıdır.
- g) Bütüncül/ otantik değerlendirme: Ölçme-değerlendirmede izole alt becerilerin değerlendirilmesinden çok, kompleks yeterlikler ve gerçek performanslar üzerinden yapılan daha bütüncül değerlendirmelere odaklanılmalıdır.

Aktını çizerek yeniden ifade etmek gerekirse, ulusal ve yerel (fakülte) düzeyde ölçme-değerlendirme konusu gündeme geldiği zaman bu durumda sergilenebilecek genel yaklaşım, ölçme-değerlendirme ile ilgili yukarıda sıralanan ilkeler ışığında önümüzdeki duruma uygun, uygulanabilir ve savunulabilir çok-boyutlu ve bütüncül bir ölçme değerlendirme sistemi geliştirmektir. Bu nedenle bu süreci, ölçme-değerlendirme ile ilgili sorunların (ulusal veya kurumsal düzeyde) çözümlendiği sistematik bir tasarım süreci olarak ele almak gerekir. Maddeler halinde kısaca belirtmek gerekirse, bu tasarım sürecinin aşamaları ile bu aşamalarda cevabı aranan ana soruları şu şekilde sıralamak mümkündür (1, 6, 7):

- a) Ölçme-değerlendirmenin amacının belirlenmesi-Ölçme-değerlendirmeyi niçin yapıyoruz, amacımız ne/ neler? Bu aşamada ölçme değerlendirme amacını belirlenir (Öğrenme sürecinde öğrenciye geribildirim vermek, güçlü ve zayıf yanlarını ortaya çıkarmak (biçimlendirici değerlendirme) ve/veya karar vermek (bir üst sınıfa, bir üst düzeye geçirmek, diploma veya sertifika vermek, yeniden sertifikalandırmak).

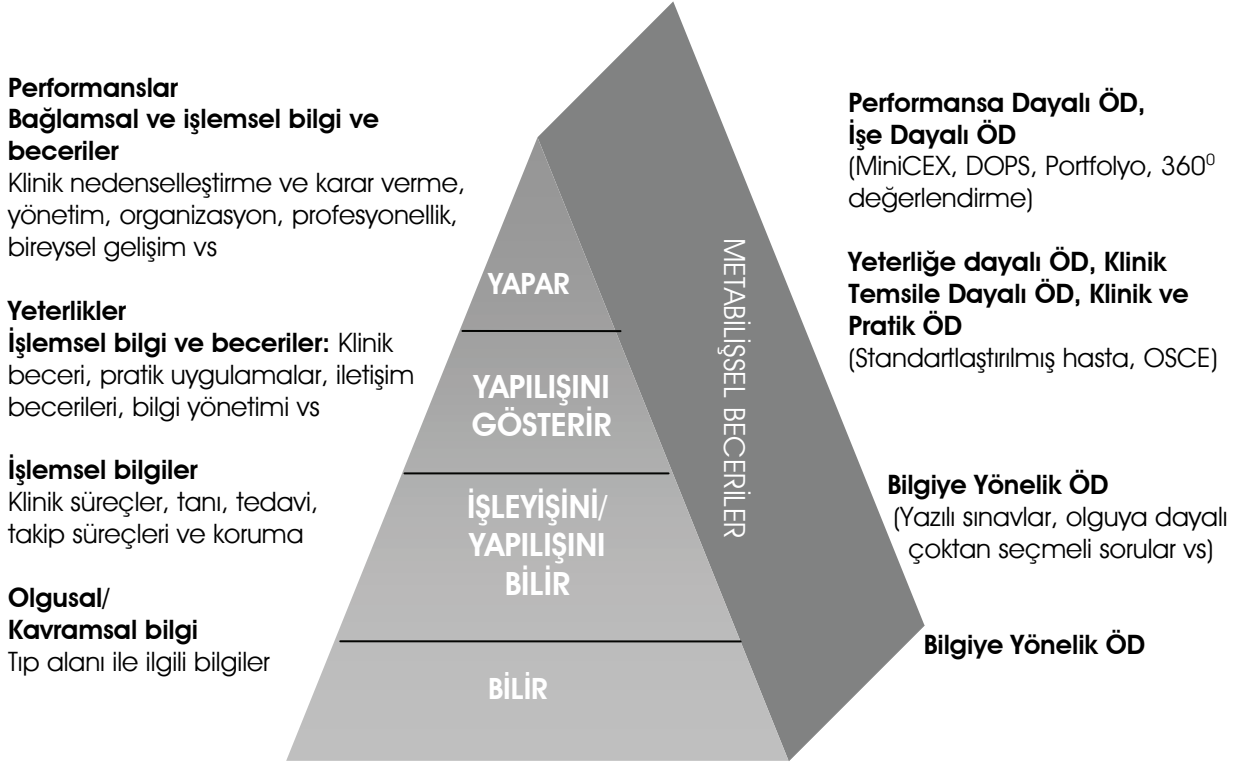
- b) Tasarım ve uygulama sürecinin planlanması - Tasarım ve uygulama sürecini nasıl ve kimlerle yürütelim, nasıl koordine edelim? Değerlendiricileri nasıl seçelim, nasıl yetiştirelim?
- c) Ölçme-değerlendirmenin takvimlendirilmesi-Ne zaman değerlendirelim? Bu aşamada ölçme değerlendirme ne zaman (eğitim programının başında, program sürecinde ve/veya sonunda) yapılacağı kararlaştırılır.
- d) Ölçme-değerlendirme alanlarının belirlenmesi-Neleri değerlendirelim? Bu aşamayla birlikte hazırlanan belirtke/ eşleştirme tablosu (blueprint) ile, değerlendirme alanları ve düzeyleri (bilgi, beceri, tutum, yeterlikler ve/ veya performanslar) belirlenir. Bu alanların hangi örneklerle, hangi değerlendirme ölçütleri kullanılarak ve ne tür ölçme-değerlendirme yöntemleri aracılığıyla değerlendirileceği ve değerlendirme ne zaman (eğitim programının başında, program sürecinde ve/veya sonunda) yapılacağı kararlaştırılır (Klinik eğitimde kullanılabilecek eşleştirme tablosu taslağı için bkz Tablo 2).

Tablo 2. Klinik Ortamlarda Ölçme-Değerlendirme Tasarım Sürecinde Kullanılabilecek Belirtke Tablosu Taslağı		ÖLÇME-DEĞERLENDİRME	ÖĞRENİME ORTAMLARI	YETERLİK ALANLARI	Yöntem ve Araçlar		
"TASK" LİSTESİ		Performans standardı / düzeyi ve ölçütleri	Öğrenme Yöntem ve Stratejiler	Klinik Ortam/ Öğretim Ortamı			
1.	2.	1	2	3	3	7	
		2	3	3	3	6	
		3	3	3	3	5	
		4	3	3	3	4	
		5	3	3	3	3	
		6	3	3	3	2	
		7	3	3	3	1	

- e) Ölçme-değerlendirme içeriğinin seçilmesi ve oluşturulması - Uygun ve kapsayıcı örneklemi nasıl oluşturulalım?

Ölçme-değerlendirme yöntem ve araçlarının seçilmesi-Değerlendirmeyi nasıl yapalım? Ölçme-değerlendirme yöntem ve araçlarının seçimi, hem psikometrik hem de eğitimsel ve kurumsal boyutlar birlikte dikkate alınarak, bu boyutlar arasında kabul edilebilir/ savunulabilir bir denge oluşturarak yapılır. Bu seçim sırasında kullanılan beş ölçüt şunlardır: (a) güvenilirlik, (b) geçerlilik, (c) eğitime etkisi, (c) maliyet ve (d) kabul edilebilirlik/ uygulanabilirlik (1, 8, 9). Yöntem seçiminde bu beş ölçütün bir arada ele alınması, ölçütlerden herhangi birisinin göz ardı edilememesi önemlidir. Fakat geliştirilen ölçme-değerlendirme sisteminin amacına ve eğitimin gerçekleştiği bağlama göre bu ölçütlerin ağırlıkları farklılaşabilmektedir. Örneğin ulusal düzeyde yapılan seçmeye/ karar vermeye yönelik sınavlarda güvenilirlik daha ağırlıklı olabilirken, fakülte düzeyinde ölçme-değerlendirmenin eğitime etkisi daha bir önem kazanabilmektedir. Fakat genel olarak belirtmek gerekirse, her durumda ölçme-değerlendirmenin eğitime etkisi ve psikometrik niteliği arasında kabul edilebilir, savunulabilir bir denge oluşturulmalıdır. Farklı değerlendirme alanları ve bu alanlara uygun ölçme-değerlendirme yöntemleri için Şekil 1 ve Tablo 3 incelenebilir.

- f) Başarı standartların belirlenmesi (standart setting) -Sonuçları nasıl kullanalım, nasıl karar verelim?
- g) Ölçme-değerlendirme sisteminin değerlendirilmesi-geliştirilen ölçme-değerlendirme sistemini nasıl değerlendirelim? Bu aşamada ilk olarak, uygulamaya geçmeden önce pilot uygulama yapılarak gerekli düzenlemeler yapılır. Uygulama aşamasında ise sistematik bir değerlendirme ile ölçme değerlendirme sisteminin etkinliği, uygulama süreci ve sonuçları/ eğitime etkileri değerlendirilir.



Şekil 1. Ölçme-Değerlendirme Alanları ve Kullanılanabilecek Değerlendirme Yöntemleri (Rethans et al., 2002 ve Shumway & Harden, 2003'den uyarlanmıştır)

Tablo 3. Uzmanlık Eğitimde Kullanılan Yeterliğe ve Performansa Dayalı Ölçme-Değerlendirme Yöntem ve Araçları

ÖLÇME-DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ/ ARACI	AMACI, UYGULAMA ALANLARI VE ŞEKLİ	DEĞERLENDİRME ALANLARI	PSİKOMETRİK NİTELİĞİ EĞİTİME/ ÖĞRENMEYE ETKİSİ
Performansa Dayalı Ölçme-Değerlendirme/ İşe Dayalı Ölçme Değerlendirme			
1. Mini-klinik sınav <i>(Mini Clinical Evaluation Exercise, MiniCEX)</i>	Biçimlendirici değerlendirme ve karar vermeye yönelik değerlendirme. Gerçek klinik ortamlarda yapılandırılmış gözlem formu doğrudan 15-20 dakikalık gözlemler ve geribildirim. Bir yıl boyunca 6-8 farklı klinik durumla ve farklı değerlendiricilerle yapılır.	Tıbbi görüşme, fizik muayene, iletişim, klinik değerlendirme, profesyonellik, organizasyona ve yönetmeye yönelik beceriler	Geçerli ve güvenilir Psikometrik niteliği artırmak için çok sayıda (8-10) farklı klinik durumda çok sayıda değerlendirici ile gözlem gerekir. Öğrenmeye etkisi olumlu
2. Doğrudan Gözlemlenen İşlemsel/ Girişimsel Beceriler (Direct Observation of Procedural Skills, DOPS)	Yapılandırılmış gözlem formu ile pratik, girişimsel becerilerin (iv kanulasyon, ECG'nin çekilmesi ve yorumu, üretral kateterizasyon, NG tüp, entübasyon, operasyonlar vs) doğrudan gözlenmesi ve geribildirim. Bir yıl boyunca 5-6 farklı klinik durumla ve farklı değerlendiricilerle yapılır.	Klinik uygulamaların, girişimsel/ operasyonel işlemlerin değerlendirilmesi	
3. Olguya Dayalı Tartışma <i>(Case-Based Discussion, CbD & Chart Stimulated Recall, CSR)</i>	Hasta kayıtlarının/ dokümanlarının kullanılması Yapılandırılmış olgu sunumu ve tartışması, Değerlendirme formları kullanılarak yıl içinde 5-8 farklı olgu üzerinden değerlendirme yapılır	Klinik nedenselleştirme ve karar verme. Tıbbi bilginin klinik durumlarda kullanılması, etik ve yasal tartışma.	Güvenilir ve geçerli

Tablo 3. Uzmanlık Eğitimde Kullanılan Yeterliğe ve Performansa Dayalı Ölçme-Değerlendirme Yöntem ve Araçları (Devam)

4. 360° DEĞERLENDİRME, MİNİ-AKRAN DEĞERLENDİRME ARACI (MİNİ-PEER ASSESSMENT TOOL, MİNİPAT)	BIÇIMLENDİRİCİ DEĞERLENDİRME VE KARAR VERMEYE YÖNELİK DEĞERLENDİRME. ÇOK SAYIDA KİŞİDEN (ÜSTLER, AKRANLAR, HASTA VE YAKINLARI, KENDİSİ VS) DEĞERLENDİRME ALINIR. ÖLÇEKLER VE ANKETLER KULLANILIR.	PROFESYONELLİK, KİŞİLERARASI VE İLETİŞİM BECERİLERİ, YÖNETİM BECERİLERİ, HASTA YÖNETİMİ, KENDİ KENDİNİ YÖNETİM, EKİP ÇALIŞMASI VS	GÜVENİLİR ÖĞRENMEYE VE GELİŞİME ETKİSİ OLUMLU
4. Gelişim Dosyası (Portfolio)	Öğrenme ve ölçme değerlendirme yöntemi. Öğrenme ve gelişim sürecini öğrenciyle birlikte planlama, izleme, değerlendirme ve revize etme. Biçimlendirici değerlendirme ve karar vermeye yönelik (yeniden sertifikasyon için, bir üst düzeye geçişler) değerlendirme. Belirlenmiş hedefler doğrultusunda öğrencilerin, yaptıkları işleri ve bu işlerle ilgili refleksiyonları amaçlı olarak bir araya getirmesi.	Profesyonellik Bireysel gelişimin takibini gerektiren uzun soluklu değerlendirme	Güvenilirlik için performans standartları ve ölçütlerin, geçerlilik için içeriğin iyi belirlenmesi gerekir Öğrenmeye ve gelişime etkisi olumlu
Yeterliğe Dayalı Ölçme-Değerlendirme/ Klinik Temsile (Simülasyona) Dayalı Ölçme-Değerlendirme			
1. Simüle veya Standardize Hasta (Standardized Patients, SH) 2. Objektif Yapılandırılmış Klinik ve Pratik Sınavlar (Objective Structured Clinical and Practical Examinations, OSCE & OSPE)	Klinik becerilerin karar vermeye yönelik olarak değerlendirilmesi. Farklı klinik durumların ve uygulamaların klinik temsiller (simülasyonlar, modeller) üzerinden değerlendirilmesi SH'da değerlendirme, yetiştirilmiş bir kişi veya yetiştirilmiş ve standartlaştırılmış hasta ile temsili ortamlarda yapılır. İstasyonlardan oluşur ve genellikle her istasyonda bir yeterlik alanı değerlendirilir. Değerlendirme kontrol listeleri veya global derecelendirme ile yapılır.	Tıbbi görüşme, fizik muayene, iletişim becerileri, klinik karar verme, tanı ve tedavi planı oluşturma	Geçerli ve güvenilir. Psikometrik niteliği artırmak için 14-18 istasyon önerilir. Öğrenmeye etkisi olumlu, fakat yeterlikler/ beceriler istasyonlarda ayrı ayrı değerlendirildiği için yeterliklerinin/ becerilerin izolasyonu, aradaki geçişlerin zorlaşması ve bağlantıların, entegrasyonun yitirilmesi gibi sonuçlar ortaya çıkabilir.

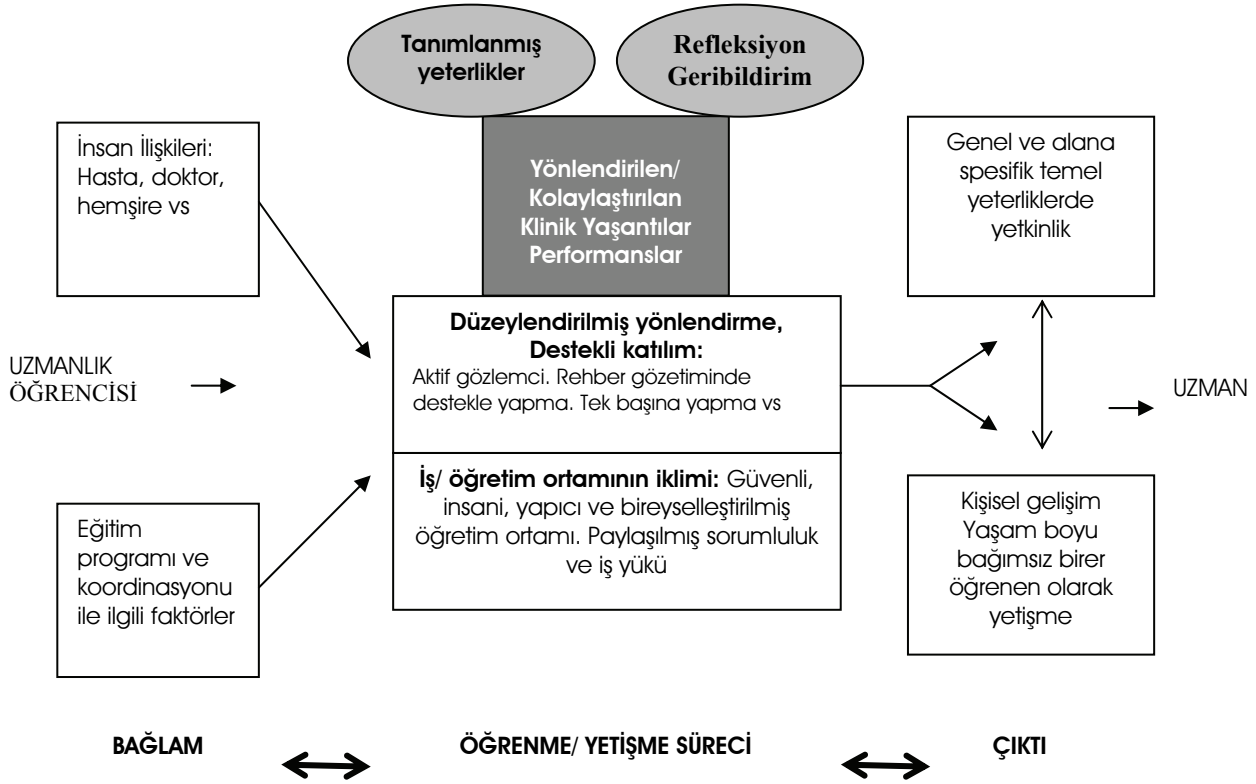
Klinik Ortamlarda Öğrenme ve Ölçme-Değerlendirme

Uzmanlık eğitiminde, öğretim, ölçme-değerlendirme ve iş süreçlerinin bir arada düşünülmesi, öğretimin mümkün olduğu kadar iş sürecine, ölçme-değerlendirmenin ise öğretim sürecine yedirilerek (embedded), bu süreçler birbirleri ile entegre edilerek sürdürülmesi gerekir. İşe dayalı öğrenme (IDÖ, work-based learning) ve işe dayalı ölçme-değerlendirme (IDÖD, work-based assessment, in-training assessment) olarak bilinen modellerde iş, öğrenme ve ölçme-değerlendirme süreçlerinin bu iç içeliğine esastır. Klinik eğitimde yaygın olarak kullanılan bu modellere göre etkin bir öğrenme için, eğitim şu iki temel bileşen üzerinden tasarlanmalı ve uygulanmalıdır:

1. Düzeylendirilen ve yönlendirilen/ kolaylaştırılan klinik yaşantılar (graded and guided experiences)
- a) Refleksiyon (reflection on) (10-14).

Bu bağlamda, klinik ortamlarda öğrenme ve ölçme değerlendirme merkezinde, ilgili yeterliklerle desteklenmiş gerçek klinik performanslar, zengin ve gerçek klinik yaşantılar ve bu yaşantıların/ performansların eğitim süpervizörü rehberliğinde sürekli ve sistematik refleksiyonlar (geribildirim, eleştirel düşünme, kendi performansı üzerinde düşünme ve değerlendirme) ile geliştirilmesi, modifiye/ rafine edilmesi (reflective practice/ experience) vardır (Şekil 2). Çünkü yaşantısal öğrenme, işe dayalı öğrenme modellerinin ilkeleri doğrultusunda ele alınması gereken klinik eğitimde etkin bir öğrenme için yapmak/ uygulamak tek başına yeterli değildir (10, 13). Bunun yerine, klinik ortamlarda öğrenmenin, yeterlikleri açık bir şekilde belirlenmiş performanslar üzerinden yürümesi ve bu performansların yapılandırılmış refleksiyonlarla sürekli olarak iyileştirilmesi gerekir. Dolayısıyla uzmanlık eğitimde öğrenme ve ölçme-değerlendirmenin aynı zamanda ihmal edilmemesi gereken gelişimsel bir boyutu (yetiştirme) vardır (10) ve bu noktada, asistan gelişim dosyasının (portfolio) gerek öğrenme gerekse ölçme-değerlendirme yöntemi olarak kullanılması önerilmektedir. Bu doğrultuda, Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi ve Yetiştirme Kurulu (Postgraduate Medical Education and Training Board, PMETB), uzmanlık eğitiminde, hem öğretimin hem de ölçme-değerlendirmenin gelişimsel olması, bu süreçte uzmanlık öğrencisine yeterli düzeyde pratik yaşantı sağlanması ve bu yaşantılar üzerinden geribildirimler verilmesi üzerinde vurgu yapmaktadır. Asistan karnesi (logbook) veya gelişim dosyası uygulaması yapılması ile, düzenli aralıklarla (en az 3 ayda bir) asistan ve eğitim süpervizörü buluşması sağlanarak uzmanlık öğrencisine etkin bir süpervizyonluk sunulması gerektiğini belirtir (12).

Uzmanlık eğitiminde etkin bir öğrenme sağlamak için dikkate alınması gereken bir diğer önemli nokta, sağlık hizmetinin ve öğrenmenin içinde gerçekleştiği klinik ortamının iklimidir. Uzmanlık öğrencisinin nitelikli bir hekim olarak bireysel gelişimini hedefleyen reflektif uygulamalar/ yaşantılar (reflective practice/ experiences) için, sorumlulukların ve rollerin açık bir şekilde belirlenmesi ve paylaşılması, iş yükü ile eğitim yükünün iyi dengelenmesi, öğrenme ve iş ortamlarının her anlamda güvenli olması, özette destekleyici, yapıcı ve insani bir eğitim ikliminin oluşturulması gerekir. Öğrenme sürecinde, asistanın her açıdan kendini güvende, değerli ve başarılı hissetmesi, bireysel ve profesyonel kimliğin olumlanması, bunların gelişimi için açıklayıcı ve esnek bir program sunulması ve bireysel gelişimi yönünde etkin bir süpervizörlük sağlanması önemlidir. Yapılan çalışmalarda iş ve öğretim iklimi ile ilgili değişkenlerin (etkin süpervizyonluk, seçim şansı-bağımsızlık-bireyselleştirilmiş öğretim, yönlendirici/ olumlayıcı hava ve paylaşılmış sorumluluk ve makul iş yükü) olumlu yönde olmasının öğrencinin öğrenmeye karşı derin ve organize bir yaklaşım geliştirmesi, olumsuz yönde olması ise yüzeysel ve organize olmayan bir yaklaşım geliştirmesi ile ilişkili olduğu görülmüştür (15).



Şekil 2. Uzmanlık Eğitimde Öğrenme/ Yetişme Ortamının Nitelikleri

Klinik eğitimde öğrenmeden sonra genelde klinik eğitimde özelde uzmanlık eğitiminde ölçme-değerlendirme konusunu biraz daha açmak gerekirse, yukarıda klinik ortamlarda öğrenme için sıralanan ilkelerin ölçme-değerlendirme için de geçerli olduğu, bu ilkelerin ölçme-değerlendirme üzerine yansımaları olduğu görülecektir. Klinik eğitimde ölçme-değerlendirme mümkün olduğu kadar kliniğin, klinik uygulamaların içine entegre edilerek/ yedirilebilir, daha çok performanslar üzerinden, hem öğretim sürecinde sistematik geribildirim vermek (biçimlendirici değerlendirme) hem de karar vermek (bir üst düzeye geçme, sertifikasyon, yeniden sertifikasyon) amacıyla yapılandırılır ve uygulanır (11, 16). Çoklu, kapsayıcı ve bütüncül değerlendirme yaklaşımı çerçevesinde, uzmanlık eğitimi için hem fakülte hem de ulusal düzeyde ölçme-değerlendirme sistemini geliştirirken, bilgiye yönelik, yeterliğe dayalı (YDÖD) ve performansa dayalı ölçme-değerlendirme (PDÖD) yöntem ve araçlarını birbirlerini tamamlayacak şekilde kullanmak, özellikle YDÖD ile PDÖD arasında denge kurmak önemlidir. Fakat, fakülte düzeyinde geliştirilen ölçme-değerlendirme sisteminde daha önemli olmak üzere, her iki düzeyde ölçme-değerlendirmenin merkezinde performanslar ve PDÖD bulunmalıdır (16, 17). Uzmanlık eğitimi söz konusu olduğunda, PDÖD'nin yanı sıra yaygın olarak kullanılan bir diğer yöntem YDÖD'dir. Daha yapılandırılmış/ standartlaştırılmış temsili klinik ortamlarda yapılan YDÖD'nin ulusal düzeyde tasarlanan ölçme-değerlendirme sistemlerindeki ağırlıkları fakülte düzeyine göre daha fazla olabilir. Çünkü ulusal düzeyde tasarlanan ölçme-değerlendirmede eğitimsel etki biraz daha zayıflarken, psikometrik ölçütler daha ön plana geçebilir ve psikometrik ölçütler açısından bakıldığında PDÖD'de bazı sorunlar (hasta ve hastalığı ile ilgili komplekslik, zorluk düzeyi gibi) yaşanabilmektedir (18). İşe dayalı ölçme-değerlendirme olarak isimlendirilen bu yöntemlerinin psikometrik açıdan güçlendirilmesi, güvenilirliğe ve geçerliliğe ait problemlerinin giderilmesi için geniş ve kapsayıcı örneklem önemlidir. Çok sayıda değerlendirici ve yapılandırılmış değerlendirme formları ile çok sayıda ve farklı klinik (8-10) durumun kullanılması gerekir (9, 19). Aşağıda bu iki yöntem birbirleri ile karşılaştırılarak ele alınmış ve Tablo 3'de, uzmanlık eğitiminde yaygın olarak kullanılan/ kullanılması önerilen YDÖD ve PDÖD yöntem ve araçlarından bir kısmı özetlenmiştir.

Yeterliğe dayalı ölçme-değerlendirme:

Bu yöntemde değerlendirme tanımlanmış yeterlikler (öğrencilerin yapabildikleri beceriler, “can do”) üzerinden yapılır. Bu yeterlikler klinik ortamların simüle edildiği ve daha çok seçilmiş yeterlik alanlarının ayrı ayrı değerlendirildiği (compartmentalizations of competences/ skills) yapılandırılmış/ standartlaştırılmış temsili ortamlarda (klinik temsiller) gerçekleştirilir (8, 9, 20). Literatürde klinik temsile (simülasyona) dayalı ölçme-değerlendirme, klinik ve pratik değerlendirme başlıkları altında incelenen yöntem ve araçlar YDÖD grubunda toplanabilir. Standartlaştırılmış veya simüle hasta ve objektif yapılandırılmış klinik sınav (OSCE) uzmanlık eğitiminde yaygın olarak kullanılan iki örnektir (Tablo 3).

Performansa dayalı ölçme-değerlendirme:

Performansa dayalı ölçme değerlendirmede vurgu yeterliklerden performansa (öğrencinin gerçek ortamlarda yaptıkları, “does”) doğru kaymıştır. Çünkü teke tek yeterliklerdeki yetkinlik her zaman yetkin bir performans beraberinde getirmemekte, gerçek ortamlardaki performans için bir ön gösterge olmamaktadır. Bir diğer ifadeyle yeterlikler performans için gerekli fakat yeterli değildirler (8, 9, 20, 21). Ayrıca performans ve PDÖD söz konusu olduğu zaman, kavramsal ve işlemsel bilgi ve becerilerin yanı sıra metabilşsel bilgi ve beceriler ile bağlamsal bilgiler daha çok önem kazanmaktadır. Dolayısıyla YDÖD’de temsili ortamlarda, yapılandırılmış optimal durumlarda, seçilmiş belirli yetkinlikler üzerinden yapılan değerlendirmenin aksine PDÖD’de değerlendirme, gerçek ortamlarda performanslar (ilgili yeterlik alanları açıkça tanımlanmış performanslar) üzerinden bütüncül/ entegre bir şekilde yapılır. Literatürde işe dayalı ölçme-değerlendirme (İDÖD), yetiştirme sırasında değerlendirme (in-training assessment, ITA), iş ortamında değerlendirme (workplace assessment) gibi farklı isimler altında toplanan mini-klinik sınav, olguya dayalı tartışma ve gelişim dosyası gibi değerlendirme yöntem ve araçları bu grupta toplanabilir (Tablo 3).

Yirmi yılı aşkın süredir uzmanlık eğitiminde İDÖD’ye karşı artan bir ilgi söz konusudur. Bugün için uzmanlık eğitiminde ölçme-değerlendirmenin merkezinde İDÖD bulunmaktadır (18). Bu grupta sıralanan yöntem ve araçlar hem öğretim sürecinde sistematik ve düzenli geribildirim vermek için (biçimlendirici değerlendirme) hem de karar verme, seçme için (bir üst düzeye geçme, sertifikasyon ve yeniden sertifikasyon) kullanılmaktadır (19).

Sonuç olarak, uzmanlık eğitiminde hem öğrenme hem de ölçme-değerlendirme süreci klinik bağlamda ele alınarak tasarlanmalı ve uygulanmalıdır. İşin ve öğretimin iç içe geçtiği bu klinik bağlam dikkate alındığında, uzmanlık eğitiminde öğretim ve ölçme-değerlendirme sürecinin, yeterlik alanları açık bir şekilde tanımlanmış klinik performanslar merkeze alınarak yürütülmesi gerekir. Klinik performanslar üzerinde giden bu iki süreçte kritik olan bir diğer nokta ise, etkin ve sistematik geribildirimler/ refleksiyonlar ile kendi klinik performansları üzerinde düşüncelerini ve performanslarını iyileştirmelerini kolaylaştırmak ve etkin bir süpervizyon uygulamasıyla uzmanlık öğrencisine hem hekimlik hem de kişisel gelişimi açısından gerekli duyduğu yönlendirmeyi sağlamaktır.

Kaynaklar

1. SR Lew, GG Page, LWT Schuwirth, M Baron-Maldonado, JMJ Lescop, NS Paget, LJ Southgate & WB Wade. (2002). The relationship between competence and performance: Implications for assessing practice performance. *Medical Education*, 36, 936-41.
2. LWT Schuwirth & CPM van der Vleuten. (2004). Changing education, changing assessment, changing research? *Medical Education*, 38, 805-12
3. CPM van der Vleuten & LWT Schuwirth. (2005). Assessing professional competences: From methods to programmes. *Medical Education*, 39, 309-17.
4. PW Airasian & H Miranda. (2002). The role of assessment in the revised taxonomy. *Theory into Practice*, 41(4), 249-54.
5. L Meltzer & RD Kim. (1994). New Directions in the assessment of students with special needs: The shift toward a constructivist perspective. *Journal of Special Education*, 28(3), 338-46.
6. D Newble & B Dawson (Ed). (1994). Guidelines for assessing clinical competence. *Teaching and Learning in Medicine*, 6(3), 213-20.
7. CPM van der Vleuten, AJJA Scherpbier, DHJM Dolmans, LWT Schuwirth, GM Verwij Nen & HAP Wolfhagen. (2000). Clerkship assessment assessed. *Medical Teacher*, 22(6), 592-60.
8. JM Shumway & RM Harden. (2003). AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. *Medical Teacher*, 25(6), 569-8.
9. JJ Norcini & DW McKinley. (2007). Assessment methods in medical education. *Teaching and Teacher Education*, 23, 239-50.
10. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Instruction. Teaching from a competency perspective: An instructional toolbox for graduate medical education. Erişim tarihi ve adresi, 25.10.2008, <http://www.acgme.org/outcome/instrmod/instrModHome.asp>
11. Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB). (June 2008). Educating tomorrow's doctors –Future models of medical training; medical workforce shape and trainee expectations. Erişim tarihi ve adresi, 25.10.2008, www.pmetb.org.uk.
12. Postgraduate Medical Education And Training Board (PMETB). (July 2008). Generic standards for training. Erişim tarihi ve adresi, 25.10.2008, www.pmetb.org.uk.
13. H Browne. (2007). A model of experienced based workplace learning? *The Clinical Teacher*, 4, 112-115
14. JA Raelin. (1997). A model of work-based learning. *Organization Science*, 8(6), 563-78.
15. MD Delva, J Kirby, K Schultz & M Godwin. (2004). Assessing the relationship of learning approaches to workplace climate in clerkship and residency. *Academic Medicine*, 79, 1120 –1126.
16. T Swanwick & N Chana. (2005). Workplace assessment for licensing in general practice. *British Journal of General Practice*, 461-7.
17. Postgraduate Medical Education and Training Board (July 2008). Standards for curricula and assessment systems. Erişim tarihi ve adresi, 25.10.2008, www.pmetb.org.uk.
18. JJ Norcini. (2005). Current perspectives in assessment: The assessment of performance at work. *Medical Education*, 39, 880-9.
19. MJB Govaerts. (2006). In-training assessment: Learning from practice. *The Clinical Teacher*, 3, 242-7.
20. JD Smith, D Prideaux, CL Wolfe, TJ Wilkinson, T Sen Gupta, DE Dewitt, P Worley, RB Hays, M Cowie. (2007). Developing the accredited postgraduate assessment program for fellowship of the Australian college of rural and remote medicine. *Rural And Remote Health*, 7, 805. (Online). Erişim tarihi ve adresi, 25.10.2008, <http://www.rrh.org.au>
21. J-J Rethans, JJ Norcini, M Baron-Maldonado, D Blackmore, BC Jolly, T LaDuca, S Lew, GG Page & LH Southgate. (2002). The relationship between competence and performance: Implications for assessing practice performance. *Medical Education*, 36, 901-9.

PROGRAM GELİŞTİRME

Yrd. Doç. Dr. Hatice ŞAHİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Bornova İzmir

hatice.sahin@ege.edu.tr

Eğitim programı geliştirme kavramı; birbiri ile dinamik ilişki içinde olan bileşenler bütünü olarak tanımlanabilir. Bu tanımdan yola çıkarak söz konusu bileşenler, bunların bir arada bulunmasını sağlayan ilişkinin boyutu ve bu durumun uzmanlık eğitimine yansımaları bu yazının başlıca amacıdır.

Eğitim programı kavramını tanımlamadan program geliştirme yaklaşımını vermek çok açıklayıcı olmayacaktır. Eğitim programını eğitimciler kendi bakış açıları ile tanımlamaya çalışmıştır. Örneğin; Demirel; öğrenene okul ve okul dışında planlanmış etkinlikler yoluyla sağlanan öğrenme yaşantıları düzeneği, Kern; planlanmış eğitim deneyimleri, Goodson; farklı seviyelerde ve farklı alanlarda uzlaşma - tekrar uzlaşmayı ve yapılandırmayı içeren çok yönlü bir kavram, Taba-Tyler; istendik hedef ve davranışların kazanılması için stratejilerin belirlendiği yazılı doküman veya eylem planı, Prat; biçimsel eğitim ve öğretim etkinliklerini örgütleme takımı, Bondi; öğrenilmesi gerekli olanların belirlendiği öğrenme hedeflerinin bir planı olarak tanımlamaktadır. Eğitim programının tanımı yapılırken yazarların öğrenmeyi nasıl algıladıkları, öğrenme kuramlarından hangisine yakın oldukları önem taşımaktadır.

Bu kadar farklı eğitim programı tanımı yapıldığında, program geliştirme süreci de çok bileşenli olacaktır. Ancak böylece, eğitim programı insanı kültürlenme süreci ile birlikte yoğurabilir ve ortaya kendi kendine yeten ve kendini geliştiren öğrenme sürecine sahip bir birey ortaya çıkarabilir. 'Program geliştirme' kavramı en basit haliyle eğitim programının öğeleri olan; hedef, içerik, öğrenme-öğretme süreci ve değerlendirme arasındaki *dinamik ilişkiler* bütünü olarak tanımlanmaktadır. Program geliştirme kavramının tanımındaki en önemli nokta "*dinamik ilişkiler*" söylemidir. "Dinamik ilişkiler" kavramı; programın bileşenlerinden herhangi birinde değişiklik olduğunda diğerlerinde de değişimin kaçınılmaz olduğunu ifade etmektedir. Örneğin; hedefler daha çok uygulama (beceri) ağırlıklı olarak belirleniyorsa öğrenme stratejileri de buna uygun olmalı ve doğal olarak ölçme değerlendirme yöntemi de bu öğrenmeye uygun olmalıdır.

Programın yukarıda sözü edilen dört ana bileşeninin bir arada farklı biçimlerde organizasyonu ile eğitim programı geliştirme modelleri ortaya çıkmaktadır. Burada eğitim programı geliştirme modellerinden söz edilmeyecektir ancak tüm modellerde dikkati çeken bir nokta gereksinimlerin veya ihtiyaçların belirlenerek eğitim programı geliştirme çalışmalarının başlatılmasıdır. Gereksinimlerin belirlenmesinde birkaç yaklaşım benimsenmekle birlikte en fazla kullanılan "farklar yaklaşımı" dır. Yani ideal durum ile mevcut durum arasındaki fark bir eğitim programı için başlatıcı bir faktördür.

Program geliştirme yaklaşımını; uzmanlık eğitim programına yansımaları açısından değerlendirmeden bir de uzmanlık eğitimi veya asistanlık sürecini tanımlamak gereklidir. Uzmanlık eğitimi Campbell tarafından; "tıp doktorluğundan uygulamacı hekimliğe geçişi kolaylaştıran formal bir tıp eğitimi periyodu" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım kendi içinde birkaç önemli konuyu barındırmaktadır. Öncelikle uzmanlık eğitimi formal bir süreçtir. Yani girişi, başlangıcı, geçirilen süreç ve çıkışın planlı olduğu ve sonunda gelinecek niteliğin bilindiği bir eğitim sürecidir. Bir diğer özellik ise tıp doktorundan "belli bir konuda uygulamacı olan hekim"e doğru bir dönüşüm söz konusudur. Bu tanımı biraz daha ayrıntılandırarak olursak; mezuniyet öncesi tıp eğitimi ile bir birey tıp doktoru olarak mezun olduğunda genel tıp nosyonuna sahiptir ancak gerek rol modeller gerekse bireysel ilgiler ile mezun bir alanda özelleşmek istediğinde artık gündeme uzmanlık eğitimi girmektedir. Ülkemizde uzmanlık eğitime giriş TUS ile olmaktadır. Eğitim kurumlarının genellikle müdahil olmadıkları bu seçim veya giriş aşaması aynı zamanda bir eğitimin de başlangıcıdır. Bu eğitim ile birey yani öğrenen (asistan) mezuniyet öncesi eğitimden farklı olarak başkaca bir öğrenme biçimi ile karşı karşıyadır. Bu öğrenmenin hem "dar bir alanda derinlemesine" hem de "yaşam boyu" öğrenme bileşenleri vardır. Bu öğrenme yalnızca bilgi donanımı değil aynı zamanda beceri ve tutum da kazandıracaktır. Bu özellikleri ile uzmanlık eğitimi bir bireyi "tıp doktor"luğundan alıp farklı bilgi, beceri ve tutuma sahip uygulama alanında kendi kararlarını verebilen bağımsız bireyler yetiştirmeyi amaçlamaktadır. Halen yürütülen uzmanlık eğitimleri bu tanımdaki bireyi yetiştirebiliyor mu? Eğitici ve kurum nitelikleri birbirinden farklı olan ortamlarda verilen uzmanlık eğitiminin standart olduğu söylenebilir mi? oysa ortam veya süreç farklı olsa bile tanımlanan sürenin sonunda mezun olan "uzman hekim" olarak adlandırılmıyor mu? Bu soruları sorabildiğimize göre eğitim programları ve kurumları arasında standardizasyonun olmadığına ilişkin bir algımız ve yaşadıklarımız var.

Program geliştirme yaklaşımı; uzmanlık eğitimi ile ilgili sorduğumuz soruları yanıtlama ve uygulamaların standartlaşmasına doğru bir yön tayin eder. Böylelikle program geliştirme ile uzmanlık eğitiminin girdisi, süreci ve çıktısı hem eğitim alan hem de eğitim verenler ve hatta istihdamı sağlayanlar açısından da tanımlanmış olur. Uzmanlığa başlayan birey (asistan) bir programın girdisini oluşturmaktadır. Yukarıda da sözünü ettiğimiz gibi günümüzde TUS dışında girişi olanaklı kılan bir başka yöntem yoktur. Eğitimin bir diğer girdisi ülkenin sağlık göstergeleri ve sağlıkta insan gücü dağılımıdır. Böylelikle eğitim programının girdisinde hem birey hem de ülke açısından hangi durum söz konusu, "bu uzmanlık eğitim ile bireye ve ülke sağlık sistemine ne katkılar sağlanacak?" tartışması yapılmış olur. Bundan sonraki aşama olan "süreç"te ise girdi sonuca nasıl bir değişimle ulaşacak konusu tanımlanır. Bir değişim söz konusu olduğuna göre "varılacak son nokta (sonuç hedefi)"nin bilinmesi gereklidir. Ancak bu şekilde süreç o değişimi yaratmak üzere planlanabilir. The Accreditation Council for Graduate Medical Education uzmanlık eğitimi sonunda hekimi; hastasına etkin bakım hizmeti veren ve bu konuda tıbbi bilgisi olan, profesyonel tutum sergileyebilen, iyi iletişim becerisi olan ve sağlık hizmet örgütlenmesine ilişkin bilgi ve farkındalığı olan birey olarak tanımlamaktadır. Bu niteliklerde bir uzman hekim yetiştirecek programda sonuç hedefine dayalı yıllara göre hiyerarşisi belirlenmiş hedeflerin, bu hedeflerin hangi strateji ile öğrenileceği veya öğretileceği, öğrenmenin denetlenmesi için ölçme değerlendirme sisteminin tanımlanması, beceri alanlarının değerlendirilmesinde kriterlerin belirlenmesi gereklidir. Bir programda bunların belirlenmesi yeterli değildir. Uygulama sırasında öğrenmeyi olumlu ya da olumsuz etkileyen personel, öğrenme kaynakları, poliklinik, klinik, ameliyathane, laboratuvar gibi ortamların, maliyetin ve yöneticilerin tutumunun da dikkate alınması gereklidir. Programın çıktısı uzman olarak mezun olanların sayısı olduğu kadar aynı zamanda niteliğidir de. Bu durumda da program geliştirmenin ölçme değerlendirme ve program değerlendirme bileşenleri ile karşılaşırız. Gerek bireyin (asistanın) gerekse programın değerlendirilmesi ile uzmanlık eğitiminin birey başarısı üzerindeki etkisi ve programın aynı şekilde sürdürülüp sürdürülemeyeceği kararı verilmektedir.

Program geliştirmenin; yukarıda sözü edilenlerin yanı sıra aynı zamanda farklı arası dinamikleri de gözleme ve değerlendirme olduğu dikkate alındığında karşımıza bir "ekip çalışması" kavramı çıkacaktır. Program geliştirme süreci planlamasından, uygulamasına ve değerlendirilmesine kadar farklı tarafların bir arada çalışmasını gerektiren bir ekip çalışmasıdır. Program geliştirme süreci tek taraflı ve yalnızca bir içerik belirleme ve düzenleme olmayıp aynı zamanda yönetsel bir niteliği de sahiptir.

Ancak bu özelliği sayesinde bir eğitim programı kurumsal bir uygulama ile ülke sorunlarına yanıt verebilir nitelik kazanmaktadır. Uzmanlık eğitimi planlayanların, uygulayanların, değerlendirenlerin ve karar vericilerin birlikte çalışması ile "varılacak son nokta (sonuç hedefi)" üzerine etkili olan tarihsel, sosyolojik, psikolojik, felsefi ve yasal bakış açıları eğitim programına yansıtılabilir ve program geliştirme süreci tamamlanabilir.

Sonuç olarak; eğitim programı geliştirmeyi, bir ekip çalışması ile yürütülen ve uzmanlık eğitiminin değişen her türlü özelliğini barındırması ile canlı bir organizma olarak değerlendirmek yanlış olmayacaktır.

Kaynaklar

1. Campbell J. What is residency? *Canadian Family Physician* 2003;49:1065
2. Demirel Ö. Kuramdan uygulamaya eğitimde program geliştirme. PegemA Yayınevi. 4. baskı. 2002.
3. Dent J, Harden RM. A practical guide for medical teachers. Churchill Livingstone. 2005
4. Fish D, Coles C. Medical Education- Developing a curriculum for practice. Open University Press, 2005
5. Heard JK, Allen RM. Assessing the needs of residency program directors to meet the ACGME general competencies. *Academic Medicine* 2002;77:750
6. Hoff TJ., Pohl H., Bartfield J. Creating a Learning Environment to Produce Competent Residents: The Roles of Culture and Context. *Academic Medicine*, 2004;79(6):532-540
7. Kasuya RT, Nip IL. A Retreat on Leadership Skills for Residents. *Academic Medicine* 2001;76:554
8. Kern D, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum Development for Medical
9. Ratnapalan S, Hilliard RI. Needs Assessment in Postgraduate Medical Education: A Review. *Med Educ Online*. 2002;7:8
10. Shafir MS. Do they encourage lifelong learning?. *Canadian Family Physician* 1996;42:196-197
11. Şahin H. Eğitim Programı Geliştirme Sürecinde Önemli Bir Aşama: İhtiyaç Belirleme. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2006;22:1-9

UZMANLIK ALANLARINDA YENİDEN BELGELENDİRME

Bir örnek olarak ORTOPEĞİ ve TRAVMATOLOJİ ALANINDA YENİDEN BELGELENDİRME (Resertifikasyon)

Prof. Dr. Mehmet DEMİRHAN

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

TTB-UDEK Yürütme Kurulu Üyesi

Sertifikasyonu tamamlamış uzmanların mesleki yaşamlarının devamı süresince bilgi düzeylerindeki standardizasyonun yakalanması ve devamı açısından sürekli tıp eğitiminin bir parçası olarak belirli dönemlerde yeniden değerlendirilmeleri gerekmektedir.

Bu değerlendirme gerek yeniden sınava tabi tutma, gerekse göstermiş oldukları bilimsel aktivitelerin (kongre, seminer katılımları, kurslar, bilimsel yayınlar, internet üzerinden okumalar v.s.) sorgulanması şeklinde yapılabilmektedir.

Bu konudaki en gelişmiş sistem Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunmaktadır. 1933 yılında kurulan AAOS ve bunu takiben 1934 yılında oluşturulan "The American Board of Orthopaedic Surgeons" (ABOS) kendi içerisinde "Examination Committee" (sınav komitesi), "Eligibility Committee" (değerlendirme komitesi), "Residency Training Committee" (asistan eğitim komitesi) alt birimlerini oluşturarak faaliyetlerine 70 yıl önce başlamıştır. ABOS'u oluşturan delegeler American Medical Association (AMA), American Orthopaedic Association (AOA) ve American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) üyeleri arasından seçimle gelen kişiler tarafından oluşturulmaktadır. Bu organizasyon "private" (özel), "voluntary" (gönüllü çalışan), "non-profit" (kar amacı gütmeyen) otonom bir kuruluştur. Amacı ortopedi asistanlarının eğitim standartlarının belirlenmesi ve yükseltilmesi ve ortopedik cerrahların sürekli eğitiminin ve güvenilirliklerinin devamlılığının sağlanmasıdır. Bu amaçla bu uzmanlık alanıyla ilgili minimum eğitim standartlarının belirlenmesi, uzmanlık eğitiminin geliştirilmesi ve sürekli mesleki eğitimin ve olanakların programlar çerçevesinde oluşturulmasıdır. Bu görevini yaparken "residency review committee" ve "accreditation council for graduate medical education" (ACGME) komiteleriyle birlikte çalışır.

Bu yapı ülkemizde bulunan uzmanlık dernekleri yeterlilik kurulları ile kısmen uyuşmakta ve aynı zamanda TTB – UDEK yapılanması ile de örtüşmektedir.

ABOS içerisinde sınav sistemi ilki (Part I) yazılı, ikincisi (Part II) sözlü sınav şeklinde iki bölümden oluşmaktadır. Bu yapı gerek UEMS-EBOT, gerekse ülkemizdeki yeterlilik kurullarının çoğu ile benzeşmektedir. ABOS sınavlarının yazılı bölümüne 60 aylık asistan eğitim programının 54 ayını başarılı bir şekilde tamamlayan kıdemli (senior) asistanların katılmasına izin verilmektedir. Çoktan seçmeli sorulardan oluşan bu sınava yılda ortalama 900 ila 950 aday katılmaktadır. Bu sınavda başarı ortalaması %79 ile 88 arasındadır. Bu sınavda başarılı olanlara "Board Eligible" (Board'a uygun) belgesi verilmekte ve bu belge 5 yıl süreyle geçerli olmaktadır. Aday başarılı bir şekilde 60 aylık programını tamamladıktan sonra bu 5 yıllık süreç içerisinde sınavın sözlü olan 2. aşamasına (Part II) girmek zorundadır. Bu sırada yapılan fellowship'lerde geçen süre bu 5 yıllık süreye dahil edilmemektedir. Sınavın sözlü olan bu 2. aşamasına (Part II) 1. aşamada (Part I) başarılı olmuş ve aktif cerrahi pratiği yapan ve bu pratikte 22 ayını tamamlamış adaylar katılabilir. Bu 22 ayın en az 12 ayı aynı klinikte geçirilmiş olmalıdır. Sınavın ikinci aşamasının (Part II) amacı adayın klinik yeterliliğini belirlemektir. Aday son 6 aydaki cerrahi vakalarının listesini Board'a sunar. Board listeden 12 vakayı seçer. Bunlardan 10 tanesine ait tüm belgeler Board'a gönderilir. 45 dakikalık iki ayrı bölümden oluşan sınavın toplam süresi 1,5 saattir. Sınav süresince aday vakalarını sunar ve sınav yapıcılar vakalarla ilgili sorular yönelterek tanı, tedavi, teknik, beceri, sonuç ve etik konularında adayı sınarlar. Sınav yapıcılar genel ortopedi, travma, vertebra, pediatri, ayak ayak bileği, spor ve üst ekstremité panellerini içerecek tarzda bölünmüştür. Sözlü sınav her yıl bir kez yapılır ve yılda ortalama 700 ila 750 kişi bu sınava girer. Bu sınavı geçen adaylar 10 yıl için "The American Board of Orthopaedic Surgery" diplomasını almaya hak kazanırlar.

RESERTİFİKASYON SINAVI

Bu sınav ABOS diplomasına sahip uzmanların resertifikasyonu için yapılır. ABOS diplomasının geçerlilik süresi olan 10 yılın son 3 yılında adaylar isterlerse bu sınava girebilirler. Resertifikasyon ortopedistin yeterliliğinin sürekliliğini değerlendirmek amacıyla yapılır. Bu STE (CME) puanları, kredilendirme ve sınav ayaklarından oluşur. Önce aday son 3 yıl için kategori I'de 120 saat STE kredisi topladığını beyan eder. Daha sonra kredilendirme komitesi başvuruyu değerlendirir ve adayın uygunluğunu belirledikten sonra resertifikasyon amacıyla adaya 3 seçenek sunar:

- 1 – **Genel Klinik Yazılı Sınav:** Bu sınav 2 çoktan seçmeli sorudan oluşur. 4 saatlik bir yazılı sınavdır. Sorular her ortopedistin bilmesi gereken genel klinik materyel ve deneyim üzerine oluşturulmuştur. Bu sınav her yıl 1 kez AAOS kongresi sırasında yapılır.
- 2 – **Bilgisayar Bazlı Klinik Sınav:** 190 sorudan oluşan bu genel klinik sınav, web bazlı olarak yılın belirli bir ayında gerçekleştirilir.
- 3 – **Pratik Sınav:** Bu sınav erişkin rekonstrüksiyon cerrahisi ve artroplasti, spor hekimliği ve omurga cerrahisi olarak 3 üst uzmanlık alanında yapılabilir. Her sınav %50 ilgili konudaki ve %50 genel sorulardan oluşur. Bu sınavlar da Web bazlı olarak yapılır.
- 4 – **Pratik Bazlı Sözlü Sınav:** Aday son 6 ayda yaptığı ameliyatlara listesini Board'a sunar. Board bu listeden seçtiği 12 vakadan adayın istediği 10 tanesi üzerinden adayı sözlü sınava tabi tutar.
- 5 – **El Cerrahisi** için ayrı bir sınav vardır. 160 soruluk çoktan seçmeli sınav el cerrahisinin klinik ve temel konularını içerir.

Aday resertifikaşyon için yukarıda sayılan seçeneklerden hangisini istiyorsa öncelikle CME (STE) kredilerini toplayıp, başvurusunu yapıp, uygun olduğunu belirledikten sonra resertifikaşyon sınavına girebilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde resertifikaşyon programının prensipleri 1972 yılında belirlenmiş ve resertifikaşyon 1986 yılında uygulamaya başlanmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nin 75 yıllık deneyimi sonucunda yukarıdaki noktaya gelmiş olan sınav sistemi gerek Avrupa, gerekse ülkemiz için henüz uzak bir gelecek gibi görünmektedir.

Zira UEMS içerisinde gerek ortopedi, gerekse tüm diğer branşlarda ortak bir board sınavı oluşturulamamıştır. Yapılan Avrupa board sınavları ise henüz emekleme aşamasında olup, gerek katılım, gerekse bu sınavın üye ülkeler tarafından tanınması açısından çok gerilerdedir.

Ülkemizde düzenli board sınavları yapan yeterlilik kurullarının sayıları günden güne artmakta ve TTB – UDEK içinde bunların ortak bir koordinasyonu için ortak çalışmalar yapılmaktadır.

Resertifikaşyon ise yukarıda Amerika Birleşik Devletleri örneğinde görüldüğü noktadan çok daha geridir. UEMS üye ülkeleri arasında sadece Hollanda ve Hırvatistan'da resertifikaşyon programları başlamıştır. Henüz İngiltere'de bile resertifikaşyon programı bulunmamaktadır. Bununla birlikte son EBOT toplantısında bu konuda tüm üye ülkelerin çalışmalar yaptığı ve bu çalışmalarda da çoğu kez Amerikan Birleşik Devletlerinin örnek alındığını belirtmek isterim.

Bu amaçla oluşturulacak resertifikaşyon programları kanımca 2 aşamadan oluşturulmalıdır.

1.AŞAMA: Bu aşamada resertifikaşyona tabi tutulacak adayın sertifikasyon sonrasında geçirmiş olduğu (genel olarak kabul edildiği gibi bu süre 10 yıl olacaktır) dönemde yeterli sürekli tıp eğitimi (STE) kredisi toplamış olma şartı aranır. Yeni hazırlanan TTB sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim kredilendirme yönergesi bu kredilerin hangi başlıklar altında ve hangi gruplarda olabileceğini ayrıntılı bir biçimde belirtmektedir. Bu yönerge gerek UEMS'in, gerekse AMA'nın yönergeleriyle uyumaktadır. Burada hangi grupta kaç puan alınması gerektiği ilgili yeterlilik kurullarının belirleyeceği bir kriterdir. Ancak bu yönergede adaya çeşitli şekillerde kredi alma imkanı verildiğinden ve TTB'nin de artık ülkemizde bu kredileri vatandaşlık numarası ile elektronik ortama taşıdığı dikkate alındığında daha dikkatli bir şekilde hekimlerimizin bu formları doldurmalarının ve takip etmelerinin önemi ortaya çıkmaktadır.

2.AŞAMA: Bu aşamada belirlenen kredi miktarını tamamlamış adayın bundan sonra aynı ABOT resertifikaşyon sınavında olduğu gibi çoktan seçmeli sorulardan oluşan bir sınava tabi tutulabilir..

Bununla birlikte başlangıçta resertifikaşyonun sadece 1. aşama ile sınırlı tutulup, sınav aşamasının geçiş döneminden sonra uygulanmaya başlanması düşünülebilir. Burada tamamen isteğe bağlı ve dernekler tarafından yürütülen yeterlilik kurullarının çalışmalarının belirli bir seviyeye ulaşması ve standardizasyonunun TTB – UDEK tarafından sağlanmasının ardından sertifikasyonun kabul edilebilirliğinin tüm ilgili kuruluşlara yaygınlaştırılmasının ardından 2. paragrafta belirtilen sınavlar söz konusu olabilir.

Resertifikaşyon süreci Amerika Birleşik Devletleri'nde bile sürekli gelişmekte ve değişime uğramaktadır. 2010 yılından itibaren MOC (Maintenance of Certification (Sertifikaşyonun sürdürülmesi)) sisteminin uygulanmaya başlanması planlanmaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgiye www.abos.org adresinden ulaşabilirsiniz.

Ülkemizde resertifikaşyon aşamasına gelen ve bunu başlatan henüz birkaç yeterlilik kurulu bulunmaktadır. Bununla birlikte bu noktanın tüm yeterlilik kurullarının üzerinde asgari müşterekte uzlaşacağı bir yönerge taslağının hazırlanması faydalı olacaktır.

PANEL: Çalışma Ortamı ve Hekimin Sağlığı**ŞİDDET***

Yrd. Doç. Dr. Osman ELBEK

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

**Bu metin; Adaş E, Elbek O. Hekimlere Yönelik Şiddet Üzerine Bir Değerlendirme-Toplum ve Hekim Dergisi'nin Mart-Nisan 2008; 23(2): 147-160 adresli yazısıdır. Yazının bu kitapta yer alabilmesi için dergi editöründen izin alınmıştır.*

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Gaziantep ve Kilis ilinde çalışan hekimlerin işyerinde sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumu ve bunu etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Basit rasgele örneklem tekniği ile 233 hekim belirlenmiş ve bu hekimlere çoğunluğu kapalı uçlu olan soru formları verilmiştir. Anket formlarından elde edilen bilgiler SPSS programı ile analize tabi tutulmuştur.

Sonuç: Çalışmanın bulguları hekimlerin yaygın bir şiddetle karşı karşıya olduklarını ortaya koymaktadır. Hekimlerin büyük bir bölümü tedavinin yapıldığı mekanlarda ve hastayla temasın yoğun olduğu alanlarda, sıklıkla hasta yakınlarından kaynaklı şiddete maruz kalmaktadır. Şiddet uygulayan kişilerin şiddete başvurma nedenleri ağırlıkla tedaviden memnuniyetsizlik, ihmal edilme düşüncesi ve kurum yetersizlikleridir. Hekimlerin büyük bir bölümü sağlıkta yaşanan şiddetin toplumdaki gelir dağılımı eşitsizliği ve eğitim sorunlarından kaynaklandığını düşünmektedir. Ayrıca hekimlerin göz ardı edilemeyecek bir oranı, ülke yöneticilerini ve uygulanan sağlık politikalarını var olan şiddet ortamının sorumlusu olarak görmektedir.

Tartışma: Hekimleri etkisi altına alan şiddet sarmalının, ülkelerin özgül dinamikleri kadar sağlık sektörünü etkisi altına alan neo-liberal piyasa dinamikleri ile de ilişkili olduğu şüphe götürmez bir gerçektir.

Anahtar Sözcükler: Hekim, İşyerinde Şiddet, Çalışma Ortamı, Neo-liberal politikalar

GİRİŞ

Türkiye toplumu ciddi bir şiddet sarmalının içinden geçmektedir. Toplumda şiddetin son yıllarda yaygınlaştığı konusunda genel bir kabul herkes tarafından paylaşılmaktadır. Dünyada yaşanan bölgesel ölçekli çatışma ve savaşlar, ülkemizde yaşanan etnik ve dinsel kaynaklı gerilim ve çatışma, son yıllarda gelir dağılımında ortaya çıkan derin eşitsizlik, yoksullaşma, istihdam sorunları, büyük kentlerdeki suç oranlarında artış ve bunların sonucunda toplumsal kesimler arasında ortaya çıkan derin güvensizlik gibi birçok etkenin bileşimi olarak yaygınlaşan şiddet ortamı gündelik hayatın birçok alanını etkilemektedir.

Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık alanını da etkilemektedir. Son birkaç yılda saldırıya uğrayarak ölen ya da yaralanan doktorların sayısındaki artış ve üniversite hastaneleri gibi daha önce oldukça seyrek olarak görülen kimi yerlerde de sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olayları kaygı verici niteliktedir. Sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemleri özellikle son dönemlerde uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı sonrasında doruğa çıkmış görünmektedir. Verimlilik, rekabet, karlılık, performans ücretlendirilmesi vs. gibi iktisadi kavramlar ekseninde yürütülen sağlık tartışmalarının işaret ettiği piyasa ekseni yapılandırma, sağlık alanında ciddi bir farklılaşmayı (kamu-özel ayrışması, "kamu içinde özel" sağlık uygulamaları vs.) beraberinde getirmekte ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliği ve toplumsal sınıflar arasında eşitsizlik algısını güçlendirmektedir.

Sağlık alanı toplumsal süreçlerin bir parçasıdır ve bu süreçlerden bağımsız düşünülemez. Bununla birlikte, sağlık alanında yaşanan şiddetin kendine özgü dinamik ve özellikleri olduğu belirtilmelidir. Bu çalışma hekimlere yönelik şiddet olgusunu Gaziantep ve Kilis'te yürütülen saha çalışması verileri bağlamında incelemektedir. İzleyen bölümlerde Türkiye ve dünyada sağlık çalışanlarına yönelen şiddet konusundaki çalışmalara kısaca değinildikten sonra, saha çalışmasından elde edilen veriler tartışmaya açılacaktır.

KÜRESEL BİR SORUN OLARAK SAĞLIKTA ŞİDDET

Şiddet çok boyutlu bir kavramdır. Şiddetin bütün somut görünümelerini kapsayacak ve tüketecek bir kavramsallaştırma yapmak oldukça güçtür. Şiddet, geldiği kaynağa, altta yatan motive, niteliğine ve bağlamına göre farklı biçimlerde tanımlanabilir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü şiddeti "*Kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi*" olarak tanımlamaktadır (Krug, 2002). Bir başka sınıflandırma işyerinde yaşanan şiddeti dört "ideal tip" çerçevesinde tanımlamaktadır (The University of Iowa, 2001). Bu tanımlamaya göre, birinci tip, "suça niyet ederek şiddete başvurma,"; ikinci tip, "tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet"; üçüncü tip, "çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet"; dördüncü tip ise, "kişilerarası ilişki ile ilgili şiddet" olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık çalışanlarının bu sınıflandırma çerçevesinde dört tip şiddet biçimine de maruz kalabilme olasılığı olsa da, ikinci ve üçüncü tip şiddet biçimlerinin daha sık karşılaştıkları biçimler olduğu söylenebilir. Bu çalışma kapsamında şiddet kavramı, çalışma hayatı içindeki fiilin nitelikleri göz önünde bulundurularak, sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet olarak ikili bir kavramsallaştırma ekseninde tanımlanmıştır. Operasyonel olarak, sözel/psikolojik şiddet kişinin değerlerine ve bütünlüğüne dönük yapılan hakaret, küfür, bağırma ve tehdit gibi fiilleri içerirken; fiziksel şiddet güç kullanımını içeren dayak, yumruk, aletle saldırı gibi kişinin bedensel bütünlüğüne yönelik saldırı ve fiiller olarak tanımlanmıştır.

Konu hakkındaki uluslararası yazın incelendiğinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hem ulusal, hem de küresel bir sorun olduğu ve son yıllarda da artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Örneğin, Finlandiya'da yapılan bir çalışmada psikiyatri hemşirelerinin, hapishane gardiyanları ve polislerin ardından en çok şiddete maruz kalan üçüncü meslek grubunu oluşturduğu saptanmıştır (Salminen, 1997). Benzer biçimde, Kanada'da 112 acil servis çalışanları üzerine yapılan bir çalışma, bu grubun sağlık çalışanları arasında en fazla şiddete uğrayan kesim olduğunu ortaya koymaktadır (Fernandes, 1999). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2004 yılında yapılan bir başka çalışma ise, sözel/psikolojik şiddet başta olmak üzere, hekimlerin çalışma ortamında şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir (Kowalenko, 2005). Benzer bir şekilde, *British Medical Association*'ın hekimler üzerine yaptığı çalışma, hekimlere yönelik şiddette son yıllarda önemli bir artışın olduğunu gözler önüne sermektedir (British Medical Association, 2008). Öte yandan Kuveyt, İsrail, Avustralya gibi birbirinden önemli kültürel ve ekonomik farklılıklar gösteren ülkelerde, şiddetin biçimi ve yaygınlığı farklılık arz etmekle birlikte, sağlık çalışanlarının son yıllarda şiddetle karşı karşıya kaldıkları görülmektedir (Adib, 2002; Carmi-Iluz, 2005; Tolhurst, 2003).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2002 verilerine göre 295,188 sağlık çalışanı bulunmaktadır (Yeşildal, 2005). Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutları ve sonuçları hakkında gerçekçi ve güvenilir resmi bir veri bulunmamaktadır. Ancak sınırlı sayıdaki çalışmalar, Türkiye'de de benzer bir tablonun varlığını ortaya koymaktadır. Örneğin, Ayrancı'nın acil servis çalışanları üzerine yaptığı çalışma, işyerinde şiddete maruz kalmanın oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Ayrancı, 2002). Benzer bir şekilde, 112 çalışanları üzerine yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanları arasında hem şiddete maruz kalma korkusunun hem de fiilen şiddete maruz kalmanın ciddi bir boyutta olduğu gözler önüne serilmektedir (Ölmezoğlu 1999; Piyal 2007). Türkiye'de sağlık çalışanları ile şiddet ilişkisini araştıran çalışmalar daha çok acil servis, 112 çalışanları, hemşire ve araştırma görevlilerinin deneyimlerini konu edinmektedir. Farklı alanlarda çalışan hekimlerin işyerinde maruz kaldıkları şiddet, şiddetin özellikleri ve boyutu konusunda sistematik bir çalışmanın bulunduğunu söylemek pek olanaklı değildir. Bu nedenle Gaziantep ve Kilis'te farklı sağlık kurumlarında görev yapan hekimler üzerine yaptığımız ve sonuçlarını izleyen sayfalarda tartışacağımız bu çalışmanın önemli bir boşluğu dolduracağı kanısındayız.

ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ VE VERİLER

Çalışma Gaziantep-Kilis Tabipler Odası'na (GKTO) üye hekimlere uygulanan anketten elde edilen verilere dayanmaktadır. Çalışmaya dahil edilen hekimler, istatistik test ve genellemeye uygunluğu açısından basit rasgele örneklem (simple random sampling) tekniği ile belirlenmiştir. GKTO'dan elde edilen üye kayıt listesinden hareketle (N= 1338), toplam üye sayısının yaklaşık %18'ine tekabül eden 233 kişi rasgele belirlenmiş¹ ve bu üyelerin büyük bir çoğunluğuna soru formları elden teslim edilmiştir. Hekimlerin iş yoğunluğu nedeniyle ve sorulara daha nesnel yanıt alabilmek için yüz yüze görüşme tercih edilmemiştir. Yaygın eksik bilgi ve kodlama hatası içerdiği için iptal edilen 3 anket, örneklemde yer aldığı halde bazı nedenlerden dolayı kendilerine ulaşılamayan ve soru formlarını iletmeyen kişilerin tümünü hesaba kattığımızda, soru formlarının yanıtlanma oranı (response rate) %89,6'dır. Benzeri çalışmalarla karşılaştırıldığında, bu oranın oldukça yüksek ve başarılı bir oran olduğu kaydedilmelidir².

Çalışmaya katılan hekimlere demografik bilgiler içeren soruların yanı sıra, çalıştıkları kurum, kurumdaki görev ve uzmanlık alanları, çalışma koşulları, çalışma ortamında maruz kaldıkları ve tanık oldukları şiddetin boyutu ve nitelikleri konusundaki deneyimlerini ve görüşlerini yansıtan ve büyük çoğunluğu kapalı uçlu olan sorular yöneltilmiştir. Ayrıca, soru formuna eklenen açık uçlu sorular ile hekimlerin hem toplumdaki hem de çalışma ortamında yaşanan şiddetin neden kaynaklandığı ve bu sorunun nasıl aşılması gerektiği konusundaki görüş ve önerileri alınmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS programının yardımıyla analize tabi tutulmuştur.

ÇALIŞMANIN BULGULARI

Cinsiyet, Yaş ve Coğrafik Dağılım

Gaziantep ve Kilis'te çalışan hekimlerin büyük bir çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Tablo 1.'de görüldüğü üzere, örnekleme yer alan kadın hekimlerin oranı %22,0 iken, erkeklerin oranı %78,0'dır. Örnekleme ortaya çıkan erkek lehine dengesiz dağılım bölgede görev yapan ve tabipler odasına kayıtlı hekimlerin cinsiyet kompozisyonundaki durumun bir sonucudur. GKTO üye kayıt verilerine göre, odaya kayıtlı üyelerin %79,2'si erkek hekimlerden, %20,8'i ise kadın hekimlerden oluşmaktadır. Yaş kompozisyonu açısından bakıldığında, örneklemi oluşturan hekimlerin yaşları 26 ile 68 arasında değişmektedir. Hekimlerin yaş ortalaması $41,6 \pm 9,0$ 'dur. En büyük grubu %43,1 ile 31-40 yaş oluşturmaktadır. 30 yaşın altında bulunan hekimlerin oranı %9,6, 51 yaşın üstünde bulunan hekimlerin oranı ise %15,3'tür. Hekimlerin görev yaptıkları bölgenin dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Buna göre, hekimlerin %93,8'i Gaziantep merkez ilçelerdeki sağlık kurumlarında görev yapmakta ve %3,8'i ise Gaziantep taşra ilçelerinde bulunan sağlık kurumlarında çalışmaktadır. Kilis'te görev yapan hekimlerin oranı %2,4'tür.

Kurum ve Uzmanlık Alanları

Örneklem içinde yer alan hekimlerin %22,5'i üniversite hastanesinde, %32,1'i devlet hastanelerinde, %13,4'ü ise sağlık ocaklarında görev yapmaktadır. Dolayısıyla, kamu sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin örneklem içindeki toplam payı %68'e ulaşmaktadır. Buna karşılık, özel hastane, klinik ve tıp merkezlerinde çalışan hekimlerin sayısı 61 olup, bu grubun oranı %29,2'dir. Hekimlerin bu kurumlardaki görevleri değerlendirildiğinde, yarısından fazlasını uzman hekimler oluşturmaktadır. Pratisyen hekim olarak görev yapan hekimlerin oranı %38,3'dür. Uzman hekimlerin tıp dal alanlarına göre dağılımına bakıldığında ise, hekimlerin %49,6'sı cerrahi alanlardan, %43,2'si dahili alanlardan ve %7,2'si ise temel tıp alanlarından gelmektedir.

Tablo 1. Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özellikleri

	SAYI	%
CİNSİYET (N= 209)		
KADIN	46	22,0
ERKEK	163	78,0
YAŞ (N= 209)		
< 30	20	9,6
31–40	90	43,1
41–50	67	32,1
> 51	32	15,3
KURUMUN BULUNDUĞU YER (N= 208)		
GAZİANTEP MERKEZ	195	93,8
GAZİANTEP TAŞRA	8	3,8
KİLİS MERKEZ	5	2,4
SAĞLIK KURUMLARINA GÖRE DAĞILIMI (N=209)		
ÜNİVERSİTE HASTANESİ	47	22,5
DEVLET HASTANESİ	67	32,1
SAĞLIK OCAĞI	28	13,4
ÖZEL HASTANE	42	20,1
ÖZEL KLİNİK/DAL	19	9,1
DİĞER*	6	2,9
KURUMDAKİ GÖREVİ		
PRATİSYEN HEKİM	80	38,3
UZMAN HEKİM	129	61,7
CERRAHİ	62	49,6
DÂHİLİ	54	43,2
TEMEL TIP	9	7,2
MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ (YIL)		
< 10	58	27,8
11–20	94	45,0
> 21	57	27,3
KURUMDA ÇALIŞMA SÜRESİ (YIL)		
< 5	121	59,6
6–10	46	22,7
> 11	36	17,7

* Kurum hekimliği yapan ve emekli olan hekimleri kapsamaktadır.

Çalışma Hayatı ve Çalışma Koşulları

Bölgede çalışan hekimlerin meslekte bulunma süresi ortalama $16,5 \pm 8,9$ yıldır. Hekimlerin %45,0'ı 11–20 yıl arasında, %27,8'i 10 yıldan az bir süre ve %27,3'ü 20 yılın üzerinde meslekte görev yapmışlardır (Tablo 1). Buna karşılık, çalıştıkları kurumdaki görev süresi dikkate alındığında, hekimlerin ortalama çalışma süresi $5,8 \pm 5,2$ yıl olarak görülmektedir. Tablo 1'de görüldüğü gibi, hekimlerin %59,6'sı 5 yıldan az bir süredir halen bulundukları kurumda görev yapmaktadır. Buna karşılık, 10 yıl üzerinde aynı kurumda görev yapan hekimlerin oranı ise %17,7'dir. Çalışma süresi ile kurumda hizmet süreleri karşılaştırıldığında, özellikle ortanca değer dikkate alındığında (ortanca değer= 4,0 yıl), bölgede görev yapan hekimler arasında kurum ve/veya yer değiştirme eğiliminin oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Bir başka deyişle, bölgede görev yapan hekimlerin oldukça yüksek mesleki deneyime sahip ve yatay hareketliliği yüksek bir özellik arz ettiğini söyleyebiliriz. Bu yüksek yatay hareketlilik son yıllarda kamudan özel sağlık kuruluşlarına doğru olan bir yönelimi göstermektedir.

Tablo 2. Haftalık Çalışma, Nöbet Süreleri Ve Günlük Hasta/Tetkik Sayısı

	SAYI	%
HAFTALIK ORTALAMA ÇALIŞMA SAATİ (N=202)		
< 20	1	0,5
21-45	113	55,9
46-60	66	32,7
> 61	22	10,9
HAFTALIK ORTALAMA NÖBET SAATİ (N=202)		
< 15	20	27,8
16-30	24	33,3
31-45	15	20,8
> 46	13	18,1
GÜNLÜK ORTALAMA HASTA/ TETKİK SAYISI (N=203)		
< 20	58	28,6
21-40	41	20,2
41-60	45	22,2
> 61	59	29,1
YARI ZAMANLI ÇALIŞMA (N=206)		
EVET	46	22,3
HAYIR	160	77,7

Tablo 2'nin verileri dikkate alındığında Türkiye'de olduğu gibi, bölgedeki hekimlerin de oldukça yüksek bir hasta yoğunluğu ve mesai içinde çalıştıkları görülebilir. Hekimlerin ortalama haftalık çalışma süresi $48,2 \pm 13,8$ saat olarak gerçekleşmektedir. Hekimlerin %55,9'u 21 ile 45 saat arasında, %32,7'si 46 ile 60 saat arasında, %10,9'u ise 60 saatin üzerinde çalışmaktadır. Diğer taraftan, haftalık nöbet süreleri değerlendirildiğinde, hekimler, normal mesailerine ek olarak ortalama haftada 24 saatlik nöbet tutmaktadır. Tablo 2'de görüldüğü üzere, hekimlerin %61'i haftalık 30'a varan, %39'a yakın bir bölümü ise 30 saatin üzerinde haftalık nöbet tuttıklarını ifade etmektedir. Ayrıca, örneklem içinde yer alan her beş hekimden birisi (%22) yarı zamanlı olarak çalışmaktadır.

Hasta veya tetkik sayısı açısından bakıldığında hekim başına günlük ortalama hasta/tetkik sayısının 50 civarında olduğu görülmektedir. Hekimlerin %28,6'sı 20'den az, %20,2'si 21 ile 40 arasında, %22,2'si 41 ile 60 arasında, %29,1'i de 60'ın üzerinde hasta veya tetkik yoğunluğuna sahiptir.

Ortalama hasta yoğunluğu tüm gruplar için yüksek olmakla birlikte, hasta yoğunluğu ile çalışılan sağlık kurumu arasında ilişkiye bakıldığında, kurum ile hekim başına ortalama hasta yoğunluğu arasında istatistiksel olarak ($p < 0,001$) anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmelidir (Tablo 3). Buna göre, hekim başına ortalama hasta sayısının en yüksek olduğu sağlık kurumlarının, sırasıyla devlet hastaneleri ve sağlık ocakları olduğu görülmektedir. Buna karşılık, hekim başına günlük hasta yoğunluğunun en düşük olduğu kurum üniversitedir. Diğer taraftan, özel hastanelerde çalışan hekimlerin hasta yoğunluğunun da görece yüksek olduğu söylenebilir. Günlük 41 ile 60 arasında hastaya bakan hekimler içinde özel hastanede çalışanların payı %22,2'dir. Özel hastanelerde hasta yoğunluğunun artışı, 2002'de uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programının bir sonucu olarak görülebilir.

Tablo 3. Sağlık Kurumu İle Günlük Hasta/Tetkik Sayısı*

GÜNLÜK HASTA / TETKİK SAYISI					
ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU	< 20	21-40	41-60	> 61	TOPLAM
ÜNİVERSİTE HASTANESİ	28 60,9% 48,3%	10 21,7% 24,4%	5 10,9% 11,1%	3 6,5% 5,1%	46 100,0% 22,7%
DEVLET HASTANESİ	7 10,6% 12,1%	6 9,1% 14,6%	22 33,3% 48,9%	31 47,0% 52,5%	66 100,0% 32,5%
SAĞLIK OCAĞI	3 10,7% 5,2%	3 10,7% 7,3%	5 17,9% 11,1%	17 60,7% 28,8%	28 100,0% 13,8%
ÖZEL HASTANE	12 29,3% 20,7%	15 36,6% 36,6%	10 24,4% 22,2%	4 9,8% 6,8%	41 100,0% 20,2%
ÖZEL KLİNİK/DAL	5 26,3% 8,6%	7 36,8% 17,7%	3 15,8% 6,7%	4 21,1% 6,8%	19 100,0% 20,2%
DİĞER	3 100,0% 5,2%	--	--	--	3 100,0% 1,5%
TOPLAM	58 28,6% 100,0%	41 20,2% 100,0%	45 22,2% 100,0%	59 29,1% 100,0%	203 100,0% 100,0%

* $\chi^2 = 85,994$ p < 0.001

Öte yandan Tablo 3'ün verileri sağlık örgütleri tarafından sıklıkla bir sorun olarak dile getirilen bir olguyu da gözler önüne sermektedir. Devlet hastanelerinde hekim başına günlük ortalama hasta sayısı, sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin hasta yoğunluğunun her bir kategori için yaklaşık iki katı olarak gerçekleşmektedir. Günlük 41-60 arasında hastaya bakan hekim grubunda ise, devlet hastanesinde görev yapan hekimlerin oranı, sağlık ocağında görev yapan hekimlerin dört katına ulaşmaktadır. Başka bir ifade ile birinci basamak sağlık kurumları olarak tanımlanan sağlık ocakları, hasta yoğunluğu açısından devlet hastanelerinin gerisine düşmüştür. Bu durum, halen yürürlükte olan sağlık sisteminin birinci basamaktan daha ziyade ikinci basamak ağırlıklı olduğunu göstermektedir.

ŞİDDETİN NİTELİĞİ, BOYUTU VE ŞİDDET ALGISI

Toplumda Şiddetin Artışı ve Nedenleri

Toplumda şiddetin son yıllarda yaygınlaştığı konusunda genel bir kabul herkes tarafından paylaşılmaktadır. Hekimlerin de toplumda şiddetin arttığı yönünde bir kaygıyı paylaştıkları görülmektedir. Nitekim hekimlerin %91,3'ü son bir yıl içinde toplumda şiddetin artış gösterdiğini ifade etmektedir. Benzer bir şekilde, son bir yılda sağlık alanında şiddetin arttığını ifade eden hekimlerin oranı %90'dır. Buna karşılık, hekimlere son bir yılda çalıştığı sağlık kurumunda şiddet artışı konusunda görüşü sorulduğunda, hekimlerin %59 gibi yüksek bir oranı görev yaptıkları kurumda şiddetin arttığını belirtmektedir (Tablo 4).

Toplumda şiddetin artış nedenleri sorulduğunda, hekimler en önemli nedenler arasında sırasıyla ekonomik kaynaklı sorunlar, toplumun eğitim ve kültür düzeyine bağlı nedenler, medya ve inanç ve değerlerde yaşanan aşınmaya vurgu yapmaktadır. Buna göre, hekimlerin %44,5'i gelir dağılımındaki eşitsizlik, yoksulluk ve işsizlik gibi ekonomik sorunların şiddeti beslediği görüşünü dile getirmektedir. Diğer taraftan, toplumun düşük eğitim seviyesi ve kültür düzeyindeki sorunların bir sonucu olarak şiddetin toplumda yaygınlaştığını dile getiren hekimlerin oranı %32,1'dir. Hekimlerin %12,5'i ise, görsel ve yazılı medyada şiddet içeriğinin toplumda şiddet dilinin ve şiddetin yaygınlaşmasına neden olduğunu belirtmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Toplumda ve Sağlıkta Şiddet Artışı ve Nedenleri

	SAYI	%
SON BİR YILDA TOPLUMDA ŞİDDETİN ARTMASI		
EVET	190	91,3
HAYIR	18	8,7
SON BİR YILDASAĞLIKTA ŞİDDETİN ARTMASI		
EVET	188	90,0
HAYIR	21	10,0
SON BİR YILDAÇALIŞTIĞI KURUMDA ŞİDDETİN ARTMASI		
EVET	121	59,3
HAYIR	83	40,7
ŞİDDETTE ARTIŞIN NEDENLERİ*		
EKONOMİK NEDENLER	93	44,5
EĞİTİM/KÜLTÜR SORUNLARI	67	32,1
MEDYA	26	12,5
İNANÇ/DEĞERLERDE AŞINMA	19	9,0
TOPLUMSAL HOŞGÖRÜ EKSİKLİĞİ	14	6,7
ÜLKE YÖNETİCİLERİ	14	6,7
OTORİTE/HUKUK BOŞLUĞU	8	3,9
TÜKETİM KÜLTÜRÜ	5	2,4
DİĞER	9	4,4

* Her bir katılımcı birden fazla neden tanımlamıştır.

Toplumda şiddetin yaygınlaşması konusunda hekimler tarafından dile getirilen bir diğer husus ise, ahlaki ve toplumsal değerlerde yaşandığı düşünülen aşınmadır. Din, ahlak gibi manevi değerlerde zayıflamanın yanı sıra, bencillik, kişiler arası ilişkilerde saygı yitimi, ailenin toplumsal etkisinin azalması gibi toplumsal değerlerde yaşanan aşınmayı şiddetin nedenleri arasında gören hekimlerin oranı %9'dur. Toplumsal gruplar arasında kutuplaşma ve gerilim, artan milliyetçi dalga ve farklılıklara karşı tahammülsüzlüğün bir sonucu olarak şiddetin toplumda yaygınlaştığını dile getiren hekimlerin oranı ise %7 civarındadır. Diğer taraftan, ülke yöneticilerinin ve siyasilerin izledikleri politikaların toplumda şiddeti körüklediğini düşünen hekimlerle, otorite ve hukuk boşluğunun bir sonucu olarak şiddette artış yaşandığını dile getiren hekimleri birlikte dikkate aldığımızda, %10'luk bir kesim toplumdaki şiddetin kaynağında ülkedeki yönetim, otorite ve hukuk sorunlarını görmektedir. Hekimlerin küçük bir bölümü (%2,4) ise tüketim kültürüne bağlı olarak ortaya çıkan aşırı istek ve beklentilerde artışın yarattığı hırs ve engellenmenin bir sonucu olarak şiddet olaylarında artışın yaşandığını vurgulamaktadır (Tablo 4).

Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık alanını da etkilemektedir. Bununla birlikte, sağlık alanında yaşanan şiddetin kendine özgü dinamik ve özellikleri olduğu belirtilmelidir.

Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddetin Boyutu ve Niteliği

Yukarıda belirttiğimiz gibi, birçok ülkede yapılan çalışma, genelde sağlık çalışanlarının, özelde ise hekimlerin son yıllarda yaygın bir şekilde şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir. Benzer biçimde, bölgemizde görev yapan hekimlerin de yaygın bir şiddet ile karşı karşıya oldukları görülmektedir. Aşağıdaki tablo bu durumu çarpıcı bir biçimde gözler önüne sermektedir (Tablo 5).

Hekimlere meslek hayatı boyunca ne ölçüde şiddete maruz kaldıkları sorulduğunda, her dört hekimden üçü en az bir kez olmak üzere şiddet maruz kaldıklarını belirtmektedir. Kariyeri süresince hiç şiddete maruz kalmadığını ifade eden hekimlerin oranı sadece %25,5'dir. Araştırmadan çıkan bir diğer çarpıcı sonuç, son bir yılda sağlık alanında yaşanan şiddet oranı, yukarıda vurguladığımız gibi, sağlık kurumlarında şiddetin yaygınlaşma eğilimini gözler önüne sermektedir. Zira her üç hekimden biri (%36,5) son bir yıl içinde işyerinde şiddete maruz kaldığını dile getirmektedir.

Sağlıkta şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğunu ortaya koyan bir diğer gösterge ise, kişinin işyerinde tanık olduğu şiddet olaylarındaki yüksek orandır. Hekimlere, son bir yılda işyerinde tanık oldukları şiddet olayları sorulduğunda, hekimlerin %68 gibi çok yüksek bir bölümü işyerinde şiddete tanık olduğunu belirtmektedir. Şiddete tanık olduğunu ifade eden hekimlerin %70'i beş veya beşten az şiddet olayına tanık olduğunu dile getirirken, %30'a yakın bir bölümü ise son bir yılda beşin üzerinde işyerinde şiddet olayına tanık olduğunu söylemektedir.

Hekimlerin büyük bir bölümü işyerinde hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını dile getirmektedir. Soru formlarında ayrıntılı bir biçimde alınan şiddet içeren fiiller, niteliklerine göre sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet olarak yeniden gruplandırılmaya tabi tutulmuştur. Buna göre, hekimlerin %58,0'ı hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtmektedir. Diğer yandan, sadece sözel şiddete maruz kaldıklarını ifade eden hekimlerin oranı %39,9'dur. Sadece fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ifade eden hekimlerin oranı ise %2,1'dir. Hekimlerin büyük bir bölümü tedavinin yapıldığı mekanlarda, hastayla temasın yoğun olduğu alanlarda şiddete maruz kalmaktadır. Hekimlerin %18,2'si muayene odalarında, %18,2'si acil servislerde, %11,2'si bekleme salonları ve hastane koridorlarında, %7,0'ı ise klinik ve yataklı servislerde görev yaparken şiddete maruz kalmaktadır. Ancak, meslek hayatları boyunca birden fazla şiddete maruz kaldıkları göz önünde bulundurulursa, hekimlerin %42,7'si çoklu ortam olarak tanımladığımız, klinik, acil servis, muayene odası, bekleme salonu, koridor, hastane bahçesi gibi alanları içeren birçok mekanda şiddete maruz kaldıklarını ifade etmektedir.

Sağlık kurumunun içindeki farklı mekanlarda yaygınlık gösteren şiddet daha çok mesai saatlerinde gündüz yaşanmakla birlikte nöbet esnasında akşamları da gözlemlenmektedir. Hekimlerin %44,1'i gündüz mesai saatleri içinde şiddete maruz kaldıklarını dile getirirken, nöbet sırasında şiddete maruz kaldığını belirten hekimlerin oranı %26,6'dır. Buna karşılık hem mesai saatlerinde hem de nöbet esnasında şiddete maruz kalan hekimlerin oranı ise %27,3'tür. Diğer taraftan, hekimlere çalışma saatinin en çok hangi zaman diliminde şiddete maruz kalma riski veya ihtimalinin yüksek olduğu sorulduğunda, her üç hekimden ikisi nöbet esnasında riskin daha fazla olduğunu belirtmektedir. Burada deneyim ile algı arasında önemli bir farkın olduğu not edilmelidir. Çünkü gündüz mesai saatleri şiddete maruz kalmanın en yüksek olduğu çalışma periyodu olmasına rağmen, hekimler nöbet esnasında daha fazla şiddete maruz kalabilecekleri kaygısı taşımaktadır. Kuşkusuz bu durum, kişinin gece nöbet esnasında kendini görece daha yalnız ve daha güvensiz hissetmesinin bir yansıması olarak görülebilir.

Tablo 5. Hekimlerin Maruz Kaldığı Şiddet ve Türleri

	SAYI	%
MESLEK HAYATI BOYUNCA ŞİDDETE MARUZ		
HİÇ KALMADIM	49	25,5
1-3 KEZ	92	47,9
4-6 KEZ	23	12,0
7-10 KEZ	6	3,1
10 VE ÜZERİ	22	11,5
SON BİR YILDA İŞYERİNDE ŞİDDETE MARUZ KALMA		
HİÇ KALMADIM	132	63,5
1-3 KEZ	59	28,4
4-6 KEZ	8	3,8
7-10 KEZ	4	1,9
10 VE ÜZERİ	5	2,4
SON BİR YILDA TANIK OLUNAN ŞİDDET SAYISI		
< 5	100	70,4
6-10	17	12,0
> 11	25	17,6
MARUZ OLUNAN ŞİDDET TÜRÜ		
SÖZEL/PSİKOLOJİK ŞİDDET	57	39,9
FİZİKİ ŞİDDET	3	2,1
SÖZEL & FİZİKİ ŞİDDET	83	58,0
ŞİDDETİN GERÇEKLEŞTİĞİ MEKÂNLAR		
MUAYENE ODASI	26	18,2
ACİL SERVİS	26	18,2
KLİNİK	10	7,0
BEKLEME SALONU/KORİDOR VS.	16	11,2
ÇOKLU ORTAM	51	42,7
DİĞER	4	2,8
ŞİDDETİN GERÇEKLEŞTİĞİ ZAMAN		
MESAİ SAATİ	63	44,1
NÖBET ESNASINDA	38	26,6
MESAİ & NÖBET SIRASINDA	39	27,3
MESAİ BİTİMİ	--	--
DİĞER	3	2,1
ŞİDDET ZAMAN RİSK ALGISI		
MESAİ SAATİ	38	26,8
NÖBET ESNASINDA	89	62,7
MESAİ & NÖBET SIRASINDA	8	5,6
MESAİ BİTİMİ	7	4,9
DİĞER	--	--

Şiddete Başvuran Kişilerin Kimliği ve Şiddete Başvurma Nedenleri

Tablo 6, şiddete başvuran kişileri ve bu kişilerin cinsiyetini göstermektedir. Buna göre, sağlık alanında yaşanan şiddetin en önemli aktörü hasta yakınlarının olduğu görülmektedir. Hekimlerin %58,5'i hasta yakınlarından şiddet gördüklerini ifade etmektedir. Hastalardan hekimlere yönelik gelen şiddet ise %6,3'tür. Hasta ve hasta yakını kaynaklı şiddetin tümü değerlendirildiğinde, hekimlerin %86,6'sı bu iki gruptan gelen şiddete maruz kalmaktadır. Mevcut sağlık sisteminde hasta yakınlarının, hastanın hastaneye ulaştırılmasından, tedavi sürecinde hastane içindeki tüm bürokratik ve takip işlemlerine kadar birçok işlevi üstlenmek durumunda olması, bu gruptan gelen şiddetin bu denli yüksek olmasının bir nedeni olarak görülebilir. Dolayısıyla, hasta yakınlarının hastane içindeki ve tedavi sürecindeki rolünün azaltılması hekimlere dönük şiddette ciddi bir düşüşü beraberinde getirebilir. Diğer taraftan, hekimlerin %13 gibi azımsanmayacak bir bölümü ise hem sağlık çalışanlarından hem de hastane yönetiminden şiddet gördüklerini dile getirmektedir.

Tablo 6. Şiddete Başvuran Kişilerin Kimliği ve Şiddete Başvurma Nedenleri

	SAYI	%		
ŞİDDETE BAŞVURAN KİŞİ/KİŞİLER				
HASTA	9	6,3		
HASTA YAKINLARI	83	58,5		
HASTA & HASTA YAKINLARI	31	21,8		
İDARE	10	7,0		
SAĞLIK ÇALIŞANI	9	6,3		
ŞİDDETE BAŞVURANLARIN CİNSİYETİ				
TÜMÜ ERKEK	40	28,2		
TÜMÜ KADIN	2	1,4		
ÇOĞUNLUKLA ERKEK	92	64,8		
ÇOĞUNLUKLA KADIN	8	5,6		
KİŞİNİN ŞİDDETE BAŞVURMA NEDENLERİ*				
	NEDEN-1	NEDEN-2	NEDEN-3	TOPLAM
	%	%	%	%
İHMAL & TEDAVİ MEMNUNİYETSİZLİĞİ	27,8	10,0	-	37,8
KURUM YETERSİZLİKLERİ	24,4	6,7	-	31,1
MEDYADA HEKİM KARŞITI YAYIN	7,2	14,8	9,6	31,6
HAKSIZ İSTEK/İLAÇ/ALKOL ETKİSİ	5,7	7,7	4,8	18,2
SAĞLIK POLİTİKALARI	3,3	5,7	9,1	18,1

* Katılımcılar birden fazla neden belirtmiştir.

Şiddete başvuranlar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise, şiddet uygulayanların ezici bir bölümünün erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Hekimlerin %93'ü ya tamamen erkeklerden ya da çoğunluğu erkeklerden oluşan kişiler tarafından şiddet görmektedir. Şiddete başvuranların çoğunlukla kadınlardan veya tümü kadınlardan oluştuğunu dile getiren hekimlerin oranı sadece %7'dir (Tablo 6).

Hekimlere şiddete başvurma ile hastaların gelir durumu arasındaki ilişki sorulduğunda hekimlerin büyük bir çoğunluğu, hastaların gelir düzeyi arttıkça şiddete başvurma eğiliminin azaldığı yönünde bir görüş beyan etmektedir. Buna göre, "yoksul hasta ve hasta yakınları daha çok şiddete başvurmaktadır" önermesine olumlu görüş belirten hekimlerin oranı %66,0, orta ve üst sınıf mensubu kişilerin daha çok şiddete başvurdukları fikrine olumlu görüş belirten hekimlerin oranı ise, sırasıyla %36,9 ve %28,6'dır. Hastanın eğitimi ile şiddete başvurma eğilimi arasındaki ilişki sorulduğunda, hekimlerin %87,0'ı düşük eğitimli hastaların daha çok şiddete başvurdukları fikrine katıldığını belirtirken, yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların şiddete başvurduklarını ifade eden hekimlerin oranı %18,4'tür. Hekimlerin, hastaların gelir ve eğitim ile şiddete başvurma eğilim arasındaki ilişkiye dair yaptıkları gözlemden, eğitimin kişilerin hekimle kurduğu ilişki açısından

daha önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Hekimlerin, hastaların eğitim ve gelir düzeyine ilişkin yaptıkları gözlem, şiddete başvurma ile hastaların sosyoekonomik durumları arasında negatif bir etkileşimi gözler önüne sermektedir. Ancak, hekimlerin orta ve üst gelir grubuna mensup hasta ve hasta yakınlarına ilişkin gözlemleri, şiddete başvurma toplumsal sınıfları kesen bir özellik arz ettiğini göstermektedir.

Hekimlere şiddet uygulayan kişilerin şiddete başvurma nedenleri sorulduğunda, tedaviden memnuniyetsizlik ve ihmal edilme düşüncesi en önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Bir diğer şiddete başvurma nedeni ise, kurum yetersizlikleri olarak ortaya çıkmaktadır. Bir başka deyişle, ilaç, cihaz, yatak vs. gibi kurum yetersizlikleri nedeniyle hasta ile hekim arasında gerilim yaşanmakta ve şiddete yol açmaktadır. Diğer taraftan, hekimlerin üçte biri medyada hekim karşıtı yapılan yayınların kendilerini hedef gösterdiğini ve hekim-hasta arasında ilişkileri zedelediğini ve gerilime yol açtığını düşünmektedir. %18'lik oranda dile getirilen bir diğer neden ise, hastalardan gelen haksız ilaç, rapor gibi isteklerin yerine getirilmemesinin yanı sıra ilaç ve alkol etkisi altında kişinin görev yapan hekime karşı saldırgan bir tutum içine girmesidir. Son olarak, hekimlerin %18'i, ülkede uygulanan sağlık politikalarının yol açtığı sorunların kendilerine şiddet olarak yansıdığını ifade etmektedir.

Sağlık Kurumlarının Güvenlik Açısından Değerlendirilmesi

Sağlık kurumlarındaki şiddetin son yıllarda artma eğilimi göstermesi karşısında kurum yönetiminin güvenlik konusunda çalışanları için ne tür önlemler aldıkları konusunda hekimlerin değerlendirilmesi, bu konuda oldukça sorunlu bir tabloyu gözler önüne sermektedir. Her üç hekimden ikisi çalıştıkları kurumun güvenlik konusunda yeterince önlem almadığını belirtmektedir. Zira hekimlere çalıştıkları kurumun güvenlik açısından 0 ile 10 arasında bir ölçekte notlandırması istendiğinde, hekimlerin %81,1'i kurumun güvenlik notunu orta ve ortanın altında bir yerde puanlamaktadır. Hekimlerin sadece %18,9'u çalıştığı kuruma 7 ve 7'nin üzerinde güvenlik notu vermektedir. Buna karşılık hekimlerin %40,3'ü, çalıştıkları kurumun güvenlik notunu "kötü"ye tekabül eden 3 ve altında bir yerde notlandırmaktadır.

Tablo 7. Güvenlik: Kurumsal Destek, Bireysel Tutum

	SAYI	%
KURUMDA YETERLİ GÜVENLİK ÖNLEMİ		
Evet	67	32,4
HAYIR	140	67,6
GÜVENLİK EĞİTİMİ		
Evet	30	14,8
HAYIR	173	85,2
İŞYERİ HEKİMLİĞİ		
Evet	53	27,2
HAYIR	142	72,8
ŞİDDET KONUSUNDA ŞİKÂYETTE BULUNMA		
Evet	54	37,8
HAYIR	89	62,2
ŞİKÂyet HAKKINDA YAPILAN İŞLEM		
İŞLEM YAPILMADI	13	23,6
GÜVENLİK TARAFINDAN UZAKLAŞTIRMA	15	27,3
ÖZÜR DİLEME/UZLAŞMA	11	20,0
ADLİ İŞLEM	13	23,6
TABURCU EDİLDİ	3	5,5

Bölgedeki sağlık kurumlarının güvenlik açısından bir diğer önemli eksikliği, çalışanlarına güvenlik eğitim programları sunmamasıdır. Hekimlerin %85,2'si güvenlik konusunda kurum tarafından herhangi bir eğitim verilmediğini dile getirmektedir. Hekimlerin sadece %14,8'i kurumun güvenlik konusunda bir bilgilendirme yaptığını belirtmektedir. Bilindiği gibi işyeri hekimliği kurumunun varlığı, kurumun çalışanlarının işyeri güvenliği konusundaki politikasının bir göstergesidir. Bu konuda da, bölgedeki sağlık kurumlarının karnesinin pek parlak olmadığını belirtmek gerekir. Zira hekimlerin % 72,8'i çalıştıkları kurumda işyeri hekimliğinin olmadığını dile getirmekteyken, hekimlerin %27,2'si çalıştıkları kurumda işyeri hekimliğinin bulunduğunu belirtmektedir (Tablo 7).

Diğer yandan, hekimlerin maruz kaldıkları şiddet karşısında kurumsal destek gibi bireysel girişimin de oldukça zayıf olduğu görülmektedir. Şiddete maruz kalan hekimlerin sadece 1/3'ü kendilerine yönelik şiddet konusunda şikâyetle bulunduklarını belirtmektedir. Hekimlerin %62,2'si ise herhangi bir şikâyetle bulunmadıklarını ifade etmektedir. Şikâyet konusunda yapılan işlemler sorulduğunda, hekimlerin %23,6'sı şikâyetleri konusunda herhangi bir işlem yapılmadığını, %27,3'ü saldırganın güvenlik marifetiyle uzaklaştırıldığını, %20,0'ı ise özür dileme ve uzlaştırılma sonucunda sorunun kapatıldığını dile getirmektedir. Diğer taraftan, her beş şikâyetten birinin adli işleme konu olduğu bildirilmektedir.

Çözüm Önerileri

Hekimlerin kendilerine yönelik şiddetin önlenmesi konusundaki önerileri Tablo 8'de gösterilmiştir:

Tablo 8. Şiddet Konusunda Şikâyet ve Yapılan İşlem*

	ÖNERİ-1	ÖNERİ-2	ÖNERİ-3	TOPLAM
	%	%	%	%
EĞİTİM ve EKONOMİK SORUNLAR	14,4	7,2	1,4	23,0
ÇALIŞMA KOŞULLARI	8,6	5,7	5,3	19,6
GÜVENLİK & CEZAI YAPTIRIM	8,6	5,3	2,9	16,8
MEDYA VE HEKİM	8,6	3,8	1,0	13,4
ETKİN PR & MESLEK ÖRGÜTÜ	5,7	6,2	1,0	12,9
STATÜ & SAYGINLIK	7,7	2,9	1,4	12,0
HASTA İLE ETKİN İLETİŞİM	6,7	4,8	0,5	12,0
İDARE & SAĞLIK YÖNETİMİ	5,7	4,3	0,5	10,5
SAĞLIK POLİTİKALARI	5,3	2,9	1,4	9,6
PİYASALAŞAN SAĞLIK SİSTEMİ	2,9	1,9	1,0	5,8
ÖZLÜK HAKLARI	-	2,9	1,0	3,9
HASTA HAKLARI	1,0	1,4	0,5	2,9
DİĞER	4,3	0,5	0,5	5,3

* Her bir katılımcı birden fazla öneri belirtmiştir.

Tablo 8’den ve aşağıda aktarılan kimi ifadelerinden de görüleceği üzere hekimler, şiddetin önlenmesinin en önemli yolunu, Türkiye’deki eğitim ve ekonomik sorunların çözülmesinde görmektedir:

- *"Gelir adaletsizliği ve eğitim konularında ilerleme sağlanmalıdır."*
- *"Eğitim ve ekonomik seviyenin yükseltilmesi gereklidir."*
- *"Ekonominin ve işsizliğin düzeltilmesi, eğitimin artması gereklidir."*
- *"Toplum içinde gelir dağılımının mümkün olduğu kadar adil hale getirilmesi zorunludur."*
- *"Gelir düzeyinin yükseltilmesi, işsizliğin önlenmesi gereklidir."*
- *"Yoksulluğun önlenmesi gereklidir."*

Bu yaklaşım ışığında, eğitim ve ekonomik eşitsizliklerin giderilebileceği veya en azından azaltılabileceği politikaların oluşturulması gerekmektedir. Hiç kuşku yok ki, hayata geçirilecek bu politikalar, bugüne kadar yurttaş onuruna yakışır bir yaşam sürmek için gereken eğitim ve ekonomik haklara ulaşamayan dışlanmış kesimleri hedeflemelidir. Çünkü hekimlerin çalışmamızda da büyük bir isabetle gözlemledikleri gibi, yoksulluk ve yoksunluk şiddet üretmektedir. Bu nedenle toplumsal barış ortamına ulaşabilmek için uzunca bir süredir aşınan sosyal devletin yeniden yetkinleştirilmesi gereklidir. Bu iyileştirme, katılımcı bir demokrasi yaklaşımı çerçevesinde asıl sorunu yaşayan meslek gruplarının temsilcilerinin görüşlerini dikkate alan bir çerçeveden yürütülmelidir.

Çalışma kapsamında şiddetin önlenmesi konusunda hekimler tarafından dile getirilen bir diğer nokta ise hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesidir:

- *"Kişi başına düşen doktor sayısı ve sağlık personeli sayısı arttırılmalı"*
- *"Günlük bakılan hasta sayılarının sınırlanmalı"*
- *"Sistemin olum olumlu olumsuz her türlü çıktısı doktora fatura edilmemeli"*
- *"Hastaneler daha düzenli hale getirilmeli"*
- *"Aşırı yük altında kalan hekimler hasta ve hasta yakınlarına yeterince bilgi verememekte"*
- *"Hasta ve hekime ferah muayene ve bekleme salonu sunulmalı"*
- *"Hastanelerin otelcilik hizmetinin artması gerekli"*

Uzun bir süredir izlenen politikalar gereği, kamu sağlık sektörüne yeterli kaynak ayırılmamasının neden olduğu kötü çalışma ortamının bedelini bugün hekimler ödemektedir. Şiddetten uzak bir sağlık ortamına kavuşabilmek için başta ikinci basamak kamu sağlık kurumları olmak üzere, yaşanan yoğun hasta yükü ve uzun çalışma saatlerinin azaltılması gereklidir.

Konu hakkındaki uluslararası literatür incelendiğinde yukarıdaki öneriler kadar siyasi otoritenin mevcut eylemlere karşı "sıfır tolerans" göstermesinin de çok önemli olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızda yer alan hekimler, sağlık çalışanlarına yönelen şiddeti önlemek için sağlık otoritesinin güvenliği sağlaması ve eylemler vuku bulduğunda da etkin cezai yaptırımlar uygulanması gerekliliğine işaret etmektedir. Ancak hekimler, Türkiye’nin sağlık otoritesine yeterince güven duymamaktadır. Çünkü hekimler, sağlık otoritesinin konu hakkında bırakın "sıfır tolerans" göstermeyi, aksine sorunun bir parçası olduğunu düşünmektedir. Güvenlik ve cezai yaptırım konusunda görüş belirten hekimlerin yaklaşımları aşağıda sunulmuştur:

- *"Hastanede ve acilde özel eğitimli güvenlik elemanlarının bulunması sağlanmalı"*
- *"Şiddet uygulayana adli cezalar verildiğinin duyurulması gerekli"*
- *"Şiddetin önlenmesinde önce sağlık personelinin güvenliğinin sağlanması zorunlu"*
- *"Sağlık çalışanına yapılan sözlü ve fiziki saldırı yapanın yanına kar kalmamalı"*
- *"Özellikle personel kaynaklı sorunlarda cezai uygulanmanın tam olarak yapılması, 'bu defa af ederim' denmemesi"*
- *"Güvenliğin sağlanması, idarenin çalışanlara destek çıkması"*
- *"Şiddete maruz kalan kişilerin şikayetçi olmaya teşvik edilmesi"*
- *"Çalışan personele güvenlik eğitimi verilmesi"*

- "Devriye ekiplerin özellikle geceleri uğraması"
- "Sağlık bakanı ve medya tarafından hekimleri hedef gösteren yayınlara son verilmeli"

Çalışmaya katılan hekimlerin şiddetin önlenmesi konusundaki bir diğer önerisi de, sağlık çalışanlarına karşı medyanın sergilediği olumsuz tutumdur. Bu kapsamda çalışmamıza benzer araştırmaların yaygınlaşması, sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerinin boyutu, nedenleri ve sonuçlarını ortaya koyma ve bu yolla kamuoyunu etkileme olanağı yaratabilecektir. Hekimlerin konu hakkındaki kimi önerileri aşağıda verilmiştir:

- "Yaygın medya kullanılarak vatandaş eğitime yönelik TTB çalışmalar başlatmalı"
- "TV'lerde şiddetin azaltılması gerekli"
- "Sağlık çalışanları ile ilgili olumsuz yayınlar, iftiralar önlenmeli"
- "Medyadaki hekim düşmanı yayınlar konusunda işlem yapılmalı"
- "Medya tarafsız olmalı"
- "Medya halkı sağlık sistemi ve uygulamalar konusunda doğru ve gerçekçi bilgilendirilmeli"
- "Medya sağlık sistemi ve sağlık çalışanları ile ilgili doğru bilgi aktarması ve sorunun sağlık sisteminden kaynaklandığını ifade ederek toplu bilinçlendirme yapmalı"
- "Medya ve politika elini sağlık çalışanlardan çekmeli"

Hekimler çalışmamızda kendilerine yönelen şiddet eylemleri için etkin bir meslek örgütünü aşağıdaki şu cümlelerle talep etmektedirler:

- "Medya aracılığıyla doktorların çalışma koşulları eğitim süreçleri anlatılmalı, bunun karşılığında aldıkları ücret gösterilmeli, yanı sıra birçok insanın elini buluşturmadığı işleri nasıl büyük özveriyle yaptıkları gösterilmeli. Kısaca bu mesleğin kolay meslek olmadığı, TV dizisindeki (gibi) doktorların lay lay lom olmadığı anlatılmalı"
- "İlgili makamların yerel ve ulusal basında halka bilgi ve eğitim vermesi"
- "Medyada özellikle hekim hakları vurgulanmalı ve TTB, müdahale ile olayları hukuki zeminde takip etmeli"
- "Tabip odasının hekimin hakkını savunmadığını düşünüyorum. Çözümüne yönelik alternatif ve etkin olmalı"
- "Toplumsal siyasetçilik muhalefet ilişkisi yerine işbirliği tercih edilmeli, sorunlarımıza çözüm aranmalı"

Yukarıdaki satırlardan da açıklıkla görüleceği üzere, Türk Tabipleri Birliği'nden beklenen, sağlıkta yaşanan sorunların ve şiddet eylemlerinin nedenlerini kamuoyu ile günümüzün modern iletişim araçlarını da kullanarak paylaşmasıdır. Araştırmalar, raporlar, toplantılar, kampanyalar, görsel ve işitsel medya kullanılarak etkin bir halkla ilişkiler faaliyeti yürütülmelidir. Ancak kanaatimiz odur ki, tüm iyi niyetli çabaya karşılık, Türkiye'nin demokratik düzeyinin de var ettiği sorunlar nedeniyle Türk Tabipleri Birliği, üyelerinin talep ettiği bu boşluğu hakkı ile dolduramamaktadır. Öte yandan, çalışmaya katılan ve etkin bir meslek örgütünü talep eden hekimlerin, konu hakkında meslek örgütüne ne kadar katkı sunduğu da ayrıca tartışmalıdır. Bununla birlikte, Türkiye'de sağlık çalışanları yaşanan şiddet eylemleri karşısında kendilerini yalnız hissetmekte ve örgütlerinden yeterli destek alamamaktan yakınmaktadır.

Çalışmaya katılan hekimler, hasta ile etkin iletişim eksikliğinin giderilmesi yönünde de çalışmalar yapılması gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Nitekim Türkiye'de halen sürdürülen tıp eğitimi, hekimlerin iletişim becerilerine ciddi katkı sunmamakta ve hekimliği salt teknik bir noktaya indirgemektedir. Oysa bir hekimin teorik bilgi birikimine felsefe, sosyoloji, halkla ilişkiler gibi beşeri disiplinlerin önemli oranda katkı yapması zorunludur. Bir başka ifadeyle, küresel çapta yaşanan sağlıkta dönüşüm ile uyumlu biçimde sadece hastalığa odaklanan, hastayı tedavi edilecek bir biyolojik organizmadan ibaret gören, insanı sosyal varlık olarak insani veçhelerini gözardı ederek nesneleştiren bir tıp eğitimi yaklaşımı artık terk edilmelidir. Bu bağlamda, mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde, hekimlere hasta ile etkin iletişim becerileri sağlayacak eğitim programları düzenlenmelidir.

Çalışmaya katılan hekimlerin şiddetin önlenmesi konusunda dile getirdiği diğer hususlar, statü yitimi, sağlık politikaları, piyasalaşan sağlık sistemi, yetersiz özlük hakları ve içeriği boşaltılmış hasta haklarıdır. Farklı başlıklar altında ifade edilen bu konuların tümü, aslında sağlık alanının liberalleşmesinin bir sonucudur. Ekonomik liberalleşme dalgası bir yandan sağlığı alınıp satılır bir meta haline getirirken, diğer yandan sağlık hizmetini sunanları da bir girişimci gibi, sürekli karını maksimize etmeyi önceleyen bir “esnaf”a indirgemektedir. Bu yapı, hekimlerin hastaların sağlık sorunlarının aciliyetine göre değil de, onun ekonomik gücüne göre yaklaşması gerektiğini talep ettiği için hasta-hekim ilişkisinin temelini sarsmaktadır. Öte yandan, benzer bir dönüşüm geçirerek para kazanmayı öncelikli amaç olarak tanımlayan “sağlık işletmeleri” de, hasta haklarını müşteri memnuniyetine indirgemekte ve asıl bağlamından koparmaktadır. Yaşanan bu süreç hekimlerin toplum nezdinde statü ve saygınlığında aşınmaya yol açmaktadır. Unutulmamalıdır ki, piyasa adaletinin egemen olduğu bir sistemde kişinin değeri onun sahip olduğu paranın miktarı ile belirlenir. Oysa insan sadece ekonomik mübadelede bulunan “homo-economicus” değildir. Bu nedenle hekimliğin toplumsal saygınlığının yeniden tesisi ve hekim-hasta haklarının içeriğinin anlamını yitirmeden layıkıyla doldurulması, ancak İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde de tanımlandığı üzere, tüm toplumun sağlık hakkının kamusal güvence altına alınması ile mümkündür.

SONUÇ

Çalışmanın ortaya koyduğu bulgular sağlık alanında şiddet konusunda yaşanan vahim tabloyu gözler önüne sermektedir. Her dört hekimden üçü meslek hayatı boyunca en az bir kez olmak üzere şiddet maruz kalmıştır. Araştırmadan çıkan bir diğer çarpıcı sonuç ise, son bir yılda sağlık alanında yaşanan şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğudur. Çünkü her üç hekimden biri son bir yıl içinde işyerinde şiddete maruz kalmıştır. Öte yandan, sağlıkta şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğunu ortaya koyan bir diğer gösterge de, kişinin işyerinde tanık olduğu şiddet olaylarındaki yüksek orandır. Hekimlerin %68 gibi çok yüksek bir bölümü son bir yılda işyerinde şiddet içeren olaya tanık olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin büyük bir bölümü işyerinde hem fiziksel, hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını dile getirmektedir. Hekimler, tedavinin yapıldığı mekanlarda, hastayla temasın yoğun olduğu alanlarda şiddete maruz kalmaktadır. Hekimlere şiddet uygulayan kişilerin şiddete başvurma nedenleri sorulduğunda, tedaviden memnuniyetsizlik ve ihmal edilme düşüncesi en önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Bir diğer şiddete başvurma nedeni ise kurum yetersizlikleri olarak ortaya çıkmaktadır. Bir başka deyişle, ilaç, cihaz, yatak vs. gibi kurum yetersizlikleri hasta ile hekim arasında gerilime neden olmakta ve şiddete yol açmaktadır. Diğer taraftan, hekimlerin üçte biri medyada hekim karşıtı yapılan yayınların kendilerini hedef gösterdiğini ve hekim-hasta arasındaki ilişkileri zedelediğini, gerilime yol açtığını düşünmektedir. Bunun yanı sıra, hastalardan gelen haksız ilaç, rapor gibi isteklerin yerine getirilmemesi ve ülkede uygulanan sağlık politikalarının yol açtığı sorunların da hekimlere şiddet olarak yansıdığını belirtebiliriz. Öte yandan, hekimlerin büyük bir bölümü, sağlıkta yaşanan şiddetin toplumdaki gelir dağılımı eşitsizliği ve eğitim sorunlarından kaynaklandığını düşünmektedir. Ayrıca hekimlerin göz ardı edilemeyecek bir oranı, ülke yöneticilerini ve uygulanan sağlık politikalarını var olan şiddet ortamının sorumlusu olarak görmektedir.

Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık sektörünü de ciddi bir biçimde etkilemektedir. Çalışmanın giriş bölümünde de belirttiğimiz gibi, birçok ülkede yapılan araştırma, genelde sağlık çalışanlarının, özelden ise hekimlerin son yıllarda yaygın bir şekilde şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir. Bir başka deyişle, son yıllarda hekimlere dönük yaşanan şiddetin Türkiye’ye özgü bir durum olmadığını, küresel bir olgu olarak karşımıza çıktığını belirtebiliriz. Kuşkusuz bu durumun, hem her ülkenin kendine özgü dinamikleriyle hem de son yıllarda artan bir biçimde sağlık sektörünü de biçimlendiren neo-liberal piyasa dinamikleri ile ilişkili boyutları olduğu şüphe götürmez bir gerçektir.

TEŞEKKÜR

Bu çalışma, Gaziantep-Kilis Tabip Odası’nın destekleri ile gerçekleşmiştir. Başta Gaziantep-Kilis Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı Dr Kemal Bakır olmak üzere, çalışmaya destek olan yönetim kurulu üyelerine, anketörlere ve değerli vakitlerini ayırıp çalışmaya katılan hekimlere katkılarından ötürü teşekkür ederiz.

DİPNOTLAR

¹ Çalışma için “randomizer programı” kullanılarak 240 hekimden oluşan bir örneklem seçilmiştir. Ancak, dahil ederek basit rasgele örneklem tekniğinde sıkça karşılaşılan bir durum olan tekrarlanan sayılar örneklemden çıkarıldığında örneklem sayısı 233 olarak gerçekleşmiştir.

² ESS (European Social Survey) tarafından yapılan çalışmalarda hedeflenen minimum yanıtlanma oranı ve geri dönüş oranı %70'dir.

KAYNAKLAR

1. Adib, SM., Al-Shatti, AK., Kamal, S., et al. (2002). Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *Int J Nurs Stud*, 39: 469-78.
2. Ayranci, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med*, 28: 361-5.
3. British Medical Association. (2008). Violence in the workplace - the experience of doctors in Great Britain, 2008. Ulaşım Tarihi 12 Nisan 2008, <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/violence08>
4. Carmi-Iluz, T., Peleg, R., Freud, T., Shvartzman, P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Serv Res*, 5: 54.
5. Fernandes, CM., Bouthillette, F., Raboud, JM., et al. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ*, 161: 1245-8.
6. Kowalenko, T., Walters, BL., Khare, RK., et al. (2005). Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med*, 46: 142-7.
7. Krug, EG., et al. (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.
8. Ölmezoğlu, ZB., Vatansever, K., Ergör, A. (1999). İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*, 14: 420-5.
9. Piyal, B., Kaya, M., Celen, U. (2007). Occupational correlates of fear of violence, harassment and threats among 112 emergency aid health workers (Ankara, Turkey). *AJCI*, 1: 1-6.
10. Salminen, S. (1997). Violence in the workplaces in Finland. *J Safety Res*, 3: 123-31.
11. The University of Iowa. (2001). Workplace violence. A report to the nation (February 2001). Ulaşım Tarihi 13 Nisan 2008, <http://www.public-health.uiowa.edu/iprc/NATION.PDF>
12. Tolhurst, H., Baker, L., Murray, G., et al. (2003). Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Aust J Rural Health*, 11: 231-6.
13. Yeşildal, N. (2005). Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4: 280-302.

KİMYASAL MADDELER ve LABORATUVARLAR

Doç. Dr. Alp USUBÜTÜN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Hastane laboratuvarlarında kullanılan kimyasal maddelerin bir kısmı insan sağlığı üzerinde doğrudan (irritan, karsinojen vb) zararlı etkiler yapabildiği gibi bir kısmı da yanıcı ve patlayıcı özellikleri nedeni ile özel bir dikkat ile kullanılması gereklidir. Bu özen gösterilmediği takdirde insan sağlığını olumsuz olarak etkileyebilirler. Bu nedenle kimyasal maddelerin kullanıldığı bir laboratuvar da genel prensipler; tüm kimyasal maddelere karşı maruziyeti azaltmak, risklere karşı korunmak, yeterli havalandırmayı sağlamak, bir kimyasal hijyen programı yapmak ve "izin verilebilir maruz kalma sınırı" değerlerini gözlemektir.

Laboratuvarlarda öncelikle kimyasal maddelerin dökümü yapılarak bunlar özelliklerine göre sınıflandırılmalıdır. Bu maddelerin var ise karsinojenik veya akut- kronik toksik etkileri tanımlanmalı, bu maddelerin nasıl kullanılacaklarına dair yazılı belgeler hazırlanmalıdır. Bu özellikleri maddenin bulunduğu şişe üzerine, adı ile birlikte yazılmalıdır. Hemen tüm kimyasal maddelerin zararlı olduklarını düşünürsek tüm kimyasal maddelere karşı genel bir uygulama rehberi oluşturulması uygun olur. Ancak yapılacak tüm işlemlerde ve depolama sırasında kullanılan kimyasalların özellikleri ve etkileri göz önüne alınmalıdır. Kullanıldıktan sonra özelliklerine göre imha edilmeli veya geri dönüşüm şansı varsa yeniden kullanıma verilmelidir.

Laboratuvarın iyi havalandırılması gerekir, ancak kullanılan kimyasalın özelliklerine uygun bir düzenek kullanılmalıdır (çeker ocak, genel havalandırma, vb.) ve insan sağlığına zarar vermeyecek düzeyde tutulmalıdır. Kimyasallar belli eşik değerler aşıldıktan sonra insan sağlığına zararlı etkilerini giderek artan oranda gösterirler. Örneğin doku tespiti için kullanılan formaldehit 1.00 ppm düzeyinde sadece kötü koku etkisi görülürken 20 ppm düzeyinde pulmoner ödeme neden olabilmektedir. Bu nedenle kullanıldığı ortamlarda zararlı ve rahatsız edici etkisini ortaya çıkmasını önlemek için havalandırma sistemleri kullanılmalıdır ve bu havalandırma sistemi sayesinde kimyasallar insan sağlığına zararlı eşik değerleri aşmayacak düzeyde tutulmalıdır. Örneğin CAP (College of American Pathologist) formaldehit için 0.75ppm 8hr TWA (8hr time-weighted exposure) ve 2.0ppm STEL (15min. Short-Term Average Exposure Limit) değerlerini eşik değer olarak belirlemiştir. Bu değerlerin üzerinde ölçüm yapıldığı durumlarda periyodik ölçümler önermektedir. Böylece zararlı gazların ortamda kabul edilen eşik değerinin altında olması sağlanabilmektedir. Türkiye'deki duruma bakarsak, Patoloji Dernekleri Federasyonunun yapmış olduğu ankette, ankete katılan patoloji laboratuvarlarının sadece yarısının yeterli havalandırma sistemlerinin bulunduğu belirtilmiştir. Ancak gerçek durumu tam olarak yansıtabilecek olan formalin düzeyinin ölçümü Türkiye'deki patoloji laboratuvarlarında yapılmamaktadır.

Materyallerin depolanmaları da belli bir düzen içerisinde olmalıdır. Yüksek ısıya ve güneş ışığına doğrudan maruz kalmamalıdır. Gelişi güzel konmuş kimyasal maddeler risk oluşturabilir. Örneğin asit ve baz özelliği olan maddeler yere yakın raflarda ve birbirinden ayrı olarak depolanmalıdır. Depolar mümkün olduğunca geniş, kullanımı rahat olmalıdır ve depolara mümkün olduğunca az materyal konmalıdır. Raflara ulaşılan yollara açık olmalı, buralara geçişi kapayacak malzemeler konmamalıdır. Gelişi güzel depolama çalışan personel için çok ciddi kaza riskleri içerebilir. Depolanan materyallerin tüm özellikleri göz önüne alınarak depolama alanı seçilmelidir veya depo olarak kullanılan alanlar kimyasalların özelliklerine göre revizyondan geçirilmelidir. Örneğin uçucu ve yanıcı özelliği olan maddeler mutlaka iyi havalandırılan alanlarda depolanmalıdır. Bu arada yangınların önlenmesi için de gerekli tüm önlemler alınmalıdır.

Zararlı kimyasal maddeler ile çalışırken mutlaka o kimyasal maddenin zararlı etkisinin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik kişisel tedbirler de alınmalıdır. Daha önce de bildirildiği gibi mekan düzenlemeleri yanı sıra, yeterli koruyucu özellikler gösteren eldiven, maske, koruyucu önlük ve gözlük gibi araçlar kullanarak da kazaların çalışanlara zarar vermesi engellenmeye çalışılır. Beklenmedik bir kaza durumunda duşlar ve göz yıkama üniteleri yine kimyasal maddeler ile çalışan personel için çok önemlidir. Laboratuvarlar içerisinde bu ünitelerin saniyeler içerisinde ulaşılır mesafede bulunmaları da varlıkları kadar önemlidir. Laboratuvar içerisinde yemek yenmesi, bir şeyler içilmesi veya sigara kullanılması asla kabul edilemez. Yiyecek ve içeceklerin nerede saklanması ve yenilmesi gerektiği mutlaka belirtilmelidir. Kişisel korunma da önemlidir, açık ayakkabılar giyilmemeli, saçlar toplu olmalıdır. Kontakt lensler çok zorunlu olmadıkça kullanılmamalıdır.

Zararlı kimyasal maddelerin kullanıldıktan sonra nasıl uzaklaştırılacakları da her madde için ayrı ayrı tanımlanmalıdır. Bu maddelerin büyük kısmı sadece laboratuvarlarda kullanan kişiler için değil aynı zamanda doğaya kontrolsüz şekilde atıldıklarında çevre için ve bu suları kullanan diğer kişiler için de toksiktir. Bu nedenle bir çok ülkede bu zararlı kimyasal maddeler özel olarak laboratuvarlarda toplanmakta ve doğaya zarar vermeden imha edilmekte ya da geri dönüşüm ile kazanılmaktadır. Buna karşın Türkiye’de durum gerçekten vahimdir. Patoloji Dernekleri Federasyonunun yapmış olduğu ankette patoloji laboratuvarlarının %83’ü sıvı atıklarını lavabodan dökerek uzaklaştırdıklarını belirtmektedirler. Bu da tonlarca kimyasal atığın çevreye salınması anlamını taşımaktadır. Bu ankette yine katı kimyasal atıklar %98 oranında tıbbi atıklar ile birlikte atılmaktadır. Bu da laboratuvarların çaresizlik karşısında buldukları alternatif çözümdür. Aslında laboratuvarların yapabilecekleri çok fazla seçenek maalesef yoktur. Burada görev merkezi veya yerel yönetimlere düşmektedir. Bu sıvı ve katı zararlı kimyasal atıkların uzaklaştırılması için gerekli önlemleri almaları ve sağlık kuruluşlarını yönlendirmeleri gerekmektedir. Laboratuvarların bu aşamada kendi zararlı kimyasal atıklarının miktarını azaltmaya çalışmaları, en azından bu aşamada çevreye verilecek zararı azaltabilir.

Her laboratuvarında yapılan tüm işlemler yazılı hale getirilmeli, her basamak anlaşılır bir şekilde tanımlanmalıdır. Yazılı hiçbir program mutlak değildir, geçen yılların sorunları, kazaları ve bunların nedenleri saptanmalı ve programlar bunları önleyecek önlemleri içerecek şekilde yeniden tanımlanmalıdır. Bu sadece kazaları ve akut sorunları içermemeli uzun dönem meslek hastalıklarını da önleyecek önlemleri de kapsamalıdır. Tüm süreçlerin yazılı hale getirilmesinin amaçlarından birisi de kimyasallar ile çalışan kişilerin çalıştıkları kimyasalların özelliklerinden, nasıl kullanılıp nasıl uzaklaştırılacağından, haberdar olmalarıdır. Tüm laboratuvarların yukarıda sıralanan özellikleri içeren, kendilerine özgü oluşturacakları yazılı belgeler “Kimyasal Hijyen Planını” meydana getirir. Bu plan laboratuvar sorumlularının ve çalışanlarının sorumluluklarını tanımlamalı, tüm kimyasalların kullanıldığı süreçlerin nasıl olacağını, alınması, kullanılması, depolanması ve uzaklaştırılmasına ait tüm temel kuralları açıklamalı, durumun izlenmesi ve uygun koşullarda sürdürülebilmesi için devamlılığının sağlanması, hangi durumlarda kişisel koruyucuların kullanılacağını, ortaya çıkan sorunların bir daha oluşmaması için kaydedilmesinin sağlanmasını, uyarı işaretleri ve etiketlemeye dair bilgiler, ölçüm değerlerinin beklenen düzeyin üstünde olması durumunda yapılması gerekenleri, kaza durumunda yapılması gerekenler, bu süreçte yer alanların eğitimlerinin nasıl yapılacağını tanımlamalıdır.

Kimyasal maddelerin laboratuvarlarda kullanılması, depolanması ve uzaklaştırılması için her maddeye özgü dünyada saptanmış standartlar bulunmaktadır. Bu standartlar ve Türkiye’nin kendine özgü koşulları göz önüne alınarak ulusal düzeyde standartlar saptanmalı ve tercihen özerk bir kurum tarafından denetlenerek laboratuvarların bu standartlara uyması zorunlu hale getirilmelidir. Bunun dışında kişisel çabalar ile bazı adımlar atmak mümkün görünse de maliyeti yüksek girişimler (havalandırma sistemlerinin kurulması gibi), bölgesel veya ulusal düzeyde çözülmesi gereken sorunlar (atık sorunu gibi) bu girişimlerin sınırlı kalmasına neden olacaktır. Laboratuvar birimlerine bu aşamada mutlaka hastane yönetimlerinin desteği gereklidir. Ayrıca günlük yaşamda bizim kişisel deneyimimizde göstermektedir ki, sadece iyi niyetli çabalar sonucu girilen işler bir süre sonra motivasyon kaybı veya diğer günlük yaşama dair bir çok neden ile yapılamaz hale gelmektedir. Bu nedenle ulusal düzeyde ele alınıp bir kurum tarafından sürekli denetim yapılmadığı sürece zararlı kimyasalların insan ve çevre üzerindeki etkilerinden korunmak mümkün değildir.

Kaynaklar

- 1- Yorukoglu K, Sayiner A, Akalin E, Patoloji laboratuvarında mesleki riskler ve güvenlik önlemleri. *Aegean Pathology Journal* 2005,2, 98–115.
- 2- http://www.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/checklists/laboratory_general_sep07.pdf
- 3- http://www.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/checklists/anatomic_pathology_Sep07.pdf
- 4- Yörükoğlu K, Usubütün A, Doğan Ö, Önal B, Aydın Ö. Türkiye de Patoloji Laboratuvarlarında Kalite Kontrol. *Türk Patoloji Dergisi (Baskıda)*.
- 5- Yörükoğlu K, Usubütün A, Doğan Ö, Önal B, Aydın Ö. Türkiye’de Patoloji Laboratuvarlarının Genel Profili. *Türk Patoloji Dergisi (Baskıda)*.
- 6- Usubütün A, Gököz Ö, Fırat P, Sungur A. Patolojide bir kalite geliştirme programı deneyimi. *Türk Patoloji Dergisi*; 2007: 23, 87-92.
- 7 -http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=10107

HEKİM SAĞLIĞI VE RADYASYON

Prof. Dr. Suna KIRAC, FASNC

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Denizli

fskirac@pau.edu.tr

Radyasyon nedir? Organizma üzerinde etkileri nelerdir? Sağlık çalışanları açısından önemi nedir? Radyasyonun zararlı etkilerinden nasıl korunabiliriz? Roentgen tarafından 1895 yılında X ışınlarının ve Curie tarafından radyoaktivitenin keşfinden sonra radyasyon, radyasyonun organizmaya etkileri ve korunma prensipleri hakkında pek çok çalışma yapılmıştır. Radyasyondan korunma kavramının gelişmesi ile bu konuda kurulan ulusal ve uluslararası komiteler tarafından radyasyonun zararlı etkilerine karşı çevreyi ve sağlık çalışanlarını korumak için çeşitli kılavuzlar yayınlanmıştır(1). Teknolojik gelişmelerle birlikte radyasyonun hemen her alanda yaygın olarak kullanılması bu konunun önemini artırmıştır. Elektromanyetik spektrumdaki ışınlar sahip oldukları enerjiye göre iyonlaştırıcı olan ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyon olarak iki ayrı grupta değerlendirilmektedir. Ortama iyonlaştırıcı etki yapmayan mor ötesi (UV) ışınlar, görünür ışık ve kızılötesi (IR) ışınlar ile mikro dalgalar ve radyo frekansı (RF) iyonlaştırıcı olmayan radyasyonlardır. İyonize radyasyon kaynakları ise tıbbi görüntülemeler ve radyasyon tedavileridir. İyonize radyasyon, partiküller (alfa ve beta radyasyon) veya elektromanyetik dalgalar şeklinde (X ve gama ışınları) olabilir.

Günlük hayatımızda farkında olmaksızın iç içe olduğumuz radyasyonla maruziyet her canlı için kaçınılmaz bir durumdur. Her insan % 85 doğal (uranyum, toryum, radyum vb) veya % 15 yapay radyasyon kaynakları (%95 oranında tıbbi uygulamalarda kullanılan X-ışınları, beta ışınları vb) nedeni ile yılda ortalama 2.4-3.5 mSv radyasyona maruz kalmaktadır. Bu değer, bölgelere ve kişilere göre farklılık göstermekte doğal radon açısından zengin bölgelerde 10 mSv/yıl düzeye ulaşırken nükleer reaktör kazası sonrası o bölgede yaşayan kişilerde 100 mSv /yıl gibi çok yüksek değere ulaşabilmektedir. İyonizan radyasyon tıbbi uygulamalarda günümüzde yaygın olarak kullanılmakta ve teknolojik gelişmelerle orantılı olarak kullanımı hızla artmaktadır. İyonizan radyasyona görevi gereği maruz kalan hekimler, teknisyenler, hemşireler ve diğer çalışanlar büyük bir grup oluşturmaktadır. İyonizan radyasyonla ilgili temel bölümler: tanısal ve girişimsel radyoloji, radyonüklidlerin tanısal ve tedavi amaçlı kullanıldığı nükleer tıp ve eksternal radyasyon tedavisi veya brakiterapiyi içeren radyoterapidir. Ancak, bunlar dışında pek çok sağlık çalışanı hekim ve yardımcıları (kardiyoloji, ortopedi vb) floroskopi eşliğinde girişimler nedeni ile radyasyona maruz kalmaktadır. Özellikle, radyasyon kullanılan yöntemlerin (floroskopi, anjiyografi, radyofrekans ablasyon vb) radyasyon ve radyasyondan korunma konusunda yeterli eğitim almayan kişilerce bilinçsiz şekilde kullanılması işlemi yapan hekim ve teknisyenin yanı sıra çalışma ortamındaki yardımcı personelin de risk almasına neden olmaktadır. Tanısal veya tedavi amaçlı girişimler sırasında hasta ve görevli personeli radyasyonun olumsuz etkilerinden korumak için radyasyon güvenliği eğitime ve radyasyondan korunma kurallarının uygulanmasına önem verilmelidir. Kılavuzlara uygun radyasyon güvenliği kurallarına dikkat edildiği zaman, radyasyonun zararlı etkileri azalmakta ve tıbbi uygulamalarda yararları öne çıkmaktadır (1-4).

Radyasyon organizma üzerinde ne gibi etkiler oluşturur? Etki mekanizması nedir? Radyasyon, vücut dokularında enerji depolanması yolu ile hücre hasarı veya ölümüne dek uzanan olaylar zincirine neden olur. Radyasyon tipi, dokuların radyasyona maruz kalma hızı, dokularda absorbe edilen toplam enerji miktarı ve doku özellikleri hücre hasarın derecesini belirleyen önemli faktörlerdir. İnsanlarda radyasyonun istenmeyen etkileri başlıca iki gruba ayrılır: Deterministik etkiler (katarakt vb) ve stokastik (kanser vb) etkiler. Anlık yüksek doz radyasyona maruz kalınması hücrede dönüşümsüz hasar oluştururken düşük dozda uzun süreli maruziyet genetik materyelde hasar ve kanser gelişimine neden olabilir (5-6). Bu nedenle, radyasyonla uğraşan kişilerin radyasyonun olası etkilerini, bu etkilerin hangi koşullarda gelişeceğini bilmesi ve zararlı etkileri en aza indirmek için çalışma ortamında radyasyon güvenliği kurallarına uyması zorunludur. Anlık yüksek doz radyasyon maruziyetinden kaçınılması, maruz kalınan dozu azaltmak için radyasyon güvenliği kurallarına dikkat edilmesi ve alet kalite kontrollerinin düzenli olarak yapılması önemlidir (7-11).

Bu konuda yapılmış çalışmalarda girişimsel radyoloji ile uğraşan radyologların radyasyon maruziyetinin konvansiyonel radyolojik yöntemlere göre daha fazla olduğu, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) ve invazif kardiyak işlemler sırasında özellikle göz lensi, tiroid ve ellerin radyasyona maruz kaldığı gösterilmiştir (2,5,12-14). Tanısal radyolojik işlemlerde görevli personel için yıllık efektif doz 1.4 mSv/yıl bildirilmiştir. Radyografi teknisyenleri kurşun paravan arkasında çalıştıkları için radyasyon maruziyet dozu <1 mikroSv/işlem 'dir. Mobil aletlerde zırhlama olamayacağı için maruziyet dozu artar.

Bilgisayarlı tomografi ile görüntüleme sırasında, primer ışınların kolimasyonu iyi ve saçılımı az olduğundan çalışanın alacağı radyasyon dozu düşüktür. Dental radyoloji personeli için ise tüm vücut efektif doz değeri 0.89 mSv/yıldır. Radyologların maruziyet dozu radyoloji teknisyenlerinden birkaç kat fazladır. Radyologlar olasılıkla baryum kontrastlı floroskopik çalışmalarda girişimsel radyolojik çalışmalardan daha yüksek doza maruz kalırlar. Çünkü, floroskopik işlemler sırasında hekimin hastaya yakın olması gerekir ve hastadan saçılan ışınlar radyolog için başlıca radyasyon maruziyet nedenidir. Hekimin ve diğer yardımcı personelin radyasyon maruziyeti floroskopi işlem süresi ve durdukları yer ile ilişkilidir. Radyasyonun etkisi süre ile doğru orantılı iken X-ışını tüpünden uzaklığın karesi ile ters orantılıdır. Buna göre, floroskopi odasında bulunan personelin radyasyon maruziyet hızı ortalama 2 mGy/saat veya daha fazla olabilir (11,15-17). Ayda 30-40 adet girişimsel işlem yapan radyoloji uzmanı lens için yıllık kabul edilen maksimum dozun üstünde radyasyona (> 150 mSv) maruz kalmaktadır. Hastaya çok yakın pozisyonda ve koruyucu ekran kullanmaksızın işlem yapılırsa sol el 2 mSv/işlem , önkol ise 3 mSv /işlem doza maruz kalacaktır. Radyasyon güvenlik önlemleri alındığında (yeterli ortam havalandırması, tam kurşun önlük, kurşun gözlük, boyunluk vb) maruz kalınan doz değeri yaklaşık 3 kat azalacaktır (18). Pediatrik floroskopik uygulamalar ve BT sırasında görevli personel ekstremitelerinin maruz kaldığı doz, işlem süresinin erişkine göre daha uzun olması ve kolların primer ışınlarla doğrudan maruz kalması nedeni ile, rutin radyolojik işlemlerden yüksektir. Ancak, daha önceki çalışmalarda pediatrik radyoloji ile uğraşan personelin ekstremitelerinde efektif dozunun uygun çalışma ortamında yıllık kabul edilir maksimum dozu aşmadığı (< 500 mSv/yıl) gösterilmiştir (19).

Radyasyonla uğraşan bölümlerden nükleer tıpta hastaya tanı ve tedavi amaçlı radyonüklidler uygulanmakta olup personel açık radyasyon kaynağından (hasta) sürekli maruziyet riski altındadır. Euratom raporunda dünyadaki nükleer tıp birimlerindeki personelin ortalama yıllık efektif doz 1.4 olarak rapor edilmiştir. Ülkemizde nükleer tıp çalışanlarının aldığı ortalama yıllık doz 5 mSv'ı aşmamaktadır. Bazı ülkelerde (Pakistan 15 mSv ve Küba 10 mSv) daha yüksek dozlar bildirilmiştir. Radyofarmasötiklerin hazırlanmasında görevli personelin yıllık tüm vücut efektif doz 5 mSv'a ulaşabilir. Eller ve parmaklar için efektif doz değeri maksimum kabul edilir sınıra (500 mSv) dek çıkabilir. Ekstremitelerin radyasyon maruziyeti uygun zırhlama ve radyoaktif madde hazırlama süresinin kısaltılması ile belirgin azalır. Nükleer tıp birimlerinde radyasyon güvenliği önlemleri alındığı ve bu konuda eğitilmiş kişiler çalıştığı için radyofarmasistlerin yıllık efektif doz < 1 mSv olarak bulunmuştur (1,20-23). Radyasyonun tedavide kullanılması tanısız işlemlerden ayrı bir öneme sahiptir. Radyoterapi birimi çalışanlarının tüm vücut yıllık efektif doz değeri 1.3 mSv olarak bildirilmiştir. Nükleer tıp uygulamalarındakine benzer şekilde bu değer bazı ülkelerde 5-15 mSv'dır. Ancak bunlar % 1 oranını aşmaz (1,11,14,24). Tanımlanan bu değerler radyasyon elemanları için yıllık kabul edilen maksimum dozun (50 mSv) çok altındadır.

Buls ve arkadaşları çalışmalarında endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) yapan gastroenterologların en çok radyasyona maruz kalan organlarının göz lensi (0.13 mGy/işlem), tiroid (0.10 mGy/işlem) ve eller (0.44 mGy/işlem) olduğunu bildirmişlerdir (12). Kardiyologlar en çok radyasyona maruz kalan diğer bir gruptur, ortalama tüm vücut yıllık efektif doz 0.4 mSv düzeyinde olup az olmayan bir kısmı ise 1 mSv'dan daha fazla doza maruz kalmaktadır. Floroskopi eşliğinde yapılan girişimsel kardiyak işlemler (Anjiyografi, brakial tüp, kardiyak kateterizasyon, kalıcı pacemaker implantasyonu, transkateter arteriyel embolizasyon vb.) cerrahi girişimlerle karşılaştırıldığında hasta morbidite ve mortalitesini azaltır. Ancak, hasta ve operatörün radyasyona maruz kalmasına neden olur Koroner anjiyografi sırasında operatörün radyasyon maruziyeti 13-29 mikroSv/işlem ve perkütan koroner girişimler için 41-69.5 mikroSv/işlem olarak bildirilmiştir. Kalıcı pacemaker implantasyonu işlemi sırasında kardiyologların median absorbe edilen radyasyon dozları gözler için 0.03 mGy ve eller için 0.21 mGy olarak rapor edilmiştir. Radyasyon güvenliği konusunda çalışanların eğitilmesi, ^floroskopik işlemler sırasında tam kurşun önlük giyilmesi ve tiroid koruyucu ile gözlük kullanılması maruziyet dozunu belirgin düzeyde azaltacaktır (1,3,4,13,18,25,26).

İntraoperatif floroskopi kullanımının artması ile cerrahların radyasyon maruziyeti önemli oranda artmıştır. Cerrahların elleri primer ışınlarla maruz kalırken vücudun geri kalan kısmı başlıca hastadan saçılan ışınlardan kaynaklanan radyasyona maruz kalır. Girişimsel nörolojik işlemler (arteriovenöz malformasyon embolizasyonu, anevrizma onarımı vb.) hastanın ve personelin yüksek dozda radyasyona maruz kalmasına neden olur. Ortalama floroskopi zamanı 34.8 dakika ve anjiyografik seri sayısı 19 ve frame sayısı 267 olarak bulunan bir çalışmada 0.35 mm kurşun önlük kullanıldığı zaman operatörün tüm vücut efektif doz eşdeğeri 6.7 mikroSv/işlem olarak saptanmıştır (27,28). Periasetabuler osteotomi işlemi sırasında ortopedistlerin aldığı efektif doz 8 mikroSv; tiroid bezi için ortalama absorbe edilen doz 9 mikroSv ve eller için 39-45 mikroSv arasındadır. Boyunluk kullanılması tiroidin radyasyon maruziyetini azaltır, ancak kurşun eldiven giyilmesi cerrahın el parmaklarının radyasyondan korunmasını tam olarak sağlayamaz (29). Ul Haque ve ark (30) floroskopi eşliğinde idiopatik skolyoz cerrahisi sırasında cerrahın efektif doz eşdeğerini tüm vücut için 13.49 mSv/yıl ve tiroid için 4.31 mSv/yıl olarak bildirdiler. NCRP kriterlerine göre radyasyon elemanları için stokastik

etki gelişimi açısından kümülatif doz her bir yaş için 10 mSv, radyasyon elemanı olmayan çalışanlar için 1-5 mSv'dir. Tiroid bezi için efektif doz değerleri sırası ile 500 mSv/yıl ve 50 mSv/yıldır. Bu sonuçlara göre, özellikle spinal cerrahi ile uğraşan cerrahların yüksek dozda radyasyona maruz kaldığı görülmektedir.

Radyasyonun zararlı etkilerinden nasıl korunabiliriz? Radyasyon ile uğraşan personelin radyasyon güvenliği eğitimi alması radyasyondan korunmada en önemli konudur. Tam kurşun önlük, gözlük ve boyunluk kullanılması, zırlamaya dikkat edilmesi, gerektiğinde kurşun eldiven giyilmesi ve özellikle floroskopik çalışmalarda radyasyona mümkün olduğu kadar kısa süreli maruz kalınması total vücut ve spesifik organ için absorbe edilen radyasyon dozunu azaltacaktır. İşlem sırasında kişisel dozimetritler mutlaka kullanılmalıdır. Genel olarak konvansiyonel işlemler sırasında tek dozimetri kurşun önlük altına göğüs hizasına takılır. Ancak, girişimsel radyolojik işlemler ve floroskopik cerrahi girişim sırasında tek dozimetri kullanılması operatörün gerçek radyasyon maruziyetini vermeyecektir. Dozimetri kurşun önlük altında kullanıldığı zaman maruz kalınan doz olduğundan düşük ve üstünde kullanıldığı zaman yüksek ölçülecektir. Bu nedenle, tanısal ve girişimsel floroskopik işlemler sırasında çift dozimetri (boyun ve bel hizasında) kullanılması önerilmektedir. Bu uygulama özellikle sık girişimsel işlemlerle uğraşan personel için önemlidir (1,3,4,9,31,32).

Kaynaklar

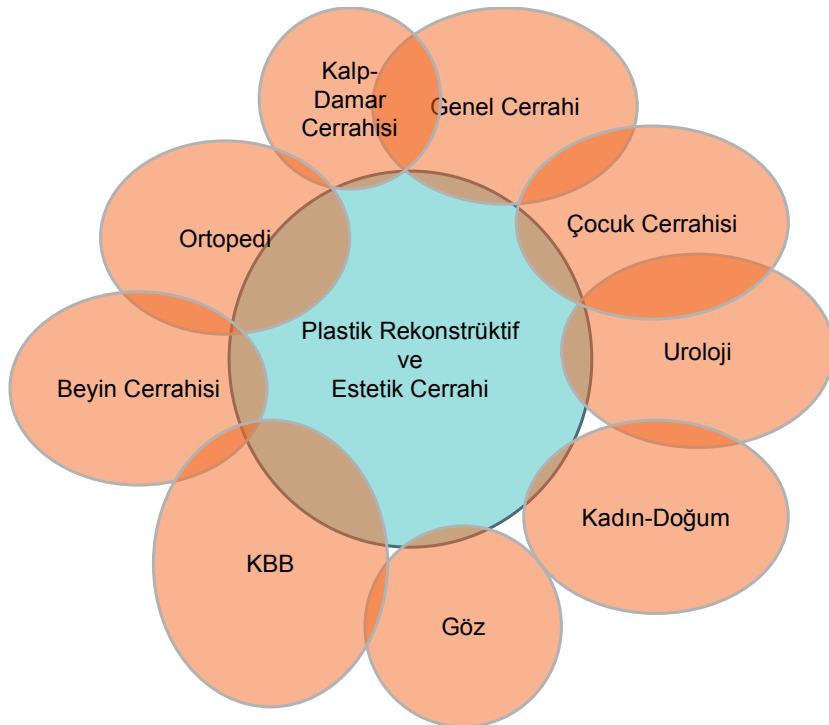
1. Council Directive 97/43/Euratom of 30 June 1997 on health protection of individuals against the dangers of ionizing radiation in relation to medical exposure, and repealing Directive 84/466/ (Official journal NO. L 180,1997)
2. Bass BG. Radiation safety requirements for cardiovascular brachytherapy. *Cardiovasc Radiat Med* 1999; 1:297-306.
3. Schultz FW, Zoetelief J. Dosemeter readings and effective dose to the cardiologist with protective clothing in a simulated interventional procedure. *Radiat Prot Dosimetry* 2008; 129:311-315.
4. Brasselet C, Blanpain T, Tassan-Mangina S, et al. Comparison of operator radiation exposure with optimized radiation protection devices during coronary angiograms and ad hoc percutaneous coronary interventions by radial and femoral routes. *Eur Heart J* 2008; 29: 63-70.
5. Vano E, Gonzalez L, Fernández JM, Haskal ZJ. Eye lens exposure to radiation in interventional suites: caution is warranted. *Radiology* 2008; 248:945-953.
6. Hall EJ, Brenner DJ. Cancer risks from diagnostic radiology. *Br J Radiol* 2008; 81:362-378
7. Chodick G, Ronckers CM, Shalev V, Ron E. Excess lifetime cancer mortality risk attributable to radiation exposure from computed tomography examinations in children. *Isr Med Assoc J* 2007 ; 9:584-587
8. Janssens A, Sarro Vaquero M..Regulatory aspects of radiation protection.*Radiat Prot Dosimetry* 2005; 117: 18-22; doi:10.1093/rpd/nci703.
9. Vano E, Faulkner K. ICRP Special radiation protection issues in interventional radiology, digital and cardiac imaging. *Radiat Prot Dosimetry* 2005; 117: 13-17; doi:10.1093/rpd/nci702
10. Sigurdson AJ, Bhatti P, Preston DL, et al. Routine diagnostic X-ray examinations and increased frequency of chromosome translocations among U.S. radiologic technologists. *Cancer Res* 2008; 68:8825-8831.
11. Covens P, Berus D, Buls N, Clerinx P, Vanhavere F. Personel dose monitoring in hospitals: global assessment, critical applications and future needs. *Radiat Prot Dosimetry* 2007; 124: 250-259.
12. Buls N, Pages J, Mana F, Osteaux M. Patient and staff exposure during endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Br J Radiol* 2002; 75:435-443.
13. Kim KP, Miller DL, Balter S, et al. Occupational radiation doses to operators performing cardiac catheterization procedures. *Health Phys* 2008; 94:211-227.
14. Balter S, Oetgen M, Hill A,et al. Personnel exposure d uring gamma endovascular brachytherapy. *Health Phys* 2000; 79:136-146.
15. Williams JR. The interdependence of staff and patient dose s in interventional radiology. *Br J Radiol* 1997; 70: 498-503.

16. Roberts PJ, Temperton DH. Occupational exposure in UK hospitals. *Radiat Prot Dosimetry* 1991; 36:229-232.
17. Buls N, Pagés J, de Mey J, Osteaux M. Evaluation of patient and staff doses during various CT fluoroscopy guided interventions. *Health Phys* 2003; 85:165-173.
18. Vano E, Gonzalez L, Guibelalde E, Fernandez JM. Radiation exposure to medical staff in interventional and cardiac radiology. *Br J Radiol* 1998; 71: 954-960.
19. Gallet JMC, Reed MH. Paediatric personnel extremity dose study. *Br J Radiol* 2002; 75: 249-252.
20. Rimpler A, Barth I, Baum Rb, Senftleben S, Geworski L. Beta radiation exposure of staff during and after therapies with ⁹⁰Y-labelled substances. *Radiat Prot Dosimetry* 2008 aug 21 [epub ahead of print]
21. Lancelot S, Guillet B, Sigrist S, et al. Exposure of medical personnel to radiation during radionuclide therapy practices. *Nucl Med Commun* 2008; 29:405-410.
22. Pant GS, Sharma SK, Rath GK. Finger doses for staff handling radiopharmaceuticals in nuclear medicine. *J Nucl Med Technol* 2006; 34:169-173.
23. Robinson CN, Young JG, Wallace AB, Ibbetson VJ. A Study of the Personal Radiation Dose Received By Nuclear Medicine Technologists Working in a Dedicated PET Center. *Health Physics* 2005; 88 (2 suppl): S17-S21.
24. Kirisits C, Hefner A, Wexberg P, et al. Estimation of doses to personnel and patients during endovascular brachytherapy applications. *Radiat Prot Dosimetry* 2004; 108:237-245.
25. Tsalafofotas IA, Spanodimos SG, Maniatis PN, Fournarakis GM, Koulentianos ED, Tsigas DL. Radiation doses to patients and cardiologists from permanent cardiac pacemaker implantation procedures. *Pacing Clin Electrophysiol* 2005; 28:910-916.
26. Vano E, Gonzalez L. Accreditation in radiation protection for cardiologists and interventionalists. *Radiat Prot Dosimetry* 2005; 117:1-3.
27. Kemerink G, Frantzen M, Oei K, et al. Patient and occupational dose in neurointerventional procedures. *Neuroradiology* 2002; 44: 522-528.
28. Moritake T, Matsumaru Y, Takigawa T, Nishizawa K, Matsumura A, Tsuboi K. Dose Measurement on Both Patients and Operators during Neurointerventional Procedures Using Photoluminescence Glass Dosimeters. *Am J Neuroradiol* 2008 Aug 21 [Epub ahead of print]
29. Mechlenburg I, Daugaard H, Søballe K. Radiation exposure to the orthopaedic surgeon during periacetabular osteotomy. *Int Orthop* 2008 Oct 29 [Epub ahead of print]
30. Ul Haque M, Shufflebarger HL, O'Brien M, Macagno A. Radiation exposure during pedicle screw placement in adolescent idiopathic scoliosis: is fluoroscopy safe? *Spine* 2006; 31:2516-2520.
31. Tamla B; Jolie W; Shalom M; Rami M; Roland C. Measurements Of Occupational Exposure For A Technologist Performing ¹⁸F FDG PET Scans. *Health Physics* 2004; 87: 539-544.
32. Järvinen H, Buls N, Clerinx P, et al. Comparison of double dosimetry algorithms for estimating the effective dose in occupational dosimetry of interventional radiology staff. *Radiat Prot Dosimetry* 2008; 131:80-86; doi:10.1093/rpd/ncn239.

PANEL: Cerrahi Uzmanlık Dallarında Kesişen Alanlar:**Uzlaşma ve İşbirliği****CERRAHİ DALLARDA ÇAKIŞAN ALANLAR****“Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi tarafından bakıldığında” UZLAŞI VE İŞBİRLİĞİ**

Prof. Dr. F. Figen ÖZGÜR

Türk Plastik ve Rekonstrüktif ve Estetik Derneği İl. Başkanı



Cerrahi dallarda bazı konuların çakışması, cerrahi dallar birbirinden ayrıldığından beri süregelmektedir. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda ise bu çakışma birçok cerrahi dal ile olmaktadır. Belki de çakışan cerrahi alanlar denince ilk akla gelen cerrahidir. Bunun nedeni ise Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin eğitim programında olan konuların çok geniş bir spektrum içerisinde olmasından ve vücudun her bölgesini içermesinden kaynaklanmaktadır. Yenidoğan bebekten, ileri yaşlara kadar her yaştaki hastalara hizmet veren Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi; doğuştan olan deformitelerden başlayıp yaşlanma nedeniyle vücudun her tarafında oluşan deformitelere, yanıklardan, deri tümörlerine, trafik kazası sonucu oluşan kırıklar ve doku kayıpları ve çeşitli deformitelerden iş, makine, ev kazası sonucu oluşan vücut parçalarının çeşitli seviyelerde amputasyonları, avulsiyonları ve bunların cerrahi tedavilerine kadar uzanan ve saç telinden ayak tırnağına kadar tüm dokuları içeren hasta profiline sahiptir. Bu profilden anlaşılacağı üzere Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Çocuk Cerrahisi, Beyin Cerrahisi, Göz, KBB, Ortopedi, Üroloji, Kadın-Doğum, Genel Cerrahi, Kalp-Damar Cerrahisi dallarının bazı konularında çakışan cerrahi uygulamalara sahiptir (1). Bu çakışma bazı konularda iki cerrahi dal arasında, bazı konularda ise daha fazla cerrahi dal arasında (hipospadias örneğinde Çocuk Cerrahisi - Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi - Üroloji arasında olduğu gibi) olabilmektedir.

Bu kadar geniş bir konusu olan Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi aslında uzmanlık eğitimi sırasında tüm bu konularda eğitim vermekte ve birçok üniversite ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde diğer cerrahilerle işbirliği yaparak sorunsuz hizmet vermektedir. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi eğitiminin yeterli olarak verilebildiği merkezlerde bu durum genellikle sorun teşkil etmemekte, ortak cerrahi konularında işbirliği veya takım çalışması yapılmaya çalışılarak hastalar için de daha faydalı bir durum yaratılmaya

çalışılmaktadır. Bazı yerlerde ise aynı konu ile ilgilenen cerrahlardan birisinin daha baskın çıkması ve işbirliği yerine tüm cerrahiye tek başına yapmak istemesi, daha da önemlisi bu cerrahiye ancak kendilerinin yapabileceği, diğer daldaki cerrahların bundan hiç anlamayacakları veya yanlış yapacakları konusundaki söylemler ise uzlaşmayı imkansız kılmaktadır.

Tüm dünyada bu dallar arasında çakışmalar ve dolayısıyla da sorunlar mevcuttur. Bazı yerlerde Maksillofasiyal Cerrahi, Dermatolojik Cerrahi, Kozmetik Cerrahi, Kozmetik ve Fasiyal Plastik Cerrahi, Orbital ve Oftalmik Plastik Cerrahi (Okuloplastik Cerrahi), Pediatrik Plastik Cerrahi isimleri alan ve biraz daha özelleşmiş cerrahileri tarif eden alanlar yaratılırken aslında bir yandan da uzmanlık alanının uğraş alanı kısıtlanmaktadır.

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin bazı konularının çakıştığı dallara tek tek bakacak olursak;

1. Genel Cerrahi ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

Plastik cerrahinin uzmanlık eğitiminin büyük bir kısmı Genel Cerrahi birimlerinde geçmektedir. Cerrahi terbiye ve disiplini asistanların burada edinmesi istenmektedir. Genel Cerrahi Ünitesi'nin her açıdan kuvvetli olduğu hastanelerde buradaki rotasyonlar çok eğitici geçmektedir. Eğer bu birim yeterince güçlü değilse, hasta sayıları azsa veya kişisel sorunlar varsa o zaman asistanlara yararı olmamaktadır. Genel Cerrahi'de hastaya yaklaşım, cerrahinin prensipleri, sıvı-elektrolit tedavisi, vücudun cerrahiye yanıtı, cerrahinin kuralları, acil hastaya yaklaşım, düşkün hasta takibi, parenteral beslenme, yoğun bakımda hasta takibi gibi çok önemli konular öğretilmektedir. Bunlar eksik öğrenildiğinde hasta takibinde eksiklikler olacaktır. "Yanık Ünitesi" bazı hastanelerde Genel Cerrahinin kontrolünde bulunmaktadır. Bu durumlarda plastik cerrahların mutlaka orada rotasyon yapmaları gerekmektedir. Gene endoskopik cerrahinin prensiplerini ve kullanımını öğrenmek de genel cerrahi eğitimi sırasında olmaktadır. Diğer taraftan ameliyatlara öğrenmek de bir plastik cerrah için çok önemlidir. Bir tiroidektomi ameliyatının nasıl yapılacağını öğrenmek veya herni tamiri, batin kapatma, anastomozlar, lenf nodu diseksiyonları vs. plastik cerrahlar için çok önemlidir. Gene memenin kanser nedeniyle cerrahisini görmek, bunlara multidisipliner yaklaşımı öğrenmek çok faydalı olacaktır. Bunun gibi birçok neden daha bulunabilir. Cerrahi konular, her konunun olduğu gibi elbette ki kitaptan okunarak öğrenilebilir ama bu işi uzun süredir yapan prensiplerini çok iyi oturmuş, tecrübeli cerrahlardan işi birebir öğrenmenin faydası tartışmasız çok önemlidir. Plastik cerrahların, genel cerrahlarla sonradan çakıştığı en önemli konu meme cerrahisi olmaktadır. Bazen genel cerrahlar kanser tedavisini yaptıktan sonra rekonstrüksiyonunu da yapmak istemekteler, bazense plastik cerrahlar ilk kanser tedavisini de yapmak istemektedir. Özellikle kanser tedavisinin multidisipliner bir tedavi olduğunu unutmadan tedavi yoluna gidilmesi hasta açısından çok yararlı olacaktır. Mümkünse iki cerrahi dal ortaklaşa ameliyata girmelidir. Bu hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası onkolojinin önemi de unutulmadan ortaklaşa takip hasta için çok iyi olacaktır. Gene bazı genel cerrahlar estetik amaçlı meme küçültme, büyütme cerrahisi yapmak istemektedirler. Meme estetiği konusunda doğal olarak plastik cerrahların tecrübesi çok daha fazladır, bu durum sonuçları da etkileyecektir. Benzer şekilde abdominoplasti, liposuction gibi tamamen estetik amaçla yapılan girişimlerin de bu konunun detaylarını daha iyi bilen plastik cerrahlar tarafından yapılması daha uygun olacaktır. Bazı tümörlerin cerrahi tedavisi ve lenf nodu diseksiyonları iki dal tarafından yapılacaksa da ekstremitte tümörlerinin tedavisini Plastik Cerrahi'ye bırakmak daha yararlı olacaktır.

2. Ortopedi ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi :

En çok çakışan konuları kısaca el cerrahisi diye tanımlayabileceğimiz alanda olmaktadır. Buraya konjenital el-ayak-ekstremitte anomalilerinden, bunların her yaştaki travmaları, çeşitli seviyelerdeki amputasyonları, arteriyel veya venöz yaralanmalar, sinir sıkışmaları, doku kayıpları, yanıkları, tümörleri ve bunların cerrahi tedavileri ile lenf nodu diseksiyonları gibi cerrahi tedaviler dahil olmaktadır. Bilindiği gibi "el cerrahisi" Ortopedi ve Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'de yan dalı olarak kabul edilmiştir. Bu durum, her ikisinin de bu ameliyatlara yapabileceği ve bu konuda uzman yetiştirebileceği anlamına gelmektedir. Her iki branşın da kuvvetli olduğu üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde bu durum bu hastaların paylaşılması şeklinde olmaktadır. Poliklinik hastaları hangi branşı tercih ediyorlarsa orada tedavi edilmekte, acil hastalar ise günlerin paylaşımı ile veya bir anabilim dalı ameliyatta ve/veya ikinci ekip çıkaramıyorsa diğerinden yardım alma şeklinde tedavi gerçekleştirilmektedir. Bazı vakalarda ise takım çalışması, işbirliği yoluna gidilmektedir. Büyük kemik kırıklarında fiksasyon için Ortopedi Plastik Cerrahi'ye yardım ederken, doku kayıpları durumunda ise Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ortopedi'ye yardımcı olmaktadır. Tahmin edileceği gibi bu konularda hasta sayısı da oldukça fazladır. Dolayısıyla iki branşa da yetecek kadar hasta vardır. Hastaların doktorlarını seçme özgürlüğü vardır ki bu, hangi branş hastalara kendini daha iyi tanıttıysa, özellikle acil olmayan hastaların oraya kayacağı anlamına gelmektedir. Komplike hastalarda ise uygulanacak işbirliği bu çakışma durumunu en güzel şekilde çözmektedir(2).

3. KBB ve Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

KBB Hastalıkları dalı, doğal olarak bu bölgedeki tüm cerrahileri sahiplenmek istemektedir. Diğer taraftan Plastik Cerrahi'nin de eğitiminde aynı konular yer almaktadır. Her ikisinin de eğitim programında, maksillofasiyal bölgede oluşacak travmalar, kırıklar, tümörler hatta bazı konjenital anomaliler, lenf nodu diseksiyonları yer almaktadır. KBB doktorları bu bölgedeki estetik ameliyatlara da yapmak istemektedirler. Eğitim müfredatları içinde varolan estetik ameliyatlara doğal olarak yapabilirler tabii ki. Ama iki taraf için de şartların aynı olması gereklidir. Burada kastedilen ise bu ameliyatlara estetik müdahaleler ise ödemelerin hasta tarafından karşılanması gerekliliğidir. Kırıklar, tümörler vs. konuları ise paylaşarak yapılabilecek ameliyatlardır. Bazı büyük vakalarda yapılacak işbirliği ise iki tarafın da, dolayısıyla hastanın da lehine olacaktır(3).

Dudak- damak yarıklarının cerrahi tedavisine gelince bu konu tüm dünyada Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin kontrolünde gerçekleştirilmektedir. Bu ameliyatlara dünya genelinde Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzmanı hekimler popularize etmişlerdir ve halen de bu konuda çalışan merkezlerde takım çalışmasının moderatörlüğünü yapmaktadırlar. Sadece bazı merkezlerde bu konu ile ilgilenen KBB doktoru veya çocuk cerrahisi arkadaşlarımız bulunmaktadır. Oysa bu tip ameliyatlara sadece yapmak değil, uzun süreli takip etmek, dolayısıyla hastaların geç takiplerinden diğerleri için de çıkarımlarda bulunabilmek, takım çalışması içinde işbirliği yaparak çalışmak hastalar açısından çok önemlidir. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzmanı bu takımın moderatörüdür ve bebeği doğduğu günden itibaren başlayarak erişkin yaşa ulaşana kadar takip ve tedavi etmeyi yürütür. Takım içerisinde Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin yanı sıra Çocuk Hastalıkları, Genetik, Diş Hekimliği-Ortodonti, KBB, Odyoloji, konuşma terapistleri, Çocuk Psikiyatrisi mutlaka yer alır. Hastaların ek anomalileri olması durumunda ise Kardiyoloji, Kalp-Damar Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Üroloji, Ortopedi, Göz Hastalıkları, Beyin Cerrahisi gibi diğer branşlar da devreye girecektir. Dolayısıyla bu organizasyonları yıllardır yapan Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin tarafında bu hastaların tedavi edilmesi daha uygun görünmektedir.

4. Beyin Cerrahisi ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

Beyin Cerrahisi ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin çakışan konuları sinir sıkışmaları, nöropatileri, yaralanmaları gibi konulardır. Eski yıllardan beri meningoel, ensefalosel, skalp tümörleri gibi konularda ortaklaşa ameliyata girilerek tedaviler gerçekleştirilmektedir. Gelişmiş merkezlerde kraniyofasiyal cerrahi adı altında çalışan gruplar; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin moderatörlüğünde hastaları birlikte değerlendirmekte ve iki dalın birlikte ameliyata girmesi ile yapılan başarılı ameliyatlara hastalar açısından memnuniyet verici olduğu kadar cerrahları da daha ileri seviyelere taşımaktadır. Sinir travma ve sıkışma ameliyatlara gene iki dal tarafından da gerçekleştirilmektedir.

5. Çocuk Cerrahisi ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

Çocuk cerrahisi bazı merkezlerde, her çocuk hastanın her türlü cerrahi tedavisi ile ilgilenmek istemektedirler. Oysa bazı cerrahiler daha iyi hizmet verebilmek için takım çalışmasını gerektirmektedir ve belli konularda da eskiden beri hizmet veren daha belirgin takımlar bulunmaktadır. Bunlara en iyi örnekler dudak-damak yarıkları, kraniyomaksillofasiyal cerrahi, konjenital el anomalileri konularında Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin moderatörlüğündeki takım çalışmalarıdır. Acillere başvuran kesiler gibi müdahaleler merkezlerin tutumuna ve hastanın talebine göre değişebilmektedir. Genitouriner ameliyatlara, özellikle hipospadias-epispadias cerrahisi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin de Çocuk Cerrahisi'nin de eğitim müfredatında yer almaktadır. Dolayısıyla hastanın müracaatına ve tarafların baskınlığına göre ameliyatlara gerçekleştirilecektir.

6. Göz Hastalıkları ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

Göz kapakları ve çevresi dokuların lezyonları, tümörleri, konjenital deformiteleri, travmaları ve estetik müdahaleleri hem Göz Hastalıkları'nın, hem de Plastik cerrahi'nin konusu içinde yer almaktadır. Daha çok uygulana gelen hali majör travma ve tümörlerde, doku kayıplarında plastik cerrahinin devreye girmesi, minör olguları her ikisinin de yapması şeklindedir. Ortaklaşa yapılabilecek ameliyatlarda çok faydalı sonuçlar alınmaktadır. Estetik ameliyatlara da plastik cerrahler daha fazla sayıda yapmaktadırlar ve plastik cerrahler tarafından tarif edilen çok fazla sayıda ameliyat bulunmaktadır. Dolayısıyla göz kapakları ve peri-orbital

bölgenin estetik cerrahisi daha çok plastik cerrahinin konusu içerisine girmektedir. Doku kayıpları gibi durumlar ise zaten tartışmasız Plastik Cerrahi'nin konusudur.

7. Üroloji ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

Genitouriner anomaliler, travmalar, tümörler gibi ameliyatlar, özellikle hipospadias-epispadias cerrahisi, Çocuk Cerrahisi ve Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin olduğu gibi Üroloji'nin de eğitim müfredatında yer almaktadır. Hipospadias tamirinde dünya literatüründe Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzmanları da oldukça söz sahibidir ve bu cerrahiye yapmak isterler. Dolayısıyla hastanın müracaatına ve tarafların baskınlığına göre ameliyatlar gerçekleştirilecektir.

8. Kadın-Doğum Hastalıkları ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

Genitouriner anomaliler, travmalar, tümörler gibi ameliyatlar, özellikle vajen agenezisleri ve cerrahi tedavileri Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin de Kadın-Doğum Hastalıkları'nın da eğitim müfredatında yer almaktadır. Dolayısıyla hastanın müracaatına ve tarafların baskınlığına göre ameliyatlar gerçekleştirilecektir. Cinsiyet değiştirme gibi ameliyatlarda ise zaten Psikiyatri, Endokrin, Kadın-Doğum Hastalıkları, Üroloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kurulan konseylerde birlikte yer almakta ve cerrahi müdahaleyi birlikte gerçekleştirmektedirler.

9. Kalp-Damar Cerrahisi ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

Kalp-Damar Cerrahisi ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi genellikle işbirliği içinde ameliyatlara girerler. Bunlara en iyi göğüs kafesinin konjenital deformiteleri, travmaları veya tümörleridir. Göğüs duvarını da ilgilendiren büyük tümörlerin rezeksiyonu sonrasında oluşacak kemik-kas ve yumuşak doku eksiklikleri tarafımızdan onarılır. Ekstremitelerde yer alan varisler, hemanjiom ve arteriyovenöz malformasyonlar hasta hangi dala giderse orada tedavi edilmektedir.

Buraya kadar anlatılanlar cerrahi branşlar ile çakışan alanlardır. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi bazen cerrahi olmayan bir branş ile de veya tıp doktoru olmayan yaptıkları cerrahiler ile çakışmaktadır. Bunlara en tanınmış iki örnek Dermatoloji ve Diş Hekimliği-Çene Cerrahisi'dir.

10.Dermatoloji ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

Her iki dal da deri ve deri lezyonları ile ilgilendiği için, ilk muayene aşamasından tanı koyma aşamasına, hatta bazen tedavi aşamasına kadar deri lezyonları, nevüsler, anjiomlar, bazal hücreli karsinom, yassı hücreli karsinom, malign melanom gibi bir çok deri tümörünün tedavisinde çakışmalar olabilmektedir. Doğal olarak hasta nereye giderse orada muayene edilir ama cerrahi tedavisinin plastik cerrahlarca yapılması uygun olacaktır. Çünkü bu lezyonların biyopsileri de özellik arz eder ve bizler punch biyopsi yapmak yerine eğer lezyon çıkarılabilir büyüklükte ise ve tanısında büyük oranda eminsek tedavisinin de tamamlanmasını amaçlayan cerrahiye tercih ederiz. Böylece birçok olguda lezyonun bütünlüğü bozulmadan, çevresinden yapılan eksizyon ile çıkartılması mümkün olmaktadır. Bu durum patoloji açısından da çok önemlidir. Dolayısıyla bunların Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi tarafından çıkartılması daha uygundur.

11.Diş Hekimliği-Çene Cerrahisi ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi:

Diş Hekimliği -Çene Cerrahisinin eğitim müfredatında diş ve çenenin küçük cerrahi ameliyeleri yer alır. Bu konu bazı çene cerrahları tarafından çok geniş yorumlanarak, tüm çene, yüz kemikleri kırıklarının, tümörlerinin tedavileri, konjenital anomalilerinin cerrahi tedavileri, hatta tüm yüzdeki estetik müdahalelere kadar uzayan bir hasta grubu ameliyat edilmektedir. Çene cerrahlarının insan vücudu, anatomisi, onun fizyolojisi, travmaya cevabı, sıvı-elektrolit tedavisi konusunda bir eğitimleri bulunmadığı gibi oluşabilecek komplikasyonları anlamaları ve tedavi etmeleri de şu anki bilgileri ile mümkün değildir. Hastanın ameliyatı ile ilgili sorumluluğu ameliyatlara anestezi veren Anestezistler üstleniyor gibi görünmektedirler. Onların da bu durumun ne kadar farkında oldukları bilinmemektedir. Dünya genelinde Diş Hekimliği - Çene cerrahisi birimi tarafından bu ameliyatlar yapılmaktadır ama onların aynı zamanda tıp doktoru unvanları da mevcuttur. Belki yurdumuzda da dünyaya entegrasyon açısından benzer uygulamalara geçmekte yarar olacaktır. Bu farklı uygulama yapılmadığı takdirde bu ameliyatlara tıp doktoru olan Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzmanları ve KBB uzmanlarının yapması uygundur. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği, Diş

Hekimlerinin çene-yüz cerrahisi uygulamalarında sınırları ve eğitim süreci konusunu uzun zamandır tartışmakta ve alternatif çözüm önerileri ortaya koymaya çalışmaktadır. Gelecekte belki de maksillofasiyal cerrahinin yan dal veya anabilim dalı olması ile bu duruma çözüm getirilmeye çalışılacaktır.

Sonuç olarak tıp doktoru olan bizlerin hastalara en iyi hizmeti verebilmek için, konusunda dikey olarak daha da derinleşmiş, yani özel alanlarda daha fazla kendi eğitmiş olmaları gerekmektedir. Tecrübeli, konusunu iyi bilen ve takım çalışmasının farkında olan cerrahlar topluma en yararlı hizmeti verirken zaten kendilerini de ileriye taşımış olacaklardır.

Kaynaklar

1. Rosdeutscher JD. *The history of otolaryngology in plastic surgery. Plast. Reconstr. Surg.* 2003;111:7, 2377-2385
2. Stern, PJ. *Subspecialty certification in hand surgery. Clin. Orthop. Relat. Res.* 2006; 449 Pp:165-168
3. Sors A. T. Van Pinxteren, MD; Peter J. F. M. Louis, MD, PhD; Koen J. A. O. Ingels, MD, PhD; Gilbert J. Nolst Trenite, MD, PhD. *Interest in Facial and Reconstructive Surgery Among Otorhinolaryngologists. A survey in Netherlands. Arch. Facial Plast Surg* 2005; 7. Pp: 138-142

BEYİN CERRAHİSİ

Doç. Dr. Etem BEŞKONAKLI

Türk Nöroşirürji Derneği Başkanı

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Klinik Şefi

“Hepimiz dar bir alanda çok şey, geniş bir alanda bir şeyler bilmek durumundayız”**Thomas Henry Huxley**

Madde 3: Yukarkı maddelerde zikredilen tabip diplomasını ve fenni, cerrahi veya şubasında ihtisas sahibi olduğuna dair işbu kanunun tarifleri dairesinde vesaili lazimeyi haiz olmıyan hiç bir kimse hiç bir ameliyei cerrahiye icra edemez. Cerrahii sağireye ait ameliyat her tabip yapabilir.

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun**Kanun Numarası:** 1219**Kanun Kabul Tarihi:** 11/04/1928**Tababet ve Şuabatı:** Tıp ve Tıp bilim dalları (Şubeleri) (Türkçe-Osmanlıca Sözlük)

Madde 8: Türkiye’de icrayı tababet için bu kanunda gösterilen vasıfları haiz olanlar umumi surette hastalıkları tedavi hakkını haizdirler. Ancak her hangi bir şubei tababette müstemirren mütehasıs olmak ve o unvanı ilan edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesinden veya Sıhhiye Vekaletince kabul ve ilan edilecek müessesattan verilmiş ve yahut ecnebi memleketlerin maruf bir hastane veya laboratuvarından verilip Türkiye Tıp Fakültesince tasdik edilmiş bir ihtisas vesikasını haiz olmalıdır.

Ülkemizde insan sağlığı ile ilgili hemen her işlemin dayanak noktası olan yukarıdaki kanunda günümüze kadar birçok değişiklikler yapılmış olmasına rağmen bazı ana fikirleri değişmemiştir. Bunlar; sağlıkla ilgili bir işlem yapmak için bu konuda geçerli belge-diploma sahibi olmak ve Türk vatandaşı olmaktır. Bu belgeye sahip olanlar genelde her işlemi de yapabilme yetisine de sahip olmaktadır. Kanunun çıktığı zamanlar 6 laboratuvar ve 9 klinik uzmanlık alanı varken (08.05.1929: Tababet ve İhtisas vesikaları hakkında nizamname) bugünlerde 50 civarındadır (1). Son 40-50 yılda artış gösteren bu uzmanlık alanlarına rağmen ana kanundaki cümleler değişmemiştir. Bu nedenle diploma veya uzmanlık alanlarımızda neleri yapmayacağımız açıkça yazılmamaktadır. Uzmanlık alanlarındaki bu artışla hastalarımızın daha ayrıntılı incelenme şansına kavuştuğu bir gerçek olmasına rağmen hekim tarafından hasta ve hastalığın bütünü gözden kaçabilmekte, her hekim hastasını kendi uzmanlık alanı sınırlarıyla düşünmeye sürüklenmekte ve bunlara bağlı olarak hekimler arasındaki iletişim zayıflamaktadır (2). Aslında hekimler arasında iletişimi ve hasta tedavisi ile ilgili bütünlüğü sağlayıcı sistemlerden yoksun değiliz! Bu hepimizin bildiği konsültasyon (danışım) işleminden başka bir şey değildir. Hipokrat yüzyıllar öncesinden “Yetkim olmayan işlemleri yapmayacağım; bunları ehline bırakacağım” demiştir. Yapılabildiği kadarıyla bu danışım sisteminin de ülkemizde son zamanlarda çok sağlıklı olduğu söylenemez. Danışılacak hekim aslında konusunda ciddi birikimi olan ve söz sahibi birisi olması gerekirken, yukarıda saydığımız sebeplerin, günümüz hastane çalışma sistemlerinin ve diğer bazı uygulamalarında katkısıyla danışım sistemi bir telefon ve hastayı değerlendirmeye gelen hekime gerçek anlamda eşlik edilip beraber tartışılmayan, bazen önerdiği işlerin hiç uygulanmadığı bir danışım sistemine dönüşmüştür. Günümüzde bu değişimleri daha sağlıklı hale getirecek yeni yaklaşımlara ve sistemlere olan gereksinimlerimiz daha da belirgin haldedir. Konsültasyon veya hastayı beraber değerlendirme, disiplinler arası çalışma ve işbirliği ilkeleri ülkemizde Tıbbi Deontoloji tüzüğünde yer almaktadır (1960 yılından beri değişmemekle birlikte halen özellikle yargı tarafından da kullanılan tüzük). Bu tüzük gereği hasta danışım isteyebilir ve sürekli hekimi bunu kabul ve yardım ile yükümlüdür (3). Böylece dallar arası işbirliği kapısı da günümüzde tam yeterli olmasa da bu tüzük nedeniyle açıktır (4). Ancak işbirliğinin sağlıklı işlenmesini sağlayacak bazı yasalardan veya en azından teşviklerden çok zengin değiliz. Örneğin bir cerrahi klinikte hastalar hakkında kendi alanında yol gösterecek sürekli bir konsültan hekim (anestezi, çocuk veya dahiliye hekimi) yasal dayanaklarıyla ekip içi çalışabilmekte midir? Çoğu klinik için bu mümkün değildir. Ancak gerektiğinde ilgili klinikten yardım istenmekte, her seferinde değişik bir konsültan

hekim belki yukarda yazdığımız koşullarda hastayı değerlendirmekte ve yeterli verim alınamamaktadır. Başka bir sorun; cerrahi dallar arasında gerçek ciddi işbirliğine çoğu yerde rastlanamamaktadır. Hatta bazen cerrahi dallar hastanın yönetiminde önceden sorumluluk ve yetki vermediği bölümü ve danışmanı, sadece cerrahi komplikasyon aşamasında sorumluluğa ortak ettiği görülmektedir.

BÖLÜMLER ARASI İŞBİRLİĞİNDE ÜLKEMİZ VE DÜNYA'DA MEVCUT DURUM

OMURGA CERRAHİSİ:

Özellikle nöroşirürji ve ortopedi açısından özellikli ve tartışmalı bir cerrahi işlem grubu olduğu söylenebilir. Omurga kemik, bağ ve kırıları nöroşirürjiyenler açısından Omurilik ve sinir liflerini çevreleyen/koruyan kısım olduğu için özelliklidir. ABD' de son yıllarda nöroşirürji işlemlerinin % 65-70 i omurga cerrahisiyle ilgili işlemler haline gelmiştir. Ülkemizde bölümlere göre değişmekle birlikte yaklaşık %50 olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde bu gruplar arasında bu tip cerrahi işlemler açısından yaygın bir işbirliğinden halen söz edilmesi söz konusu değildir. Çalışılan hastane, bölüm veya kişisel duruma göre az miktarda işbirlikleri de olabilmektedir. Omurilik ve sinir liflerini yakın etkileyip nörolojik hasarlara yol açan dejeneratif ve travmatik hastalıkları çoğunlukla nöroşirürjiyenler, skolyoz gibi gelişimsel hastalıkları ise ortopedi daha yoğun olarak tedavi etmektedir. Ancak enstitü temelinde olmayan kişisel yaklaşımlarda söz konusu olabilmektedir.

Almanya: Omurga cerrahisi ortopediden ayrılan omurga cerrahisi kliniklerinde yapılmaktadır. Bazı büyük merkezlerde nöroşirürji uzmanları ile de ortak çalışmalar vardır.

Fransa ve İtalya: Her iki bölümde eşit ağırlıkla ilgilenmektedir.

ABD: nöroşirürji ve ortopedi ayrı ayrı çalışmakla birlikte bazı özelleşmiş omurga merkezlerinde her iki bölüm beraber çalışmaktadır. California'da genellikle nöroşirürjiyenler Chicago'da ortopedistler daha ağırlıklı olarak çalışmaktadırlar. Harvard Üniversitesi'nde nöroşirürji bölümü omurga grubunu da ayrıca içermekte ve ekip tamamen nöroşirürjiyenler tarafından oluşmaktadır. Cleveland Clinic'de nöroşirürji ve ortopedistlerin başvurabileceği **"spine fellowship"** programları mevcuttur. Genelde ABD'de son yıllarda omurga işlemlerinde Ortopedi / Nöroşirürji oranı tersine dönmüştür. Halen %70 oranında omurga işlemi nöroşirürji uzmanlarınca yapılmaktadır.

Hindistan: nöroşirürji ağırlıkta olmakla beraber sadece ortopedistlerin çalıştığı omurga grupları da bulunmaktadır.

Rusya: Omurga işlemlerinde ortopedistler daha ağırlıklı olarak çalışmaktadır.

İran ve Körfez Ülkeleri: ortopedistler ve nöroşirürjiyenler ayrı ayrı çalışmaktadırlar.

Japonya: ortopedist ve nöroşirürjiyenler birlikte ekip olarak çalışıyorlar. Ancak ortopedi grubu daha yaygın olarak cerrahi işlemleri uygulamaktadır.

Kore: Genelde ayrı çalışılmakla birlikte nöroşirürjiyenler daha fazla işlem yapmaktadır.

PERİFERİK SINIR CERRAHİSİ:

İşbirliğinin hemen hiç olmadığı alanlardan bir tanesidir. Özellikle Karpal Tünel cerrahisi olmak üzere tuzak nöropati cerrahisi işlemleri nöroşirürji, ortopedi ve plastik cerrahi dallarının kendi başlarına çalıştıkları bir işlem grubudur.

NÖROVASKÜLER-NÖROENDOVASKÜLER İŞLEMLER:

Ülkemizde nörovasküler cerrahi işlemlerin tamamı nöroşirürjiyenler tarafından yapılmaktadır. Cerrahi yapılmayan bazı vasküler lezyonlar Gamaknife gibi tekniklerle radyasyon onkolojistleriyle işbirliği halinde yapılmaktadır. Nöroendovasküler işlemlerde nöroşirürjiyenler halen hastalar için yatacak servis sağlama, yoğun bakım takiplerini yapma ve komplikasyon oluştuğunda cerrahi müdahale yapma gibi daha edilgen bir işbirliği yapma konumundadırlar. Mart 2008 yılında Sağlık Bakanlığının kabul ettiği bir yönetmelikle bu konuyla ilgili işlem yapma belgesi olan nöroşirürjiyenlere de kendi kliniklerinde nöroendovasküler işlemleri yapma yetkisi verilmiştir. Doğrusu hasta için en iyisi birlikte kararın alındığı, takip, kazanım ve sorumluluğun birlikte olduğu bir işbirliği ortamıdır. Ülkemizde çok kısıtlı olarak ancak birkaç merkezde bu işbirliği sağlanabilmektedir.

ABD: Nörovasküler cerrahinin tamamı nöroşürjiyenler tarafından gerçekleştirilmekte ancak nöroendovasküler işlemler bütün özelleşmiş merkezlerde genellikle girişimsel radyologlar tarafından yapılmaktadır. Ancak nöroşürjiye de eğitim programları açıktır. İsterlerse eğitim programlarına katılabilmekte ve belge alarak bu işlemleri yapabilmektedirler. Nöroşürji eğitim programlarında bu işlemler rutin olarak yoktur. Radyoloji bölümleriyle yakın işbirlikleri de bulunmamaktadır.

AB: Neredeyse endovasküler işlemlerin tamamı radyologlar tarafından yapılmaktadır. Kendi servisleri vardır ve hastalarını kendileri izlemektedirler. Nöroşürjiyenler endovasküler ekip içinde bulunmakta, ancak işlemde aktif yer almamakta, komplikasyonlar veya ilave ameliyatlara için bulunmaktadırlar.

Japonya ve Kore: nöroendovasküler ekipte radyolog ve nöroşürjiyenler vardır.

Rusya: Sadece bir merkezde ve her iki bölüme açık olan eğitim vardır (Burdenko). Genellikle uygulama radyoloji ağırlıklıdır.

İdealde olması gereken; girişimsel radyologlarla birlikte nöroşürjiyenlerin işbirliği yaptığı nörovasküler ekiptir.

NÖROONKOLOJİ

Ülkemizde Nöroonkolojik tedavi konusunda nöroşürji, endokrinoloji, patoloji, tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisi arasında sınırları iyi belirlenmiş bir işbirliği mevcuttur. Bilimsel protokollerle daha da geliştirilmesi gereklidir.

KBB ile nöroşürji arasında kafa tabanı cerrahileri ve transnazal girişimlerde (Estezionöroblastomlar, Hipofiz Adenomları gibi), hemen tüm Dünya'da yaygın olarak işbirliği yapılmaktadır. Tüm işlemlerin nöroşürji tarafından gerçekleştirilmesi de yaygındır. Köşe cerrahisinde nadiren tek başına KBB girişimleri de görülmektedir. Bunlarda da sinir sistemi, Dura ve BOS komplikasyonlarında nöroşürji bölümleri müdahale etmektedir.

KRANİOFASİYAL GİRİŞİMLER: Ülkemiz ve tüm Dünya'da nöroşürjiyenler ve plastik cerrahi arasında iyi bir işbirliğinin mevcut olduğu söylenebilir.

NÖROŞÜRJİ, GENEL CERRAHİ, ÜROLOJİ, KARDİOVASKÜLER CERRAHİ, GÖZ, ÇOCUK CERRAHİSİ: Bir çok hastalık ve cerrahi işlemde iyi bir işbirliğinin mevcut olduğu gözlenmektedir.

EKSİKLER-NELER YAPILMALI?

Ülkemizde yasal, bilimsel ve kurumsal kurallara dayanan bölümler arası işbirliği eksikliği vardır. Halen mevcut olan uzlaşma ve işbirlikleri kişisel ve sosyal ilişkiler başta olmak üzere bulunan yere, o andaki yöneticilere, bazı maddi ilişkilere bağlı olması gibi geçicidir olabilen çok farklı kriterlere dayanmaktadır! Bazen bazı uzmanlık alanına bağlı kişiler komplikasyonlarını göğüsleyemeyeceği işlemleri yapmaya kalkışmakta, bir aksilik ile karşılaştığında ise daha deneyimli ve doğrudan ilgili dallardan gayriresmi yardım isteme durumunda kalmaktadır. Bunlar bazen çok ani, programsız ve danışman hekimin önceden incelemeyeceği bir hastanın tedavisine katılma zorunluluğuna yol açmaktadır. Doğrusu, bu ilişkilerin kurumsal, yasal ve bilimsel temellere bağlı olmasıdır. Bunun için;

- Herşeyden önce hekimler işbirliğine ve takım çalışmasına hazırlayan bir eğitim programı ile yetiştirilmelidir
- Uzmanlık dalları arası çalışmalarda her bölümün kişisel değil resmi ve yasal risk/kazanım ortaklığı sağlanmalıdır.
- İşbirliği takımlarının kurulmasının yasal yolları sağlanmalıdır.
- Bölümler takım kurmada gerekli uzmanların işe alımını kendileri sağlayabilmelidir.
- Takımın eğitim ve araştırma gereksinimleri ortaklaşa sağlanabilmelidir.
- İlerde oluşacak ceza, malpraktis ve sigorta yasaları için şimdiden ortaklaşa hazırlıklar yapılmalıdır.

SON SÖZ: KOMPLİKASYONLARINI GÖĞÜSLEYEMEDİĞİN İŞLEMİ TEK BAŞINA YAPMA...

Kaynaklar

- 1- Unat EK: Türkiye'de Tıp dallarının yerleşmesine toplu bir bakış. Tıp dallarındaki ilerlemelerin tarihi. Unat EK(ed), İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları, s. 8-13, 1988.
- 2- Pelin ŞŞ: Tıp evrimi açısından ve psikiatri özelinde konsültasyon kurumu. Klinik Psikiatri,3: 117-125, 2000.
- 3- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (4/12578): Resmi Gazete, 13 Ocak 1960.
- 4- Good Medical Practice: General Medical Council. 13 November 2006, pp. 22-26

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

Prof. Dr. Ufuk AYDINLI

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Değerli Meslektaşlarım;

İnsan vücudunun çalışan bir bütün mekanizma olarak düşünüp daha sonra bölümlere ayırarak değişik bilgi ve becerilere sahip doktorlar tarafından çözümlenmesini istediğimizde farklı branşların aynı noktada buluşması ve aynı sorunları çözme isteği içinde olmaları kaçınılmazdır. Branşlar arasında tartışma oluşması, mevcudiyet nedenimiz olan insanlara tıbbi hizmet götürme amacından bir anda sıyrılıp bağlı bulunduğumuz branş şovenizmini ön plana çıkarmamızdan kaynaklanmaktadır. Ortopedi ve travmatoloji anabilim dalı kendi tedavi planları içerisinde özellikle Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi , Nöroşirürji dalları ile aynı konularda kesişmektedir.

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi , Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalları halen El Cerrahisi bilim dalı olarak adı geçen ancak tedavi yelpazesi sadece el ile sınırlı olmayıp el ve üst ekstremitelerde konularında çalışmaktadırlar. Her iki anabilim dalında kendi pratik ve teorik öğretileri içerisinde en iyi tedavi hizmetini sunma amacındadır. Bizlerin bu iki branştaki hekim arkadaşların çalışmalarına saygı duymamız gerekir. Sorun çalışma barışı ve eşitlik ilkeleri doğrultusunda bağlı bulundukları kurumlarda kurum yöneticilerinin bir düzenleme getirerek çalışmaların en verimli şekilde kullanmalarını sağlayamamalarından kaynaklanmaktadır. Özellikle acilde her iki branşa eşit imkan verecek haftalık düzenlemelerin yapılmaması eğitim veren hastanelerde özellikle asistanların karşı karşıya gelmelerine sebep olmaktadır. Çözüm; tarafların birbirlerine saygı çerçevesinde eşit haklara sahip olduğunun kabullenmelerinden geçmektedir. Yüksek öğretim kurumunun Tıp Fakültelerinde El Cerrahisi bilim dallarının farklı branşlarda kurulmasına izin vermiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı 2005 yılında El Cerrahisi uzmanlığını tanıma ve ihtisas dalı olma çalışmalarına başlamış olmasına rağmen hali hazırda sonuçlandırmamıştır.

Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim dalının Nöroşirürji anabilim dalı ile kesişen önemli bir konusu omurga cerrahisidir. Omurga cerrahisi teorik pratik ve uygulama açısından kendi içinde bölümlere ayrılacak kadar geniş konulara sahiptir. Omurga cerrahisini; deformite cerrahisi, pediatrik omurga cerrahisi, servikal omurga cerrahisi, alt lomber bölge cerrahisi, omurga tümörleri cerrahisi olarak alt gruplara ayırmak mümkündür. Kafa tabanından başlayıp koksiks ile sonlanan anatomik yapısı nedeni ile boyun, göğüs kafesi, abdominal bölge yaklaşımları gerektiren , omurganın hem yumuşak doku ve kemik yapılarını hem de nöral yapıları ilgilendiren girişimleri içeren ve bütün bunlar yapılırken keskin sınırlar ile birbirinden ayıramayan bir cerrahi branştan söz etmekteyiz. Böyle bir branşın Ortopedi ve Travmatoloji ve Nöroşirürji ihtisası sonrası bir üst ihtisas haline getirilmemiş olması yanlıştır. Ortopedi ve Travmatoloji ve Nöroşirürji ihtisası yapmış olan bir uzmanın diskektomi, basit dekompresyon ve basit stabilizasyonlar yapması nerede ihtisasını tamamladığı kaydına bağlı olmak üzere kabul edilebilir. Ancak Omurga cerrahisinin çoğu kompleks konusuna gelindiğinde kişilerin tedavi sonuçlarının hiç de parlak olmadığını yaşayarak görmekteyiz. Bugün artık kimsenin Omurga cerrahisi konusunda çalışmasını hangi branştan geldiğine değil nasıl yetiştiğine bağlı olduğunu kabul etmesi gerekir. Çalışma barışı açısından acilen hekim arkadaşların kimin neyi yapacağını tartışmayı bırakıp Omurga Cerrahisinin gelecek için ihtisas dalı olması konusunda yan yana çalışması gerekir.

Omurga Cerrahisinin üst ihtisas olamamasının önündeki önemli engellerden biride ana dallardaki hekimlerin itirazından kaynaklanmaktadır. Omurga cerrahisi ihtisas dalı olduğunda hastalar zaman içerisinde omurga cerrahisi ihtisası yapmış olan hekimlere yöneleceğinden kendi olası yapabilecekleri vakalardan yoksun kalacaklarını düşünerek statükoyu korumak istemektedirler.

Sonuç olarak; anı konuda hizmet veren doktorların öncelikle birbirlerine saygı duymaları gerekir. Topluma hizmet verdiğimizde göre hizmet verenlerin mümkün olan en üst düzeyde bilgilendirilmeleri ve beceri kazandırılmaları gerekir. Bu da ancak her iki dalında bir an önce ihtisas dalı haline gelmesiyle olacaktır. Bu arada kurum yöneticilerinin branşlar arasında taraf tutmadan eşitlik ilkeleri çerçevesinde kurumsal düzenlemeleri yapması hem doktorların huzurlu çalışmasını hem de toplumun daha düzenli hizmet almasını sağlayacaktır.

PANEL: Eğitim Kurumlarını Ziyaret: Bir Deneyim Paylaşımı**EĞİTİCİ GÖZÜYLE AKREDİTASYON SÜRECİ**

Prof. Dr. Halil ÖZGÜÇ

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Tüm dünyada genel cerrahi eğitimi giderek artan oranda değişim göstermektedir. Tıbbi bilgide artış, hasta güvenliğine ilişkin kavramlar ve yasal zorunluluklar, çalışma saatlerine ilişkin gelişmeler gibi birçok kavram standart bir cerrahi eğitimini ve uzman yeterliliğinin denetlenmesi kavramlarını ortaya çıkarmıştır. Yeterli ve standart bir eğitim kavramları özellikle ABD’de 20.yüzyıl başlarından beri gündemdedir. Avrupa’da da son yıllarda giderek artan oranda yaygınlaşmaktadır.

Ülkemizde bu konuyla ilişkili çalışmalar oldukça yenidir. Dernekler temelinde yasal bir zorunluluk olmaksızın gönüllülük ilkesine dayalı olarak yürütülmektedir. Ülkemizde Genel Cerrahi eğitiminin standartlarını oluşturmak ve yeterliliğinin denetlemek amacıyla sürdürülen çalışmalar sonucunda oluşturulan Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu Eğitim Programları ve Kurumları Eşyetkilendirme Komisyonu kurumları değerlendirme çalışmalarına başlamıştır. Bilindiği üzere gönüllülük esasına dayalı olan bu denetlemelere Hacettepe Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı sonrası ikinci katılan kliniğimiz olmuştur. Bu denetleme süreci öncesi yapılanlar bu konuşmada özetlenmiştir.

1-Karar ve eğitim programının amacının saptanması:

Tüm akreditasyon süreçlerinde olduğu gibi en zor ve önemli aşamadır. Çünkü yıllardır uygulanan programda ve uygulamalarda değişim gerektirmektedir. Bu süreçte her kesin hem fikir olması ve desteği önemlidir. Ancak herkesin programdaki revizyonlara aktif katılması şart değildir. Klinik eğitim programının amacının saptanması ilk aşama olmuştur. Eğitim programımızın amacı' **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD’nda gerçekleştirilen tıpta uzmanlık eğitiminin (TUE) standartlarını saptamak, bu standartları yükseltmek, tıpta uzmanlık öğrencilerinin (TUÖ) verilen eğitime uyum ve başarılarını değerlendirmek, “kıdem” yükseltmelerini bu değerlendirmeye göre gerçekleştirmek, eğitim sistemindeki öznel ve nitel değerlendirmeleri nesnel ve nicel bir özelliğe kavuşturmak, alınan ve verilen eğitimin Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu’nun “Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Programı” içerecek düzeyde olmasını sağlamak ve TUÖ’nin eğitim sistemine aktif katılımlarını özendirmek amaçlanmaktadır.** ' saptanmıştır.

2-Fizik alt yapı ve klinik etkinlikler:

Fizik alt yapı ve bazı uygulamalar açısından JCI akreditasyon sürecinden geçmesinin bazı avantajları olmuştur. Ancak bu sürecin getirdiği bazı kısıtlamalar eğitim konusunda güçlükler neden olmuştur. Bu nedenle yatak sayıları azaltılmıştır. Bu olumsuzluk hızlı turnover ve diğer kliniklerin boş yatakları kullanılarak aşılmaya çalışılmıştır. Yoğun olarak major vakaların yapılmasının yaratacağı sorunlar Devlet hastanesi rotasyonu konularak aşılmaya çalışılmıştır. Buradan alınan geri bildirimler olumludur. Kliniğimiz ve hastanenin kayıt ve bilgiye ulaşma anlamında bir sorunu yoktur. Her birimle ilişkili konseyler uzun bir süredir rutin olarak yapılmaktadır.

3-Eğitim programı:

Tüm eğitim programı Türk Cerrahi Derneği’nin Çekirdek Eğitim Programına göre revize edilmiştir. Seminerler, dersler bu programa uygun olarak 2 yıllık olarak organize edilmiştir. Hafta sonu asistanlar için öğretim üyelerinin anlatacağı dersler uygulamaya konmuştur.

Her asistanın bir karnesi mevcuttur. Bu karnede asistanın 5 yıllık programı, alması gereken teorik ve pratik bilgiler, her yıla uygun olarak yapması gereken ameliyatlara ve sayıları. Dekanlığın ve başhekimliğin uygulanması için zorunlu kıldığı yönergeler bulunmaktadır. Asistanların hangi kıdem düzeyinde ne yapmaları gerektiği, hangi rotasyonlara ne zaman gidecekler ve bu rotasyonlarda neler öğrenmelerinin istendiği bu kitapta yazılıdır.

Asistan sınavı rutindir ve kıdem düzeyini belirlemede esastır. Asistanlardan en geç son sene içerisinde Board sınavını geçmeleri istenmektedir.

Yasal rotasyon programına ek olarak Deneysel Cerrahi ve Devlet Hastanesi rotasyonu konmuştur.

Her türlü program denetim ve sürdürülebilirlik önemli sorundur. Bizim programımızda da yoğun çalışma temposu ve ülkemiz koşullarından kaynaklanan hekimlik dışı uygulamalar ciddi sorunlar yaratabilmektedir. Sosyal programlar, iletişim becerileri ve profesyonellik anlamındaki uygulamalar mutlaka bu programlara eklenmelidir. Eğitim programlarının iyileştirilmesi ve uygulanması eğiticilerin en önemli görevidir.

ASİSTAN GÖZÜYLE ZİYARET SÜRECİ VE EĞİTİMDE AKREDİTASYON

Araştırma Görevlisi Dr. Hikmet AKTAŞ

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

07/01/2004 tarihinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında uzmanlık eğitimine başladım. Amacım iyi bir teorik ve pratik eğitim alarak genel cerrahide yeterli donanımla mezun olmaktı. Bu eğitim sürecinde hedefime ulaşmakta yol gösterecek, hangi teorik eğitimi ne kadar alacağımı, hangi ameliyatlara nasıl ve ne kadar yapacağımın dair bir eğitim programı yoktu. Bölüm olarak eğitim akreditasyonuna hazırlık sürecinden sonra ocak 2007 de bir eğitim programı açıklanarak, bu eğitim sürecinde katıldığımız her türlü aktivasyonu kayıt altına alacağımız bir asistan karnesi verildi.

Yaklaşık 15 ay sonra Mart 2008 de UYEK tarafından ziyaret edilip bu eğitim sürecinde gerekli koşulları yerine getirdiğimiz belirtilerek eğitim akreditasyonu belgesi verildi. Ziyaret sürecinde çok değerli hocalarımızla tanışma ve sorunlarımızı konuşma fırsatı bulduk. Ülkemizin en önde gelen hocaları tarafında ziyaret edilmek motive etti. Cerrahi eğitiminde üniversite ve ihtisas hastaneleri arasında hatta üniversiteler arasında bile çalışma temposu ve verilen eğitimin ne kadar adaletsiz olduğunu biliyoruz. Bu süreçte asistanlar açısından değişen en önemli şey beş yıllık çalışma programının çıkarılıp yoğun bir teorik eğitimin belirli bir program dahilinde yapılabilirliği idi. Eğitim alan birisi olarak ben ve diğer arkadaşlarımdan bu eğitim programına olumsuz yaklaşımı olmadı. Ancak hastanenin alt yapısı (yatak kapasitesi, yardımcı personel yetersizliği), yoğun evrak işleri (fatura incelemesi, dosya yükü), çalışma saatlerinin belirsizliği, nöbet sayılarının fazla olması aslında asıl amacının eğitim olması gerekirken hizmetin ön plana geçmesi bu programın uygulanabilirliğindeki zorluklardı.

Bunlara rağmen lehimize olan bu programın gerek eğitimciler gerekse eğitilenlerin özveriyle yürüdüğünü düşünüyorum. Ancak böyle bir programa genel cerrahi bölümündeki eğitimcilerden çok akredite olmuş bir hastane yönetiminin ve tüm cerrahi kliniklerinin inanması ve uygulaması gerektiğini düşünüyorum.

EĞİTİM KURUMLARI VE PROGRAMLARINI DEĞERLENDİRME***Bir Ziyaretçinin Deneyimi***

Prof. Dr. Ragıp ÇAM

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Türk Cerrahi Yeterlik Kurulunun 'Eğitim Kurumlarını ve Programlarını Değerlendirme Komisyonunun(TCYK-EKPDK)' eğitim kurumlarını ziyaret programı kapsamında, yine aynı komisyonun belirlediği ekip üyeleriyle birlikte Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen ziyarete katıldım. Bu çalışmamızı ziyaret sürecini de aktararak sunmak istiyorum.

İlgili kurum yetkililerinin başvurusu üzerine EKPDK'umuz öncelikle ekte sunulan belgeleri değerlendirdikten sonra, ziyaretin yapılabileceğine karar vermektedir. İkinci aşamada ziyaret ekibini oluşturacak öğretim üyeleri ve ziyaret takvimi belirlenmektedir.

Eğitim programı, uygulamaları ile ilgili belgeler ve eğitilenler tarafından doldurulan formlar ziyaretten önce ekip üyeleri tarafından incelendi.

Ziyaret günü öğretim üyeleri tarafından çok sıcak bir karşılamadan sonra ilk çalışma AD eğitim sorumlusu ve AD başkanı tarafından genel yapı ve eğitim programı ve uygulamaları hakkında ziyaret ekibine sunuşların dinlenmesi ve var olan problemlerin değerlendirilmesi çerçevesinde yapıldı. Sonraki oturum asistanların dinlenmesine ayrıldı. Bu bölümde her kıdemden asistanlar dinlendikten sonra daha önce doldurdıkları anket formundaki yanıtları da dikkate alınarak gerekli sorular soruldu. Genel olarak asistanların çalışma koşullarını, eğitim programlarını ve uygulamalarını nesnel ölçütlerde ve özgürce dile getirmeleri çok önemliydi ve sevindiriciydi. Bu bölümde eğitilenlerin beklentileri açık olarak ortaya konabilmişti.

Öğlen arasında dekan ziyaret edildi. Sayın dekan'ın açıklamaları da kurumun eğitim programının değerlendirilmesinde katkılar yaptı. Öğleden sonraki çalışmamız birimlerin ziyaretine ayrıldı. Bu çerçevede genel cerrahi kliniği, genel cerrahi polikliniği, yoğun bakım (genel cerrahi YB ve genel YB), deneysel araştırma merkezi, kütüphane, ameliyathane, genel cerrahiye destek veren diğer birimlerin durumu ve çalışma koşulları yerlerinde değerlendirildi.

Bu çalışma sırasında kuruma ait bilgiler, poliklinik yapısı/işleyişi, eğitilen/eğitici sayısı, çalışma saatleri, son 3 yılda uzman olan hekim sayısı, eğitmenlerin sorumlu olduğu yatak sayısı, klinik ve eğitim vizitleri, hasta başvurusu ile ilgili düzenlemeler, acil hastalarla ilgili düzenlemeler, diğer tıp birimleriyle ilişkiler, kalite gelişim ve kontrolü ile ilgili işlemler değerlendirildi. Diğer yandan laboratuvar servisi, radyoloji ile ilişkiler, kütüphane ve araştırma olanakları, hasta kayıtları, genel ve klinik arşivleri irdelendi.

Tüm ilgililer ziyaretçiler tarafından sorulan soruları içtenlikle yanıtladılar. Bu ziyaretlerin ve gözlemlerin tamamlanmasından sonra AD başkanı ve eğitim sorumlusuyla son bir değerlendirme toplantısı yapıldı. Bu toplantıdan sonra ziyaret ekibi kendi arasında yaptığı değerlendirmeye, hazırlanacak rapora esas olmak üzere görüş ve önerilerini belirledi. Bu kapsamda öğretim üyeleri, eğitilenler ile ilgili temel bilgiler, merkeze ait temel bilgiler, klinik etkinlikler, multidisipliner çalışma olanakları, asistan eğitimi, araştırma etkinlikleri ekibin her bir üyesi tarafından değerlendirildi.

Ekibin raporörü tarafından ekip üyelerinin önerileri ve saptamaları doğrultusunda hazırlanan rapor son bir kez daha ziyaret komisyonu tarafından değerlendirildikten sonra TCYK- Yürütme kuruluna sunuldu. Kurul yaptığı değerlendirmede U. Ü. Tıp Fakültesi Genel cerrahi AD' na 'Kurum Uzmanlık Eğitimi Yeterlik Belgesi' vermeyi kararlaştırdı. Ziyaret ekibi tarafından hazırlanan ve bazı önerileri de kapsayan rapor AD başkanına gönderildi. Daha önce kararlaştırıldığı gibi yeterlik belgesi 2008 Mayıs ayında gerçekleştirilen Ulusal Cerrahi Kongresinin açılış toplantısında AD başkanına sunuldu. Böyle bir çalışma sonunda değerli bir eğitim kurumumuza yeterlik belgesinin verilmesi onur ve sevinç vericiydi. Özellikle bu sonucun diğer eğitim kurumlarımızı da etkilediğini görmek ve kendi programlarının ve kurumlarının değerlendirilmesiyle ilgili taleplerini almak Türk Cerrahi Eğitiminin standardizasyonu için yapılacak çalışmalar açısından bizleri yüreklendirmişti.

PANEL: Asistan Gözüyle Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri**I. AHEK KURULTAYININ ARDINDAN.....**

Araştırma Görevlisi Dr. Ferda TOPAL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

TTB-AHEK (Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu) tarafından 09/06/2008 tarihinde AÜTF (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi) Hasan Ali Yücel Salonunda Ankara, İstanbul, İzmir, Bolu, Erzurum, Elazığ illerinden 55 asistan hekim temsilcinin katılımı ile "I. Asistan Hekimlik Kurultayı" gerçekleştirildi.

Kurultayda asistanlığın tanımı, hukuki yönleri, çalışma koşulları, eğitim durumu, sağlık politikalarının uzmanlık eğitimine etkisi, uzmanlık derneklerinin uzmanlık eğitimine etkisi konularında paneller yapıldı. AÜTF'de asistan hekimler arasında yapılan araştırma anketi sonuçları sunuldu. Uzmanlık eğitiminin yöntemi konusunda yapılan çalıştayda eğitimin standardizasyonunun eğitimde kişisel tercihlerin rolünü azaltacağı, her dalda çeşitli becerileri öğrenebilmek için usta çırak ilişkilerinin hala kullanılabileceği ancak eğitim sisteminin insani ilişkileri dışlamayacak şekilde kurallara bağlı, sistematik olması gerektiği belirtildi. Çalışma şartları konulu çalıştayda asistan hekimlerin çalışma ortamındaki hali ve sorumlukları net bir şekilde ortaya konması gerektiği vurgulandı. Asistan örgütlenmesi konulu çalıştayda TTB'ye bağlı odalar, uzmanlık dernekleri, üniversiteler ve eğitim araştırma hastanelerinde asistan temsilciler bulunması ve bu temsilcilerin bir araya gelerek yapacakları toplantılarla alacakları kararların TTB ve Sağlık Bakanlığına açıklanması gerekliliği belirtildi.

Sonuç olarak asistan hekim temsilcileri tarafından;

- ◆ Konumlarının asistan hekim- araştırma görevlisi olarak tanımlanması
- ◆ Eğitim sonuçları değerlendirmede standardizasyon olması
- ◆ Toplam çalışma saatlerinin nöbetler dahil 80 saatin altına indirilmesi, her çalışma süresi sonrası yeterli dinlenme süresi olması
- ◆ Yurt içi ve yurt dışı eğitim çalışmalarında tüzükle görevlendirilme yapılması ve burslarla desteklenmesi
- ◆ Eğitim- araştırma hastanelerinde, araştırma için fon ayrılması
- ◆ Uzmanlık derneklerinin asistan hekimlerle çalışma yaparak rotasyonların yeniden eğitim ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi
- ◆ Her uzmanlık derneği yönetim kurulunda aktif çalışan bir asistan temsilcisi olması
- ◆ Üniversite ve eğitim- araştırma hastanelerinde seçimle gelen ve yönetimde aktif çalışan bir asistan hekim temsilci olması
- ◆ Her tabip odasında asistan hekim ve tıp öğrencileri komisyonu olması
- ◆ Kongreler ve eğitim programlarına asistan katılımının ücretsiz olması
- ◆ Sağlık alanından endüstriyel desteğin çekilmesi
- ◆ Kongre ve diğer bilimsel faaliyetlerin kamu kurum ve kuruluşlarında yapılması
- ◆ Asistan hekimlerin maaşlarının emeğinin karşılığını verecek şekilde yeniden düzenlenmesi
- ◆ Hekimin özlük haklarının, şu an yasalarda mevcut haliyle uygulanması
- ◆ Tıpta uzmanlık eğitiminin sadece tıp fakültesi mezunlarına verilmesi
- ◆ Uzmanlık belgelerinin eğitim süreci tamamlandığı zaman hekimlere teslim edilmesi
- ◆ Asistanlık dönemine başlarken varolan yasal durumun asistanlık süreci sonunda da geçerli olması
- ◆ Uygulanan haliyle mecburi hizmetin değil hekimlerin insanca yaşama ve çalışma standartlarını karşılayan ve özendiren gönüllü hizmetin desteklenmesi
- ◆ Tüzüklerle belirtilen rotasyonlar hariç, asistan hekimlerin görevlendirilmemesi

- ◆ İhtiyaca göre hizmet dağılımı yapılması ve yardımcı sağlık personeli sayı ve kalitesinin artırılarak asistan hekimlerin iş yükünün azaltılması, hekimlik dışı işlerde kullanılmaması
- ◆ Sevk zinciri yeniden kurularak eğitim hastanelerinin hizmet yükünün tekrar uygun hale getirilmesi
- ◆ Sağlıkta dönüşüm programı ile bozulan ve hızlı hasta bakmaya odaklanan üniversite ve eğitim araştırma hastanelerindeki hizmet-eğitim dengesinin bir an önce düzeltilmesi gerektiği belirtildi.

Biz asistan hekimler, geçici uzmanlık eğitim sürecimizde insana yakışan bir sağlık sisteminde, insanca yaşam koşullarında, eğiticilerimizden iyi bir eğitim almak istiyoruz. Haziran ayında yaptığımız kurultayda yaşadığımız sorunları ve çözüm önerilerini konuşmuştuk. Bu sistemi düzenlemek için yakın zamanda Sağlık Bakanlığının Tıpta uzmanlık yönetmeliğini düzenlediğini duyduğumuzda oldukça sevinmiştik. İçinde bulunmamız gerektiğini düşünmüştük doğal olarak. Bu konuda görüşlerimizi almak isteyen yine sadece TTB oldu.. Öznesi olduğumuz bir yapının içinde tutulmayı beklerken yine dışında bırakılmak bildik yönetmeliklerden pek de farklı olmayacağını müjdeledi bize.

Uzmanlık alanına ilişkin sorunları çözmek için sorunun gerçek muhataplarını karşınıza almak gerekir. Samimiyet ancak bu şekilde belli olabilir. Aksi takdirde yaptığınız iş, yapacaklarınıza kılıf hazırlamaktan öteye geçmeyecektir. Sağlık bakanlığını ve YÖK ü samimi olmaya davet ediyoruz.

Biz asistan hekimler TTB bünyesinde sesimizi duyurmaya devam edeceğiz, ancak bu ses ancak hep birlikte olduğumuzda anlam kazanacak ve duyulacak.

EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE ASİSTAN HEKİMLERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI

Araştırma Görevlisi Dr. Berivan TUNCA

Sağlık Bakanlığı Okmeydanı EAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

OLGU 1 (Hekime yönelik şiddet):

A.Ö. 35 y E.3 yıldır cerrahi asistanı.Çalışmakta olduğu cerrahi servisinde Pankreas Ca olan bir hasta operasyona alınıyor. Hasta inop olarak değerlendiriliyor ve rezeke edilmeden kapatılıyor. Birkaç saat sonra hastanın yakını "Nasıl aç kapa yaparsın" diyerek cerraha şiddet uyguluyor.

OLGU 2 (Hizmet hastanesi) :

C.T. 30 y E. 4 yıldır çocuk hast. asistanı. 15 yıldır servisinde şef yok. 15 yıldır servisine hastaneden bir katkı yok. 15 yıldır eğitim programı uygulamaları yok. 2 yıldır hem erişkin hem çocuk acil nöbetleri var.

OLGU 3 (Hasta hakları) :

F.K. 28 y E. 2 yıldır dahiliye asistanı. Poliklinikte tek başına hasta bakıyor. 33. hastasına bakarken aralardan birisi diğerlerini iterek geliyor ve doktorun önüne annesinin sağlık raporunu ve karnesini bırakıyor. Doktor hastayı görmeden ilaç yazmayacağını söylüyor. 2 gün sonra hasta haklarından hastayı madur ettiği gerekçesiyle doktorun savunması isteniyor.

OLGU 4 (ACİL TIP, DAVALAR) :

B.Y. 29 y K. 1,5 yıldır enfeksiyon hast. asistanı. 08:00'da acil nöbetini devralıyor.. 23:00'da 200. hastası geliyor, gündüzden beri olan göğüs ağrısı tarifliyor. Doktor hastadan hastanede yapılabilen tetkiklerden! ALT, AST, CK-MB, EKG istiyor, sonuçların normal olduğunu görünce hastayı evine gönderiyor. Hasta 2 saat sonra özel bir hst'de Ex oluyor. Doktor 6 ay sonra kendisine görevi ihmalden dava açıldığını öğreniyor. Hastanesi tarafından yalnız bırakılıyor.

Asistan hekim olmak deyince; uğraşılan sekreteryaya ve angarya işler, bitip tükenmeyen ve ardından dinlenilmeyen nöbetler, performansa dayalı rekabete zorlanma, çömezlik korkusu, branş dışı acil hekimliği, düşük maaşla birlikte statü kaybı , artan iş yükünün yanında azalan eğitim saatleri geliyor maalesef aklımıza.

Asistan hekimlik, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde Madde 13'te *Asistan; kurumlarındaki kadro unvanları ne olursa olsun, tıp ve dış hekimliği uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla, bu Tüzük ve özel mevzuat hükümleri çerçevesinde öğrenim,eğitim, araştırma ve uygulama yapmak üzere atanan tıp doktoru ve dış hekimidir.*" şeklinde tanımlanmaktadır. Görüldüğü üzere bu tanımda çalışma şartları, eğitim programı, nöbet saatleri ve ücretleri gibi konulara değinilmemektedir. Bu da her hastanenin kendi kurallarını koymasına ve standardizasyonunun gerçekleşmemesine neden olmaktadır.

Sorunlarımızı tek tek irdeleyecek olursak :

- ❖ Sevk zinciri ortadan kaldırılmıştır. Poliklinik yükü eğitimi olumsuz etkilemekte, Üniversiteler ve Eğitim-Araştırma Hastaneleri asıl yapması gereken işleri yapamamaktadır.
- ❖ Çoğu asistan 80 saatten fazla nöbet tutmakta, bu saatten fazla tutulan nöbetler ise ücretlendirilmemektedir. Her asistana bir saat nöbet karşılığı yaklaşık 2.5-YTL ödenmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde hekimlerin haftalık çalışma saati nöbetler (icap dahil) ile birlikte en fazla 56 saattir.
- ❖ 2008 yılında emekliliğe yansıyacak ve her ay alınabilecek 'garanti' gelir asistanlar için yaklaşık 1.160 YTL dolayındadır.
- ❖ Performans sistemi ile zaten olumsuz olan eğitim koşulları daha da kötüye gitmiştir. İş barışı bozulmuş, hastaların ve işlemlerin adeta birer 'puan' olarak görülmesi meslek onurumuza yakışmayan davranışlara yol açmıştır.
- ❖ Bazı kliniklerde 2 yıla kadar süren gün aşırı nöbet ve kesintisiz 36 saate varan hastanede kalma süresi insanlık dışı bir uygulama halini almıştır. Ve bunun mesleki eğitim ya da hekimliğin doğallığı ile de bir ilgisinin olmadığı bilinmektedir.
- ❖ Kongre, kurs, bilimsel araştırmalar, tez çalışması gibi konularda ilaç firmalarından maddi destek beklenmekte, bazen bu ilişkiler etik dışı boyutlara ulaşmaktadır. Kaynak sağlandığı durumlarda da asistan hekime sıra gelmemektedir.

- ❖ 12 eylül askeri darbesi ile birlikte 2514 sayılı yasayla çıkartılan mecburi hizmet 1995 yılında askıya alınmış, 2002 yılında tekrar hekimlerin önüne konulmuş ve birinci AKP iktidarı ile önce rafa kaldırılmış, sonrasında ise aynı hükümetçe tekrar getirilmiştir.
- ❖ Mecburi hizmetin devam etmesi, bunun yanında özellikle mecburi hizmeti bitirdikten sonra tayin hakkının olmaması bizlerin geleceğini tamamen belirsizleştirmektedir.

1998 yılında İstanbul Tabip Odası UEÇG (uzmanlık eğitimi çalışma grubu) tarafından yapılan bir anketin verileri ile günümüzü kıyasladığımızda far ettiğimiz değişikliklerin bu 10 yıllık süreçte lehimize olmasını beklerken saptadığımız değişimlerin tamamen aleyhimize olduğu görülmektedir :

- Asistan kadroları azaltıldı, iş yükü arttı.
- Sevk zinciri ortadan kalktı, hizmete kitlendik.
- Mecburi hizmet tekrar gündeme geldi.
- Kiralar arttı, faturalar arttı, zamlar tavan yaptı ama maaşlarımız düşürüldü.
- Hastaneler taşeronlaştırılmaya başlandı.

Bunun yanında hekimler olarak kendimizi değişik platformlarda örgütlenerek ifade etmeye çalışıyoruz, asla pes etmiyoruz.

ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞMA KOŞULLARI VE UZMANLIK EĞİTİMİ

Araştırma Görevlisi Dr. Ayşe GÜLTEKİNGİL

Hacettepe Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

TTB Asistan Hekim Eşgüdüm Kurulu Üyesi

Asistan hekim kimdir? Cevabını bildiğimizi düşündüğümüz bir soru. Tıpta uzmanlık tüzüğüne göre asistan hekim 'tıp veya diş hekimliği ana veya yan dallarında uzman yetiştirmek amacıyla öğrenim, eğitim, araştırma veya uygulama yapmak üzere atanan tıp doktoru veya diş hekimi' olarak tanımlanmıştır. Ne var ki hastane işleyişi içerisinde asistan hekimler kendilerini oldukça farklı konumlarda bulabiliyorlar. Üniversite hastanelerinde asistan hekimler; akademik piramidin en alt katında yer alan, akademik araştırma ve tez çalışmalarına kısıtlı zaman ve imkanlarından ayırmaya çalışan, hastalara çoğu zaman doğrudan ve birebir müdahale eden/etmek durumunda olan, hastane yardımcı personeli ile doğrudan ilişki içinde olan, tıp öğrencilerine pratik bilgiler vermek sorumluluğunu taşıyan ve sonuç olarak hem hastanelerin temel dişlilerinden olup hem de bu bölünmüşlük içerisinde hayatının kalan kısmı içerisinde kendisine gerekli olacak tıbbi altyapıyı kurmaya çabalayan hekimler... Bu durum içinde kaçınılmaz olarak sorunlar iki ana hat üzerinde ortaya çıkıyor: Hastane hizmetleri ve akademik çalışmalar.

Hastane hizmetleri her geçen gün daha çok sorunun ortaya çıktığı bir alan ve asistan hekimler de bu durumdan en çok etkilenen gruplardan birisi olarak karşımıza çıkıyor. Asistan hekimlerin özlük hakları ile ilgili varolan yasal belirsizlikler nedeni ile hastane hizmetleri alanında yaşanan sorunların başında çalışma saatleri geliyor. Memurların çalışma süreleri yasal olarak 40 saat olarak belirlenmiş de olsa şu anki mevzuatta özel şartlarda bu süre değişebiliyor ve nöbet saatleri bu süreye dahil edilmiyor. Oysa Avrupa Birliği mahkeme kararları ile Avrupa'da çalışma saatleri nöbetler dahil 48 saat ile kısıtlanmış ve 24 saatlik çalışma periyodunu takip eden 11 saatlik dinlenme periyodları ile sınırlanmış durumda. Ancak ülkemizde çalışma saatlerinin üst sınırı olmadığı gibi dinlenme süresi de verilmiyor, yoğun ve uzun çalışma saatleri hem asistan hekimlerin çabuk yıpranmasına hem de dikkat ve becerilerinin azalarak verilen karar ve uygulamalarda hataların ortaya çıkmasına sebep oluyor. Ayrıca haftada 80 saat üstü çalışılan süreler ücretlendirilmiyor, yani zaten insani şartların üstünde çalışılan sürede asistan hekimler emeklerinin de karşılığını alamamış oluyorlar. Üniversite hastanelerinde asistan hekim maaşlarının da eğitim araştırma hastanelerine kıyasla oldukça düşük olması nedeni ile uzun çalışma saatlerinin yorgunluğuna geçinme kaygısı da ekleniyor. Bu sorunların performans, döner sermaye yöntemleri ile çözülmeye çalışılması, hastane hizmetini az zamanda çok hasta bakmaya odaklayarak verilen sağlık hizmetinin niteliğini azaltılmasına ve sorunların derinleşmesine yol açıyor. Sağlıkta dönüşüm programı uygulamaları ve özellikle sevk zincirinin kaldırılması, hasta yükünün üniversite hastanelerinin kapasitesinin üstünde artmasına, asistan hekimlerin gittikçe artan hasta yüküne aynı düzeyde sağlık hizmeti vermeye çalışarak hem çalışma koşullarının daha da bozulmasına hem de eğitime ayrılan sürelerin iyice kılınmasına yol açıyor. Tüm bu faktörler nedeni ile gittikçe daha çok aksayan sağlık hizmetleri nedeni ile üniversite hastanesi asistan hekimleri sürekli artan miktarda ruhsal ve fiziksel şiddete maruz kalıyor. Çalışma ortamı koşulları da asistan hekimin dinlenme ve güvenlik ihtiyaçlarının karşılayabilecek durumda değil, saatlerce dinlenmeden çalışma sonrasında mesai saati veya nöbet bitiminde hastaneden ayrılan asistan hekim hastaların tepkilerine maruz kalıyor. Bütün bunların yanında sağlık hizmeti verilirken asistan hekim sorumluluğunun ne kadar olacağı/olması gerektiği belirlenmiş değil, hizmetiçi denetim oldukça sınırlı, bütün bunlar da asistan hekimlerin özgüven ve otonomisini zedeleyerek verilen sağlık hizmetinin niteliğini azaltan faktörler olarak karşımıza çıkıyor.

Sürekli artan sağlık hizmeti yükü asistan hekim eğitimini de son derece olumsuz bir şekilde etkiliyor. Sabahın erken saatleri veya öğle yemeği aralarına sıkıştırılan eğitim saatleri asistan hekimler için yararlı olmaktan son derece uzak. Hastabaşı eğitimine ayrılan süreler giderek kısalıyor, öğretim üyelerine tam gün ulaşabilmek çoğunlukla mümkün olmuyor, böylece pratik eğitim şartları ortadan kalkıyor. Üniversite hastanelerinde cerrahi bölümlerde çalışan asistan hekimler çoğu zaman ameliyatlarda sadece yardımcı personel olarak görev alıyor, bu nedenle beceri kazanma imkanı gittikçe azalıyor. Rotasyon ve afilasyonlar eğitim amacıyla değil, kurumların kendi ihtiyaçları çerçevesinde planlanıyor. Kongre ve bilimsel etkinliklerin çoğu zaman şehir dışında ve aşırı konforlu şartlarda düzenlenmesi, asistan hekimlerin bu etkinliklere kendi imkanları ile katılması imkansız hale getiriyor ve destekleyici firmaların insafına bırakıyor, çoğu kez de hastane hizmetlerini aksatmamak adına bizzat bölümler tarafından bu etkinliklere katılım sınırlandırılıyor. Eğitimin değerlendirilmesi objektif bir şekilde yapılamıyor, asistan karneleri sistemli şekilde doldurulup değerlendirilmiyor, eğitim süresi boyunca formel bir değerlendirme ve sonucun eğitime geri bildirimi

yapılamıyor, sonuçta asistanlık süresinin sonunda asistan hekim nesnelliği tartışılacak bir jüri karşısında bilimsel olarak ilk defa kendini savunmak zorunda kalıyor.

Üniversite hastanelerinde çalışan asistan hekimlerin karşılaştıkları bir başka sorun da kısıtlı ve yetersiz akademik olanaklar. Her ne kadar eğitim araştırma hastaneleri ile karşılaştırıldığında görece daha iyi şartlar olsa da, üniversite hastanesi seçimini bilimsel olanaklar nedeniyle yapmış çoğu hekim için üniversite hastanesinde hayal kırıklığına uğratabilecek düzeyde. Bilimsel araştırmalara yeterli kaynaklar ve çalışma koşulları yaratılamamanın ötesinde araştırma yapmak için gösterilen özveri ve çabanın gün geçtikçe azalarak yerini başka kaygılara bırakıyor. Bilimsel çalışma için çoğu asistanın tek fırsatı olan tez çalışmaları da çoğu zaman külfet olarak algılanmakta, bu nedenle ileriye dönük bilimsel tez yaratmak yerine çoğu kez eski hasta dosyalarına dönülerek yeni sonuçlar çıkarılmaya çalışılıyor. Çoğu kez tez asistanları tez konusunu veya yöntemini seçme şansına bile sahip olamıyor. Bilimsel çalışmaya ağırlık vermesi gereken tez süreci boyunca asistan hekim görevli olduğu bölümlerde hastane hizmeti vermekle yükümlü oluyor. Kısacası asistan hekimin bütün asistanlık sürecinin bilimsel ürünü olması gereken tezler, bir an önce yapıp bitirilmesi gereken bir yüke dönüşüyor.

Ve sonuçta üniversite hastaneleri gerçeği karşımıza çıkıyor...Yorgun, yıpranmış ve gelecek kaygısı ile dolu asistan hekim, yeterli sağlık hizmeti alamadığını düşünen mutsuz hastalar, asistan ve öğrenci hekim eğitiminde başarısızlık, bilimsel ortamın giderek fakirleşmesi, serbest piyasa şartlarına ve sürekli değişen yönetim anlayışlarına teslim edilen üniversite hastaneleri...

Biz tüm bu durumun düzelmesinde üniversite hastanelerinde çoğu zaman kilit rol üstlenen asistan hekimlerin sorunlarının çözülmesinin üniversite hastanelerinin iyileştirilmesinin önemli bir koşulu olduğunu düşünmekteyiz. Bunun için de asistan hekim tanımının netleştirilerek asistan hekimlerin özlük haklarının tüzük ve yönetmeliklerle belirlenmesinin; eğitim süresinin, içeriğinin ve değerlendirilmesinin tıpta uzmanlık yönetmeliği ile standardizasyonun ve asistan hekimlerin de bu sürece dahil edilmesinin; asistan hekimlerin çalışma koşullarının ve çalışma saatlerinin insani şartlarda olacak şekilde acilen düzeltilmesinin; fazladan çalışılan saatler için uygun ücretlendirilme yapılmasının; üniversite hastanelerinin hizmet niteliğini arttıracak ve etkili hale getirecek şekilde sevk zincirinin tekrar kurulmasının; her üniversite hastanesinde yeterli sayıda eğitici, asistan hekim ve yardımcı sağlık personeli olacak şekilde kaynak aktarımı ve planlama yapılmasının; üniversite hastanelerinde eğitim/hizmet dengesinin bir an önce kurulmasının, asistan hekimlerin çalışma haftasının belirlenmiş saatlerinin sorgulanmaksızın ve sadece eğitime ayrılmasının; kongre ve diğere bilimsel etkinliklere asistan katılımının sağlanmasının; bilimsel araştırmaların üniversiteler tarafından desteklenmesinin, düzenlenmesinin ve yürütülmesinin; asistan hekimlerin üniversitelerde, tabip odalarında ve uzmanlık demeklerinde aktif rol alarak karar süreçlerine katılmalarının atılacak en önemli ve acil adımlar olduğunu tekrar vurgulamak istiyoruz.

Türkiye’de tıp bilimi ve sağlık alanında yaşanan bozulmanın bir an önce düzeltilmesi gerekiyor ve bunun için hep beraber düşünmek, irade göstermek ve çalışmak şart...

Biz asistan hekimler olarak buna hazırız.

BİLDİRİ ÖZETLERİ

ACİL TIP UZMANLARI DERNEĞİ
TÜRK ACİL TIP UZMANLIĞI YETERLİK KURULU (TATUYK)

TATUYK GELİŞİMİ

- TATUYK ATUDER yönetim kurulunca dernek üyeleri tarafından 2007 yılında kuruldu. TATUYK yönergesi hazırlandı.
- TATUYK oluşturuldu.
- TATUYK Acil servis standartları ve planlaması (Yönetim, çalışanlar, mimari gereklilikler, sarf malzemeleri, demirbaş malzemeler, ilaçlar, tıbbi görüntüleme, laboratuvar tetkikleri) yapıldı.
- TATUYK görev tanımlamaları yapıldı.
- Acil tıbbın temel konuları kategorik olarak, kritiklik ve aciliyetlerine göre belirlendi.
- Acil tıp için önerilen eğitim süreleri, rotasyonlar, süreleri ve rotasyon hedefleri belirlendi.
- Acil Tıp uzmanlık eğitiminde yapılması gereken girişimler ve bu girişimlerin en az sayıları belirlendi.
- Acil Tıpta uzmanlık öğrencisi eğitim hedefleri belirlendi.
- Acil Tıp uzmanlık öğrencisi uygulama ve kredilendirme defteri (Asistan Karnesi) oluşturuldu.

TATUYK SINAV SONUÇLARI

Merkezi sınavla ilgili deneme çalışmaları yapıldı.Soru bankası hazırlandı

TATUYK KURUM ZİYARETLERİ

Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı, Sağlık Bakanlığı Eğitim İşleri Genel Müdürlüğü, TTB UDEK toplantıları, EuSEM European Society for Emergency Medicine

TATUYK GENEL HEDEFLER

- Acil Tıp Uzmanlık eğitiminin standartlarını oluşturmak ve geliştirmek,
- Kalite artırılması ve sürekli kontrolü,
- Uzmanlık eğitimi sonrası ülke çapında standart sınav düzenlemek,
- Uzmanlık yeterlik belgesi vermek,
- Sürekli Tıp Eğitimi etkinliklerine katılımı teşvik etmek ve kredilendirmek,

ÇOCUK NEFROLOJİ DERNEĞİ YETERLİLİK KURULU ÇALIŞMALARI

*Dr. Nesrin Beşbaşı, **Dr. Ayfer Gür Güven, **Dr. Ruhan Düşünsel, **Dr. Aytül Noyan,
Dr. Salim Çalışkan, **Dr. Harika Alpay, **Dr. Esra Baskın, *Dr. Oğuz Söylemezoğlu

* Çocuk Nefroloji Derneği Yeterlilik Kurulu Başkanı

** Çocuk Nefroloji Derneği Yeterlilik Kurulu Üyesi

*** Çocuk Nefroloji Derneği Başkanı

Çocuk Nefroloji Derneği (ÇND) 20.07.1990 tarihinde Ankara'da kurulmuş ve yasal işlemlerini 03.04.1991 de tamamlamıştır. Bu tarihten itibaren Pediatrik Nefroloji Eğitim Standardizasyonu çalışmaları yoğun bir şekilde sürdürülmüş UMSE ve ESPN'nin Nefroloji Eğitimi ile ilgili prensipleri gözönüne alınarak **"Türkiye'de Pediatrik Nefroloji Eğitim Standardizasyonu"** belirlenmiştir. Daha sonra, 03.03.2002 tarihinde **Çocuk Nefroloji Yeterlilik Kurulu İç Yönerge Taslağı** yönetim kurulumuzca hazırlanmıştır ve ülkemizde yandal da ilk yeterlilik kurulu olan ÇND yeterlilik kurul ve komisyonları 02.12.2005 tarihinde oluşturulmuştur. Pediatrik Nefroloji Eğitimi verecek kurumlarda bulunması gereken asgari şartlar göz önüne alınarak, eğitim sürecinde öğrenilmesi gereken temel bilgileri, kazanılması gereken beceri ve tutumları belirlemek amacıyla ÇND **ulusal çekirdek eğitim programı** hazırlanmış, **asistan karnesi** oluşturularak tüm pediatrik nefroloji eğitimi veren üniversite ve sağlık kuruluşlarına gönderilmiş, uygulanması için gerekli girişimler yapılmıştır.

ÇND Yeterlilik Kurulu, ilk kez yandal yeterlilik sınavını 2.12.2005 tarihinde **yazılı/çoktan seçmeli sınav ve ardından OSCE ile bilgi, beceri ve tutum ölçücü uygulama yöntemi ile yapmış**, başarı gösterenlere yeterlilik belgesi verilmiştir.

ÇND Yeterlilik Kurulu, amaç ve görev kapsamı içerisinde bulunan ve TTB-UDEK UYEK 'in öngördüğü **"Çocuk Nefroloji Eğitimi Veren Merkezlerin Kalite Denetiminin Sağlanması"** için ön çalışmaları başlatmış ve bu amaçla 5 Nisan 2008 tarihinde **"Merkezlerin Eğitim-Öğretim Olanakları Ön değerlemesi Anketi"** hazırlanarak 27 Pediatrik Nefroloji Merkezi'ne gönderilmiştir. Anket sonuçları 9-12 2008 tarihlerinde yapılan 5.Çocuk Nefroloji kongresinde 'Pediatrik Nefroloji Eğitimi' oturumunda üyelere duyurulmuş; bundan sonraki basamak olan kurum ziyaretlerinin içeriği ve TTB-UYEK tarafından konu ile ilgili uygulamalar anlatılmıştır.

Anket sonuçlarına göre merkezlerin eksiklikleri belirlenecek, eğitim standardizasyonu için değişik merkezlerle işbirliği yapılarak eksikliklerin tamamlanması sağlanacaktır. Merkezlerin denetimi için üyelik standartlarının hazırlanmasını takiben, gönüllü merkezlerden başlayarak ziyaret programları gerçekleştirilecektir.

GENEL CERRAHİ YETERLİK KURULU DENEYİMİ

Sayek İ, Çam R, Kılıçturgay S, Terzi C, Özmen MM, Baskan S, Tüzüner A.

Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu, Türk Cerrahi Derneği, Ankara

Türk Cerrahi Derneği (TCD) 1990'lı yılların ortasında başladığı "Yeterlik Kurulu" çalışmalarını farklı zamanlarda yaptığı çeşitli eğitim kurultaylarında olgunlaştırmış ve Avrupa örneğinden yola çıkarak 2000 yılında kendi iç yönergesini hazırlayıp "Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu"nu (TCYK) oluşturmuştur. TCD Yönetim Kurulu tarafından, dernek tüzüğüne dayalı ve dernek genel kurulu onayı ile kurulan TCYK'nun temel hedefi, Türkiye'de genel cerrahi uzmanlık eğitiminin düzenlenmesine katkıda bulunarak, genel cerrahi eğitiminin standartlarını belirlemek ve yükseltmek, ulusal cerrahi yeterliği belgelendirmek ve kurumları eşyetkilendirmektir.

TCYK'nun, Genel Kurulca 4 yıl için seçilen ve tüm fonksiyonlarını yürütmekle görevlendirilen "TCYK-Yürütme Kurulu" dışındaki diğer önemli bir kurulu da "Eğitim Üst Kurulu" dur. Tıp Fakülteleri Genel Cerrahi Anabilim Dalı başkanları ve Sağlık Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri Eğitim Hastanelerindeki genel cerrahi klinik şeflerinden oluşan bu kurul, kritik kararların alınmasında tüm eğitici grubu sistemin içine çekmek ve tüm katılımcıların ortak fikrini alabilmek amacı ile oldukça önemli bir rol üstlenmektedir. Ayrıca gene aynı mantıkla "Eğitim Kurumları ve Programlarını Değerlendirme Komisyonu" ile "Sınav Komisyonu" da bu kurul tarafından belirlenmektedir.

Sekiz yıldır aktif olarak görev yapan bu kurullar temel olarak 3 ayrıntıda çalışmıştır.

Eğitim programının standardize edilmesi :

Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP): Bu anlamda ilk olarak 2002 de başlatılan çalışmalar sonrası 2004'de temel içeriği belirlendi ve 2006 yılında da "ÇEP" basıldı. Genel Cerrahi eğitimi veren toplam 118 merkezdeki tüm eğitici kadroya ve asistanlara gönderilen bu kitap, genel cerrahi eğitiminin amacını, hedeflerini, uygulama esaslarını, sonuçların ölçme ve değerlendirme ana noktalarını, yeterlik kavramını detayları ile açıklamakta ve gerek temel, gerekse özel konularda farklı kıdemlerde alınması gereken bilgi-beceri ve tutumu özetlemektedir.

Genel Cerrahi Asistan Karnesi; Uygulamalı eğitim hedeflerin belirlendiği bu çalışma 1998'de bitirilmiş olmasına karşın, kurumlar arası farklılığın çok aşırı düzeyde oluşu 2006 yılına kadar minimumlar konusunda bir uzlaşma oluşturulmasını engellemiştir. 2006 yılında eğitim üst kurulundan geçirilen bu karte ÇEP kitabı ile birlikte tüm eğitim veren kurumlara gönderilmiştir. Bu kitapçıkta da 5 yıllık eğitim içinde gerçekleşen tüm aktivasyonların kayda geçmesi sağlanmış, hangi grup ameliyatların ne zaman ve hangi sayıda yapılmasının hedeflendiği açıkça belirtilmiştir.

Yeterlik Sınavları:

Sonuç olarak eğitimin belgelendirilmesi bu sınavlarla yapılmaktadır. Bir çok uzmanlık derneği yeterlik kurullarında olduğu gibi TCYK'da yeterlik kavramını, ilk olarak 2000 yılında 106 kişinin katılımı ile gerçekleştirdiği "Türk Cerrahi Yeterlik Sınavı" ile gündeme getirmiştir. Yeterlik sınavları yazılı ve sözlü iki aşamada gerçekleştirilmektedir.

Yazılı sınavlar: İlk kez 2000 yılında gerçekleştirilen yazılı sınavlar, 2004 yılından beri Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere 3 ayrı ilde yılda 2 kez (Mayıs ve Ekim aylarında) aynı anda yapılmaktadır. Ekim-2008'de Adana eklenmiş, 2009 dan itibaren de Erzurum eklenerek sınav merkezi 5'e çıkarılmıştır. Yazılı sınavlara, genel cerrahi dalında uzmanlığını almış kişiler veya son yıl asistanları girmektedirler. 2003 yılında hazırlanan "Türk Cerrahi Yeterlik Sınavı Kılavuzu" adaylara tüm detayları açıklamaktadır.

Yazılı sınav soruları için bir soru bankası oluşturulmuş, sorular kolay, normal ve zor olarak 3 ayrı grupta arşivlenmiştir. Halen yaklaşık yarısı kullanılmış halde 3500 soru soru bankasında kayıtlıdır. Sınavda bilgisayar programı ile saptanan 150soru (zorluk derecesine göre 30-90-30 şeklinde yapılandırılarak) sorulmaktadır. Sınav sonuçları sadece sınava katılan kişiye ve eğitim kurumuna bildirilmektedir. Ayrıca kişiye, alanlara göre performans geri bildirimi de yapılmaktadır. Şu ana kadar yapılan 13 sınava toplam 659 aday (780 sınava) girmiş ve % 41.6'sı başarılı olmuştur. Bu sınavda başarılı olanlar sözlü sınava girmeye hak kazanmışlardır.

Sözlü uygulama sınavları: Sözlü sınavlar adayın klinik uygulama ve hastaya yaklaşım becerilerini ölçecek biçimde düzenlenmekte ve yılda bir kez (kasım ayında) gerçekleştirilmektedir. Bu sınava yazılı sınavda başarılı olan adaylar, uzmanlık belgeleri ve asistan karnelerini ile birlikte girebilirler. Bu sınavlar YOKS (yapılandırılmış objektif klinik sınavlar) temelinde hazırlanmakta, modüler tarzda düzenlenmiş "Makale

istasyonu – Canlı senaryo istasyonu - Beceri istasyonu – ve Olgu istasyonları” ndan (4 farklı olgu) oluşmaktadır. Her bir istasyonda jüri üyeleri, daha önceden belirlenmiş ve jüri üyelerinin elindeki formlarda belirtilmiş olan doğru yanıtların/davranışların gerçekleşip gerçekleşmediklerini kontrol ederler ve bu yanıtların daha önceden belirlenmiş puanlarına göre adayın o istasyonda alacağı puanı saptarlar. Sınavda başarılı olan adaylara “Türk Cerrahi Yeterli Belgesi” verilir. Bu belge 10 yıl için geçerlidir.

Başarı puanı her iki sınav içinde 60’dır ve başarı eğrisi uygulaması yapılmamaktadır. İlk 2001 yılında gerçekleştirilen sözlü sınavlar yılda bir kez kasım ayı içinde gerçekleştirilmektedir. Şimdiye kadar 7 kez yapılan bu sınava toplam 133 aday girmiş ve 112 si (% 84) başarılı olarak Türk Cerrahi Yeterlik Belgesi almışlardır.

Eşyetkilendirme (Akreditasyon)

Eşyetkilendirme çalışmaları “Eğitim Kurumları ve Programı Değerlendirme Komisyonu (EKDPK)” tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu kurul, eğitim kurumları ve programlarının standardizasyonu konusunda gerekli çalışmaları tamamlamış, ziyaret formatı, değerlendirme formları, ve “**Kurum Uzmanlık Eğitimi Yeterlik Belgesi**” (geçerlik süresi 5 yıl) UEMS ziyaret programları dikkate alınarak hazırlamıştır. Temmuz 2007’de tüm bilgiler bütün eğitim kurum sorumlularına (AD Başkanları ve Şeflikler) gönderilmiş, web ortamına da verilmiştir.

Bu güne kadar formları doldurarak ziyaret için resmi başvurularını gerçekleştiren 6 merkez oldu. Şu ana kadar Hacettepe ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakülteleri Genel Cerrahi AD’larına ziyaretler gerçekleşti.

Genel değerlendirme – Özeleştir

1. Eğitim kurumlarının ziyaret ve değerlendirme programının uygulanmadığı bir ortamda cerrahi eğitim standardizasyonunun sağlanamayacağı açıktır. Bu anlamda EKDPK çalışmalarında alınan yolun önemi inkar edilemez. Ancak tüm gayretlere karşın bu programın eğitim kurumlarında gerekli yankıyı bulduğu söylenemez.
2. Ulusal Kurum Ziyaret Programı konusunda TC Sağlık Bakanlığı ile yeterli bir ilişki kurulmasının çok büyük önemi vardır. Bu nedenle ekip içine bakanlık temsilcilerinin eklenmesi faydalı olabilir.
3. Üniversite Genel Cerrahi Klinikleri böylesi bir programa temelde daha yatkın görülmekle birlikte son derece sınırlı katılımın olması, aslında yapılandırılmış çıktı merkezli bir eğitim programının çoğu merkezde uygulanmadığını göstermektedir.
4. Gerçekleştirilen sınav ve eğitim ilişkisindeki uçurumu azaltacak yeni stratejilere gereksinim vardır.
5. Cerrahi eğitimde yaşanan sorunların ülke gündeminde yeterince ön planda olmayışı ve diğer somut-güncel sorunların (örneğin gelirlerin kurumlar arası dengesiz dağılımı gibi) çok daha arkasında yer alması ciddi bir sorundur.

HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ'NİN (HASUDER)

TTB-UDEK ÇALIŞMA GRUPLARI İLE İLGİLİ YAPILANMASI; BEKLENTİLER

Bilindiği gibi tıpta uzmanlık eğitimi süreci bireyin herhangi bir alanda uzmanlaşma kararı verdikten sonra ülkedeki mevcut Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) na girerek tercih ettiği herhangi bir alanda uzmanlık eğitimine hak kazanması ile başlamaktadır. Halk Sağlığı Uzmanlığının eğitim süresi dört yıl olarak tanımlanmıştır. Ancak; herkesin bildiği gibi uzman olan bir hekimin eğitim ve öğrenme süreci yaşamının sonuna kadar bir biçimde sürmektedir.

Halk Sağlığı Uzmanlığı, tıp dahili bilimler başlığı altında yer almaktadır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) ise Türkiye'deki Halk Sağlığı uzmanlarından oluşan hekimlerin kurmuş olduğu bir dernek olup yapılanması içinde Halk Sağlığı bilim alanında Doktora (PhD) eğitimini tamamlamış hekimler de bulunmaktadır. Bu yazıda HASUDER tarafından yürütülen tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili çalışmaları ve yaklaşımları vurgulanmaya çalışılmıştır.

HASUDER; Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi seçmiş bir hekimin halk sağlığı felsefesi doğrultusunda sürdürmesini ilke edinmiş bir dernektir. Bu doğrultuda; sağlığın pek çok belirleyicisi olduğu, hastalıkların oluşma sürecinde biyolojik, fiziksel, sosyal, kültürel, sosyo-ekonomik, vb. koşulların birlikte etkisi olduğu, korunmanın tedaviden üstün olduğu, tıbbın multidisipliner olduğu, sağlık hizmetlerinde entegrasyon ve eşgüdüm olması gerektiği, hekimlerin eğitimi sürecinde toplumsal yapıların tanınmasının çok önemli olduğu gibi yaklaşımlar HASUDER tarafından öncelenen konular arasındadır. Bu yaklaşım da uzmanlık eğitim sürecinin de organizasyonuna yansımaktadır. Uzmanlık eğitimi sürecindeki bir hekimin bölüm dışı rotasyonlarını sürdürdüğü zaman diliminde toplum sağlığını koruma ve geliştirme sürecine katkı vereceği düşünülen etkinliklerle zenginleştirilmesi desteklenmektedir. Bu bağlamda tıbbın preklinik, dahili ya da cerrahi diğer disiplinlerinin halk sağlığı ile kesişen mutlak bir noktasının olduğu kabulü uzmanlık eğitimi sürecine yansıtılmalıdır. HASUDER tarafından kendi uzmanlık eğitim sürecinde ortaya koyduğu bu ilkesel yaklaşımlar TTB-UDEK tarafından bir süre önce gündeme getirilen ve yürütülmeye çalışılan Çalışma Grupları (Etik, Bilimsel Araştırma, Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi, Toplum Sağlığını Geliştirme, Sağlıkta İnsan Gücü, Sürekli Tıp Eğitimi-Sürekli Mesleki Gelişim) kurulması ve sürdürülmesi benimsenmiştir. Dernek çatısı altında zaten ilgili konularda devam eden çalışmalar daha da yapılandırılmış; çalışma grupları üyeleri belirlenmiş; aktiviteler planlanmıştır. Bugün her altı grupta da çalışmalar planlama aşamasından eylem aşamasına geçmiştir. HASUDER, kendi yapılanması içinde de çalışma gruplarına sahiptir. Demek ki benzer konularda iki ayrı çalışma grubunun oluşmaması için TTB-UDEK gruplarının HASUDER çalışma grupları içinde yer almasını sağlamıştır. Bu şekilde, dernek yapısı içinde yürütülen çalışmaların daha da güçlendirilmesi amaçlanmıştır.

TTB-UDEK tarafından bu konuda başlatılan çalışmaların diğer derneklerle birlikte paylaşarak sürdürülmesi HASUDER tarafından desteklenmektedir. Çalışma grupları genel kurul toplantıları bu paylaşımlar için bir fırsat niteliğinde olup bütün derneklerin sürece katkı verilmesinin sağlanacağı ortamlar haline dönüştürülmelidir. Bu noktada TTB-UDEK koordinasyon, haberleşme, izleme ve değerlendirme çalışmalarında anahtar bir role sahiptir. Özellikle toplum sağlığını ve hekimlerin tamamını yakından ilgilendiren konularda ortak hareket edebilebilmesinde TTB-UDEK'in rolü önemlidir. Ancak; tüm uzmanlık dernekleri bu süreci paylaşmalı ve kolaylaştırmalıdır. Derneklerin çalışma grupları ile ilgili yapılanmalarını oluşturmaları, TTB-UDEK tarafından gelen çağrılara yanıt verme sürekliliğini kazanmaları, diğer derneklerle paylaşmak istedikleri konu ve durumları TTB-UDEK üzerinden gerçekleştirebilmeleri, vb. uzmanlık derneklerinin sürece destek vereceklerin öncelikli konular olabilir.

HASUDER; gelecek dönemlerde de başlattığı çalışmalarını sürdürecektir; diğer derneklerle eşgüdüm içinde çalışma talep ve girişimlerini hızlandıracak; hekimlik adına derneğin amaç, hedef ve felsefesi ile paralel her türlü konuyu çalışma alanı olarak belirlemeye devam edecektir. Bu çalışmalarını sürdürürken de TTB-UDEK çalışma grupları üzerinden diğer derneklerle birlikte hareket etme konusundaki duyarlılığını ve paylaşma önceliğini ortaya koyacaktır.

PEDİATRİK HEMATOLOJİ DERNEĞİ

Pediatric Hematoloji Derneği 16/08/1999 tarihinde 37 asil üye tarafından kurulmuştur. Derneğimizin kuruluş sırasındaki adı Pediatric Hematoloji Derneği olup 2003 yılında Bakanlar Kurulu kararınca TÜRK PEDİATRİK HEMATOLOJİ DERNEĞİ adını almıştır.

Derneğimizin amacı; ülkemizde Pediatric Hematoloji alanında çalışanlar ve üyeler arasında dayanışmayı ve yardımlaşmayı sağlamak, Türkiye'deki tüm Pediatric Hematoloji alanındaki merkezlerde tedavi uygulamalarının kalitesini yükseltmek ve bunların eşgüdümünü sağlamak için araştırmalar yapmak, yayınlar çıkarmak, kongre, sempozyum, seminer gibi bilimsel toplantılar düzenlemek, Pediatric Hematoloji ile ilgili her türlü bilimsel, teknik, sosyal, etik ve ekonomik konuları ve uygulamaları izlemek ve bu alandaki çalışma yada araştırmaları geliştirmek ve desteklemektir. Derneğimiz Pediatric Hematoloji alanında mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitiminin planlanması ve denetiminde TTB-UDEK ve diğer kuruluşlarla işbirliği yapmaktadır. Pediatric Hematoloji yeterlik kurulu organizasyonuna ve yeterlik sınavlarını düzenlemektedir. İlk Pediatric Hematoloji yeterlik sınavı 2007 yılında yapılmış olup 12 uzman yeterlik belgesi almaya hak kazanmıştır. Şu an 163 üyesi bulunan derneğimizin Türk bilimi için katkı sağlayacağını düşündüğümüz Türk Çocuk Hematoloji Dergisi üç ayda bir yayımlanmaktadır.

Faaliyetlerimiz arasında Pediatric Hematoloji Derneği olarak 2000 EBMT Pediatric Working Party'e, Kıbrıs'ta düzenlenen II. Talasemi Yaz okuluna, Mersin'de düzenlenen Milli Pediatri kongresine destek verildi. Derneğimizin yönetim kurulu kararı ile iki yılda bir düzenlemekte olduğu kongrelerimiz sırasıyla

- I. Pediatric Hematoloji Kongresi-İstanbul-1997
- II. Pediatric Hematoloji Kongresi-Antalya 1999,
- III. Pediatric Hematoloji Kongresi-Ankara 2001,
- IV. Pediatric Hematoloji Kongresi-Trabzon 2003, V. Pediatric Hematoloji Kongresi-İzmir 2005,
- VI. Pediatric Hematoloji Kongresi-Bursa 2007'dir. Sonraki kongremiz Mayıs 2009'dadır ve Ankara'da GATA tarafından derneğimizle birlikte düzenlenecektir.

İletişim

İstanbul Tabip Odası Binası

Türk Ocağı Caddesi No:17/6 Kat 1 P.K.34450 Cağaloğlu -İSTANBUL

Tel: (0212) 519 64 19 Faks: (0212) 519 64 20

Mobil: 0555 857 96 47 tphdofis@yahoo.com www.tphd.org.tr

TÜRK DERMATOLOJİ DERNEĞİ YETERLİK KURULU ÇALIŞMALARI

Şendur N, Alpsoy E, Gürbüz O, İlter N, Şahin S, Özkan Ş, Taşkıran O, Seçkin D, Güngör E, Onsun N, Yılmaz E, Erkin G, Aytekin Sema, Seyhan M, Bahadır S.

Türk Dermatoloji Yeterlik Kurulu (TDYK); Dermatoloji eğitiminde, Eğitim kurumlarında uzmanlık öğrencileri için asgari almalari zorunlu olan eğitim standardini belirlemek, yeterlik eğitimine katkıda bulunmak, Dermatoloji yeterlik sınavı yaparak Dermatoloji uzmanlarının ülkemizde ve diğer ülkelerde eşit eğitim düzeyinde ve yeterli olmalarını sağlamak amacıyla çalışmalarını yürütmektedir.

Türk Dermatoloji Yeterlik Yürütme Kurulu Yönergesi hazırlanarak tüm eğitim veren kuruluşlara görüş sorulmuş, Kasım 2007 tarihinde Türk Dermatoloji Yeterlik Kurultayında oylanarak kabul edilmiştir.

16 Ekim 2008 tarihinde genel kurultay toplanarak yönetmeliğe uygun olarak Yeterlik Yürütme Kurulu üyelerinin yarısının değişimini sağlayan seçim yapılmıştır. TDYK Başkan, Başkan yardımcısı ve sekreterini belirleyerek görevine başlamıştır.

Yönerge doğrultusunda Eğitim Programlarını geliştirme komisyonu (EPGK), Sınav komisyonu (SK) ve Akreditasyon kurulu (AK) oluşturularak üyeleri seçilmiş, her biri kendi içinde yapılanmalarını oluşturarak çalışmalarını yürütmektedir.

Kurulumuz, uzmanlık öğrencilerinin mutlaka bilmeleri ve edinmeleri gereken (olmazsa olmaz) bilgi, beceri ve tutumları saptayarak örnek bir çekirdek müfredat oluşturmuştur.

"Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu", uzmanlık öğrencileri için "Beceri Rehberleri" ve "Kış Okulu" konularında çalışmalarını sürdürmüştür. Beceri rehberleri, komisyon üyelerinin ve komisyonca görevlendirilen ilgili eğitimcilerin yoğun çalışmaları sonucunda ortaya çıkmıştır. Beceri rehberlerinin olabildiğince standart bir biçim ve içerikle hazırlanabilmesi için, öncelikle üyelerinin eleştiri ve katkılarıyla son şeklini alan örnek bir beceri rehberi oluşturulmuş, diğer rehberler de bu doğrultuda hazırlanmıştır. Kurulumuz, bu aşamada, hazırlanan beceri rehberlerini "Eğitim üst kurulu" na yollayarak daha geniş bir katılımı rehberlerin son halini almasını sağlamaya özen göstermiştir.

Türk Dermatoloji Yeterlik Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonumuzun bir diğer etkinliği de 16-20 Aralık 2008 tarihinde Antalya'da düzenlenecek olan 1. Dermatoloji Kış Okulu'dur. "Dermatoloji Çekirdek Müfredatı" bilgi hedefleri içinde ilk sıralarda yer alan hastalık ve durumlar kış okulunun ağırlıklı konularını oluşturacaktır. Kış okulunda eğitim modeli olarak hem interaktif hem de konferans şeklinde konuların aktarılmasını planlamaktadır. Okul öncesi ve sonrası değerlendirmeler için eğitimciler tarafından sorular hazırlanmış, sertifika ve katılım belgeleri düzenlenmiştir.

Akreditasyon Komisyonu tarafından Türkiye'de mevcut Eğitim Kurumlarının durumlarını saptamak amacıyla detaylı bir anket çalışması düzenlenmiş, sonuçları istatistiksel olarak yorumlanmıştır.

Sınav Komisyonu ise soru bankasının oluşturulması ve ilk yeterlik sınavının yapılabilmesi için alt yapı çalışmalarını büyük bir hızla yürütmektedir.

Hedeflerimiz;

Asistan karnelerini oluşturmak, eğitim kurumlarının akreditasyonunu sağlamak, Yeterlik sınavını gerçekleştirerek Dermatoloji uzmanlarına yeterlik belgesi vermektir. Türk Dermatoloji Derneği'nin sağlamış olduğu teknik ve finansal kaynağın kurullar ve komisyonların çalışmalarını son derece kolaylaştırdığını belirtir ve TDD yönetim kuruluna teşekkür ederiz.

TÜRK HEMATOLOJİ DERNEĞİ ve FARKLI BİR YETERLİLİK MODELİ: HEMATOLOJİ PASAPORTU

Türk Hematoloji Derneği Mezuniyet Sonrası Eğitim Grubu adına,
Dr. Hamdi AKAN, Dr. Muzaffer DEMİR

Türk Hematoloji Derneği 1967 yılında kurulmuş olup, toplam 628 üyesi ile Türkiye'deki tek Hematoloji uzmanlık derneğidir. Türkiye'de yapılan uzmanlık yeterlilik uygulamaları genelde ABD'de geçerli olan BOARD Sertifikasyonu yaklaşımını örneklemektedir. Ancak bu uygulama Avrupa Birliğince benimsenmiş değildir. Avrupa Hematoloji Derneği 2000 yılında standart bir Hematoloji Eğitim sağlanabilmesi için ortak müfredat geliştirme ve bir Avrupa Hematoloji Pasaportu oluşturmaya başlamıştır. Türk Hematoloji Derneği bu projenin ortaklarından.

AVRUPA Hematoloji Müfredatı ve Pasaport Projesi

Avrupa Birliği Hematoloji Uzmanlık eğitimini uzmanlık derneklerine bırakmıştır. 2003 yılında Avrupa Hematoloji Derneği Hematolojide Sürekli Tıp Eğitimi Projesini (ECAH) geliştirmiştir.

ECAH projesi iki bölümden oluşmaktadır:

- A. Avrupa Hematoloji Sürekli Tıp Eğitimi Kredi Projesi
- B. Müfredat projesi

Türkiye başlangıçta bu projede yer almazken, süreç sırasında dahil olmuştur.

Avrupa Hematoloji Sürekli Tıp Eğitimi Kredi Projesi

Sürekli Tıp Eğitimi (CME) kredileri EHA tarafından verilmektedir. Türk Hematoloji Derneği başlangıçta ulusal toplantıları kredilendirirken, daha sonra yaptığı başvuru kabul edilmiş ve "ECAH Kredi Sağlayıcı" statüsü kazanmıştır. 2005'te yapılan Ulusal Hematoloji Kongresi EHA denetçileri tarafından denetlenmiştir. Buna göre Türk Hematoloji Derneği EHA adına Türkiye'deki Hematoloji toplantılarını kredilendirmeye yetkilidir. Bu krediler ve kredilendirilen toplantılar EHA'nın web sayfasında yayınlanmaktadır (www.ehaweb.org).

Avrupa Ortak Hematoloji Müfredatı Geliştirme Programı

Bu müfredatı belirlemek amacı ile önce ECAH bünyesinde alt gruplar kuruldu. Eylül 2005'te yapılan bir ön çalışmanın ardından ana müfredat yapısı oluşturuldu. ECAH üyeleri ve THD'nin de dahil olduğu ulusal demeklerle görüşülerek oluşturulan müfredat Kasım 2005'te kabul edildi. 2008 yılında bu çalışmalar gözden geçirilerek yenilemeler yapıldı. EHA bu çalışmaya "pasaport" adını vermektedir. **Pasaport Projesinin Amacı Standardizasyon ve Mobilitedir. Buna göre** Pasaport sahibi olan her Hematolog AB içerisinde herhangi bir ülkede çalışabilir. Hematoloji eğitimi altyapısı eksik olan kurumlardaki uzmanlar, eğitimlerinin eksik kısmını başka kurumlarda (ülke içi-Avrupa içi) tamamlayabilir.

Müfredatta konular Farkındalık (F), Bilgi (B), Hakimiyet (H) ve Teknik Hakimiyet (TC) olarak ayrılmaktadır (Tablo I).

H-NET

En önemli proje, H-Net adı verilen Hematoloji Eğitimi Harmonizasyonu projesidir (European Network for Harmonization of Training in Hematology). Bu projeye 26 ortak ve 22 ülke katılmaktadır (THD dahil). H-NET projesi bu yıl ilgili derneklerin onayı ile Avrupa Birliğine sunulmuş ve 600.000 €'luk bir Leonardo projesi kabul edilmiştir.

Türkiye'de Yapılanlar

Türk Hematoloji Derneği önce Pasaport'u Türkçeye çevirdi ve onaylanmış çeviri Derneğin web sayfasına, konu ile ilgili Dernek tarafından hazırlanmış rapor ile birlikte yerleştirildi. Pasaport içeriği son 2 yıl içerisinde

Hematoloji Uzmanlığı almış olan 10 Hematoloji uzmanına verildi ve onlardan aldıkları eğitimin ne kadarının bu pasaportla uyumlu olduğu soruldu. Sonuçlar, 2008 Ulusal Hematoloji Kongresinde Bilim Dalı ve Kliniklere sunuldu. Ankara Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı 2008 yılında pasaport uygulamasına başlamıştır.

Tablo 1. Avrupa Müfredatında konuların değerlendirilmesi

							F	B	H
a	Anemiler (Demir, B12, Folik asit eksikliği) , kronik hastalık anemisi								##
b	Saferitroid aplazi , sideroblastik anemi , Parvovirus B 19 enfeksiyonu							##	
c	Talasemi ve Orak hücre hastalığı								##
d	Sferositoz ve G6PD eksikliği								##
e	Diğer konjenital hemolitik anemiler						##		

TÜRK GÖĞÜS HASTALIKLARI YETERLİLİK KURULU

Ali Kocabaş, Hayati Bilgiç, Oya İtil, Orhan Arseven, Muzaffer Metintaş, Can Öztürk, Bilun Gemicioğlu, Sadık Ardiç, Sedat Altın, Yurdanur Erdoğan, Haluk Çalışır

(Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlik Kurulu Yürütme Kurulu Üyeleri)

Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlilik Kurulu, Türkiye’de Göğüs Hastalıkları uzmanlık eğitimi iyileştirmek, düzeyini yükseltmek, uluslararası ve ulusal standartlara uygun ve ülkemiz gereksinimlerini karşılamak amacıyla 2001 yılında kurulmuştur.

Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlilik Kurulunun amaçları:

- 1- Göğüs hastalıkları uzmanlık eğitiminin ulusal standartlarını oluşturmak ve geliştirmek, uzmanlık eğitimindeki yeterliğin ve eğitim birimlerinin akreditasyonunun temel ilkelerini oluşturmak.
- 2- Uzmanlık eğitimi süresince işlenmesi gereken kuramsal ve uygulamalı eğitim programının hazırlanmasını sağlamak.
- 3- Uzmanlık öğrencisinin eğitim süresince öğrenmesini sağlamak, izlemek ve değerlendirmek için “asistan karnesi” gibi eğitsel araçların oluşturulmasını sağlamak.
- 4- Uzmanlık eğitimi veren kurumlarda hizmetin hacmi ve çeşitliliği, eğitici ve tıbbi personelin sayı ve yetkinliği, alt yapının (sağlık hizmeti ve eğitim açılarından) yeterliliği, sağlık hizmeti sunumunun iyi düzenlenmiş ve sistematik olması, eğitim ortamının uygunluğu, tatmin edici bir kuramsal ve uygulamalı eğitim programının oluşturulması, araştırma olanakları konularında rehber bilgiler ve standartlar oluşturmak, eğitim birimlerini gönüllülük temelinde ziyaret etmek ve yukarıda sözü edilen ölçütler açısından akreditasyonunu gerçekleştirmek.
- 5- Uzman hekimlerin mesleki bilgi ve uygulamalar açısından yeterliklerini sınamak.
- 6- Yeterlik belgesi vermek.

Yeterlilik Kurulu’nun hedefi daha önce hazırlanan çekirdek müfredat programını ulusal ve uluslararası standartlara göre güncellemek, buna uygun göğüs hastalıkları uzmanlık eğitim programını oluşturmak ve bu programı bir an önce Göğüs Hastalıkları uzmanlık eğitimi veren kuruluşlarda hayata geçirmektir. Bu amaçla, Avrupalı Uzmanlar için Göğüs Hastalıklarında Uyumlaştırılmış Eğitim (HERMES) projesi çerçevesinde hazırlanan ve Eylül 2006’da yayınlanan “Avrupa Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Eğitiminde Çekirdek Müfredat Programı” temel alınarak Ulusal Göğüs Hastalıkları Çekirdek Müfredatı hazırlanmıştır. Önümüzdeki 4 ay içinde Türk Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Eğitim Programı hazırlanacak ve hayata geçirilecektir. Önümüzdeki yıl içinde uzmanlık eğitimi verilen kurumlara ziyaret programları oluşturarak bu merkezlerin akreditasyonu çalışmalarına başlamayı öngörmekteyiz. Bu dönemde, yeterlilik sınavları, yeni uzmanlık eğitim programına uyarlanmış şekliyle yılda bir kez yapılmaya devam edilecektir. Geçen yıllar içinde yedi kez Yeterlilik Sınavları yapılmış, 300 Göğüs Hastalıkları Uzmanına Yeterlilik Belgesi verilmiştir.

Yeterlilik Kurulumuzun temel amacı, Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Eğitim Programını bir an önce hazırlayıp, bunu Türkiye’de Göğüs hastalıkları uzmanlık eğitimi veren 48 kuruluşta hayata geçmesi için teşvik etmek, programı uygulayan eğitim kurumlarını akredite etmek ve yapılmakta olan sınavı da bu programa uygun hale getirmektir. Böylece yeterlilik kurulumuzun, göğüs hastalıkları uzmanlık eğitimi iyileştirme ve standardize etme hedefine ulaşmaktır.

Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlilik Kurulu, TTB- Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) ve onun bir alt birimi olan Ulusal Yeterlik Kurulu (UYEK) ile ve Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalları ile yakın bir işbirliği içinde çalışmakta, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü’nün konu ile ilgili çalışmalarını işmalarını yakından takip etmektedir.

TÜRK HİSTOLOJİ VE EMBRİYOLOJİ DERNEĞİ

YETERLİK KURULU

Türk Histoloji ve Embriyoloji derneği Yeterlik Yönergesi ilk olarak 30 Haziran 2001’de Türk Histoloji ve Embriyoloji Derneği Olağan Genel Kurulunda kabul edildi.Bu Yönergede daha sonra UYEK tavsiyeleri doğrultusunda değişiklikler yapılmış ve yeni Yönerge,28.6.2006’da Ulusal Kongre sırasında Genel Kurulda tartışılarak kabul edilmiştir.

Yeterlik Kurulu,Kurul ve Komisyonları ise Eylül 2002’de VI.Ulusal Histoloji ve Embriyoloji Kongresi sırasında seçildi.

Çekirdek Eğitim Programı ve Asistan Karnesi ,Eğitim Programlarını geliştirme Komisyonu tarafından hazırlandı ve 4 Eylül 2003’te 16.Ulusal Elektron Mikroskopi Kongresinde kabul edildi. Çekirdek Eğitim Programı ve karne,bugün hemen bütün Anabilim Dallarında kullanılmaktadır.

Yeterlik sınavları iki aşamalı olarak düzenlenmiştir.İlki çoktan seçmeli olarak yapılmaktadır.Son sene asistanları girebilmektedir.2006,2007 ve 2008 yıllarında Ulusal kongreler sırasında üç kez yapılmıştır.İkinci aşama sınav nesnel yapılandırılmış laboratuvar sınavıdır.Daha önceki sınavlarda katılma hakkını elde eden aday olmadığından, ilk kez,Aralık 2008’de yapılacaktır.

Akreditasyon komisyonu,kurum ziyaretlerine başlamak için gerekli kuralları oluşturmaya çalışmaktadır.Anabilim Dalları için minimum alt yapı gereksinimleri ve eğitimdeki şartları belirleme aşamasındadırlar.Kurum ziyaretlerinin 2009 içinde başlaması planlanmaktadır.

Son yıllarda teknolojinin ve moleküler çalışmaların hızlı gelişimi,histoloji ve embriyoloji bilim disiplini de etkilemiş ve hızlı bir değişime yol açmıştır.Yeterlik Kurulumuzun amacı,Ülkemizdeki tüm Anabilim Dallarında ,bu değişimi izleyebilecek,uygulayabilecek,klinikle bağlantı kurabilecek ve bilgi birikimini daha genç kuşaklara başarıyla aktarabilecek akademisyen Bilim Adamlarının yetiştirilmesine yönelik bir Histoloji ve Embriyoloji Eğitim planının geliştirilmesi ve uygulanmasının sağlamaktır

TÜRK İÇ HASTALIKLARI UZMANLIK DERNEĞİ
SÜREKLİ DEĞİŞEN VE GELİŞEN BİR ALAN OLARAK
İÇ HASTALIKLARI VE İÇ HASTALIKLARI UZMANLIĞI

İç Hastalıkları Uzmanlığı, erişkin bireyin sağlık sorunlarına sürekli ve bütüncül bir yaklaşım sergileme, diğer disiplinlerle sürekli bilgi alışverişinde bulunma, liderlik ve profesyonellik özellikleri ile modern sağlık sisteminin merkezinde yer almaktadır. İç Hastalıkları Uzmanlığı, güncel tıptaki bilgi birikimi nedeniyle sürekli değişen ve gelişen dinamik bir alandır. İç Hastalıkları Uzmanları, günlük klinik uygulamalarında hizmet kalitelerini artırmak için çok geniş bir klinik bilgi birikimine gereksinim duymalıdır. Uzmanlar sürekli devam eden eğitim ve yeterlilik sınavları ile bu gereksinimi başarı ile sağlayabilirler.

Yeterlilik (Board) Sınavı Nedir ?

ABD'de 1936'da başlayan ve daha sonra dünyanın değişik ülkelerinde uygulanan yeterlilik (board) sınavları, sağlık hizmetlerinde kalite standartlarını oluşturarak İç Hastalıkları Uzmanlarının mesleki bilgi, yetenek ve davranışlarını değerlendirip sertifikalandırmaktadır. Bu sertifika, yaşam boyu öğrenme çabasına kendini adanarak, her hastanın hak ettiği en yüksek tıbbi bakımı vermeye gönüllü hekimleri belirlemektedir.

Yeterlilik (Board) Sertifikalı Olmak Neden Önemlidir ?

Yeterlilik sertifikası, bir İç Hastalıkları Uzmanının her yönden yeterli bir merkezde uzmanlık eğitimi tamamlayarak, bu eğitime ilişkin bilgi, deneyim ve klinik beceriler açısından değerlendirildiği bir sınav sürecinden geçtiğini belgelemektedir. Yeterlilik sertifikası, bir İç Hastalıkları Uzmanının en yüksek kalitede sağlık hizmeti verebilecek yetkinlik, güvenilirlik ve sorumluluk düzeyinde olduğunun kanıtı olacaktır. Böylece sağlık planlayıcıları, sağlık kurumları ve yöneticileri ile hastalar, seçtikleri hekimin bu kriterleri taşıdığından emin olacaklardır.

Ulusal İç Hastalıkları Uzmanlık Yeterlilik (Board) Sınavı Nedir ?

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, ülkemizde hizmet veren İç Hastalıkları Uzmanlarının eğitim standartlarının oluşturulması ve geliştirilmesi ile İç Hastalıkları Uzmanlarının en yüksek kalitede sağlık hizmeti verebilecek yetkinlik, güvenilirlik ve sorumluluk düzeyinde olduğunun belirlenmesi için 2002 yılından bu yana her yıl Ulusal İç Hastalıkları Uzmanlık Yeterlilik Sınavı düzenlemektedir. Ulusal İç Hastalıkları Uzmanlık Yeterlilik Sınavı, ülke çapında hizmet veren çok sayıda İç Hastalıkları uzmanının hazırladığı sorularla oluşturulmaktadır. Değişik alanlardan toplanan sorular Ulusal İç Hastalıkları Uzmanlık Yeterlilik Sınavı Yürütme Kurulu tarafından son haline getirildikten sonra adaylara uygulanmaktadır. Sınav çoktan seçmeli 120 sorudan oluşmaktadır. Sorular, ezber bilgiden daha çok klinik yaklaşım ağırlıklı ve adayların hasta karşısında karar verme beceri ve yeteneklerini sinamaya yöneliktir.

Ulusal İç Hastalıkları Uzmanlık Yeterlilik (Board) Sınavına Kimler Girebilir?

Sınava, İç Hastalıkları Uzmanlık eğitimi tamamlamış bütün İç Hastalıkları Uzmanları ve eğitiminin son yılında olan İç Hastalıkları Araştırma Görevlileri/Asistanları girebilir. Sınav sonucunda başarılı olan adaylara İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği'nce Ulusal İç Hastalıkları Uzmanlık Yeterlilik Sınavı Başarı Sertifikası verilir. Sınavı başaran Araştırma Görevlileri/Asistanlar sertifikalarını uzmanlık eğitimi tamamladıklarını belgeledikten sonra alırlar.

Ulusal İç Hastalıkları Uzmanlık Yeterlilik Sınavı Yürütme Kurulu

Kurul, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu'na bağlı, kendi iç yönergesi ile çalışan 18 üyeden oluşmaktadır. Kurul, Tıp Fakülteleri ile Eğitim Hastanelerinde görev yapan ve İç Hastalıklarının tüm yan dallarını temsil eden İç Hastalıkları Uzmanlarından oluşmaktadır.

TÜRK KALP DAMAR CERRAHİSİ DERNEĞİ YETERLİK KURULU

KURULUŞ

İlk "Genel Kurul" 25 Mart 2006 tarihinde yapıldı.

Genel kurula yeterlik belgelerini sınavsız alan (Yönerge madde: 8.1) 225 uzman doktor katıldı.

İlk yürütme kurulu toplantısı 31 Mart 2006 tarihinde gerçekleştirildi.

Sınav komisyonu kuruldu, sınav yönetmeliği hazırlandı.

İkinci seçimli "genel kurul" toplantısı 21 Ekim 2008 tarihinde yapıldı. Yeterlik yönergesi değişik önerileri kurulun oylarına sunulurken son şeklini aldı.

YETERLİK SINAVLARI

Fakültelerdeki anabilim dalları ve eğitim hastanelerinin katkılarıyla soru bankası oluşturuldu.

Yazılı ve sözlü olmak üzere iki aşamalı olarak uygulanan yeterlik sınavına iki sene içinde 45 aday katıldı. Birinci aşamayı 22 aday geçti. İkinci aşama sınavına giren 10 adayın 8'i başarılı olarak yeterlik belgelerini aldılar.

EĞİTİM PLANLAMASI ÇALIŞMALARI

Uzmanlık eğitiminde asistanların yapması gereken minimum ameliyat sayıları belirlendi. Aktivitelerin uzmanlık döneminde de izlenebilmesi için "**uzmanlar için aktivite karnesi**" hazırlandı. Ayrıca yeterlik sınavının ikinci aşamasına başvurabilmek için, son 3 yılda yapılması gerekli minimum sayılar belirlendi.

Uzmanlık eğitiminin esaslarını belirleyen bir program hazırlandı. Bu program tüm eğitim hastanelerine, eğitim planlamasına örnek olarak gönderildi.

YENİ UZMANLIK TÜZÜĞÜ İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Sağlık Bakanlığı ilgili müsteşarlığı ve eğitim dairesi yöneticileri ile uzmanlık tüzük taslağı konusunda toplantı yapıldı. Dernek yönetimi ve yeterlik kurulunun görüşlerini içeren bir dosya sunuldu. Bu dosyanın bir benzeri daha sonra Sağlık Bakanı'na gönderildi.

Görüşlerimiz;

1. Uzmanlık tüzük taslağında damar cerrahisi, genel cerrahinin bir yan dalı olarak gösterilmektedir. Damar cerrahisinin genel cerrahinin yan dalı olması karışıklıklara yol açacaktır. Kendi uzmanlıkları üzerine 3 senelik kalp damar cerrahisi anadal eğitimi gören genel cerrahlar isterlerse sadece damar cerrahisi yapabilirler. Kısacası yürürlükteki uygulama daha doğrudur.

2. Uzmanlık dalı eğitim ve müfredat komisyonu için tüzük taslağındaki yeni düzenleme (madde 9) değişmeli, bu komisyonda yeterlik kurulu temsilcilerinden en az 2 kişi olmalıdır. Uzmanlık dallarında eğitimin planlanması ve denetiminde yeterlik kurulları devrede olmalı, bu hususlar uzmanlık tüzüğünde de yer almalıdır.

MESLEK STANDARTLARININ SAPTANMASI

Sağlık Bakanlığı eğitim dairesinin talebi üzerine, meslek standartlarını, unvan ve tanımları, uzmanların yaptığı işleri, genel bilgi ve becerileri ile kullanılan araç, gereç ve ekipmanlara dair bilgileri içeren, ana hatlarıyla şablonu bakanlık tarafından belirlenmiş olan "Meslek standartları kurulu Kalp Damar Cerrahisi Uzmanlığı Görev Analizi" hazırlanarak Bakanlığa gönderildi.

HEDEFLER

- Soru bankasının derinliğinin artırılması
- Uzmanlık eğitimi veren merkezlerin gönüllülük esasına göre ziyaret edilmesi ve değerlendirilmesi
- Rotasyon esaslarının saptanması, standartların belirlenmesi
- Bakanlık tarafından yapılan Uzmanlık Tüzüğü çalışmalarının izlenmesi, yeterlik kurullarının eğitim ve müfredat komisyonlarına girmesinin sağlanması
- Üniversitelerarası kurul ve YÖK ile görüşülerek, yeterlik sınavının doçentlik sınavına başvuru koşulu olmasının sağlanması

TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE İNFEKSİYON HASTALIKLARI (KLİMİK) DERNEĞİ EĞİTİM VE YETERLİK KURULU ÇALIŞMALARI

Özet: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları (Klimik) Derneği Enfeksiyon Hastalıkları ve Klimik Mikrobiyoloji Eğitim ve Yeterlik Kurulu (İHKMEYK) 2002’de kurulmuş, bugüne kadar şu aktiviteleri gerçekleştirmiştir. Çekirdek müfredat ve asistan karnesi hazırlanıp kullanıma sunulmuştur. Dört kez teorik ve uygulama sınavı olmak üzere 2 aşamalı yeterlik sınavı yapılmıştır (2005, 2006, 2007, 2008). Sürekli tıp eğitimi olarak 3 kurs (2’si Eğitici Gelişimi Kursu) düzenlenmiştir. Eğitim kurumlarının ziyaretleriyle ulusal akreditasyon için de çalışmalar tamamlanmıştır. Gerekli formlar hazırlanmış olup, başvurular değerlendirilerek kurum ziyaretleri başlatılacaktır.

İHKMEYK kurulduğundan bu güne yapılanlar:

A) Eğitimle ilgili çalışmalar

I) Eğitilenlere yönelik çalışmalar:

2005’te çekirdek müfredat oluşturulmuş, 2006’da asistan karnesi kurumlara dağıtılmış ve kullanıma girmiştir. Eğitilenlerin eğitim gereksinimlerini belirlemek üzere güncellenen bir anket yapılmaktadır. 2007’de XIII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi’nin öncesinde “Klinik Uygulamalarda Antibiyotik Duyarlılık Testleri ve Değerlendirilmesi” başlıklı kurs düzenlenmiştir.

II) Eğiticilere yönelik çalışmalar

Eğitici Gelişimi Kursları:

İlk kez 14-17 Şubat 2007’de, ikinci kez 27-29 Mart 2008’de düzenlenmiş; her yıl tekrarlamak üzere planlaması ve çalışmaları yapılmıştır.

B)Yeterlikle ilgili çalışmalar

I) Yeterlik Sınavları:

İHKMEYK tarafından 4 kez yeterlik sınavı yapılmıştır. Yeterlik Sınavı iki aşamalıdır: **[1]** Çoktan seçmeli 100 sorudan oluşan teorik sınav, bilgi ölçmeye yöneliktir. 60 puan alanlar teorik sınavda başarılı kabul edilerek uygulama sınavına girmeye hak kazanmaktadır. **[2]** Uygulama sınavı, simüle ortamlarda iletişim, bilgiyi (klinik ve laboratuvar) kullanma ve uygulama becerisiyle girişimsel becerilerin değerlendirildiği, ayrıca mikroskopik görüntülerle sinamanın yapıldığı bir sınavdır. OSCE, Türkçeleştirilmiş adıyla NÖKS (Nesnel Örgün Klinik Sınav), şeklinde yapılmaktadır. 100 üzerinden 60 puan başarılı kabul edilmektedir.

Yapılan Yeterlik Sınavlarının Analizi:

1. **2005 yılında yapılan 1. sınav:** Sınava 22 aday katılmış, 17’si teorik sınavda başarılı olmuştur. Uygulama sınavında 1 kişi başarısız olmuştur
2. **2006 yılında yapılan 2. sınav:** Sınava 10 aday katılmış, 8’i başarılı olmuştur. Uygulama sınavına katılan 7 adayın tümü başarılı olmuştur.
3. **2007 yılında yapılan 3. sınav:** Sınava 7 aday katılmış. 3’ü başarısız olmuştur. Uygulama sınavına giren 4 aday da başarılı olmuştur.
4. **2008 yılında yapılan 4. sınav:** Sınava 6 aday katılmış, adayların tümü teorik ve uygulama sınavında başarılı olmuştur.

II) Akreditasyon Çalışmaları (Kurum Ziyareti Çalışmaları):

Kurum anketleri ile elde edilen verilerin yönlendirmesiyle kurum ziyaret programlarını geliştirmek üzere çalışmalar başlatılmıştır. Kurum ziyareti öncesi kurumlara kendilerini değerlendirmeleri için form (Form 1), kurum ziyareti talep eden kuruma gidince kullanılacak form (Form 2) ve kurum ziyareti sırasında asistanlarca doldurulacak form (Form 3) hazırlanmıştır. Başvuru formları kurumlara gönderilmiştir. Başvurular değerlendirilerek kurum ziyareti tarihi belirlenecek ve istekli kurumlara ziyaret gerçekleştir.

YAŞLANAN DÜNYA VE GERİATRİ EĞİTİMİ: GERİATRİ DERNEĞİ PERSPEKTİFİ

www.geriatri.org

Dünyada ve Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresinin artması, erken tanı ve tedavi olanaklarındaki gelişmeler, yaşlı sağlığını koruma ve bu dönemde meydana gelen çoklu sağlık sorunları ile baş edebilme yollarında kazanımlara neden olmuştur. Bilimin hemen her alanında olduğu gibi tıp alanında da “yaşlılık” dönemine ilişkin gelişim arayışları sürmektedir. Amaç yaşam süresinin uzatılması kadar hatta daha da önemlisi, yaşlı insan otonomisinin ve yaşam kalitesinin sağlanmasıdır.

Yaşlı sağlığını ilgilendiren alanda uzmanlaşan “geriatrist”lerin tanımı ve eğitim süreçlerine ilişkin farklı görüşler bulunmakla birlikte dünyada evrensel tıp yaklaşımının da gereği olarak, yaşlılık dönemini ayrı bir dönem ve dolayısıyla da bu dönemi ilgilendiren uzmanlık alanının da ayrı bir uzmanlık dalı ve anabilim dalı olması gerekliliği öne çıkmaktadır (1,2). Geriatri; tıpkı pediatri gibi ayrı bir tıp disiplini olarak tanımlanmalı ve kabul edilmelidir.

Konu ile ilgili Avrupa Birliği Geriatrik Tıp Derneği (European Union Geriatric Medicine Society) tarafından da benzer öneriler sunulmaktadır. Bu önerilere göre geriatri disiplininin multidisipliner gerontoloji biliminden daha fazla yararlanan, toplumun yaşlı sağlığı ve hastalıkları konusundaki gereksinimlerine daha fazla yanıt veren ayrı (bağımsız) bir uzmanlık dalı olması ve tıpta ilgili diğer uzmanlık dalları ile sıkı ilişkiler geliştirmesi gereği vurgulanmaktadır (1,2).

Ancak mevcut şartlara bakıldığında Türkiye’de, Avrupa ülkelerinde de olduğu gibi bağımsız geriatri bilim dallarında uzmanlık eğitimi almış hekim sayısı, sağlık kurum organizasyonları, eğitim ve uygulamaya ayrılan kaynakların yetersizliği söz konusudur. Bu alanların gelişimine katkı sağlamak amacıyla da Geriatri Enstitüsü veya Merkezleri kurulması akılcı ve pratik bir yaklaşım olabilir. Şu anda yaşlı sağlığı açısından en hızlı ve etkin yaklaşım, multidisipliner bir organizasyon (tıpta ilgili tüm uzmanlık dalları yanında sosyoloji, psikoloji, hemşirelik, beslenme, sosyal hizmetler, fizyoterapi) ile başarılabilir.

Geriatri Derneği; 2003 yılında ülkemizdeki bu alanda kurulmuş ilk bilimsel dernektir. Geriatri Derneği bir uzmanlık derneği olmayıp geriatri alanında çalışan ilgili tüm uzmanlık dallarından hekimlerin bir arada yaşlı sağlığını koruma ve geliştirme yanında erken tanı ve etkin tedavi yaklaşımları konusunda çalışmalar yapmalarına olanak sağlayan multidisipliner bir yapılanmaya sahiptir.

Türkiye’de nüfus yapısındaki demografik değişim her geçen gün geriatri disiplinine olan gereksinimi daha da ön plana çıkarmaktadır. Bu noktada Avrupa’daki geriatri tıbbi uygulamalarına ilişkin birikimlerden ve deneyimlerden yararlanmak; Türkiye yapılanmasını “ayrı bir disiplin” şeklinde kurgulamak ve uygulamaları bu doğrultuda geliştirmek yaşlı sağlığını koruma ve geliştirme adına çok önemli bir gelişme olacaktır.

Kaynaklar

1. **World Health Organization. International Association of Gerontology and Geriatrics. Geriatric Medicine: basic contents for Undergraduate Medical Teaching**
<http://www.iagg.com.br/PdfNoticias/IAGG200831110919.pdf>. Erişim tarihi: 20 Kasım 2008.
2. **European Silver Paper on the Future of. Health Promotion and Preventive Actions. Basic Research, And Clinical Aspects of. Age- related Disease.** <http://www.am.wroc.pl/pliki/nauka/euopen.pdf>. Erişim tarihi: 19 Kasım 2008.
3. **Open Method of Coordination: Joint Report 2007 and supporting document.**
www.eugms.org/index.php?pid=191. Erişim tarihi: 20 Kasım 2008

BULAŞICI HASTALIKLARDA SAĞLIK HİZMETİ SUNMA SORUMLULUĞUNUN SINIRLARI: UDEK İÇİN BİR ÖNERİ

Dr. Murat CİVANER

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deontoloji Anabilim Dalı

mcivaner@gmail.com

Sağlık hizmeti sunumunda ayırım yapmama temel mesleki değerlerdendir. Meslek ahlakı ile ilgili çeşitli metinler bu değere özellikle yer verir ve hastalar arasında sadece tıbbi ölçütlere göre ayırım yapılabileceği özellikle belirtilir. Bununla birlikte, yine aynı metinler hekimlerin çeşitli koşullarda hizmet sunmayı reddedebileceklerinden söz etmektedir. Örneğin Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde, hekimin çağrıldığı ev ya da kurumda korunma önlemlerinin alınması için hizmet sunmayı reddedebileceği, ayrıca acil bir durum yoksa ya da resmi veya insani bir görevin koşulları oluşmamış ise, mesleki ya da kişisel gerekçeler ileri sürerek hizmet sunmayabileceği belirtilmektedir. Hizmet sunmayı reddedebilmenin bir diğer koşulu, hastanın bir başka hekime devredilebiliyor olması ve devir nedeniyle sağlık durumunun olumsuz etkilenmeyecek olmasıdır. Kısacası hekimin hizmet sunmayı reddedebilmesi için oldukça iyi gerekçeleri olması ve pek çok koşulun sağlanmış olması gereklidir; ki bu da hizmet sunmanın reddedilebileceği durumları oldukça azaltır. Ancak yine de böyle koşullardan söz ediliyor olması, hizmet sunma yükümlülüğü için bir sınır olduğu anlamına gelmektedir.

Yukarıda tanımlanan durumlardan biri, bazı bulaşıcı hastalıkların etkisiyle ortaya çıkabilir. Özellikle yeni oluşan, mortalitesi yüksek, enfeksiyon zinciri tanımlanmamış, rutin korunma ve tedavi yöntemlerinin yetersiz kalabildiği bulaşıcı hastalıklarda, hizmet sunma sorumluluğunun sınırları üzerinde henüz açık bir uzlaş sağlanamamıştır. Gerek ulusal düzenlemeler, gerekse de Dünya Tabipler Birliği bildirgeleri gibi uluslararası ölçekteki metinler bu konuda yeterince yol gösterici olamamaktadır. Bu hastalıklar sağlık çalışanlarını önemli risklerle karşı karşıya bırakabilmekte, çalışanlar bu riskler nedeniyle hizmet sunmayı reddedebilmektedir. Örneğin Kanada'da bir hemşire, birlikte yaşadığı ve immünoşüpresif tedavi alan annesiyle kendisine bağımlı küçük kızını gerekçe göstererek bir SARS hastasına hizmet sunmayı reddetmiş, devletçe işine son verilmesine rağmen sendika mücadelesi ile işine geri dönmüştür.

SARS, kuş gribi, KKKA gibi hastalık salgınlarıyla sağlık çalışanlarının gündemine daha yoğun biçimde giren hizmet sunma yükümlülüğüne ilişkin olarak çok sayıda sorunun varlığından söz edilebilir:

Sağlık çalışanlarının hizmet sunma sorumluluğunun meslek ahlakı açısından temelleri nelerdir?

- Bu sorumluluğun sınırları var mıdır, yoksa sağlık çalışanları mesleklerinin doğası gereği daima hasta yararını mı öncelemek durumundadırlar?
- Tıp mesleklerini seçenler mesleklerini uygularken/ uygulama nedeniyle karşılaşabilecekleri tüm riskleri kabullenmiş sayılır mı, yoksa bu risklerden bazıları mı kabul edilebilir? Bu riskleri hangi ölçütlerle sınıflayabiliriz?
- Meslek seçimi sırasında söz konusu olmayan, sonradan ortaya çıkan riskler hizmet sunma sorumluluğu içinde midir?
- Bulaşıcı hastalıklar için hizmet sunma sorumluluğunun sınırını belirleyen maksimum bir risk düzeyinden söz edilebilir mi? Hangi ölçütlerle? Hangi hastalıklar/durumlar bu düzeyin altında/üstünde kalır?
- Böylesi bir sınır tanımlanır ise, sınırın üstünde kalan hastalıklarda sağlık hizmeti nasıl sunulmalıdır?
- Uygun olmayan çalışma koşulları bu sınırın yerini değiştirir mi?

Yukarıdakiler ve bağlantılı pek çok soru için yol gösterici olgunlukta yanıt üretmek gerekmektedir. Aksi takdirde, gerek iklim değişikliklerine, gerekse de insanın doğayla etkileşim biçimine bağlı olarak pek çok yeni bulaşıcı hastalık salgını oluşacağı öngörüsünde bulunan günümüz koşullarında, sağlık çalışanları karşılaşacakları riskler ve etik ikilemlerde yalnız kalacaklardır. Bu yalnızlık gerek hizmet sunanların gerekse de alanların sağlıklarını tehlikeye atacaktır.

Bu noktada, ülkemizdeki uzmanlık dernekleri için bir şemsiye örgüt niteliği taşıyan TTB-UDEK, barındırdığı potansiyelle en etkin olabilecek kurumlardan birini oluşturmaktadır. Tıp etiği, enfeksiyon, mikrobiyoloji, cerrahi ve diğer dallardan uzmanlar, kurum yöneticileri ve politika belirleyenlerin katılımıyla düzenlenecek bilimsel

etkinlikler, grup çalışmaları, ve soruna özgü yapılandırılmış ekip çalışmaları ile üretilebilecek çeşitli kılavuzlar, sağlık çalışanlarının ayırım yapmama ilkesini koruyarak ve sağlık hizmeti alma hakkına saygı göstererek çözüm üretmesine yardımcı olacaktır.

Dünyada ve ülkemizde henüz tüketilmemiş ve toplum sağlığı açısından bu derece önemli bir tartışmaya, UDEK'in koyabileceği anlamlı bir katkı bulunmaktadır. Bu poster bildirisi, UDEK yönetim organları ve üye derneklerin sözü edilen çalışmayı yürütmeleri konusunda öneride bulunmak üzere hazırlanmıştır.

LABORATUVARDA ETİK KÜLTÜR SURVEYİ - 2007

Ramazan İnci¹, Gül Kıtıapçıoğlu², Süleyha Hilmioğlu Polat¹, Dilek Yeşim Metin¹

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

¹Mikrobiyoloji Klinik Mikrobiyoloji AD. ve ²Biyoistatistik AD. Bornova- İZMİR

Giriş: Etik; ahlaki değer yargılarını ve davranışların standartlarını, bunların altında yatan felsefi ilkeleri inceleyen bilim dalıdır. Sağlık çalışanları ,tıp uygulamaları esnasında bu ilkelerin uygulanmasında güçlüklerle karşılaşabilirler. İlkelerden bazılarını yerine getirmekle başka bir ilkeye uyulmamış olabilir. Tüm sağlık çalışanları; her türlü mesleki eylem ve işlemlerinde, genel hukuksal düzenlemelerde belirtilen hükümlere uymak zorundadır. Laboratuvar alanında çalışan sağlık personelinin de laboratuvar çalışmalarına özgün etik kurallarına sahip olması vazgeçilmez bir gerekliliktir. Bu kurallar meslek gurubu içinde belli bir disiplin ortamı yaratır. Bu düşünceden hareketle bu araştırma planlanmıştır.

Amaç: Araştırmanın amacı laboratuvardaki etik kültürün yönetim, hizmet, personel boyutlarında durum değerlendirmesi yapmaktır.

Gereç Yöntem: *Çalışma Evreni:* Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD. Başkanlıkları ve laboratuvarları olan 50 merkeze (Kamu üniversiteleri, Devlet Hastaneleri, Vakıf Üniversite-leri) toplam 600 yazılı ve basılı anket formu posta ve kargo yoluyla gönderilmiştir. Bu merkezlerden 25 inden 266 form, bedeli araştırmacılar tarafından karşılanmak üzere yine posta ve kargo ile doldurulmuş olarak geri gönderilmiş ve kapsayıcılık oranı kurumlar açısından 25/50: %50 ve anket formu açısından 266/600 : %44,3 olarak belirlenmiştir. Anket formları Aralık 2007’de gönderilmiş, verilerin değerlendirilmesi Şubat 2008’de tamamlanmıştır.

Veri Analizi: Veriler SPSS paket programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler; frekans tabloları kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun % 63,3’ü kadınlardan oluşuyordu ve %43,0’ı 31-40 yaş grubundaydı. Grubun meslek dağılımları değerlendirildiğinde %43,6 Asistan, %27,4’ü yöneticiden oluşmaktaydı. Katılımcıların % 69,9’u daha önce “Araştırma Etiği” kavramını duyduğunu; % 42,5’i bu konuda Az/çok bilgili olduğunu, %31,8’i bilgili olmadığını ve %25,7’si ise bilgili olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun % 73,0’ı bu konuda eğitim verilmesinin etik sorunlar açısından yararlı olacağını bildirmiştir. Katılımcıların %21,7’si sağlık sektörünün etik kültür açısından yetersiz olduğunu bildirirken, grubun %19,9’u son bir yılda laboratuvarla etik dışı eylemler gözlediğini belirtmiştir. Bu etik dışı eylemlerin dağılımı,%28,1’i Kurum içi fırsat eşitsizliği, %27,0’ı laboratuvarla sağlık ve güvenlik önlemlerinin mevzuata uygun olmaması ve %15,8’i Laboratuvar sonuçlarının ve ücret kodlamasının düzgün şekilde yapılmaması olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların % 76,1’i gelecekte laboratuvar etik kültürünün öneminin daha da artacağını öngörmüşlerdir. Gelecekte Laboratuvar etik kültürü ve tasarımının yerleşmesi için, laboratuvarlarda örnek teşkil edici ve teşvik edici ödüllendirmenin (% 92,9) yanı sıra etik ilkelere uymayan laboratuvarların cezalandırılmasının (% 86,2) ve ekonomik refah ile laboratuvar etik kültür ilişkisinin önemli olduğunu (%73,8) vurgulamışlardır.

Sonuç: Gelecekte Laboratuvarlarda etik kültürünün öneminin daha da artacağı belirtilen bu çalışmada bu konuda eğitimin önemi vurgulanmıştır.

ANKARA TIP MEZUNLARININ TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ GİRİŞ SINAVI PUANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Mehmet ÖZEN, Tanju AKTUĞ, Sabri KEMAHLI, Özden PALAOĞLU

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara

Amaç: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (AÜTF) 2008 Haziran ayında ilk mezunlarını veren probleme dayalı öğrenme (PDÖ) ağırlıklı, öğrenci merkezli eğitim sistemi ile yetişen hekimlerin katıldıkları 2008 Eylül ayında yapılan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı'nda (TUS) aldıkları sonuçları değerlendirmektir. Bu çalışmada, 2008 Eylül TUS'una giren 122 mezunun akademik başarıları (ortaöğretim başarı puanı ve fakülte mezuniyet notu) ile sıralama sınavlarındaki başarıları (ÖSS yerleştirme puanı ve TUS puanları) arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Mezunların ortaöğretim başarı puanı (OBP), ÖSS yerleştirme puanı ve TUS puanları ÖSYM'nin web sitesindeki Sonuç Açıklama Sistemi'nden, fakülte mezuniyet notları ise AÜTF Öğrenci İşleri Şefliği kayıtlarından elde edilmiştir. Bu veriler SPSS programına kaydedilerek aralarında korelasyon araştırılmıştır.

Bulgular: 2008 Eylül TUS'una giren 122 AÜTF mezununun 77'si (%63.1) TUS ilk yerleştirme sonucunda bir uzmanlık programına yerleştirilmiştir. Mezunların mezuniyet notu ile TUS Temel Bilimler puanları ($R=0,555$; $p<0,01$) ve TUS Klinik Bilimler puanları arasında ($R=0,566$; $p<0,01$) oldukça önemli bir korelasyon saptanmıştır. Mezunların OBP ile mezuniyet notu arasında ($R=0,206$; $p<0,05$), ÖSS Sayısal Yerleştirme Puanı ile TUS Temel Bilimler puanı ($R=0,286$; $p<0,01$) ve TUS Klinik Bilimler Puanı arasında ($R=0,284$; $p<0,01$) da pozitif yönde sınırlı bir korelasyon saptanmıştır.

OBP ile TUS Temel Bilimler puanı ($R=0,047$; $p>0,05$) ve TUS Klinik Bilimler puanı arasında ($R=0,065$; $p>0,05$), ÖSS Sayısal Yerleştirme Puanı ile mezuniyet notu arasında ($R=0,119$; $p>0,05$) ise istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Sonuç: Sonuçlar mezunların fakülte eğitimindeki başarılarının TUS sonucunu yüksek oranda etkilediğini, sıralama sınavlarında başarı göstermenin diğer sıralama sınavları için, sınırlı da olsa, önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Ancak sıralama sınavlarında gösterilen başarının, yerleştirilmesi ile başlanılan eğitimdeki başarı ile korelasyon göstermediği, öğrencinin daha önceki akademik başarısının sonraki eğitimdeki başarısı için daha önemli bir gösterge olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Tıpta uzmanlık eğitime giriş (TUS), Öğrenci seçme sınavı (ÖSS), akademik başarı.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KARIYER TERCİHLERİ

Dr.M. Fevzi ATACANLI, Prof.Dr. Ferda ÖZYURDA

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD

Giriş: Tıp fakültelerinde lisans öğrenimlerini sürdüren öğrenciler; bir yandan kişisel özellikleri ve deneyimledikleri süreç, diğer yandan dünyada ve ülkede geçerli sağlık politikaları yanı sıra geleceğe yönelik eğilimleri de dikkate alarak mesleki kariyerlerini planlarlar. Bu çalışmanın amacı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin kariyer tercihlerini betimlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma evrenini; 2006–2007 Eğitim-Öğretim Yılı'nda ilk beş sınıfta öğrenim gören 1275 öğrenciyi temsil eden ve tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş 350 öğrenci oluşturmuştur. Bu çalışmanın bir bölümünde, Mayıs 2007 tarihinde verilen anket formu ile öğrencilerin *mezun olduktan sonra yapmak istedikleri* sorgulanmıştır. Yeniden yapılandırılan eğitim programına tabi öğrencileri konu alan araştırmada, önceki eğitim sistemi ile öğrenim gören altıncı sınıf öğrencileri çalışma kapsamı dışında tutulmuşlardır.

Bulgular: Öğrencilerin % 55'i kız, %45'i erkektir. Yaş ortalamaları kızlarda $22\pm1,38$ ve erkeklerde $22\pm1,46$ 'dır. Öğrencilerin mezuniyet sonrası tercihleri arasında, %56,6 ile uzman hekim olma ve %24,3 ile akademik çalışma yapma başta gelmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin mezuniyet sonrası tercihlerinin dağılımı

	Mezuniyet sonrası tercihleri							Toplam
	Pratisyen hekimlik	Akademik çalışma	Özel sektörde yöneticilik	Uzman hekimlik	Kamuda yöneticilik	Kararsız	Diğer	
Sayı (Yüzde)	4 (%1,1)	85 (%24,3)	3 (%0,9)	198 (%56,6)	1 (%0,3)	54 (%15,4)	5 (%1,4)	350 (%100)

Akademik kariyer tercihi ile birlikte değerlendirildiğinde, 283 öğrencinin (%83,3) uzmanlık eğitimi almak istediği görülmektedir. Cinsiyetlerine göre uzmanlık alanı ve akademik çalışma yapma tercihleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Mezuniyet sonrasında bir temel tıp bilimleri programını tercih eden öğrenci olmamıştır.

Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre mezuniyet sonrası tercihlerinin dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Sadece Dahili Bilimler	Sadece Cerrahi Bilimler	Temel Bilimler	Dahili ve Cerrahi Bilimler Birlikte	Uzmanlık Dalı Bildirmeyen	Akademik Çalışma	Kararsız	Diğer
Kız	191	47 (%24,61)	44 (%23,04)	0 (%0)	6 (%3,14)	25 (%13,09)	43 (%22,51)	23 (%12,04)	3 (%1,57)
Erkek	159	31 (%19,49)	27 (%16,98)	0 (%0)	4 (%2,52)	14 (%8,81)	42 (%26,42)	31 (%19,49)	10 (%6,29)

Herhangi bir uzmanlık programını tercih eden öğrencilerden; beraberinde akademik çalışma yapmak istediklerini de belirtenler, yalnızca bildirdikleri bilim alanı başlığı altında sınıflandırılmışlardır. (34 öğrenci).

Cinsiyete ve dönemlere göre, mezuniyet sonrası tercihler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Öğrencilerden 159'u -bazıları birden çok sayıda- uzmanlık programı tercihi bildirmişlerdir (Tablo 3). Buna göre cerrahi bilimler alanında kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi ve göz hastalıkları; dahili

bilimler alanında ise kardiyoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları branşları, öğrencilerin 3/4'e yakınının tercih ettikleri programları oluşturmaktadır.

Tablo 3. Öğrencilerin uzmanlık programı tercihlerinin dağılımı

Cerrahi Bilimler	Sayı (Yüzde)	Dahili Bilimler	Sayı (Yüzde)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	26 (%30,95)	Kardiyoloji	29 (%31,52)
Genel Cerrahi	23 (%27,38)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	27 (%29,35)
Göz Hastalıkları	13 (%15,48)	İç Hastalıkları	9 (%9,78)
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	4 (%4,76)	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	5 (%5,43)
Ortopedi ve Travmatoloji	4 (%4,76)	Göğüs Hastalıkları	4 (%4,35)
Beyin ve Sinir Cerrahisi	4 (%4,76)	Radyoloji	4 (%4,35)
Kalp-Damar Cerrahisi	3 (%3,57)	Dermatoloji ve Veneroloji	3 (%3,26)
Plastik Cerrahi	3 (%3,57)	Nöroloji	3 (%3,26)
Acil Tıp	2 (%2,38)	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3 (%3,26)
Üroloji	1 (%1,19)	Nefroloji, Onkoloji, Gastroenteroloji	2, 1, 1 (%2,17; %1,09; %1,09)
Tıbbi Patoloji	1 (%1,19)	Tıbbi Genetik	1 (%1,09)
Toplam	84 (%100,00)	Toplam	92 (%100,00)

Sonuç: Uzmanlık tercihleri; kız öğrencilerin cerrahi branşlara da ilgi gösterdiklerini ve bu alanda geçmişteki eril istihdam görüntüsünün, belki de yakın gelecekte değişebileceğini düşündürmektedir. Öğrencilerin dörtte biri akademik kariyeri hedeflemekte; buna karşın -sadece uzmanlık eğitimi almak isteyenler de dahil olmak üzere- hiçbir, temel bilim dallarında bir gelecek tasarlamamaktadır. Bu sonuç; öğrencilerin (rasyonel bireyin) piyasanın gereksindiği (yüksek maddi getirisi olduğu) varsayılan uzmanlık programlarını ağırlıklı tercih ettiğini düşündürmekte ve 1980 sonrasında ülkemizde hakim olan neoliberal iktisat politikalarının tıp eğitimi alanını etkilediği yönündeki savları, farklı bir açıdan güçlendirmektedir.

Anahtar Sözcükler: Uzmanlık programları, kariyer tercihleri.

* <http://tez2.yok.gov.tr/> (tez no: 203107)

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNİN NİTELİKSEL ANALİZİ

F.Suna Kırac, Neşe Çallı Demirkan, Zafer Aybek

Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Eğitim-Öğretim Koordinasyon Kurulu, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, DENİZLİ

Tıpta uzmanlık eğitiminde, tıp eğitiminde olduğu gibi, niteliksel kazanımlar en az nicel kazanımlar kadar önemlidir. On beş yıla yaklaşan bir süredir tıpta uzmanlık eğitimi veren Tıp Fakültemizde 1 Kasım 2008 tarihinde 56 profesör, 58 doçent ve 52 yardımcı doçent görev yapmakta ve halen 236 uzmanlık öğrencisi eğitim almaktadır. Amacımız nicel açıdan standart koşulları sağlamış görünen fakültemizde uygulanmakta olan tıpta uzmanlık eğitim programının niteliksel değerlendirmesini yapmaktır

Gereç ve Yöntem: Ocak 2000-Kasım 2008 tarihleri arasında, fakültemizde uzmanlık eğitimi verilen 36 anabilim dalında görevli ve zaman içinde istifa eden tıpta uzmanlık öğrencilerinin bölümlere göre dağılımı incelendi. Ayrıca, haziran 2008 tarihinden bu yana uzmanlık eğitimi tamamlayarak uzman olan sekiz (5 E, 3 K) ve istifa eden sekiz (5 E, 3 K) uzmanlık öğrencisine; uzmanlık alanını belirlemede rol alan faktörleri ve aldıkları eğitim hakkındaki soruları içeren anket uygulandı

Bulgular: Temel Tıp Bilimleri Bölümünde (TBB) 20, Dahili TBB'de 115 ve Cerrahi TBB'de 101 uzmanlık öğrencisi eğitim almaktadır. Ocak 2000-Kasım 2008 tarihleri arasında istifa eden uzmanlık öğrencilerinin 17'si Temel TBB, 29'u Dahili TBB ve 45'i Cerrahi TBB'de görev yapmakta idi. İstifa edenlerin toplam sayısının 2007 yılında 19, 2008 yılında 14 kişi olmak üzere son iki senede daha fazla olduğu görüldü.

Anket sonuçları incelendiğinde hekimlerimizin uzmanlık dalını belirlemede öncelikle ilgi alanlarına önem verdikleri; ikincil olarak iş bulma olanağının seçimlerini etkilediği görüldü. Tercih ettikleri fakülte, anabilim /bilim dalı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve uzmanlık sınavı puanının tercihte daha önemli etken olduğu saptandı. Eğitimin ilk yılı kuruma adapte olamadıkları, eğitim süreleri arttıkça kurumu ve çalıştıkları bölümü sevdikleri, Denizli ilinde bulunmaktan memnun oldukları saptandı. Gerek uzmanlık eğitimi tamamlayan grup, gerekse istifa eden grupta iş yükünün ağır ve nöbet sayısının fazla olduğu ve hekimlik dışı görevleri yaptıkları görüşü hakimdi. Kurum dışı bilimsel etkinliklere yeterince katılamadıkları belirtiliyordu. İlk yıl asistanlarında eğitime yeterince önem verilmediği düşüncesi hakim iken uzmanlık eğitimi tamamlayanlarda olumlu yönde değişiklik olduğu görüldü.

Sonuç: Tıp fakültesi mezunları uzmanlık eğitimi alacakları kurumu ve bölümü tanımadan tercih yapmakta ve eğitime başladıklarında uyum sorunu yaşamaktadırlar. Uzmanlık eğitimi sürdürenler kuruma uyum sağladıktan sonra memnuniyet düzeyi artmaktadır. Özellikle son 2 yılda istifa edenlerin fazla olması nedeni ile tıpta uzmanlık öğrencilerinin nöbet sayıları ile iş yükü artmakta ve eğitim-hizmet dengesi yeterince korunamamaktadır. İzlenen sağlık politikaları iş yükünü daha da artırmakta ve istifa oranı artmaktadır. Bu kısır döngü nedeniyle uzmanlık eğitimi niteliksel açıdan çok hasar görmektedir. Eğitim kurumlarında uzmanlık eğitimi düzeyini yükseltmek için uzmanlık öğrencilerinin çalışma koşulları düzeltilmeli ve rutin sağlık hizmeti dışında bilimsel ve sosyal etkinliklere katılmaları sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Eğitimi, Niteliksel Değerlendirme

**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ASİSTANLARININ
AKADEMİK VE İDARİ SORUNLARI: ANKET ÇALIŞMASI**

Ahmet Aslan¹, Sadık Yılmaz², H.Yusuf Kara³, Tufan Nayır⁴, Hakan Türkoğlu⁴, Ali Çaloğlu⁵

¹ Araş.Gör.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi Asistan Temsilcisi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Isparta

² Araş.Gör.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi Asistan Temsilcisi Yardımcısı, Dermatoloji AD, Isparta

³ Araş.Gör.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri, Biyokimya AD, Isparta

⁴ Araş.Gör.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri, Halk Sağlığı AD, Isparta

⁵ Araş.Gör.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Isparta

Amaç. Uzmanlık eğitimi süresince yoğun bir şekilde ve özveri ile çalışan asistanlar bir yandan eğitimlerini tamamlamaya çalışırken bir yandan da hastalara eksiksiz bir sağlık hizmeti vererek klinik deneyim, bilgi ve becerilerini geliştirmeye çalışmakla yükümlüdürler. Ancak her zaman eğitim kalitesi ile sağlık hizmeti kalitesi arasında uygun bir denge sağlanamamakta ve asistanlar uzmanlık eğitimleri boyunca sınırsız zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu çalışma ile asistanların görüşleri değerlendirilerek sorunlarını tespit etmek ve çözüm yolları üretebilmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki asistanların uzmanlık eğitimleri sırasında karşılaştıkları akademik (dekanlıkla ilgili) ve idari (hastaneyle ilgili) sorunlar hakkındaki görüşlerinin alınması amacıyla bir anket formu hazırlanmıştır. İki bölüm ve toplam 48 sorudan oluşan anket formu katılımcılara kimlik bilgileri alınmadan sadece bölümlerinin belirtilmesiyle gözlem altında metoduyla uygulanmıştır. Asistanların sorunları ve çözüm önerileri Cerrahi, Dahili ve Temel Tıp Bilimler olarak ayrı ayrı sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Tıp fakültesinde görevli Cerrahi, Dahili ve Temel Tıp Bilimlerinin asistanlarının tümü (n= 262) çalışmaya dahil edilmiş ancak ulaşılabilen ve görüşmeyi kabul eden toplam 174 (%66,41) kişi çalışmaya katılmıştır. Cerrahi Tıp Bilimlerinden 77 (%64,16), Dahili Tıp Bilimlerinden 83 (%65,35), Temel Tıp Bilimlerinden 14 (%93,33) kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Tüm bölümlerde akademik olarak, asistan derslerinin yeterli olmaması, hocaların eğitimlere katkılarının az olması, rotasyonların çoğunun inaktif geçmesi, bazı kliniklerde daha önemli rotasyonların resmi olarak yapılmaması, asistan karnelerinin her bölüm için ayrı ayrı tekrar standardize edilmesi gerektiği ve asistanlık bitiminde uzmanlık sınavı sonrası atama yapılana kadar beklenmeksizin derhal üniversiteden ilişkilerinin kesilmesi ortak sorunlar olarak belirtilmiştir. İdari ve fiziki sıkıntılar açısından bakıldığında genel olarak asistan kantininin olmaması, döner sermayenin yetersiz olması ortak sorunlar arasında sayılmıştır. Ayrıca hizmet yükünün fazlalığına vurgu yapılmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak doktorluk mesleğinde uzmanlaşma aşamasında zor bir dönem olan asistanlık sürecinde daha verimli olunabilmesi, daha iyi uzman hekimler yetiştirilebilmesi, bilimsel açıdan daha kaliteli çalışmalar yapılabilmesi için asistanların daha rahat ortamlarda ağırlıklı olarak tıbbi konulara yönelebilmelerinin sağlanması ve eğitim/hizmet dengesinin gözetilmesi yerinde olacaktır.

Anahtar sözcükler: Asistan, akademik/idari, sorunlar

***GEÇMİŞTEN
BUGÜNE
TUEK
SONUÇ BİLDİRGELERİ***

I. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

27 Şubat 1994, İstanbul

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

Tıpta Uzmanlık Dernekleri, Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Bakanlığı ve SSK Eğitim Hastaneleri ve Tıp Fakültelerinin saptanacağı temsilcilerden oluşan "Tıpta Uzmanlık Kurulu" oluşturmaları ve bu kurulun sekreterliğini Türk Tabipleri Birliği'nin yürütülmesi benimsenmiştir.

II. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

18 Şubat 1995, Ankara

- Sağlık Bakanlığı'nın ilgili tarafların yeterli katılımını sağlamadan önerdiği tüzük değişikliği, olumlu noktalar içermekle birlikte çağdaş gereksinimlere yanıt verecek köklü değişimleri ve yeni düşünceleri içermektedir.
- Tıpta uzmanlık eğitimindeki sorunların adım adım çözülebilmesi, bu alanın temel standartlarının hükümetlerin doğrudan kontrolünde olmayan bir ulusal otorite tarafından belirlenmesini ve denetlenmesini gerektirmektedir.

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi veren kurumları (Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı ve SSK'ya bağlı eğitim hastaneleri, GATA) bağlayıcı, karar alma ve denetleme yetkisine sahip, idari, bilimsel ve mali özerkliği olan bir ulusal otoritenin (Tıpta Uzmanlık Kurulu) oluşturması gerekmektedir.

- Bu kurulda, tıpta uzmanlık eğitiminin tarafları olan Tıp Fakülteleri, Sağlık Bakanlığı ve SSK Eğitim Hastaneleri, Türk Tabipleri Birliği ve Uzmanlık Dernekleri eşit dengede ve demokratik katılımı güvenceye alacak bir yöntemle temsil edilmelidir. Kendi başkanını kendi seçmeli ve belli aralıklarla çalışma devamlılığını bozmayacak şekilde yenilenmelidir.
- Kurultay, Sağlık Bakanlığı tüzük taslağında yer alan ve "özel sağlık kurumlarına uzmanlık eğitimindeki karar ve denetim organlarının özerkleşmesi ve belli bir hazırlık döneminden sonra ele alınmasını, bugünkü koşullarda tüzük taslağının tümüyle çıkarılmasını oybirliği ile karara bağlamıştır.
- Bu temel ve vazgeçilmez ilkeler ışığında TTB tarafından Sağlık Bakanlığı tüzük taslağı üzerinde yapılan tüzük değişikliği önerileri genel hatlarıyla oybirliğiyle kabul edilmiş, Kurultay'da benimsenen görüşler ve bu değişiklikler doğrultusunda yeni bir tüzük hazırlanması konusunda TTB'ye tam destek verilmesi karara bağlanmıştır.
- UEMS (ATUB)'a üyelik ve Tababet Uzmanlık Tüzüğü ile ilgili konularda tıpta uzmanlık derneklerinin aktif katılımının sürmesi ve bu derneklerle olan bağların güçlendirilerek ve daha yaygınlaştırılarak devamı için TTB-Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu'na tam yetki verilmesi karara bağlanmıştır.

III. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

30-31 Mart 1996, İstanbul

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

a) Tababet Uzmanlık Kurulu'nun oluşumu hakkında;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

14 Aralık 1997, İstanbul

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

V. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

12 Haziran 1999, Ankara

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

VI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

4-5 Kasım 2000, İzmir

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

Dokuz Eylül, Ege, İstanbul, Ondokuz Mayıs Üniversiteleri Rektörleri;

Sağlık Bakanlığı Müsteşarı;

YÖK Başkan Danışmanı;

Türk Tabipleri Birliği Başkanı ve yöneticileri, Ankara, Balıkesir, Bursa, İstanbul ve İzmir Tabip

Odası Başkanları, Adana, Ankara, Aydın, İstanbul, İzmir, Samsun Tabip Odaları yöneticileri,

Adnan Menderes, Celal Bayar, Dokuz Eylül, Edirne, Ege, Gazi, Hacettepe, Süleyman Demirel Tıp

Fakülteleri Dekanları; Ankara Tıp Fakültesi Dekan Yardımcıları;

TTB-UDKK Başkan ve üyeleri,

İzmir İl Sağlık Müdürü; Ankara Dr. Sami Ulus ve İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Başhekimleri,

23 tıp fakültesi ile 30 eğitim hastanesinin eğiticileri; 35 uzmanlık derneğinin başkan ve temsilcilerinin aralarında yer aldığı 324 eğitimci, uzmanlık öğrencisi ile basın mensupları katılmıştır.

Kurultay'da iki gün boyunca "Eğitim hastanelerindeki yeni düzenlemeler, şeflik sınavları", "Tıpta

Uzmanlık Tüzüğü konusundaki gelişmeler" ve "Tıp Kongreleri" konuları delegelerin aktif

katılımıyla ele alınmış, aşağıdaki kararlara varılmıştır:

VI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı,

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

VI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı,

5- Tıpta Uzmanlık Tüzüğü konusunda reform niteliğinde düzenlemeler yapılana kadar, uzmanlık eğitiminin niteliğini arttırmaya yönelik olarak "asistan karnesi ve eğitim programları hazırlanması", "yeterlilik kurulları ve sınavlar", "eğitim birimlerinin ziyaretleri", "sürekli tıp eğitimi ve kredilendirme" konularında uzmanlık derneklerimiz ve TTB'nin eğitimin diğer tarafları ile temas halinde bugüne kadar yürüttükleri çalışmaları daha yaygın ve yoğun olarak sürdürmelerini, böylece bu alandaki fiili etkinliklerini ve ağırlıklarını arttırmalarını tavsiye etmeyi,

6-Tıp kongrelerinin ülkemizin sağlık gereksinimlerini dikkate alarak, hekimlerin tıptaki gelişmeler konusunda sürekli ve yaygın eğitimi hedefiyle, etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmesi için; “tıp kongrelerinin düzenleme ve gerçekleşmesi sırasında dikkate alınması gereken hedefler, ilkeler ve etik kurallar” ile ilgili bir yönerge hazırlamak üzere Prof. Dr. Berna Arda, Prof. Dr. Semih Başkan, Prof. Dr. Feyza Erkan, Prof. Dr. İskender Sayek ve Prof. Dr. Şadi Yenen’den oluşan bir komiteye görev vererek, hazırlanacak taslak metninin uzmanlık derneklerinin görüşüne açılarak TTB-UDKK Genel Kurulu’nda karara bağlanmasını tavsiye etmeyi kararlaştırmıştır.

VII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

1-2 Aralık 2001 – İstanbul

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

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

A- UZMANLIK EĞİTİMİ 2001 ANKETİ

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

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

B- ASİSTAN ANKETİ

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

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

C- AKADEMİK YÜKSELTMELE VE EĞİTİCİLERİN BELİRLENMESİ

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

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

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

Halen görevdeki eğiticilerin yeni yetişen eğiticilere her yönü ile örnek olmalıdır. Kurultay katılımcıları "ideal eğitici"de beklenen özellikleri şu şekilde sıralamıştır: Bağımsız ve özgün düşünceye sahip, eğitici eğitimi almış, düşündüğünü söyleyen, toplumla iletişim içinde olan, üreten, mutlaka denetlenen, eğitilenlerce değerlendirilen örnek kişiler olmalıdır. Ancak eğiticilerin çalışma süreleri ve özlük hakları da belirlenmiş olmalıdır. Eğiticiler belirlenirken dış yayınlar yanında anadilde de nitelikli yayınlar yapılması teşvik edilmelidir. Bu amaçla ülkemizde sayıca fazla olan dergilerin, nitelik olarak da iyileştirilmelidir. Türk Tıp Dizini oluşturulması çalışmaları sürdürülmeli ve yerli yayınlar kategorize edilmelidir.

D- EĞİTİM KURUMLARI VE BİRİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

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

İçerik, eğitici, alt yapı, hizmet kalitesi, değerlendirme ve çıktının tanımlanması konularında standartlar belirlenmelidir. Standartlar saptanmadan önce ortak bir dil oluşturulmalıdır.

Tüm uzmanlık dernekleri yeterlik kurullarını hızla oluşturmalı, uzmanlık eğitiminin denetimi dernekler tarafından yapılmalıdır. Her uzmanlık derneğinden iki kişi katılımıyla UDKK Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu oluşturulması önerilmektedir. Bu başlık altında bir araya gelen Çalışma Grubu çalışmalarını 1 yıl boyunca sürdürmeyi ve çalışmanın sonuçlarını 8. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı'na sunmayı kararlaştırmıştır.

Çalışmanın kapsamı içerisinde aşağıdaki konularda 4 alt grup kurulmasına karar verilmiştir:

1. Alt yapı standartlarının saptanması (Fiziksel, insan kaynakları –eğitici sayısı vb-)
2. Süreçler için standartların saptanması: (Eğitim programı, kurum içi ve dışı rotasyonlar, asistan karnesi vb) Bilgi; beceri; davranış-tutum açılarından
3. Çıktılar için standartların saptanması (Süreç içi ve süreç sonu değerlendirme): Bilgi; beceri; davranış-tutum açılarından
4. Değerlendirmede kullanılabilecek yöntemlerin belirlenmesi ve bu konuda öneri hazırlanması.

E- UYGULAMA REHBERLERİ

Rehberlerin başlıca amacı; hekimleri daha iyi uygulamalara yönlendirmek, hasta bakım hizmetinin kalitesini yükseltmek, hekimler ve sağlık kurumları arasında uygulama farklılıklarını azaltmaktır. Kurultay katılımcıları rehberlerin hekimler açısından tavsiye niteliğinde olduğunu özellikle vurgulamaktadırlar. Uygulama rehberleri aynı zamanda hekimin sürekli eğitimi, değerlendirilmesi yanında kıstlı kaynakların etkin kullanımına yaramaktadır.

Rehberler hazırlanırken yüksek mortaliteye ve yaygın morbiditeye, gereksiz harcamalara yol açan konular arasında en öncelikli olanlar seçilmelidir. Diğer ülkelerdeki uygulamalarda olduğu gibi bilimsel verilere dayanmalı ve hazırlama ekiplerine değişik konulardan uzmanlar ve birinci basamak hekimleri yer almalıdır. Tıp Eğitimi bu rehberlere göre gözden geçirilmelidir.

Uygulama Rehberleri hazırlanırken Sağlık Bakanlığı, SSK, Özel Sigortalar, TTB-UDKK ve Uzmanlık Dernekleri arasında işbirliği ve eşgüdüm sağlanmalıdır. Rehberlerin geliştirilmesi ve uygulamasının hiçbir aşamasında endüstri yer almamalıdır.

F- ASİSTAN KARNESİ

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin/asistanların uzmanlık eğitimi boyunca alanlarında ve rotasyonlarda gerçekleştirdikleri teorik ve pratik eğitsel etkinlikleri düzenli olarak kaydetmeleriyle oluşan asistan karnesinin, uzmanlık eğitimi programının temel bileşenlerinden biri olduğu görüşü kabul edildi.

Bu bilgilerin kaydedilmesinin uzman olmak için sağlanması gereken asgari standartların belirlenmesinde ve daha sonraki uygulamalarda tıpta uzmanlık öğrencisinin/asistanın belirlenmiş asgari standartları yerine getirmiş olmasının aranması görüşü benimsendi.

Bu açıdan bilgilerin doğruluğunun çok önemli olduğu; karne sahibinin ve onaylayan kurumun bilgilerin doğruluğundan sorumlu tutulması gerektiği görüşü benimsendi. Bu çerçevede, sözü geçen bilgilerin kaydedileceği asistan karnelerinin/eğitsel etkinlik kayıt defterlerinin içeriklerinin ortak olabilmesini sağlamak amacıyla uzmanlık derneklerinin örnek karneler hazırlaması ve bunları ülkedeki uzmanlık eğitimi veren bütün kurumların yararlanımına sunması görüşü benimsendi.

Asistan karnesi uygulamaları değerlendirilmiş ve asistan karnelerinin bazı ilkelere göre uzmanlık dernekleri tarafından hazırlanması benimsenmiştir. Asistan karnelerinin içerik ve biçim olarak asgari standardizasyona hizmet etmesi, ancak kurumsal farklılıkların yansıtılmasına uygun olması görüşü benimsendi. Farklı kurumların farklı eğitim programlarının olduğu; bunların

kaydedilmesinde de kurumlar arasında farklar olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiğine dikkat çekildi.

Asistan karnesi uygulamasının amacının asistanlara ve eğitimcilere iyi anlatılması gerektiği; bunun en iyi dernekler aracılığıyla yapılabileceği, uygulamanın eğitim programlarını geliştirici olmasının hedeflendiği, cezai niteliğinin bulunmadığının vurgulanması gerektiği görüşü benimsendi. Bu uygulamanın eğitim kurumları arasında, asgari standartları herkesin sağladığı nitelikli uzman yetiştirmek için bir dayanışma kültürü geliştirilmesine katkıda bulunması, kurumlar arasında bir yarışmaya yol açmaması görüşü benimsendi.

Asistan karneleri;

Basit ve kullanışlı olmalı. Güncellenebilmeli.

Asgari standartlar gerçekçi ve gereksinime uygun olmalı.

Hem eğiticinin hem de eğitilenin geri bildirimi alabilecek bölümleri barındırmalı.

Cezalandırıcı değil, geliştirici olmalı.

Elektif / dış rotasyonların kaydedilmesine olanak tanımalı.

Bu ilkeleri içeren ve üzerinde tartışılan Türk Cerrahi Derneği Asistan Karnesi taslağının bütün derneklerin görüş ve yararına sunulmasına karar verildi.

G- TÜRKİYEDE YETERLİK KURULLARI VE YETERLİK SINAVLARI

Yeterlik kurullarının oluşturulması sürecinde uzmanlık eğitiminin standardizasyonu önemlidir.

Kurultay'da Yeterlik kurulları ve alt kurullarının yapısı ve işlevleri tartışılmıştır. Avrupa Yeterlik Kurulu tarafından verilen sertifikalar ve denklikleri ele alınmıştır.

TTB-UDKK bünyesinde Yeterlik Kurulları Koordinasyon Kurulu'nun kurulması önerilmektedir. Yan dallarda da yeterlik kurulları oluşturulmalıdır.

TTB - STE kredilendirmesi yeterlik kurullarının işleyişi açısından önemlidir.

VIII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

30 Kasım-1 Aralık 2002 – Ankara

VIII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı 30 Kasım-1 Aralık tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezinde toplandı. Kurultaya, TTT Merkez konseyi Başkanı, YÖK Tıp Eğitimi ve Sağlık Konseyi Başkanı, mecliste grubu olan iki partinin milletvekilleri, Tıp kökenli rektörler, çeşitli tıp fakültelerinin dekanları, Sağlık Bakanlığı temsilcileri, TTB-UDKK Başkan ve yürütme kurulu üyeleri, Tabip odalarının başkan ve yöneticileri, uzmanlık derneklerinin yöneticileri ve temsilcileri, bazı eğitim hastanelerinin başhekimleri, üniversite öğretim üyeleri, eğiticiler ve uzmanlık eğitimi öğrencilerinden oluşan 235'i Üniversite ve 132'si Eğitim Hastanelerinden toplam 367 kişi katıldı. Katılımcıların, 241'i Ankara, 126'sı da diğer illerden gelmişti.

Kurultayda 1. gün, ATO Başkanı Prof Dr Sinan Adıyaman, TTB-UDKK Başkanı Semih Başkan, TTB Merkez Konseyi Başkanı Füsün Sayek ve Hacettepe Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof Dr Ahmet Göğüş'ün açılış konuşmalarını takiben, Prof Dr Aykut Erbeni ve As Dr Fatih Özalp'ın moderatörlüğündeki ilk panelde YÖK Tıp Eğitimi ve Sağlık Konseyi Başkanı, Trakya Üniversitesi Rektörü Prof Dr Osman İnci, Dr Selim Ölçer ve TTB-UDKK Yürütme Kurulu Üyesi Doç Dr Kürşat Yıldız **'Ulusal Sağlık Otoritesi: Türkiye ve Dünya Uygulamaları'** nı ele aldılar. Yine bu panel sırasında TBMM'de grubu bulunan iki partinin milletvekilleri Dr Turan Çömez ve Dr Muzaffer Kutulmuşoğlu ile, Kültür eski bakanı Prof Dr Suat Çağlayan'da kısa birer konuşma ile partilerinin görüşlerini dile getirdiler.

'Uzmanlık Derneklerinin Nitelikleri ve Kamusal Etkinlikleri' konulu ikinci panel Prof Dr Yücel Kanpolat ve As Dr Barış Kaya'nın moderatörlüğünde gerçekleşti. Bu panelde de Türk Oftalmoloji Derneği adına Prof Dr Emin Özmerit, Türk Cerrahi Derneği adına Doç Dr Atilla Korkmaz, Türk Radyoloji Derneği adına Prof Dr Ayşenur Cila, Toraks Derneği adına Prof Dr Ali Kocabaş, Türk Nöroşirürji Derneği adına Prof Dr Yücel Kanpolat ve Pratisyen Hekimler derneği adına da Dr Mustafa Sülkü kendi derneklerinin niteliklerini, eğitim konusunda ve kamusal alanda yaptıklarını özetlediler.

Ege Üniversitesi Rektörü Prof Dr Ülkü Bayındır ve As Dr Bengü Ekinci moderatörlüğünde gerçekleşen **'Uzman Hekim Gerekisini ve İnsan gücü planlaması'** konulu üçüncü panelde TBMM'den Samsun Milletvekili Prof Dr Haluk Koç, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörü Prof Dr Ferit Bernay, Sağlık Bakanlığı Daire Başkanı Recep Karpuz ve Ankara Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim dalı öğretim üyesi Prof Dr Ali Özden görüşlerini aktardılar. DPT Sağlık Sektörü uzmanı Dr Muharrem Varlık programda olmasına karşın mazereti nedeniyle bu oturuma katılamadı.

Birinci günün son oturumunda **'Uzmanlık Eğitimi İstanbul Anketi'** Prof Dr Raşit Tükel ve As Dr Levent Et moderatörlüğünde ele alındı. Anket, Dr Ali Özyurt'un 'İnsan gücü ve eğitim altyapısı: Kurumlararası karşılaştırma' başlıklı anket değerlendirmesi, Dr Cuma Kılıçkap, Prof Dr Sema Anak ve Dr Mehmet Ertürk'ün ana dallardan verdikleri örneklerle ayrıntılı bir biçimde değerlendirildi.

Birinci gün, Dr Pelin Zorlu ve As Dr Efe Özkan'ın moderatörlüğünde gerçekleşen **'Poster Tartışmaları'** ile sona erdi.

Kurultayın ikinci gününün ilk paneli olan **'Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde yer alan Kurul ve Yeni Komisyonlar'**, Ankara Üniversitesi Rektörü Prof Dr Nusret Aras ve As Dr Necdet Sertkol'un moderatörlüğünde gerçekleşti. Bu panelde Ankara Hastanesinden Doç Dr Demokan Erol, Sami Ulus Çocuk Hastanesinden Prof Dr Ali Kutsal, GATA'dan Prof Dr Hayati Bilgiç SSK Eğitim Hastanesinden Doç Dr Sadık Ardic ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinden Doç Dr Cem Terzi interaktif bir panelde görüşlerini açıkladılar.

'Türkiye'de Eğitim Kurumlarının Akreditasyonu ve Uluslararası Örnekler' başlıklı ikinci panel Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof Dr İskender Sayek ve As Dr Emre Canpolat'ın moderatörlüğünde gerçekleşti. Bu panelde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr Nejat Akalın, Prof Dr Zafer Hasçelik ve Prof Dr İskender Sayek, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr Oğuz Söylemezoğlu ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr Tolga Dağlı bu konudaki görüşlerini ve deneyimlerini aktardılar.

Kurultayın son paneli Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof Dr Tümer Çorapçıoğlu ve As Dr Meltem Kurt moderatörlüğündeki **'Tıpta Uzmanlık Eğitimi Bitirme Sınavları'** idi. Bu panelde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr İskender Sayek, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof Dr Sabri Kemahlı, Sami Ulus Çocuk Hastanesinden Prof Dr Tahsin Teziç ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden Prof Dr Mehmet Demirhan görüşlerini dile getirdiler.

İlk kez bu kurultayda Uzmanlık Derneklerini temsilen görevlendirilen Uzmanlık eğitimi öğrencileri de aktif olarak görev aldılar ve her oturumda eş moderatör olarak yer almanın yanında Kurultay Sonuç Bildirgesini de hazırladılar.

SONUÇ BİLDİRGESİ

1.- Bugün için ülkemizdeki sağlık otoritesi **Sağlık Bakanlığı** ve yeni hazırlanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile de belirlenmiş karar yetkisi olan tek organ olan **Tıpta Uzmanlık Kurulu** (TUK) olarak görülmektedir. Bu Kurulda Sağlık Bakanlığı 6, YÖK 5, SSK ve TTB 1'er üye ile temsil edilmektedir.

TUK'un oluşumunun katılımcı, işleyişinin demokratik olması tıp ortamının beklentisi olup kurulda meslek örgütü ve uzmanlık derneklerinin yeterince yer almamış olması eleştirilmiştir. Kurulun oluşumunda uzmanlık eğitiminin diğer taraflarının(*örneğin asistanların*) yer alması da hedeflenmelidir.

Kurulun karar alma sürecinin demokratik ve şeffaf olması sağlanmalıdır. Tüm toplantı tutanakları daha sonra açıklanmalıdır. Tüm kurullarda yer alacak olan temsilci üyelerin bu alanda çalışmış olmaları, tıp ortamında oluşmuş birikimlerini yansıtmak üzere hazırlık yapımları da yararlı olacaktır.

Tıpta Uzmanlık Eğitiminde, Ulusal Otoritenin doğal bileşenleri olan TTB ve Tıpta Uzmanlık Derneklerinin de TUK'da eşit olarak temsili gereklidir.

2.- Ülkemizde halen uzmanlık alanlarındaki rakamsal veri eksikliği, uzman hekim gereksiniminin planlanması için sağlıklı bir veri tabanı oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır. Bu görev, uzmanlık dernekleri tarafından üstlenilmeli ve eşgüdüm TTB-UDKK tarafından sağlanmalıdır. Veri sağlama konusunda YÖK, Sağlık Bakanlığı ve SSK gibi kuruluşların desteği alınmalıdır.

3.- Bütün Uzmanlık Dernekleri, görev alanları, nitelikleri ve kamusal alandaki etkinliklerini belirleyerek yeniden tanımlamalı ve bu konularda UDKK ile işbirliği içinde çalışmalıdır.

4.- Bütün uzmanlık derneklerinde uzmanlık eğitimi öğrencilerinin(*asistanlar*) de yeterli ve etkin bir şekilde temsiliyetinin sağlanması konusunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

5.- TTB-UDKK bünyesinde bir '**Asistan İnisiyatifi**' oluşturulmalı ve her uzmanlık derneğinin bu yapılanma içinde iki uzmanlık öğrencisi ile temsili sağlanmalı ve bu temsilin demokratik olmasına özen gösterilmelidir.

Uzmanlık Eğitimi ile ilgili olarak alınacak her türlü karar ve uygulama da bu inisiyatifin aktif katılımı ve ilgili alt komisyondaki demokratik temsili sağlanmalıdır.

6.- '*Uzmanlık Eğitimi İstanbul Raporu*'nda da belirtildiği gibi,

- Ankette belirtilen veriler doğrultusunda eğitim birimleri kendilerini yeniden gözden geçirmelidir.
- Uzmanlık eğitimi veren kurumlar arası farklılıklar giderilmeli, ideal eğitim için optimal koşullar sağlanmalıdır.
- Kurumlar kendi bünyelerinde eğitim ve hizmet standartları için kurullar oluşturmalı ve bu kurullarda her kademedeki eğiticiler yanında eğitilenlerin de demokratik temsili sağlanmalıdır.
- Asistan karnesi ve ara sınav uygulamaları yaygınlaştırılırken, asistanların bir temel eğitim kursundan geçirilmeleri de sağlanmalıdır.
- Eğiticilerin (*Üniversitelerde Profesör, Doçent ve Yrd Doçent; eğitim hastanelerinde ise Şef, Şef Yrd ve Başasistan*) de belirli aralarla değerlendirilmesi ve eğitilmeleri için gerekli çalışmalara başlanmalıdır.
- Eğitim için döner sermayeden pay ayrılmalı, asistanların eğitimle ilgili gereksinimleri karşılanmalıdır.

7.- Eğitim hastanelerindeki eğiticilerin Tıp Fakültelerindeki eğitim kadroları ile aynı özlük haklarına kavuşturulması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

8.- Yetersiz altyapı ile ve siyasi nedenlerle açılan Tıp fakülteleri ve Eğitim hastanelerinden gerekli koşullara uygun olmayanların verilecek belirli süreler sonunda uzmanlık eğitimi içeriği ve alt yapısı ile ilgili çekirdek eğitim müfredatı da dahil olmak üzere belirlenen kriterleri yerine getirmeleri sağlanmalıdır. Yapılmaması halinde eğitim verme yetkisinin '**engellenmesi**' konusunda Tüzükteki '*Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu*'na büyük görevler düşmektedir.

Gerekli koşulları sağlamadan yeni eğitim kurumlarının açılması da engellenmelidir.

9.- Yeni Tüzükle, Üniversitelerde 3 yılını doldurmayan yardımcı doçentler ve eğitim hastanelerinde de başasistanlar eğitici kadrosu dışında tutulmuştur. Bu durum işlevsel açıdan gerçekte bağdaşmadığı gibi yürürlükteki diğer yasa ve yönetmeliklerle de çelişmekte olup, özlük hakkı kayıplarına da yol açabilir.

- 10.- Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde tanımlanan *'Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu'*nda özellikle birimler ile ilgili incelemelerde, ilgili alandan uzmanlık eğitimi öğrencilerinin de temsili sağlanmalıdır.
- Eğitim veren tüm kurumların (*üniversite veya eğitim hastaneleri*) değerlendirmesi ile ilgili düzenlemeler eşit olmalıdır.
- 11.- *'Eğitim ve Müfredat Komisyonu'*nda da sayısal anlamda bir temsiliyet sorunu olduğu açıktır. Bu temsiliyet sorunu giderilmeli ve buna ek olarak her uzmanlık dalında uzmanlık derneklerince belirlenecek en az bir son yıl asistanının da ilgili komisyona katılımı sağlanmalıdır.
- 12.- Tüzüğün 17. maddesinde **'Asistanlık giriş sınavının sonuçları ve asistanlığa başlama'** başlığı altında ele alınan ve *'....asistanlığa başladıktan sonra kurum veya dal değişikliği için yeniden asistanlık giriş sınavına girenlerin mesleki bilgi sınavı %3 oranında düşürülür'* şeklindeki düzenleme kabul edilemez niteliktedir.
- 13.- Tüzüğün 26. maddesinde yeterlik sınavı eğitimle ilgili gerekli düzenlemeler ve standardizasyon sağlanmadan uygulanmamalıdır.
- 14.- Tüzüğün 28. maddesinde uzmanlık Sınav jürileri'nin seçimi ile ilgili esaslar ve kriterler belirlenmişken, sınav jürilerini seçmekle yetkili olan Tıpta Uzmanlık Kurulu, Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ve Eğitim ve Müfredat Komisyonu üyeleri için hiçbir kriter belirlenmemiş olması son derece büyük bir eksikliktir.
- 15.- Yan dalların tespiti konusundaki eksikler ve önerilere uygun olmayan değişiklikler ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.
- 16.- **'Kurultayımızda ifade edilen ilkelere uygun'** bir Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği çalışmaları hızla gerçekleştirilmeli ve bu alandaki yasal boşluk doldurulmalıdır.

2002 Tıpta Eğitim Kurultayında Asistan İnsiyatifi

2002 tıpta eğitim kurultayı Ankara Hacettepe M salonunda yapıldı,uzmanlık dernekleri asistan üyelerinden bir kısmını katılıma teşvik ettiler.Asistanlar 2 gün boyunca toplantıların her birinde eş moderatörlüğü ve kurultayın sonuç bildirgesinin yazımı sürecine katıldılar.Bu birliktelik asistan gözüyle eğitim, tıpta uzmanlık tüzükleri ve asistan eğitimi konularının İstanbul'da yapılan anket ışığında nasıl görüldüğünü ortaya koyma fırsatı verdi.

1. Asistanların eğitimi konusunda müfredat, eğitim araçları, eğitici sayıları ve niteliği konusunda asgari standart henüz oluşmamıştır.
2. Asistanlar için bir çok kurumda eğitim ve kendini geliştirme faaliyetlerinin hizmet üretiminden sonra geldiği görülmüştür.Asistan dersleri mesai saatleri dışında akşam çıkışları ve öğlen araları yapılmaktadır.Asistan dersleri temel ve en öncelikli faaliyet haline gelmesi sağlanarak hizmet üretimiyle dengelenmelidir.
3. Eğitim konusunda karar verici olan mevcut ulusal otorite bu yetkisini eğitim alanında TTB,asistan örgütüllükleri, uzmanlık dernekleri gibi diğer kurumlarla paylaşmak istememektedir.Temel ve en öncelikli faaliyet haline gelmesi sağlanarak hizmet üretimiyle dengelenmelidir.
4. Bu durumu engellemek için yapılan girişimler Sağlık Bakanlığı, YÖK ve ilgili kurumlar düzeyinde sonuç alınmasını engellemiştir.Bu durumda asistan eğitiminin yeterliliği için sınavlar gündeme gelmiştir.Herhangi bir eğitim,çalışma,eğitici standardı oluşturmada yapılacak bir sınavın asistanlar için yeterlilik sınavı olmaktan uzak olacağı açıktır.Bu durum sonuçta asistanlara sorumlusu olmadıkları bir yapının tüm olumsuz yükünü taşımak gibi bir durumla karşı karşıya bırakmıştır.Bu durum asistanlar açısından kabul edilemez sonuçlar doğurabilir.
5. Yeni tüzük asistan eğitiminde dal değiştirmek isteyenlere %3 gibi bir puan kesintisi getirmektedir.Bu durum asistanlara beğenmedikleri kurumları değiştirme,kendisi açısından daha iyi olduğunu düşündüğü yerlere geçme fırsatı tanımazken, kurumları kendi eksiklerini gözden geçirmek yerine zorlama yöntemleri pekiştirmektedir.
6. Mevcut tüzük bazı yönleriyle geçmiş yılların birikimini,eğitim konusunda çalışan yapıların emeklerini yansıtmaktadır.Ancak alanda en dağınık ve örgütsüz konumda olan asistan ve öğrenciler aleyhine hükümler tam da bu örgütsüzlükleri nedeniyle yeni tüzükte rahatça yer almıştır.
7. Bu durumu farklılaştırmak için tüm uzmanlık derneklerinin asistan birimleri kurmaları, bu birimlerin yönetimlerine asistanların seçimle gelmelerini sağlamaları, tabip odaları asistan birimlerini eğitimle ilgili

toplantı süreçlerine aktif olarak katmaları ve bu asistan birimlerinin gelecek kurultaylarda sorumluluk almalarının sağlanması gerekmektedir.

8. Asistanlar gelecek kurultaylarda uzmanlık dernekleri, tabip odalarından gelen bileşenleriyle eğitim kurumlarını esas alan asistan birlikleri kurmayı hedeflemektedir.
9. Daha önce ertelenen mecburi hizmet kanunu geçmiş dönem bakanlığı tarafından yeniden yürürlüğe sokulmuştur.Kadro verilemediği gerekçesiyle de uzmanlık sınavından sonra atamaları yapılamamaktadır.Mecburi hizmetin derhal ve tüm sonuçlarıyla kaldırılması sağlanmalıdır.
10. Uzmanlık eğitimi veren kişi ve kurumların denetlenmesiyle ve yeterli koşulları sağlamayanların eğitim yetkisini kaldırma yetkisi olan kurul ve komisyonları göreve çağırıyoruz.
11. Asistan eğitimleri sırasında rotasyonların ilgili uzmanlık alanıyla ilişkili ve uygun sürelerde olması sağlanmalıdır.
12. Asistan tarafından uzmanlık sınavı öncesi verilmesi beklenen tez konularının asistan ve tez hocası tarafından uzlaşarak vermesi sağlanmalıdır.

IX. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi**6-7 Aralık 2003, İzmir****A- Tıpta Uzmanlık Tüzüğü için Temel İlkeler**

- 1- Tüzük, uzman hekimlik konusunda eğitime giriş, eğitim verebilme, eğitimi sürdürebilme, eğitim sonu başarı-yeterlilik konularında (insan gücü planlaması, eğitim politikaları, ülke gereksinimlerine ve tıptaki yeni gelişmelere uyum konularında) kuralları içermelidir.
- 2- Tüzük, uzmanlık eğitimi ile ilgili tarafların: Tıp Fakülteleri, Sağlık Bakanlığı ve SSK, TTB ve Uzmanlık Derneklerinin eşit ölçüde katılımlarını sağlamalıdır.
- 3- Tüzük, hekimlerin, eğiticilerin, eğitim kurumlarının ve uzman hekim istihdam eden kuruluşların planlama yapabilmelerine zemin oluşturacak şekilde uzak görüşlü bir yaklaşımla hazırlanmalıdır.
- 4- Tüzük, tıpta aşırı uzmanlaşmayı özendirmemelidir.
- 5- Tüzük, eğitimle ilgili kararlarda bilimsel, nesnel, şeffaf, katılımcı, adil olarak tıpta uzmanlık alanında dünyadaki gelişmeleri ülke gereksinimleri ve gerçekleri ile birlikte değerlendirerek, tıpta uzmanlık eğitiminin toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilecek yüksek kalitede ve erişilebilir niteliklerde olmasını sağlamalıdır.
- 6- Eğitici seçiminde eğitime katkı, bilimsel çalışma, liyakat, mesleki etik kurallarına uyumu temel ölçütler olarak alınmalıdır. Konulan ölçütlerle eğitim kadrolarının yeniden değerlendirilmesine olanak vermelidir.

B- Uzmanlık Dernekleri ve UDKK

- 1- Uzmanlık Dernekleri eğitim, sağlık hizmetleri, toplum sağlığı, araştırma ve etik konularında, uluslararası standartlara uygun olarak yapılanmalıdır.
- 2- Uzmanlık Dernekleri UDKK ile olan ilişkilerini geliştirmeye, gerekli önemi vermeye ve Sağlık Bakanlığı gibi diğer kurumlarla olan ilişkilerinde TTB-UDKK bünyesindeki kurumsal konumlarının dışına çıkmamaya özen göstermelidir.
- 3- Kendi branşında mevcut insan gücünü belirlemeye ve uygun kadrolaşmayı gerçekleştirmeye; alanında koruyucu tanı ve tedavi edici standartları saptayarak yayınlamaya ve kaliteyi sürekli geliştirmeye; etik komisyonlar kurarak yapılan tanı ve tedaviler, yayın ve araştırmaların irdelenmesi ve hasta hakları kurallarının oluşturulmasına ve gözetilmesine; hasta eğitimi, halkın hastalıklardan korunması için eğitimini, hasta okulları kurulmasını ve devam ettirilmesini amaçlamalıdır.
- 4- Dernekler, uzmanlık öğrencilerinin sorunlarını, kendi sorunları olarak ele almalı, uzmanlık öğrencilerinin derneklerde aktif olarak görev almaları sağlanmalıdır.
- 5- TTB-UDKK ve dernekler insan gücü planlamasında Sağlık Bakanlığı içerisinde aktif rol almalıdır.
- 6- Yan dal uzmanlık alanları ve yan dal eğitimi veren üniversite ve diğer eğitim hastaneleri giderek yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle yan dal uzmanlık eğitiminin değerlendirilmesi, yetkili kuruluşların görevlerinin tanımlanması, yan dal uzmanlık eğitimi ile önerilerin tartışılması gereklidir.
- 7- Yeni yan dalların oluşturulmasında ve düzenlenmesinde yetkili kuruluşların belirlenmesi ve yetki verilmesi gereklidir.
- 8- Yan dal uzmanlığına girilebilmesi için ana dal yeterlilik sınavında başarılı olma şartı aranmalıdır.
- 9- Klinik uygulamaların standardize edilebilmeleri için dernekler tarafından kanıta dayalı kılavuzların hazırlanması ve çekirdek eğitim programlarının belirlenmesi gereklidir.
- 10- TTB-UDKK her ana dal ile ilgili gerekli yan dalları saptamalı ve bu yan dalların oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı ile koordinasyonu sağlamalıdır.
- 11- Uzmanlık dernekleri bilimsel toplantıların düzenlenmesinde TTB-UDKK'nın etik ilkelerini benimsemeli ve yaşama geçirmeli; o daldaki asistan ve uzman tüm hekimlerin bu toplantılara katılımına olanak sağlanmalıdır.
- 12- Uzmanlık eğitimi sırası ve sonrası için yetkinlik alanları bilgi ve beceri alanları ile sınırlandırıp sınanmamalıdır.

- 13- Tıbbi bilgi ve problem çözme, hasta bakımı yanı sıra, sürekli mesleki gelişim ve iletişim becerileri de uzmanlık eğitiminin genel yetkinlik alanlarıdır.
- 14- Genel yetkinlik alanlarına uygun içerikler, uygun yöntemlerle sınanmalı, sınav yazılı, sözlü sınav ve teze indirgenmemelidir.
- 15- Yapılandırılmış yazılı ve sözlü sınavlar, objektif yapılandırılmış klinik sınavlar, asistan karneleri, portfolyo, mini klinik sınavlar gibi ("miniCEX") gibi yöntemler sık aralıklarla eğitim süreci içinde ve bir arada kullanılmalıdır.
- 16- Ölçme-değerlendirme eğitici eğitimleri düzenlenmeli ve sınavan ve sınavanların bu konudaki bilgilenmeleri ve uzlaşmaları sağlanmalıdır.
- 17- Her türden ölçme-değerlendirme aracı güvenilirlik, geçerlilik ve eğitime etkisi açısından değerlendirilmeli, değerlendirme sonuçlarından üretilen geri bildirim, ilgililere uygun biçimde verilmelidir.
- 18- Ölçme değerlendirme sisteminin standardizasyonu dernekler ve ilgili organlarının sorumluluğunda olmalıdır.
- 19- Uzmanlık eğitimi programı ve tasarımı (müfredat ve rotasyonlar) uzmanlık dernekleri tarafından yönlendirilmelidir. Uzmanlık derneklerinin uzmanlık eğitim programlarını geliştirmeden önce bu konuda eğitim almaları önemlidir.
- 20- Tüm alanlarda uzmanlık eğitimi programları (çekirdek müfredat ve uygulamalar) hasta ve hasta yakınları hakları konularını içermelidir. Bu konuya gereken önem verilmelidir.
- 21- Ondokuzuncu Avrupa Üroloji Kongresinin İstanbul'dan Viyana'ya terör gerekçesiyle alınmış olmasından dolayı TTB-UDKK olarak üzüntümüzü ifade ediyor ve bu olayı kınıyoruz. Uzmanlık dernekleri, ulusal ve uluslararası düzeyde böyle bir yanlışın tekrarlanmaması için çaba göstermesi gereklidir.
- 22- Tıpta uzmanlık tüzüğünde tanımlanan uzmanlık alanlarında bazı sertifikasyon çalışmaları ile uzmanlık unvan ve yetkileri verilmeye çalışıldığını görüyoruz. 10 günlük kurslar ile aile doktorluğu adı altında aile hekimliği ya da acil hekimliği gibi uzmanlık unvan ve yetkilerinin verilmesi bilimsel kurallara ve uluslararası standartlara uygun değildir. Bu alanlarda sürekli mesleki gelişim kapsamında çeşitli kurs ve benzeri eğitim programları yapılabilir, ancak bunlar uzmanlık yetki ve unvanı kazandırmaz. Bazı ülkelerde geçici bir süre için geçiş dönemi tanımlanarak toplumun öncelikli sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik 1 yıl -1.5 yılı bulan eğitim programları ile gerekli alanlarda aile hekimi/genel pratisyen yetiştirildiği bilinmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığının yukarıda sözü edilen uygulaması niyet ve içeriği ile bu uygulamalara uymamaktadır. Bu nedenle bu uygulama kabul edilemez.
- 23- Tıpta uzmanlık tüzüğü ve yönetmeliğinin yasal belirsizlikleri ve sağlık ortamında yarattığı memnuniyetsizlik içinde Sağlık Bakanlığı'nın siyasi, nesnel değerlendirilmelerden yoksun bir biçimde yapmış olduğu Şef ve Şef Yardımcısı atamaları uygun değildir. Gerek Şef ve Şef Yardımcılığı gerekse Profesör ve Doçentlik gibi akademik yükseltme ve kadro atamalarında, önce iş tanımının yapılması ardından bu kadronun tüm ülke insan gücüne yönelik açık, şeffaf ve adil bir yarışma sistemiyle gerçekleştirilmesi gereklidir.
- 24- Sağlık Bakanlığı eski yönetmeliklerde de bulunan ancak uzmanlık eğitimini aksatacağı gerekçesiyle uygulanmayan başasistanlık süresini 9 yıla sınırlandıran ilgili tüzük maddesini uygulamaya karar vermiştir. Başasistanlık üniversitelerdeki yardımcı doçentliğin karşılığıdır. Yardımcı doçentlikte bir süre kısıtlaması yoktur. 9 yılı dolan başasistanlar Sağlık Bakanlığı düzenli olarak Şef ve Şef Yardımcılığı sınavları açmadığı için bir akademik kadro yükseltmesi şansını sistematik olarak elde edememişlerdir. Bu nedenle bu kişiler bu uygulamayla özlük hakkı kaybına uğramaktadırlar. Bu kişilere mutlaka en az 1 sınav hakkı tanınmalıdır. Bundan sonra çalıştıkları kurumda uzman kadrosunda ihdas edilmeleri sağlanmalıdır.
- 25- Sağlık Bakanlığı, 2004 yılında eğitim hastanelerinde döner sermaye ücretlendirmesini performansla bağlamak istemektedir. Sağlık alanında performans saptaması son derece güç, uygulanması neredeyse imkansız bir yaklaşımdır. Örneğin çok hasta tedavi etmeyi performans ücretlendirmesiyle özendirme koruyucu hekimliği tehdit eder. Ayrıca bu yaklaşım eğitim ortamını eğitim alanlar açısından oldukça olumsuz etkileyecek, çalışma barışını da riske edecektir. Daha bir çok sakıncaları bulunan bu uygulama kabul edilemez.
- 26- Asistanların 2002 yılında TTB ve Tabip Odaları bünyesinde başlattıkları asistan inisiyatifi isimli girişim olumlu ve önemlidir. Bu girişimin eğitim sonuçlarını da içeren asistan özlük hakları ile ilgilenmek üzere tüm ana dal asistanlarını kapsayacak ve ülke çapında organize bir biçimde TTB çatısı altında örgütlenmesi olumlu olacaktır. Bu asistan örgütünün TTB-UDKK ile yakın ilişkide çalışması gerekli ve önemlidir.

X. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

27-28 Kasım 2004 – İstanbul

Sağlıkta Dönüşüm Programı

1. Sağlıkta Dönüşüm Programı; (a) Genel Sağlık Sigortası, (b) sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi, (c) Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile sağlık hizmetinin sunumun İl Özel İdareleri ve belediyelere devredilmesi, dolayısıyla Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetinin sunumundan çekilmesi, (d) birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği sistemiyle özelleştirilmesini içermesi nedeniyle, başta koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere tüm sağlık sistemi için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Anayasa ile güvence altına alınan sağlık hakkını engelleyen ve sosyal devlet ilkesine aykırı olan bu program geri çekilmelidir.
2. Temel Sağlık Hizmetleri toplum içindeki tüm kesimlere, eşit olarak, kamu eliyle ve ücretsiz bir biçimde verilmelidir.

İnsan Gücü Planlaması

3. Sağlık alanında insan gücü planlaması, sağlık ile ilgili gereksinimler, istihdam kapasitesi, sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyi, hizmet hedefleri, insan gücü/nüfus oranı dikkate alınarak yapılmalıdır.
4. Uzmanlık dallarında insan gücü planlaması yapılırken ülkenin gereksinimleri ve asistan yetiştirme kapasitesi göz önüne alınmalı; nicelik değil nitelik ön planda tutulmalıdır.
5. Uzmanlık dernekleri TTB-UDKK çatısı altında, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yaparak insan gücü planlamasında sorumluluk üstlenmelidir.
6. İnsan gücü planlaması yapılırken asistanlar dahil olmak üzere konunun muhatabı olan tüm kesimler bu sürece katılmalıdır.

Sürekli Tıp Eğitimi

7. Uygulanmakta olan Sürekli Tıp Eğitimi (STE) etkinlikleri, hekimlerin davranışlarında değişiklik oluşturmada ve hekimlik uygulamalarını iyileştirmekte yetersizlikler içermektedir. Temel amacı hekimlerde davranış değişikliği yaratmak olan; meslek uygulamaları ve sağlık hizmeti üzerinde etkili; planlama, süreç ve değerlendirme aşamalarını içeren etkin STE'ler düzenlenmelidir.
8. STE'ler hekimlerin nasıl öğrendiğine uygun olarak oluşturulmalı ve mezuniyet öncesi eğitim ve mezuniyet sonrası eğitim ile dinamik ve bütüncül bir ilişki içinde olmalıdır.
9. STE'lerin ticarileşmesine karşı çıkılmalı ve bu alanda kişisel çıkar çatışmalarında uzak durulmalıdır. Hekimler ilaç endüstrisi ile herhangi bir ilişkiye girme zorunluluğunda bırakılmadan STE etkinliklerine katılabilmelidir.
10. STE hekimler için bireysel olduğu kadar toplumsal bir sorumluluktur. Bu, hem sunulan sağlık hizmetinin iyileştirilmesi için bir ön koşul, hem de bir hekim hakkıdır. Kamuda çalışan hekimlerin kamusal kaynaklardan faydalanarak STE etkinliklerine katılmaları sağlanmalıdır.

Performansa Dayalı Çalışma Sistemi

11. Performansa dayalı çalışma sistemi;
 - a) Hekimlerin motivasyonunu olumsuz etkilediği,
 - b) Klinikler arası rekabeti artırdığı,
 - c) Mesleki saygı ve doyum duygusunu olumsuz etkilediği,
 - d) Muayene süresinde azalmaya neden olduğu,
 - e) Hastanedeki çalışma barışını olumsuz etkilediği,
 - f) Eğitime ayrılan sürede ve verilen önemde azalmaya neden olduğu,

- g) Etik olmayan uygulamalara yol açtığı,
 - h) Mesleğe yabancılaşmaya neden olduğu,
 - ı) Hastaların tedavi maliyetlerini artırdığı için terk edilmelidir.
12. Kamusal bir anlayışla, halkın sağlık hakkı gözetilerek, koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetleri birlikte planlanarak gerçekleştirilen, sağlık harcamalarının genel bütçeden karşılandığı bir sağlık sistemine dönülmelidir.

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü

13. Tüzükte yer alan Tıpta Uzmanlık Kurulu, Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ve Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonları'nda; üyelerin çoğunluğu Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından atanırken, TTB'nin sadece birer üye ile temsil edilmesi ve uzmanlık derneklerine yer verilmemesi, kurul ve komisyonların, demokratik bir işleyişten uzak, gündelik politikalardan etkilenen bir yapıya sahip olmalarına yol açacaktır.
14. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alan kurul ve komisyonlarda Sağlık Bakanlığı, YÖK ve TTB eşit ağırlıkta temsil edilmeli; kurul ve komisyonlar, görevleri görüş bildirmek ve danışmanlıkla sınırlı olmayan, karar alma süreçleri üzerinde ağırlığa ve etkin bir işleyişe sahip yapılar olmalıdır.
15. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alan uzmanlık sınavları, sınava giren asistanın eğitim sorumlusunun da yer aldığı jüriler tarafından, bilgi, beceri ve tutumu ölçmeye yönelik olarak yapılmalıdır. Test usulü merkezi sınavlar ise, uzmanlık eğitiminde standardizasyon çalışmaları yapıldıktan sonra uygulanmalıdır.
16. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde yan dallar keyfi olarak ya da sadece Avrupa Tıp Uzmanları Birliği önerileri ya da ülkemiz dışındaki kurul ya da kuruluşların ölçütleri esas alınarak değil, ülkemiz gerçeklerine dayanarak ve TTB – UDKK başta olmak üzere ülkemizde konunun muhatabı olup bu alanda söz sahibi olan kurul ve kuruluşların görüşleri doğrultusunda belirlenmelidir.
17. Uzmanlık alanlarında ülkemiz gereksinimleri ve alt yapı olanakları göz önüne alınmadan, aşırı sayıda yan dal açılması, karşı çıkılması gereken bir uygulamadır. Bu durum, ana uzmanlık dalında yetersiz eğitim, iş gücü ve ekonomik kayıp gibi birçok soruna yol açacaktır. TTB-UDKK yapısı altında yan dallarla ilgili bir alt komisyon kurulmalıdır.

Ölçme ve Değerlendirme

18. Uzmanlık eğitiminde durağan ve günlük bir sınama yerine, tüm eğitim sürecinin değerlendirildiği bir uygulamaya geçilmelidir.
19. Uzmanlık eğitiminde ölçme ve değerlendirme, geçerli, güvenilir, uygulanabilir, nesnel, ayırıcı ve dengeli olmalı; kuramsal bilginin yanı sıra, beceri ve tutumu da ölçen yöntemleri içermelidir.

Uzmanlık Dernekleri

20. Uzmanlık dernekleri, etkinlik alanlarını sadece uzmanlık eğitimiyle sınırlamamalı, üyelerinin özlük hakları ve etik ilkelerin yerleştirilmesi gibi alanlarda da etkinlik göstermelidir.
21. Uzmanlık dernekleri, üyelerinin, Genel Kurullar başta olmak üzere, yönetsel etkinliklere ve toplantılara katılımlarını artırmaya yönelik çalışmalar yapmalıdır.
22. Uzmanlık alanındaki kongre, sempozyum gibi bilimsel etkinliklerin sayısı, aşırıya kaçmadan, o alandaki gereksinimler ve bilimsel gelişmeler göz önünde tutularak belirlenmelidir.

Yeterlilik Kurulları

23. Yeterlilik Kurullarının faaliyetleri içinde, uzmanlık eğitimi veren kliniklerin akreditasyonu uygulamalarının da yer almasının sağlanması için çalışmalar yapılmalıdır.
24. Yeterlilik Kurulları eğitim programlarının değerlendirilmesine katkıda bulunmalıdır.

Eğitim Hastaneleri

25. Eğitim hastanelerinde asli unsur olan eğitim ve araştırmadan ödün verilmeden, nitelikli bir hizmet verilmeli, işyükü eğitim hedeflerine ulaşmayı engellememelidir.
26. Eğitim hastanelerinde yıllardır yoğun bir emekle eğitim ve hizmet alanlarında çalışan ve uzmanlık eğitiminin vazgeçilmez unsurları olan başasistanların ve uzmanların görev yerlerinin değiştirilmesi uygulamasına neden olan yönetmeliklerin yürütmeleri durdurulmalı, yerleri değiştirilenler görevlerine iade edilmelidir.
27. Eğitim hastanelerinde koordinatör şefler seçimle göreve gelmelidir. Eğitim hastanelerindeki, şeflik kurumu başta olmak üzere eğitim sistemi ayrı bir kurultayda yeniden değerlendirilmelidir.

Asistanların Özlük Hakları

28. Asistanların eğitim kalitelerini artırmak, çalışma koşullarını düzeltmek ve dayanışmalarını yaygınlaştırmak için yaptığı örgütsel çalışmalar desteklenmelidir.
29. Eğitim uygulamaları, asistanların eğitim sürecinin nesnesi değil, öznesi olduğu gerçeğine uygun olarak gerçekleştirilmelidir
30. Asistanların, eğitim sürecini aksatacak sıklıkta nöbet tutmalarına son verilmelidir.
31. Üniversite ve eğitim hastanelerindeki asistanlar arasındaki ücret farklılıkları ve nöbet tutma / ücret dengesizliği giderilmelidir.
32. Rotasyonların uygulanması ve değerlendirilmesi konusunda asistanların önerileri alınmalıdır.
33. Her eğitim biriminde asistan temsilcilikleri, asistanlar tarafından seçilerek oluşturulmalıdır.
34. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultaylarında tıp fakültesi öğrencileri de yer almalıdır.
35. Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Kurultayının yapılabilmesi için gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.

XI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi**25-27 Kasım 2005****ÇALIŞTAYLAR**

Kurultay bünyesinde yapılan;

- Türk Tabipleri Birliği Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu, Uzmanlık Dernekleri ve İnsan Gücü Planlaması, Araştırma Görevlisi Bakış Açısıyla Uzmanlık Eğitimi Ve Geliştirilebilecek Yeni Kavramlar? Çalıştaylarının sonuçları ve alınan kararlar kabul edilir. Sonuç bildirgesi eki olarak çalıştay raporları eklenir.

TTB-UDEK

- TTB?UDEK ATUB' un üyesi olarak yerini almış Türkiye'de tanınan tek yetkili kuruldur. Uzmanlık eğitimin sürecinde etkin rolünü kullanmaya kararlıdır.

YENİ TÜRK CEZA KANUNU

- Yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) yeterli tartışma ortamı sağlanmadan çıkarılmıştır, gerekli düzeltmeler ivedilikle yapılmalıdır.
- TCK çekinik tıp uygulamalarına eğilimi arttırabilecektir. Bunun sonucunda girişimsel tanı yöntemlerinden kaçınma gereksiz tetkiklerde artış ve tanıda gecikme, kaynakların yanlış kullanımına yol açabilmektedir. Bu da uzmanlık eğitiminde olumsuzluklara neden olabilmektedir.
- Mahkeme öncesi değerlendirmede bilirkişiye başvurularak gereksiz dava açılması önlenmelidir.
- Yeni TCK'da bilirkişilik müessesesi çok önem arz etmektedir. Bilirkişilik listeleri oluşturulmasında TTB öncülüğünde çalışılmalıdır. Uzmanlık dernekleri kendi uzmanlık alanlarına ilişkin bilirkişilerin başvurabileceği bilimsel teşhis ve tedavi protokolleri hazırlanması yönünde çalışmalıdır.
- Yeni TCK' nın hekimleri potansiyel suçlu olarak görmesi engellenmelidir. 1219 sayılı yasa değiştirilmelidir.
- Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar ortaya konulmalı ve tek suçlu olarak hekimin gösterilmesi önlenmelidir.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

- Herkese eşit, ulaşılabilir, sürekli, nitelikli ücretsiz bir sağlık anlayışı sağlık hizmetlerinin genel perspektifi olmalıdır.
- Tedavi edici hekimliği önceleyen anlayış terk edilmeli, birinci basamağı ve koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen bir sağlık anlayışı yaşama geçirilmelidir.
- Uzmanlık dernekleri toplumsal sağlığın öncelikli görevleri olarak görmeli ve özellikle kendi alanlarında gerekli çalışmaları yapmalıdır.
- Toplumun sağlık düzeyini bozan ya da olumsuz etkileyen, hekimlerin çalışma koşullarını, yaşam koşullarını olumsuz etkileyen sağlık politikaları terk edilmelidir.
- Mezuniyet sonrası genel pratisyenlik mesleki eğitimi geliştirilmelidir. Bu bağlamda TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsünün mesleki programı desteklenmelidir.

ASİSTAN HEKİM

- Asistanların, eğitim sürecini aksatacak sıklıkta nöbet tutmalarına son verilmelidir. Haftalık çalışma saati 56 saati geçmemeli nöbet sonrası kesintisiz 11 saatlik nöbet izni olmalıdır. Her tür fazla çalışma tam olarak ücretlendirilmeli ve yasal dayanağa bağlı olarak ödenmelidir.
- STE etkinliklerine katılım asistanlar için bir hak ve aynı zamanda sürekli mesleki gelişim açısından bir sorumluluktur.
- STE etkinliklerine asistanların katılımı kurumları tarafından yeterince desteklenmelidir. Desteklenmelidir.
- Tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili yapılan bütün çalışmalara ve örgütlenmelere asistanların taraf olarak katılımı sağlanmalıdır.

EĞİTİM KURUMU VE SEKTÖREL İLİŞKİLER

- Hekimler ilaç endüstrisi ile herhangi bir ilişkiye girme zorunluluğunda bırakılmadan STE etkinliklerine katılabilir. Bunun için gerekli koşulların yaratılmasına çalışılmalıdır.
- İlaç endüstrisi ile olan ilişkilerde TTB-UDEK ilkeleri gözetilerek, bu ilişkilerin etik sorunlara yol açması, hasta-hekim ilişkisini ve mesleği olumsuz etkilemesi ve maliyetleri artırması engellenmelidir.
- Hizmet Satın Alma? Sağlıkta dönüşüm programının en önemli işleyiş mekanizmalarından biridir ve dolaylı bir özelleştirme yöntemidir. Programın bir bütün olarak sağlık sektöründe yarattığı tahribatlar ve Tıpta Uzmanlık Eğitime vereceği zararlar göz önüne alınarak Hizmet Satın Alma uygulamasının engellenmesine çalışılmalıdır.

ENTEGRASYON

- Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri arasında tıpta uzmanlık eğitimi amaçlı entegrasyon için yapısal bir model oluşturulmalıdır.
- Eğitim hedeflerine uygun olarak farklı kurumların eğitim programlarında paralellik sağlama ve kurumlar arası bilgi ve deneyim alışverişi geliştirilmelidir.

PERFORMANSA DAYALI ÇALIŞMA SİSTEMİ

- Performansa dayalı çalışma sistemi hastanelerimizdeki çalışma barışını olumsuz etkilemiş, eğitime ayrılan süreyi ve verilen önemi azaltmış, etik anlamda tartışmaya açık uygulamalara yol açmış, hastaların tedavi maliyetini arttırmış, muayene süresini azaltmış, kırtasiye işlemlerini artırmıştır.
- Hizmet başı ödeme sisteminin (performansa dayalı ödeme) terk edilmesi ve Sağlık Bakanlığının Türk Tabipleri Birliği ile işbirliğine giderek hekimlerin ücret sorununu çözmesi gerekmektedir.

UZMANLIK EĞİTİMİNDE;

- Ulusal Sağlık Otoritesinin yeniden tanımlanmasına izin verecek yasal düzenlemelere ivedilikle gerek vardır.
- Tıpta Uzmanlık Kurulu, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, şeflik atamaları ve sınavları konunun tüm tarafları ile birlikte bilimsel, hukuki ve adil olarak yeniden düzenlenmelidir.

TIPTA UZMANLIK KURULU

- Kurulun eski tüzükte olduğu gibi icracı bir kurul olarak görevine devam etmelidir
- Ülkemizdeki uzmanlık eğitiminin tarafları; Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, TTB ve Uzmanlık Dernekleridir . Bu nedenle gerekli yasal değişiklik yapılarak yetki ve sorumluluk adı geçen kuruluşlar arasında eşit paylaştırılmalıdır.

TIPTA UZMANLIK GİRİŞ SINAVI

- Tıpta Uzmanlık Giriş Sınavı (TUS) tek aşamalı olmalı ve genel tıp konularını kapsamalıdır.
- Yan dal önerilerinde öncelikle, o dalda uzman yetiştirmenin ülke gereksinimine olan katkıları ve yetiştirilecek uzman hekimin istihdamı konuları göz önünde bulundurulmalıdır.
- Yeni bir yan dal kurulurken bu alandaki yeterli alt yapının (teknik ve bilimsel donanım) mevcut olduğundan emin olunmalıdır.

YAN DAL UZMANLIK GİRİŞ SINAVI

- Yan Dal Uzmanlık Giriş Sınavı (YUS) adı altında getirilen merkezi sınav birinci basamak eleme/baraj sınavı olmalıdır.
- İkinci aşama sözlü sınav olarak adayın eğitim göreceği kurum tarafından yapılmalıdır.
- Yan dal uzmanlık giriş sınavının içeriği sadece ana uzmanlık dalının müfredatını kapsamalıdır.

YAN DALLAR

- Farklı ana dallarda uzman olup, aynı yan dalda uzmanlık eğitimi alınması durumunda yan dal süreleri açısından bir eşitsizlik yaratılmamalıdır.

- Aynı uzmanlık dalı hem ana dal hem de yan dal olmamalıdır.
- Ana dal uzmanlığı olmadan kesinlikle yan dal uzmanı olunmamalıdır.

EĞİTİCİ KADROLAR

- Eğitim Hastaneleri Eğitici Kadrolarının belirlenmesi eşitlikçi, bilimsel kriterleri gözeten, adil, şeffaf, herkese açık, ilgili tüm kurumların katılımı ile hazırlanan sınavla olmalıdır.
- Profesör ve doçentlerin sınavsız eğitim hastanelerine atamalarını sağlayan düzenleme Danıştay tarafından yürütmeyi durdurma kararı verilmiş olması ve hizmetin gereklerine ve kamu yararına uygun düşmediği, dolayısıyla hukuka uygun olmadığı, siyasi kadrolaşmaya neden olacağı gerekçeleriyle Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmesine rağmen atamalar yapılmıştır. Şef ve Şef Yardımcılarının yapılan atamaları geri alınmalıdır.
- Atamaların geri alınması için TTB-UDEK, Tabip Odaları ve Uzmanlık Dernekleri bu sürecin aktif takipçisi olmalıdır.

EĞİTİM PROGRAMI

- Eğitim programı yöneticisi, zamanının en az yarısını eğitim programının yönetimine ve bu konuyla ilgili çalışmalara vermelidir.
- Uzmanlık eğitimi programının yöneticisinin altında, eğiticilerden ve uzmanlık öğrencileri temsilcisinden oluşan ve eğitim politikasını belirleyen bir kurul bulunmalıdır.
- Eğitim kurulu, uzmanlık eğitimi programının planlanması, geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarının her birine etkin olarak katılmalıdır.
- Uzmanlık öğrencileri tarafından eğitim programı çerçevesinde seçilen olguların kayıtları tutulmalı ve kayıtlar aracılığıyla, eğitim programının gerekliliklerinin karşılanıp karşılanmadığı değerlendirilmelidir.
- Her uzmanlık öğrencisiyle yeterli sıklık, süre ve derinlikte, mesleki gelişimi değerlendirme oturumları yapılmalıdır.
- Eğiticilerin eğitim görenler tarafından periyodik olarak değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

EĞİTİM KURUMUNUN EŞ YETKİLENDİRMESİ

- Ulusal düzeyde mesleki bir organ tarafından yürütülen eş yetkilendirme uzmanlık eğitim programının uygulanması ve sürekli geliştirilmesi için, birimlerin gönüllülüğüne dayanan ve ziyaret programları ve rehberleri oluşturulmalıdır.

YETERLİK KURULLARI

- Yeterlik uygulamaları yeterli alt yapı donanımı, yeterli standartlarda eğitici, çekirdek eğitim programı, asistan karnesi ve bu standartlarda alınan bilginin sınanması esasına dayanmalıdır.

SON SÖZ

- Kasım 2006'da İzmir'de XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı'nda, daha iyi ve nitelikli bir sağlık ve tıp ortamına ulaşmış olarak buluşmak dileğiyle...

XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi**1-3 ARALIK 2006****DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KONFERANS SALONU- İZMİR****I. Sürekli Tıp Eğitimi / Sürekli Mesleki Gelişim**

1. Uzmanlık derneklerince yürütülen STE/SMG etkinliklerinin düzeyinin yükseltilmesi için TTB-UDEK tarafından STE/SMG standartları geliştirilmelidir.
2. Hazırlanacak STE/SMG standartları; organizasyon, bu eğitimi yürütecek kuruluşlar, eğitim gereksinimini belirleme, eğitimin amaç ve öğrenim hedefleri, eğitim metodolojisi, eğitim ortamı ve eğiticiler ile eğitimin etkinliğini değerlendirme yöntemlerini belirleyecek şekilde oluşturulmalıdır.
3. STE/SMG standartlarına sahip uzmanlık derneklerinin ve diğer kuruluşların akredite edilmesi ve akredite edilen uzmanlık dernekleri ve diğer kuruluşların STE/SMG etkinliklerine kredi verilmesi ülkemizde yürütülen STE/SMG etkinliklerinin niteliğini artıracaktır.
4. TTB-UDEK standartlarının oluşturulmasında, UDEK-STE Çalışma Grubu, ilişkili diğer kuruluş ve kişilerle işbirliği yapmalıdır.
5. Uzmanlık dernekleri TTB-UDEK tarafından geliştirilen asgari STE/SMG standartlarını dikkate alarak kendi dernek STE/SMG politikalarını belirlemelidirler.
6. TTB-UDEK-STE/SMG Çalışma Grubu, uzmanlık dernekleri ve yeterli kurullarınca yürütülecek STE/SMG etkinlikleri ve yeniden belgelendirme konularında TTB-UDEK politikasını belirlemelidir.
7. Kredilendirme kurulu tarafından kredilendirilen tüm STE/SMG etkinlikleri TTB-UDEK web sayfasından duyurulmalıdır.
8. Endüstri destekli STE/SMG etkinliklerinde uyulması gereken kurallar belirlenmelidir.

II. Uzmanlık Dernekleri ve Etik

9. Tüm hekimler, evrensel sorumluluk anlayışına sahip olarak, mesleğin, toplumsal ve kültürel koşullardan soyutlanmayacağını ve insanın kendini geliştirebilmesinin en temel koşulunun sağlığı olduğu bilincinde, toplumsal ve bilimsel değişimler göz önünde bulundurularak ve tartışılarak oluşturulan TTB- Hekimlik Meslek Etik Kuralları'na bağlı olmalıdır.
10. Sürekli gelişen, değişen bir alan olması ve yeni etik ikilemleri içinde barındırması nedeniyle tıp mesleğin yürütülmesi sırasında gereken mevzuat bilgisi ve yasalar bilinmelidir.
11. İletişim becerileri, profesyonel değerler ve etik konularındaki eğitim, tıp fakülteleri dışında, tabip odaları ve TTB tarafından "Mezuniyet Sonrası Eğitim" şeklinde verilmelidir.
12. Asistanlar kapsamlı bir eğitimden geçip tıbbın tarihsel birikiminden gelen bir güçle donanırken, bu gücün nasıl kullanılacağına ilişkin düşünsel yön olan etik, uzmanlık eğitimlerinin temel bir parçası olarak görülmelidir.
13. Etik eğitimi, sürekli tıp eğitimi ve zorunlu asistan eğitimi şeklinde sürdürülmeli, bu konuda dernekler, üniversitelerin ilgili anabilim dallarından destek almalı, yeterlik sınavlarında etik ile ilgili sorulara yer verilmeli, uzmanlık derneklerinin bilimsel toplantılarında etik konusunda oturumlar yapılmalıdır.
14. Tıp uygulamalarında hasta özerkliğine saygı ilkesi temel bir etik ilke olarak kabul ediliyorsa, özerkliğin geçici olarak bozulduğu durumlarda onu onarmak hekim ve diğer sağlık çalışanları açısından öncelik taşımalıdır. Bu ilke hastayı ya da araştırmalarda deneği dikkatli biçimde dinleme, sorularını yanıtlama, hastalığına ya da yapılacak araştırmaya ilişkin bilgileri aktarma ve sonuçta bu bilgiler ışığında, hastanın kendi "özerk" seçim ve eylemine olanak tanımayı amaçlamaktadır. Tıbbi karar ne kadar hastanın yararına olursa olsun, mutlaka hastanın özerkliğine saygı gösterilerek alınmış olmalıdır. Hekimin sahip olduğu bilimsel ve teknik bilgiyi, hastaya karşı belli bir otoriter tutum geliştirmek üzere kullanması etik açıdan haklı çıkarılamaz. Bu nedenle "özerkliğe saygı ilkesi"nin en önemli koşullarından biri "hastayı bilgilendirmek"tir. Bir bireyin özerk kararlar alıp, uygulamalar yapabilmesi için, içinde bulunduğu durumla ilgili bilgiye sahip olması gerekir. Hekimin ve sağlık ekibinin görevi bu bilgiyi hastaya vermek ve onu aydınlatmaktır.

15. İnsan deneklerini içeren klinik araştırmaların etiği, bir sorumluluğun standardını oluşturur ve bu araştırmalarda kullanılan insan deneklerinin nasıl gözetildiği ve korunduğu önemlidir. Özellikle "etkilenebilir, duyarlı gruplar" içinde değerlendirilen, etkilenmeye açık hastalar için bu konuda özel önlemler alınmalıdır. Bu sorumluluk, insan deneklerini kapsayan araştırmaların uygulayıcıları ve ilgili tüm taraflar açısından üstlenilmelidir. İlgili ve sorumlu olmak açısından, araştırmacının sınırlarını genişleten bireyler ve kurumlar etik olarak haklı gösterilebilir amaçlarını ortaya koymalıdır.
16. Hekimler, ilaç şirketlerinden hediye kabul etmeleri durumunda ortaya çıkabilecek tehlikeler konusunda uyanık olmalıdırlar. Hekimin, ilaç firması temsilcisinden hediye kabul etmesi, hekimle ilaç firması arasında "karşılık verme" anlamına gelebilecek bir ilişkinin kurulmasına ve bir yükümlülüğün doğmasına neden olabilir. Bu nedenle promosyon çalışmaları hekimlerin eğitime ve hastaların bakımına katkı sağlayacak şekilde olmalı ve doktorun ilaç şirketine ya da şirketin temsilcisine karşı bir yükümlülük duymasına yol açmayacak biçimde açık olarak yapılmalıdır. Örneğin, bu katkılar meslek kuruluşları, uzmanlık dernekleri ya da ilgili akademik bölümler gibi kar amacı gütmeyen kuruluşlar aracılığıyla yönlendirilebilirler. Aracı olarak işlev görecektir kuruluşun da etik sorumlulukları önemle vurgulanmalıdır. Bu kuruluşlar gelirlerini kongre giderlerinin düşürülmesinde ve başarılı çalışmaların ödüllendirilmesinde belli ölçütler içinde kullanmalıdırlar.
17. İlaç firması temsilcilerinin hekimleri ziyaretlerinin sıklığı ve süresi, hekimin çalıştığı sağlık kuruluşu tarafından standardize edilmelidir. İlaç firması temsilcileri hekimlerin çalışma saatlerini göz önünde bulundurarak tanıtım yapmalı, hekimler de bu konuda gerekli uyarıları firma temsilcilerine yapmalıdırlar.
18. Hekimlerin reçeteleme biçimleri her zaman var olan bilimsel verilerle yönlendirilmelidir. Hekimler hem tıp eğitimleri sırasında, hem de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimleri sırasında, ilaç firması temsilcileriyle ilişkilerin doğasında yatan tehlikeler konusunda uyarılmalıdırlar. "Rasyonel ilaç kullanımı" konusunda yeterli ve sürekli bilgilendirme yapılmalıdır.
19. Kongre, sempozyum ve bunun gibi hekim eğitime yönelik etkinlikler, tatil beldelerinde, beş yıldızlı lüks otellerde değil; herkesin kolaylıkla ulaşabileceği büyük kent merkezlerinde ve kamu kurumlarının ya da akademik kuruluşların konferans salonlarında düzenlenmelidir. Ayrıca kongre katılım ücretlerinin üst sınırı her yıl TTB tarafından YTL olarak belirlenmeli ve bu sınırı geçen kongreler kredilendirilmemelidir.
20. Kongrelere katılım sırasında hekimler ve kurumlar arası adalet sağlanmalı, öncelik hakkı ilgili alanda çalışması olan kişi veya kurumlara tanınmalıdır. Bilimsel bir çalışma, yurt içinde veya yurt dışında herhangi bir kongreye kabul edildiğinde çalışmayı gerçekleştiren kişi veya kurumlara uygun destek sağlanmalıdır.
21. Kongreler düzenlenirken etik dışı tutumlardan uzak durulmalıdır. Kongrelerde "yedirilip içirilme", "çekiliş düzenlenmesi", "hediye dağıtılması" gibi mesleki onurumuzu zedeleyecek uygulamalara izin verilmemeli; bilimsel toplantılar, turistik amaçlara araç haline getirilmemelidir.
22. İlaç firmaları tıbbi eğitime destek sağlamak amacıyla ilgili akademik kuruluşlara ve uzmanlık derneklerine bağış yapmak ya da öğrencilere karşılıksız burs vermek konusunda teşvik edilmelidir.
23. Klinik ilaç araştırması projelerinde ilaç firmalarının araştırmayı desteklemesi durumunda önemle değerlendirilmesi gereken nokta; söz konusu projenin, ilaçların hasta tedavisinde kullanımıyla ilgili önemli klinik sorulara yanıt verip vermeyeceği olmalıdır.
24. Dernekler, ilaç araştırmalarının, özellikle de faz 3, 4 çalışmalarının, promosyon amaçlı olarak kullanılması, hekimleri belli bir ilacın kullanılmasına alıştırmak ya da bu ilacın hastanede kullanılan ilaçlar listesine eklenmesini teşvik etmek gibi uygulamalar konusunda üyelerinde farkındalık yaratmalıdırlar.
25. Ülkemizde gerek üniversiteler gerekse diğer eğitim kurumları çok kısıtlı maddi imkanları içinde, hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimleri için gerekli fonları ayıramamaktadırlar. İster bir kurumda, ister serbest çalışıyor olsun, hekimlerin gelir düzeyleri, genellikle bilgilerini sürekli olarak tazeleyecek araçlara kendi olanaklarıyla sahip olabilmelerine, yurt içi ve yurt dışı bilimsel toplantılara kendi giderlerini karşılayarak katılabilmelerine imkan vermemektedir. Bu nedenle; hizmet ettiğimiz kitlenin en üst düzey ve kalitede hizmet alması amacıyla bir yandan meslek içi eğitime ağırlık verilirken, diğer yandan hizmeti sunan biz hekimlerin toplumsal, ekonomik sorunlarıyla çok yakından ilgilenilmesi gerekmektedir. Bu durum ilaç firmalarıyla "bireysel çıkar ilişkileri" kurulmasının bir ölçüde önüne geçebilecektir.

III. Toplum Sağlığını Geliştirme

26. Uzmanlık derneklerinin hazırlayacakları çekirdek eğitim programları sağlığın sosyal bileşenlerini kapsamalıdır.
27. Uzmanlık dernekleri, öncelikli sorunları saptamaya yönelik alan araştırmaları yapmalı, sağlık eğitimine önem vermeli, erken tanı rehberleri oluşturmalı, akılcı ilaç ve teknoloji kullanımı için çalışmalar yapmalı, kanıta dayalı uygulamalara öncelik vermeli, hastalık kayıtlarının geliştirilmesi için girişimlerde bulunmalı ve nüfus tabanlı, kamusal sağlık hizmetini ve sağlık hakkını savunmalıdır.
28. TTB ve derneklerin toplum sağlığının geliştirilmesi konusundaki ortak çabaları desteklenmeli ve geliştirilmelidir.
29. Toplum bireylerinin sürecin içinde olması için ihtiyaç saptama, hizmetlerin ihtiyaçlara göre yapılandırılması gibi çalışmalar yapılmalı; yapılan çalışmalarda etik ilkeler gözetilmelidir.
30. Uzmanlık dernekleri, uzmanlık alanı ile ilgili hastalıklar konusunda kamuoyu, sağlık görevlileri ve yöneticilerini bilgilendirme/bilinçlendirme etkinliklerinde bulunmalı, TBMM, hükümet, ve bakanlık düzeyinde gerekli çalışmalar yapılmalıdır.
31. Uzmanlık dernekleri uzmanlık alanı ile ilgili hastalıklarda en yüksek düzeyde sağlık hizmeti (koruma, tanı, tedavi) verilebilmesi için bu hastalıklarla ilgili ulusal kontrol programları hazırlanmalı ve bunların bakanlık düzeyinde hayata geçirilmesi için çaba göstermelidirler.

IV. Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi

32. Uzmanlık derneklerinin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi alanındaki sorumlulukları; uzmanlık alanları ile ilgili hastalıklar için en yüksek düzeyde klinik bakım (tanı, tedavi ve koruma) hizmetlerinin sağlanmasını teşvik etmek, desteklemek ve bu amaçla araştırma ve çalışmalar yapmak ve standartlar oluşturmak olmalıdır.
33. Uzmanlık dernekleri, uzmanlık alanları ile ilgili her düzeyde verilen sağlık hizmetlerinin alt yapısı, niteliği, maliyeti ve sağlık politikaları konusunda araştırma, izlem ve değerlendirmeler yapmalı, öneriler geliştirmelidir.
34. Sağlık politikalarında yapılan güncel değişikliklerin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini engelleyici olması nedeni ile Sağlık Bakanlığı, YÖK, TTB ve uzmanlık dernekleri gibi konunun taraflarının ortak görüşü ile kalıcı sağlık politikaları oluşturulmalıdır.
35. Daha nitelikli ve özgüveni olan uzmanlar yetiştirilerek sağlık hizmetlerinin iyileşmesine katkıda bulunmak üzere, asistan eğitiminde standardizasyon sağlanmalı, asistan karnesi ve asistan değişim programları uygulamaya konulmalıdır.
36. Uzmanlık eğitim programlarının ve uzmanlık eğitimi veren kurumların akreditasyonu sağlanmalıdır.
37. Bilimsel ve fiziki alt yapısı yetersiz ve yeterli eğitici kadrosu olmayan Tıp Fakülteleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri açılmamalıdır.
38. Birinci basamakta ve çeşitli uzmanlık alanlarında uygulanan reçete kısıtlanması kaldırılmalıdır.
39. Özel hizmetler yönetmeliği yeniden düzenlenmeli, poliklinik ve hastaneler açılırken amaç ve hedefleri iyi belirlenmeli, alt yapısı bile olmayan semt aralarına yakın mesafeler ile serpiştirilmiş, hekim ve yardımcı sağlık personeli yeterli olmayan özel merkezlerin açılması önlenmelidir.
40. Sağlık alanına kontrolsüz bir şekilde girerek maddi kayıplara, sağlık hizmetlerinde kalitenin düşmesine ve sağlık harcamalarında kaynak israfına yol açan paramedikal uygulamalar (güzellik salonları, estetik merkezleri vb.) önlenmelidir.
41. Laboratuvarların akreditasyonu sağlanmalı; akredite olmayan laboratuvarların çalışmasına izin verilmemelidir.
42. Eğitim ve hizmette kaliteden ödün verilmemeli, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan hizmet alımı uygulanmasında gerekçeler iyi belirlenmeli ve bu uygulamanın yaygınlaştırılmasından, haksız rekabet ile sağlık hizmeti kalitesini düşüreceği için vazgeçilmelidir.
43. Pratisyen Hekimler Derneği ile uzmanlık derneklerinin işbirliği olanakları geliştirilmeli; uzmanlık dernekleri Pratisyen Hekimler Derneği ve TTB-Pratisyen Hekimler Enstitüsü aracılığı ile pratisyen eğitiminde doğrudan rol almalıdır.

44. Sağlık sisteminde elektronik iletişim olanaklarından en üst düzeyde yararlanılmalıdır.
45. Koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi yöntemlerinde her dernek en uygun maliyetli yöntemi belirlemelidir.
46. Uzmanlık dernekleri sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için bütüncül bir yaklaşım içinde, yukarda belirtilen sorunlar ve çözüm önerileri doğrultusunda, kendi alanlarında iyileştirici çalışmalar yapmaya başlamalıdır.

V. Bilimsel Araştırmalar

İlke ve Yaklaşımlar

47. Uzmanlık dernekleri, ilgili alanlarda yapılacak her türlü bilimsel çalışmayı ve bu çalışmalarla ilgili olarak kurum, dernek ve disiplinler arası iş birliğini özendirmelidir.
48. Bu amaca uygun olarak çalışan üyelerine başta çok merkezli çalışmalar olmak üzere bilimsel araştırmalar ve ulusal verileri elde etmeye yönelik çalışmalar (hastalık yükü ve uygulanan sağlık hizmetinin niteliği vb.) için katkıda bulunmalı, yurt içi ve yurt dışı burslar ve/veya konu ile ilgili toplantılara katılabilmeleri için destek sağlamalıdır.
49. Bilimsel çalışma yapılması için eğitim vermeli; kurs, kongre, seminer, sempozyum, konferans, panel düzenlemeli, yayınlar yapmalı ve genç araştırmacıları desteklemek üzere araştırma yarışmaları düzenleyerek ödüller vermelidir.

Ulusal Yayıncılığın Özendirilmesi

50. Her derneğin en az bir adet bülten şeklinde de olsa dergi çıkarması, kendi uzmanlık alanındaki kişilerin olduğu kadar bu konulara ilgi duyanların da bilgilendirilmesine olanak verecektir. Bilimsel süreli yayıncılık, son derece zor ve zaman gerektiren özverili bir işlemdir. Süreli yayın yapılacaksa mutlaka bilimsel kurulların oluşturulması ve yayıncılık için minimum düzenlemelerin yapılması zorunlu olmalıdır.
51. Dergilerin mümkünse iki dilde birden yayın yapması sağlanmalıdır. Dilimizi geliştirip korumak adına Türkçe yayınlar ve yayıncılık özendirilmelidir. Ancak süreli yayınların uluslararası dizinlerde yer alabilmesi ve yayınların atıf alabilme olasılığının artırılması için mümkünse İngilizce olarak da yayınlanmasına çalışılmalıdır.
52. Süreli yayınların niteliklerinin yükseltilerek ulusal ve uluslararası dizinlere girmek amaçlanmalı ve bu yöndeki çalışmalar desteklenmelidir.
53. Dernekler, üyelerince ulusal dergilerde (özellikle Türk Tıp Dizinindeki Dergilerde) yayımlanan bilimsel çalışmaların da tıpkı uluslararası dizinlerdeki dergilerde yayımlanan çalışmalar gibi ödüllendirilebilmesi için gerekli düzenlemeleri yapmalıdır.
54. Akademik atama ve yükseltmelerde ulusal yayınların da en az uluslararası yayınlar gibi puanlanabilmesinin sağlanması için diğer derneklerle ortak düzenlemeler yapılmalı ve bu alandaki iş birliğinin geliştirilmesine çalışılmalıdır.
55. Her dernek kendi alanında yeni temel başvuru kitapları yayımlamayı hedeflemeli ve çeviri kitapların da öncelikle dernekler tarafından oluşturulacak kurullarca yönlendirilmesine çalışılmalıdır.

Derneklerin Bilimsel Araştırma Stratejilerinin Planlaması

56. Öncelikle kendi alanında olmak üzere Türkiye’de bilimin gelişmesine ve toplumun gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlayacak ve etik kurallar çerçevesinde yapılacak olan her türlü bilimsel araştırma ve bilimsel araştırma yapacak kişiler desteklenmeli; bilimsel araştırma ile ilgili kayıtların uygun şekilde toplanması özendirilmelidir.
57. Risk gruplarını oluşturan çocuklar, hamileler, laktasyon dönemindeki kadınlar ve yaşlılar ile ilgili araştırmalara öncelik verilmeli, bu risk grupları ile ilgili gerçekçi, bilimsel ve güvenilir verilere ulaşılabilmesi için etik kaygılar ön planda tutularak araştırmalar planlanmalıdır.

Bilimsel Araştırmalara Bütçe Sağlama Yolu ve Yöntemleri

58. Bilimsel araştırmalar için TÜBİTAK, DPT vb. yurt içi veya yurt dışındaki kurum ve kuruluşlara proje başvurusu yapacak kişilerin ön başvuruları öncelikle uzmanlık dernekleri tarafından değerlendirilmeli ve ilgili kuruluşlara bu ön değerlendirme sonucu üst yazı ile bildirilmelidir. Böylece desteklenecek projelerin seçiminde bilimsel değerlendirmelerin daha nesnel olarak yapılmasına olanak verilmelidir.
59. Kendi alanındaki bilimsel çalışmaların değerlendirilerek dernekçe desteklenebilmesi için bilimsel araştırma kurulları oluşturulmalıdır. Bu değerlendirme süreci ve değerlendirme kuralları başvuru ilanı ile birlikte tüm açıklığıyla ilan edilmelidir. Değerlendirme etik ilkeler doğrultusunda ve nesnel olarak yapılmalıdır. Bu işlem için dernek gelirlerinden her yıl belirli bir oranda pay ayrılması sağlanmalı ve Maliye Bakanlığı ile yapılacak görüşmeler sonrasında bu bütçenin vergiden muaf tutulması sağlanmalıdır.

Bilimsel Araştırmalara Bütçe Sağlama Yolu ve Yöntemleri

60. Özellikle Avrupa Birliği içinde yer alan araştırma kurumlarının olanakları gözden geçirilerek bu projelerde yürütücü veya ortak olarak yer alabilmenin sağlanması özendirilmelidir. Dernek kendi alanında var olan projelerin uluslararası yürütücüleri ile görüşerek Türkiye adına bu projelerde yer alınmasını sağlamaya çalışmalıdır. Bu konuda TTB-UDEK proje yazımı ve değerlendirmesinde yol gösterici ve destekleyici olmalıdır.

Bilimsel Araştırmalarda İşbirliği Olanakları

61. Dernekler, üniversiteler ve diğer eğitim kurumlarının araştırma olanaklarını saptayarak işbirliği ve ortak kullanım olanağı yaratmaya çalışmalıdır.
62. Derneklerce desteklenen çalışmaların dernek web sayfalarında ilan edilerek bu konularda çalışmak isteyen kişilerin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
63. Dernekler kendi alanlarında devam eden yurt dışı kaynaklı çalışmaların da web sayfası aracılığıyla duyurulmasına çalışmalıdır.
64. Dernek web sayfalarında TTB-UDEK'in web sayfasına bağlantı verilmeli ve bu sayede söz edilen projelere daha kolay ulaşılması sağlanmalıdır.

Bilimsel Araştırmaları Teşvik Yöntemleri

65. Dernekler kendi üyelerince yapılmış olan bilimsel araştırmaları teşvik primi ile ödüllendirebilir.
66. Yayımlanmış araştırmaların (ulusal ve uluslararası dergilerde) dergi aboneliği, kitap veya kongre desteği gibi teşviklerle ödüllendirilmesi sağlanmalıdır.
67. TÜBİTAK gibi kuruluşlarca desteklenmiş araştırmacılar, o alandaki diğer araştırmacıları teşvik etmek üzere ödüllendirilmelidirler.
68. Araştırma yapılmasının ve bilimsel araştırmayı takiben yapılan yayınların akademik atama ve yükseltme kriterleri içinde yer alması; Sağlık Bakanlığı nakil, atama ve yükseltme kriterleri arasına girmesi sağlanmalıdır.

Bilimsel Araştırmalarda Kaynakların Doğru Kullanımı

69. Kaynak israfına yol açmamak için öncelikle üniversite ve eğitim hastanelerindeki araştırma alt yapı olanaklarının belirlenmesi için derneklerin öncü rol üstlenmesi sağlanmalı; bu olanakların aynı alanlarda araştırma yapacak grupların ortak kullanımına açılmalıdır.

VI. İnsangücü Planlaması

70. Sağlık İnsan Gücü Planlaması (SİGP) etkin ve verimli bir sağlık hizmeti sunumunda vazgeçilmezdir.
71. SİGP'nda, öncelikle varolan durumun belirlenmesinin gerekir. Dinamik ve çok parametrelili bir süreç olan SİGP, tüm derneklerin katılımı ile eşgüdüm içerisinde yapılmalıdır.
72. SİGP yapabilmek için kaynakların saptanması gerekir. Varolan durumun saptanmasında devletin ulaşılabilir organları kullanılmalıdır.
73. SİGP'de vazgeçilmez bileşenlerden biri de hekimin emeğinin değerlendirilmesidir.

74. Hekim kalitesinde eğitimi verecek kişilerin özellikleri göz ardı edilmemelidir.
75. SiGP çalışmalarında Sağlık Bakanlığı ile eşgüdüm içerisinde olunmalı ve "müzakereci" bir tutum benimsenmelidir.
76. İstihdam, hekimin bir yere yerleştirilmesi olarak alınmamalı; çalışma ortamında yeterli ekip ve ekipmanın olması, uygun yaşam koşulları, iş ve gelir güvencesi sağlanmalıdır.

VII. Sağlıkta Dönüşüm ve Uzmanlık Eğitimi

77. Sağlık, kamusal bir hizmet olmalı ve genel bütçeden finanse edilmelidir.
78. Koruyucu sağlık hizmetlerini değil tedavi edici hekimliği ön planda tutan, toplum yerine bireyi öne koyan, dayanışma yerine rekabeti ön plana çıkaran, sağlığın bir hak olduğu ilkesinin, dolayısıyla sağlıkta kamucu anlayışın terk edilmesini getiren "Sağlıkta Dönüşüm Programı"ndan vazgeçilmelidir.
79. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, işletmenin değil eğitimin gereklerini önceleyen, eğitim ve araştırmadan ödün vermeyen nitelikli hizmet sunumu sağlanmalıdır.
80. Hekimlerin hastanelerde iş güvencesiz, farklı statülerde çalışması kabul edilemez. Sağlık çalışanları güvenceli ve emekliliğe yansıyacak yüksek ücret ile çalıştırılmalıdır.
81. Hekimler arasında farklılığa yol açarak çalışma barışını bozan, eğitime ayrılan süreyi azaltan performans uygulamasına son verilmelidir.
82. Sağlık Bakanlığı, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nin yasal durumu yeniden belirlenmeli, siyasi etkilere ve kadrolaşma çabalarından uzak, akademik ve özerk bir yapıya kavuşturulması sağlanmalıdır.

VIII. Uzmanlık Eğitiminde Yeterlik

83. Yeterlik sürecinde eğitici gelişimi programlarının içeriği; program geliştirme, klinikte eğitim, uzmanlık ve yeterlik sınavları, genel yetkinlik alanlarında eğiticiler yetiştirme, profesyonel davranış, iletişim becerileri, etik, sağlık politikaları, kanıta dayalı tıp ve araştırma konularını kapsamalıdır.
84. Yeterlik kurulları sürecinde, uygulamada karşılaşılan en önemli sorun, Tıpta Uzmanlık Eğitiminde ilgili tüm bileşenlerin eşit katılımı ile oluşturulan ve icracı niteliklere sahip bir ulusal otoritenin yoksunluğudur.
85. TTB-UDEK-UYEK'in düzenlediği eğitici eğitimi çalıştaylarına devam edilmelidir. Uzmanlık eğitimi ve öğrenme ortamında niteliğin geliştirilmesi için bu gibi eğitici gelişimi programları yaygınlaştırılmalıdır.
86. Eğitici, eğitilen ve eğitim kurumları için standartların oluşturulması önemlidir. Uluslararası standartlar bölgesel, ulusal ve kurumsal gereksinimler ve öncelikler doğrultusunda yenilenmelidir.
87. Halka sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin yükseltilmesi ve ulusal çapta standart bir sağlık hizmeti sunumu için tıpta uzmanlık eğitimi veren kurumlarının akreditasyonu sağlanmalıdır.
88. Tıpta Uzmanlık Eğitimi alanında tek başına yetkili bir ulusal otoritenin olmayışı Yeterlik Kurullarının önündeki önemli sorunlardan birisidir. Eğiticilerin, eğitim kurumlarının ve uzman hekimlerin yeterlik sürecine yeteri kadar ilgi göstermemeleri, Yeterlik Kurullarının yaşadığı finansal kısıtlılıklar ve eğitim kurumlarının kurum ziyareti programlarına gönüllü olmamaları da Yeterlik Kurullarının uygulamada karşılaştığı diğer önemli sorunlardır. Bu sorunların giderilmesi yönünde çalışmalar yapılmalıdır.
89. Akademik yükseltmelerde büyük bir emek verilerek alınmış Yeterlik Belgelerinin kullanılması hem akademik ortamın niteliğini yükseltecek hem de Yeterlik Belgelerinin işlevini artıracaktır. Yeterlik Belgesi alanlara akademik yükseltmelerde öncelik verilmelidir.

IX. Kurumlar arası İşbirliği - Eğitici ve Eğitilen Gözüyle Afiliasyon

90. Uzmanlık eğitiminde standardizasyonun oluşturulmasına katkıda bulunmak üzere, kurumlar arası işbirliği ile ortak eğitim programlarının oluşturulması, fiziksel altyapıların geliştirilmesi ve bilimsel araştırma olanaklarının paylaşılması sağlanmalıdır.
91. Afiliasyonun gerçekleştirilmesi için gerekli hukuki ve idari düzenlemeler yapılmalıdır.
92. Kurumların afiliasyonunda, her iki kurumda verilen eğitimin eksikliklerin karşılıklı olarak giderileceği, birbirini eşit gören bir yaklaşım benimsenmelidir.

93. Afiliasyon uzmanlık eğitiminde uygulanabilir yöntemdir. Ancak yaygınlaşabilmesi için tanınması, kolaylaştırılması, denetlenmesi ve onaylanması gereklidir. Bunların sağlanabilmesi için gerekli olan alt yapı çalışmalarında eşgüdümü sağlamak üzere Sağlık Bakanlığı, YÖK, TTB gibi uzmanlık eğitimi ile ilgili tarafların temsil edildiği ve işbirliği içinde çalışabilecekleri bir merkez oluşturulmalı ve maddi kaynak sağlanmalıdır.

X. Sağlık Sisteminde Asistanların Yeri ve Uzmanlık Eğitimi

94. TTB- AHEK'e uzmanlık dernekleri tarafından asistan temsilcisi yollanmalı, tüm eğitim veren kurumlarda asistan temsilciliği kurulmalı ve 2007 yılı içinde TTB-AHEK öncülüğünde bir Asistan Hekim Kurultayı düzenlenmelidir.
95. Asistanların çalışma saatleri haftada en fazla 56 saat olacak şekilde düzenlenmeli, nöbet sonrası 11 saat izin olmalı, bu süreyi aşan tüm mesailer ücretlendirilmelidir.
96. Kurumlar STE-SMG etkinliklerine katılım konusunda asistanlarına destek olmalıdır.
97. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bünyesinde verilmeye başlanan Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi bu hali ile kabul edilemez. Bir an önce Acil Tıp Şeflikleri kurulmalı ve bir eğitim programı çerçevesinde uzmanlık eğitimi verilmelidir.

XI. Uzmanlık Eğitimi Alanında Güncel Gelişmeler

Tıpta Uzmanlık Kurulu

Tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili önemli bir gelişme, Sağlık Bakanlığı'nın 1219 sayılı yasada değişiklikle tıpta uzmanlık eğitiminin şimdiki durumda olduğu gibi tüzük ile değil, yönetmelikle düzenlenmesini öngören bir yasa tasarısı hazırlamış olmasıdır. Bilindiği gibi, Danıştay, 2002 yılında yürürlüğe giren Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde yer alan Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun, sürekli kurul olması nedeniyle yasayla kurulması gerektiğini gerekçe göstererek yürütmesini durdurma kararı almış; Sağlık Bakanlığı gerekli yasal düzenlemelere başvurmak yerine, sorunu Tıpta Uzmanlık Tüzüğü tasarısında Kurul yerine Üst Komisyona yer vererek aşmaya çalışmıştır. Tüzük tasarısında Tıpta Uzmanlık Üst Komisyonu, tavsiye kararları almak üzere toplanan ve danışma işlevi gören bir Bakanlık organı gibi tanımlanmaktadır.

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü tasarısı üzerine olan görüşmeler, ilgili tarafların katılımıyla Danıştay 1. Dairesinde sürdürülmüş; ancak Sağlık Bakanlığı'nın gerek Yükseköğretim Kurulu, gerekse Türk Tabipleri Birliği ile Tüzük Tasarısı üzerinde, özellikle de Kurul ve Komisyonların işlevleri ve yapının konularında bir uzlaşmaya yanaşmaması nedeniyle tıkanma noktasına gelmiştir. Daha sonra Danıştay 1. Dairesi Tüzük Tasarısını Tıpta Uzmanlık Kurulu benzeri kurul ve komisyonların Tüzükle kurulamayacağı yönündeki 8. Daire görüşü olduğu gerekçesiyle reddederek Danıştay Başkanlığına geri göndermiştir.

Yasa maddesinde tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili süreçlere yer verilmemiş; icra yetkisinin içeriği tanımlanmamıştır. Tıpta Uzmanlık Kurulunda üyelerin çoğunluğunu Sağlık Bakanlığı tarafından atanmış oluşturunca, TTB'nin sadece bir üye ile temsil edilmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu, tıpta uzmanlık eğitiminin tarafları olan Sağlık Bakanlığı, YÖK ve TTB'nin eşit düzeyde temsil edildiği, demokratik işleyişe sahip bir yapıda olmalıdır.

1219 sayılı yasada yapılacak bir değişiklikle tıpta uzmanlık eğitiminin tüzük yerine yönetmelikle düzenlenmesi, Tüzüğün çıkması için tarafların uzlaşmasını şart koşan Danıştay'ı sürecin dışında bırakırken, Sağlık Bakanlığı'nı tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili düzenlemelerde tek yetkili konumuna getireceği için ciddi sakıncalar içermektedir..

Sağlık Bakanlığı Tarafından Yürütülen Müfredat ve Mesleki Bilimsel Çalışma Standartlarının Belirlenmesi Çalışmaları

Sağlık Bakanlığı'nın birkaç aydan bu yana sürdürmekte olduğu bir diğer faaliyet alanını, her bir uzmanlık dalı için uzmanlık eğitimine yönelik müfredat ve mesleki bilimsel çalışma standartlarının belirlenmesi amacıyla ilgili alandan uzmanları davet ederek düzenlediği toplantılar oluşturmuştur. Toplantılara davet edilen uzmanların seçiminde belirli bir ölçüt gözetilmemiş; toplantıların Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün bir faaliyeti olarak gerçekleştirilmesi tercih edilmiştir. Toplantılarda, her bir uzmanlık alanı için müfredat ve asistan karnesinin hazırlanarak iletilmesi, rotasyonların isimleri ve sürelerinin bildirilmesi istenmiştir.

Tüm bu süreçte, Sağlık Bakanlığı bu alanda yıllardır çalışmalar sürdüren ve önemli bir birikime sahip olan TTB-UDEK ile kurumsal düzeyde ilişki kurmaktan kaçınmıştır. Kurumsal temsiliyeti olmayan ve yasal bir zemine oturmayan bu uygulamalar, Sağlık Bakanlığının tıpta uzmanlık eğitiminde tek belirleyici olma ve tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili iş ve işlemleri tek başlarına yürütme yönündeki faaliyetlerinin bir uzantısı

görünümünde olup, tıpta uzmanlık eğitimi alanına zarar vermektedir.

Şef / Şef Yardımcısı Atamaları

Temmuz 2005 tarihinde çıkarılan bir yasa ile profesör ve doçentlerin Eğitim ve Araştırma Hastaneleri klinik şef ve şef yardımcılıklarına sınavsız olarak atanmaları sağlanmıştır. Söz konusu yasa Sayın Cumhurbaşkanınca veto edilerek Meclise iade edilmesine karşın, veto edilen şekli ile 01.11.2005 tarihinde yasalaştırılmış; bu gelişmenin hemen ardından şef ve şef yardımcılığı atamaları büyük bir hızla gerçekleştirilerek Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin eğitim kadroları daha çok mevcut iktidara yandaş görünen meslektaşlarımızca dolduruldu. Bu suretle bu hastanelerde yıllardır emek veren meslektaşlarımız, mesleki ve akademik yükselme şanslarını büyük ölçüde yitirmişlerdir. Bu hastanelerin kurumsallığı zedelenmiş, eğitim etkinlikleri aksar hale gelmiştir. Söz konusu yasanın yürütmesi Anayasa Mahkemesi'nce 12.12.2005 tarihinde durdurulmuştur. Ancak, bu tarihten sonra da, kararın Resmi Gazetede yayımlandığı tarih olan 17.12.2005 gününe kadar atamalar sakınılmadan devam etmiş; Sağlık Bakanlığı 41 günlük süre içerisinde 175 şef ve şef Yardımcısının atamasını yapmıştır.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek-1' inci maddesinin ikinci fıkrasında değişiklikle, profesör ve doçentlerin klinik şef ve şef yardımcılıklarına atanması için; Bakanlıkça kadroların ilan edilmesi, bilimsel çalışma ve yayınları ile birlikte Bakanlıkça başvuruların kabul edilmesi, üçü eğitim ve araştırma hastaneleri klinik şeflerinden ve ikisi de üniversite öğretim üyelerinden olmak üzere beş kişilik bir jüri oluşturulması, jüri tarafından adayların bilimsel çalışma ve yayınlarının incelenerek ve her bir aday için rapor düzenlenmesi ve bu raporlar ışığında Bakanlıkça belirlenen en uygun adayların klinik şefi ve şef yardımcılığı kadrolarına atanması aşamaları içeren bir düzenlemeye gidilmektedir. Ayrıca, profesör ve doçent unvanına sahip olmayan uzman tabipler için klinik şefi ve şef yardımcılığı ve başasistan kadrolarına atanmalarında sınav yapılması hükmü getirilmektedir.

Yine aynı yasa maddesi, klinik şefi, şef yardımcılığı ve başasistan kadrolarına atanmaların beş yıllık sürelerde bilimsel ve performans kriterleri bakımından Bakanlıkça değerlendirilmeleri ve yeterli görülmeyenlerin uzmanlık kadrolarına nakledilmeleri yönünde bir hüküm içermektedir.

Söz konusu yasa tasarısıyla, gerekli yasal düzenlemeler yapılarak şef ve şef yardımcılığı atamalarındaki Anayasa Mahkemesi engelini aşmaya çalışıldığı izlenimi alınmaktadır. Bilimsel çalışma ve yayınların dikkate alınacağı belirtilmiş de olsa, klinik şeflikleri ve şef yardımcılıklarına sonuçta Bakanlıkça uygun görülenlerin atanacak olmaları, 5 yılda bir yapılacak değerlendirmelerle Bakanlıkça yeterli görülmeyen klinik şefi ve şef yardımcılarının uzman kadrolarına nakledilecek olmaları, tıpta uzmanlık eğitimi alanındaki kadrolaşmanın artarak sürebileceği yönünde ciddi endişelere neden olmaktadır.

Klinik şefi ve şef yardımcılığı atamaları sınav sonucuna göre olmalı; 1998 yılında uygulanan üç aşamalı sınav sistemine geçilmeli ve bu sistem geliştirilerek sürdürülmelidir. Bu sınav sisteminin ilk aşaması olan yabancı dil sınavı, Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi ya da Sağlık Bakanlığı ile doğrudan bağlantılı olmayan, sınav yapma konusunda uzmanlaşmış ve bu alanda yeterli deneyime sahip bir kuruluş tarafından merkezi olarak ve nesnel ölçütler gözetilerek yapılmalıdır. Üçlü sınav sisteminin ikinci aşaması, nesnel bir değerlendirme açısından gerekliliği tartışılmaz olan merkezi mesleki bilgi sınavı olmalıdır. Üçüncü aşamada ise, jüri üyelerinin, Bakanlık tarafından görevlendirilmeyip kura ile belirlendiği mesleki uygulama ve yeterlik sınavı yer almalıdır.

Yabancı Hekimlere Çalışma İzni

TBMM'de yasallaşma sürecinde olan "Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı" içinde, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 1.inci maddesindeki "ve Türk bulunmak" ibaresinin metninden çıkarılması da yer almaktadır. Yasa gerekçesi olarak, ülkemizdeki tabip sayısının artmasına katkı sağlanması ve Avrupa Birliği'ne tam üyelik sürecinde, kişi ve hizmetlerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılmasının gösterilmiştir. Bu yasa tasarısıyla, hiçbir düzenleme yapılmadan, tek taraflı olarak, üstelik de Avrupa Birliği ile "yerleşme hakkı" ve "hizmet sunma özgürlüğü" başlıklarındaki müzakerelerinin askıya alınmasının gündemde olduğu bu günlerde Avrupa Birliği'ne tam üyelik süreci gerekçe gösterilerek, yabancı hekimlere çalışma izni verilmektedir.

Yandal Sınavı

Sağlık Bakanlığı önceden her hangi bir hazırlık ve bilgilendirme yapmadan "Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Yönetmeliği" çıkarıp, 16 Mayıs 2006 tarihinde Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Yandal Uzmanlık Klinikleri için, 222 kişilik bir yandal kadrosu açılarak, Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı yapılacağına dair ilan verilmiştir.

Giriş sınavının ilandan 15 gün sonra 31.05.2006 tarihinde, yazılı bilgi sınavının ise bundan 3 gün sonra 3 Haziran 2006 tarihinde yapılması öngörülmüştür. Yandal sınavlarının yürütmesi Danıştay tarafından durdurulmuştur.

Sınav duyurusunun sınavdan 15 gün önce yapıldığı, KPDS ve ÜDS sınavlarının yapılmasının beklenmediği bu sınav için, kliniklerin alt yapı olanakları, eğitici gücü vb. dikkate alınmadan kadrolar açılmıştır. Yan dal sınavları için, jüri belirlenmesinde hiçbir ölçüte yer verilmemiş, yazılı sınavda soruları kimin hazırlayacağı belirlenmemiş, sözlü sınavın süresi, uygulama yapıp yapılmayacağı açıklanmamış ve sıralamada ilk 222'ye girme başarı ölçütü olarak kabul edilmiştir.

Yan dal sınavları için öneriler aşağıda belirtilmiştir:

- Yan dal sınavları YÖK'ün, TTB-UDEK' in, uzmanlık derneklerinin ve uzmanlık dernekleri yeterlik kurullarının önerileri alındıktan sonra açılmalıdır.
- Kadrolar kadro standartlarına göre belirlenmeli, kadro belirlenirken kliniğin eğitim ve fizik altyapısı dikkate alınmalıdır.
- İlgili yan dala ait tam gün çalışma kapasitesinde yeterli sayıda eğitimci olmayan yerlere asistan alımı yapılmamalıdır.
- Jüri üyeliği için belirli ölçütler aranmalı ve kura yoluyla seçilmelidirler. Ayrıca jüri üyelerinin ilgili yan dalın uzmanı olmasına azami gayret gösterilmelidir. Üniversite öğretim üyeleri de jüriye üye olarak alınmalıdır.
- Yabancı dil sınavı için baraj 60 (altmış) puan olmalıdır.
- Yazılı bilim sınavı eğer varsa ilgili uzmanlık alanının yeterlik kurulunun ilgili komisyonu veya ÖSYM tarafından yapılmalıdır.
- Sınavda belli bir baraj olmalıdır.
- Sözlü sınav için belirli bir süre ayrılmalı sınavın nasıl olacağı ve değerlendirmesi nesnel kurallara bağlanmalıdır. Bu konuda yeterlik sınavlarında da uygulamaya giren Nesnel Örgün Klinik Sınavlar (OSCE) örnek alınmalıdır. Bu sınavda da belli bir baraj olmalıdır.

XIII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi**30 Kasım-2 Aralık 2007, İstanbul****İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Prof. Dr. Cemi Demiroğlu Oditoryumu**

Kurultaya 40 uzmanlık derneğini temsilen 15 ilden değişik üniversite, eğitim hastanesi ve özel sektörde çalışan 322 katılımcı kayıt olmuştur. Kurultayın ilk gününde İstanbul Tabip Odasında altı çalışma grubunun toplandığı Çalışma Grupları Genel Kurulu yapılmıştır. Dördüncüsü yapılan çalışma grupları toplantısında eylem planları gözden geçirilerek güncellenmiş, çalışma grupları yönerge taslağı tartışılmış ve derneklerin çalışma gruplarına 2 yıllık süreyle geçerli olmak üzere bir asıl bir yedek üye göndermeleri kararı alınmıştır.

Kurultaya 40 uzmanlık derneğini temsilen 15 ilden değişik üniversite, eğitim hastanesi ve özel sektörde çalışan 322 katılımcı kayıt olmuştur. Kurultayın ilk gününde İstanbul Tabip Odasında altı çalışma grubunun toplandığı Çalışma Grupları Genel Kurulu yapılmıştır. Dördüncüsü yapılan çalışma grupları toplantısında eylem planları gözden geçirilerek güncellenmiş, çalışma grupları yönerge taslağı tartışılmış ve derneklerin çalışma gruplarına 2 yıllık süreyle geçerli olmak üzere bir asıl bir yedek üye göndermeleri kararı alınmıştır. Aynı gün derneklerin ATUB temsilcileri ile ortak bir toplantı yapılmıştır. Üçüncüsü yapılan bu toplantıda, derneklerin ATUB temsilcileri ile toplantıların düzenli ve gündemli olarak sürdürülmesi kararı alınmıştır. Kurultayın üçüncü ve son günü sabah ayrı bir salonda Asistan Çalıştay yapılmıştır. 49 asistanın katıldığı çalıştayda asistan sorunları ve çözüm önerileri tartışılmış; çalıştay sonunda TTB-Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu'nun yedi kişilik Yürütme Kurulu üyeleri seçilmiştir. Yine aynı gün öğlen arası ATUB Başkanı ve Genel Sekreteri ile dernek başkanları, yeterlik kurulu başkanları ve derneklerin ATUB temsilcilerinin davet edildiği ve 45 kişinin katıldığı yemekli toplantı düzenlenmiştir. Toplantıda katılımcılara ATUB Başkanı ve Genel Sekreteri ile karşılıklı görüş alışverişinde bulunma olanağı sağlanmıştır. Toplantı aşağıdaki sonuç bildirgesinin hazırlanması ile sona ermiştir.

I. Tam Süre Çalışma ve Sağlık Hizmetleri

1. Sağlık hizmeti sunumunda hekimlerin tam süre çalışmasının sağlanması, sağlık insan gücünün iyi yönetiminin en temel bileşenlerinden biridir ve tam süre çalışma biçimi ülkemizde geçerli olan sağlık sisteminin kuralları içinde değerlendirilmelidir.
2. Uluslararası uzmanlık eğitimi ölçütlerinde, bir eğiticinin haftada en az 20 saatini tıpta uzmanlık eğitimi için ayırması gerekmektedir; mezuniyet öncesi eğitim de göz önüne alındığında eğitim programlarının başarısı ancak tam süre çalışma ilkesi ile gerçekleştirilebilir.
3. Gündemdeki tam süre, özlük ve ekonomik haklarda yeni bir iyileştirme ve güvence getirilmeden hekimleri tercih yapmaya zorlamaktadır. Tam süre çalışma; kar amacı ve piyasa koşullarından arındırılmış, finansmanı genel bütçeden sağlanan, performans gibi belirsiz ve güvencesiz ücretlendirme yerine maaş ve emekliliğe yansıyan bir ücretlendirmenin olduğu, eğiticilerin emeğinin karşılığının verildiği bir sağlık sisteminde, toplu sözleşmeli-grevli sendika hakkı ile birlikte olmalıdır.
4. Tam süre çalışma, kamu sağlık kuruluşlarında eşitliğin sağlanmasına odaklanmalı, genel/özel ayrımı ortadan kalkmalı ve sistemin sürekliliği güvenceye kavuşturulmalıdır.
5. Tam süre çalışma; yalnızca hekimler arasında değil, bu durumdan doğrudan etkilenen toplumun sağlıklı insanları, hastalar, öğrenciler, uzmanlık öğrencileri ve sağlık çalışanları tarafından da tartışılmalı; yasal düzenlemeler tüm tarafların ortaklaşa kararları doğrultusunda yapılmalıdır.
6. Her hekim sağlık politikalarından haberdar olmalı; tabip odası-birey-uzmanlık derneği işbirliği sağlanmalıdır.

II. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Çalışma Süreleri

7. Eğitim kurumları yeterli alt yapı ve eğitim olanakları olmadan uzmanlık eğitimi vermemelidir.
8. Doktora ve yan dal uzmanlıkları YÖK, TÜBİTAK, TÜBA'nın uluslararası değere sahip bilim adamlarından kurulu komisyonlarınca değerlendirilmeli ve denetlenmelidir.
9. Asistan ve eğitici kadroları uzmanlık derneklerinin önerileri alınarak belirlenmelidir.
10. Asistanların yükleri azaltılmalı, asistanların görevleri içinde yer almayan işleri yapmalarını engelleyici yöntemler geliştirilmelidir.

11. Tıpta uzmanlık eğitimi yönetmelikle değil, tüzükle düzenlenmelidir. Tıpta Uzmanlık Kurulu uzmanlık eğitiminin tarafları olan Sağlık Bakanlığı, YÖK ve TTB'nin eşit temsil edildiği bir yapıda yeniden düzenlenmelidir.
12. Ayda en fazla 8 nöbet tutulması konusunda kararlılık gösterilmelidir.
13. Hekimlerin çalışma sürelerinin yalnızca hekimleri ilgilendirmediği, topluma verilen sağlık hizmetinin güvenliği ve niteliğini etkilediği; ülkemizde hekimlerin çalışma sürelerinin, uluslararası kabuller ve üst hukuk normlarında belirlenen sınırlar içerisinde olmadığı gerçeğinden hareketle gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca, çalışma saatlerinin uygun şekilde ücretlendirilmesi gerekmektedir.
14. TTB-UDEK ile Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB) arasında kurulan ve giderek ilerleyen ilişkiye koşut olarak, üye uzmanlık derneklerimiz ile ATUB'un o uzmanlık alanıyla ilgili Bölüm (Section) ve Yeterlik Kurulları (Board) arasındaki ilişkiler geliştirilmelidir. Bu doğrultuda, uzmanlık dernekleri, ATUB temsilcilerini belirlemeli, belirledikleri temsilcilerin ATUB bünyesinde alanlarıyla ilgili toplantılara katılmalarını desteklemelidirler.

III. Yeterlik Kurulları ve Eğitim Etkinlikleri

15. Yeterlik Kurulları bünyesinde, eğitim kurumlarında verilen uzmanlık eğitiminin kalitesini artırmak, uzmanlık eğitim programının tüm eğitim birimlerinde uygulanması ve sürekli geliştirilmesini sağlamak için ziyaret programları ana ilkeleri ile yürütülen bir akreditasyon mekanizması kurulmalı ve gönüllülük esas alınarak eğitim veren kurumların akreditasyonu için çalışmalar başlatılmalıdır.
16. Sürekli tıp eğitimi, mesleki uygulama içinde olan her hekim için etik bir görev ve kişisel bir sorumluluk olmalıdır.
17. Sürekli mesleki gelişim (SMG), gönüllülüğün göz önünde bulundurulduğu, kendini geliştirmeyi sağlayan, hekimin performansının ve son aşamada da klinik bakımın iyileştirilmesi hedeflendiği bir süreç olarak alınmalıdır. SMG; uygulamayı geliştirme, yeterliliğin değerlendirilmesi, bilginin sınanması, akran / hasta değerlendirmesi aşamalarını içermelidir.
18. SMG, **en etkili** şekilde yürütülebilmesi için, hekimlerin, gündelik uygulamalarında karşılaştığı sorunlar konusunda sorduğu sorular üzerine kurulmalı; gereksinimlerin değerlendirilmesi ve gereksinimlere odaklanan çoklu öğrenme etkinliklerini kapsamalıdır.
19. SMG, **en yararlı** şekilde uygulanabilmesi için, uygulamaya dönüştürülmeli ve bir dizi izleme dayalı öğrenme etkinlikleriyle pekiştirilmelidir.
20. SMG, **en üretken** şekilde gerçekleştirilebilmesi için öğrenenler arasında etkileşimi cesaretlendirmeli ve akran tartışmaları için olanak sağlamalıdır.

IV. Uzmanlık Derneklerinde Yapılanma, Yönetim ve İşleyiş Sorunları

21. Uzmanlık dernekleri, toplum yararını gözetmeli, üyelerinin uzmanlık alanı ile ilgili haklarını korumalı ve geliştirmeli, uzmanlık alanında topluma sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar içinde olmalıdır.
22. Uzmanlık dernekleri, eğitim (STE/SMG), sağlık hizmetlerinin standartlarının belirlenmesi ve kalitesinin artırılması, toplum sağlığı ve toplum eğitimi, bilimsel araştırmaların desteklenmesi konularında etkin olmalıdır.
23. Derneklerin üye sayısı 500'ün üzerinde olanları şubeleşmeli, şubelerin dernek kurullarında üye sayılarıyla orantılı biçimde temsil edilmeleri sağlanmalıdır.
24. Asistanlar uzmanlık derneklerinin karar organlarında yer almalıdır.
25. TTB-UDEK bünyesinde aynı uzmanlık alanının birden fazla dernekle temsil edildiği durumlarda, tek dernek çatısı altında birleşmeyi sağlamak üzere gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

V. Türkiye'de Bilimsel Araştırmalar ve Güncel Sorunlar

26. Hekimlerin bilimsel duyarlılık kazanabilmeleri için, etik kavramlar tıp fakültelerinden başlanarak öğretilmelidir.
27. Yapılan çalışmaların, araştırma etiğinin "özerklik, yararlılık ve adalet" ilkeleri doğrultusunda yürütülebilmesi için uzmanlık dernekleri tarafından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

28. Yayın etiği ihlalleri (disiplinsiz-dikkatsiz veya özensiz araştırma, yinelenen yayın, sahtecilik-saptırma-aldatmaca, aşırı macilik, uydurmacılık, dilimleme) önlenmelidir.
29. Akademik yükseltme ölçütlerinde ulusal yayınlara yer verilmeli, uluslararası indekslere giren yayınlar ödüllendirilmeli, ulusal dergilerin uluslararası indekslere girmesi için çalışmalar sürdürülmelidir.
30. Akademik unvanların çalışılan kurum dışında kullanılmamasına ilişkin düzenlemelerin Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ne eklenmesi yönünde girişimlerde bulunulmalıdır.
31. Asistanların nitelikli araştırma-tez yapabilmelerine olanak sağlayan bir eğitim programı oluşturulmalıdır.

VI. Uzmanlık Dernekleri ve Kongreler

32. Uzmanlık dernekleri kendi uzmanlık alanlarındaki bilimsel toplantı ve kongre enflasyonunu önleyici çalışmalar yapmalıdır.
33. Kongreler düzenlenirken etik ilkelere tümüyle uyulmalıdır.
34. Uzmanlık dernekleri, asistanların kongrelere katılımlarını sağlamak için ilaç endüstrisine endeksli olmayan politikalar geliştirmelidir.