



HER YOĞUN BAKIM
KENDİ İÇİNDE
KÜÇÜK BİR HASTANEDİR

YOĞUN BAKIM
UZMANLARI
ANTALYA'DA BULUŞTU



kl̇nik̇ileṫşim[®]

MEDİKAL SEKTÖRÜN YENİLİKÇİ DERGİSİ

ARALIK-OCAK 2023 YIL:6 SAYI:25



**TIPTA UZMANLIK
KONTENJANLARINDAKİ
ARTIŞ ALARM VERİYOR!**

**ASİSTAN HEKİMLERİN
GÖZÜNDEN
PERFORMANS SİSTEMİ
NASIL İŞLİYOR?**

**CERRAHLARIN
BEŞTE BİRDEN FAZLASI
İSTANBUL'DA
ÇALIŞIYOR**



ÜCRETLENDİRME
POLİTİKASININ
ÇALIŞMA HAYATINA ETKİLERİ

KAÇ
GÖĞÜS HASTALIKLARI
UZMANINA İHTİYAÇ VAR?

SAĞLIK TURİZMİNDE
360 DERECE
HİZMET

ÖZEL SAĞLIK
SİGORTALARINDA
NELERE DİKKAT ETMELİYİZ?

Linet Multicare X

En Üst Düzey Yoğun Bakım Yatağı



Yoğun bakım ünitesinde kritik durumda olan hastaların özel ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlık personeline bakım hizmetlerinde en iyi şekilde yardımcı olmak üzere kapsamlı ürün portföyümüzle her zaman yanınızdayız. Linet Multicare model yoğun bakım yataklarımız yenilikçi özellikleri ile ürün portföyümüzü bu alanlarda tamamlamaktadır.

%67

Daha az kuvvetle
Hastayı lateral tilt ile
döndürmek mümkün

%95

Memnuniyet oranıyla
yeni Opticare X
yüzüstü modu

%63

Alt ekstremitte yükü
daha az. Mobi-Lift®
sayesinde hasta
mobilizasyonu daha
kolay

ACENDIS Türkiye
Proje Yönetimi / Satış & Servis

Küçükbakkalköy Mah. Cem Sokak, No: 4
34750 Ataşehir/İstanbul
proje@acendis.com.tr
Tel: +90 216 - 470 49 49
Tel: +90 216 - 470 01 94

instagram - acendishealthcare • facebook - acendistr • linkedin - ACENDIS Healthcare

ACENDIS Healthcare GmbH Headquartes
Project Management / Sales & Service

Wohlenbergstr. 5 30179 Hannover
www.acendis.eu
contact@acendis.eu
Tel: +49 (0) - 511 1 83 83
Tel: +49 (0) - 511 71 77 29



www.acendis.eu
www.acendis.com.tr



Elektriksel Empedans
Tomografisi tarafından
yönlendirilen programlanabilir
Otomatik Lateral Terapi ile
çerçeve tabanlı lateral eğim,
mekanik ventilasyon
ile ilişkili komplikasyonları
azaltır.



Mobi-Lift® tutma yeri veya **yan yatırma** özelliğine sahip Erken Hareketlilik Programımız, daha iyi ve daha hızlı hasta iyileşmesine katkıda bulunur.



Sabit düşük basınç (CLP)
Opticare X destek yüzeyi,
basınç yaralanmalarının
önlenmesine yardımcı olan
otomatik Optimal Daldırma
elde etmek için patentli
sensör teknolojisini kullanır.
Artık daha geniş bir hasta
yelpazesinin ihtiyaçlarını
karşlamak için **Yüzüstü** ve
Mobil modları mevcuttur.



ErgoFrame®, Opticare X Mobil Modu veya **entegre USB şarj cihazı** gibi özellikler, daha iyi zihinsel sağlık, güvenlik ve daha hızlı iyileşmeyi destekleyerek hastaların rahatlığına ve özerkliğine katkıda bulunur.



Çerçeve tabanlı lateral eğim,
hemşirelerin günlük bakım
sağlamasını daha kolay
ve güvenli hale getirir ve
bakıcının sırtına uygulanan
fiziksel yükü azaltarak kas-
iskelet sistemi yaralanma
risklerini azaltır.



Taşıma, hafif yatak ağırlığı ve
güçlendirilmiş ve katlanabilir
IV direklerine yerleştirilebilen
uzaktan **i-Drive Power®** kontrolör
tarafından kontrol edilen **motorlu 5. tekerlek** sayesinde daha az
fiziksel zorlama gerektirir.



Sezgisel ve **ergonomik**
kontroller, **tek düğmeli**
işlevler veya otomatik olarak
devreye giren i-Brake®
sayesinde sık ve kritik
prosedürlerin karmaşıklığını
en aza indirerek bakıcıların
bilişsel yükünü azaltın.



SafetyPort gibi Akıllı Bakım
çözümlerimiz, bakıcıların
yönetim görevlerini
azaltmasına ve hastaları görüş
alanında tutmasına yardımcı
olacaktır.



Product video

www



multicarex.linnet.com

ACENDIS
Together. All the way.

Elisa Ailesi Yoğun Bakım Ventilasyonunun Geleceğine Yön Veriyor



» Elisa 300 » Elisa 500 » Elisa 600 » Elisa 800

Hayat demek nefes demek. Düşünmeye gerek olmaksızın nefes alıp verebilmek demek. Bu kadar sade ve yalın. Ama bir hastalık nedeniyle veya başka sebeplerle nefes almak zorlaştığında Löwenstein MEDICAL tarafından üretilen Elisa ailesi kişiye özel spontan solunum modeline uygun olan ventilasyonu sunuyor.

Türbin teknolojisi, 300 l / dk'ya kadar maksimum peak inspirasyon akışları ve daha yüksek havalandırma basınçları sağlar. Aynı zamanda gürültü emisyonları ve bakım maliyetleri önemli ölçüde azaltılmıştır. Yoğun bakım ventilasyonunda günlük gereksinimler karmaşık ve geniş kapsamlıdır. Kapsamlı bir işlevsel platform, en son teknoloji, esnek cihaz yapılandırması ve sezgisel kullanım, günlük rutin işlerinizde ve kritik ventilasyon koşullarında size destekler.

Yoğun bakım ünitesinde, acil serviste veya hastane içi nakil sırasında kullanıma uygundur.

- ARDS, KOAH veya uzun süreli weaning high flow oksijen tedavisinde, invaziv veya non-invaziv ventilasyonda
- Modern ventilasyon modlarında, ağ nebulizörü, loop lar, PEEPfinder® veya weaning tool ile özofagus basıncı ölçümünde çalışmalarınızı kolaylaştırır ve destekler.

ACENDIS Türkiye
Proje Yönetimi / Satış & Servis

Küçükbakkalköy Mah. Cem Sokak. No: 4
34750 Ataşehir / İstanbul
proje@acendis.com.tr
Tel.: +90 216 - 470 49 49
Tel.: +90 216 - 470 01 94

instagram - acendishealthcare • facebook - acendistr • linkedin - ACENDIS Healthcare

ACENDIS Healthcare GmbH Headquartes
Project Management / Sales & Service

Wohlenbergstr. 5 30179 Hannover
www.acendis.eu
contact@acendis.eu
Tel.: +49 (0) - 511 1 83 83
Tel.: +49 (0) - 511 71 77 29



www.acendis.eu
www.acendis.com.tr

LÖWENSTEIN
medical

ACENDIS
Together. All the way.

ELISA 300 | 500

En Yeni Türbin Teknolojisi ile Yoğun Bakım Ventilasyonunda Yeni Kompakt Seri



Elisa 300

Elisa 300, kompakt sınıf avantajları ile invaziv ve non invaziv ventilasyon tedavisi için modern bir evrensel ventilatörün performans özelliklerini birleştirir.

Elisa 500

Elisa 500, yoğun bakım ventilatörü dakikada 300 litreye varan peak akış ile yüksek performanslı, gürültü emisyonunun minimize edildiği türbin yeterli flow kapasitelerini garanti eder.

İÇİNDEKİLER İÇİNDEKİLER klınıkiletışim® TIPTA UZMANLIK KONTENJANLARINDAKİ ARTIŞI ALANIM VERİYOR ASİSTAN HEKİMLERİN GÖZÜNDEN PERFORMANS SİSTEMİ NASIL ÇALIYOR? 28. TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULTAYI İSTANBUL'DA YAPILDI 13	28. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı İstanbul'da Yapıldı 13
Cerrahların Beşte Birden Fazlası İstanbul'da Çalışıyor 19	28. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı İstanbul'da Yapıldı 13
Kadro Artışı Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanlığını Nasıl Etkiledi? 23	Tüm Branşlar İçin Uzmanlık Eğitimi Gelişim Sınavı 26
Ne Kadar Göğüs Hastalıkları Uzmanına İhtiyaç Var? 28	Asistan Hekimlerin Gözünden Performans Sistemi 30
Ücretlendirme Politikasının Çalışma Hayatına Etkileri 32	Yoğun Bakım Uzmanları Antalya'da Buluştu 36
Her Yoğun Bakım Kendi İçinde Küçük Bir Hastanedir 38	İÇİNDEKİLER İÇİNDEKİLER

Ağaçlar Geleceği Fısıldıyor...

Her ağaç gibi kökleri aracılığıyla iletişim kuran Köknar Ağacı 40m'ye kadar boylanabiliyor. Özgün formu, iğne yaprakları ve kokusu ile ayrışıyor; güçlü kökleriyle toprağa sıkıca tutunarak gelecek için güvenin gerekliliğini anlatıyor.

Nüve,
sağlıklı bir gelecek için
doğaya kulak veriyor...



Tıpta Uzmanlık Kontenjanları Neden Artırıldı?

Fatma Ergüzeloglu

2022 yılında Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kontenjanlarında ciddi bir artış oldu. Her bir TUS için yaklaşık 6000 kontenjan açılırken Nisan TUS'unda 12 bin 300'e yakın kontenjan açıldı. Yerleştirme aşamasında birtakım kontenjanların boş kaldığı anlaşıldı. Çocuk cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisinde özellikle kontenjana göre yerleştirenlerin sayısının görece az olduğu fark edildi. Çocuk sağlığı ve hastalıklarında bu oran %40'a kadar yükseldi yani 952 kontenjandan 376'sı boş kaldı.

TTB Merkez Yürütme Kurulu 2016-2018 Dönem Başkanı Prof. Dr. Raşit Tükel tarafından ifade edilen bu bilgiler, TTB İstanbul Tabip Odası tarafından düzenlenen 28. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayında ifade edildi. Kurultay, çok sayıda tıpta uzmanlık alanı temsilcisini konuk etti ve istihdam, yönetim, çalışma hayatı, performans, eğitim gibi sistemin can alıcı konuları masaya yatırıldı.

Kontenjanlar Hangi Kriterlere Göre Belirlenmeli?

TUS kontenjanlarının belirlenme kriterlerinin tartışıldığı kurultayda; sağlık hizmet sunucularının kapasiteleri, yatak sayısı, tıbbi işlem potansiyeli yanı sıra eğitim kurumunun bulunduğu bölge, şehir, nüfus ve ihtiyaç duyulan uzman gereksinimi, uzmanlık öğrencilerinin yeterli teorik ve pratik eğitimi alabilme imkanları, çalışma koşullarının uygunluğu gibi dinamikler detaylıca anlatıldı.

İstihdam Politikası Yok

Tıpta temel bilimlerde istihdam politikasının yokluğuna dikkat çeken Prof. Dr. Gülriz Erişgen, uzmanların mecburi hizmetlerinde sıklıkla uzmanlık alanlarının dışında işlerle görevlendirildiklerini ve ayrıca performansa dayalı ücretlendirme politikası nedeniyle mağduriyet yaşadıklarını belirtti.

Cerrahi Kontenjanda 2 Kata Yakın Artış

Kurultaya katılan Pof. Dr. Ahmet Serdar Karaca ise genel cerrahilerin çalışma koşullarına anlattı ve ideal olarak 25 bin kişilik nüfusa 1,5 genel cerrahinin düşmesi gerektiğini oysa ülkemizde 25 bin kişiye 1 cerrah düştüğünü ifade etti.

TUS kontenjanlarının yıllar içerisinde düzenli olarak arttığını belirten Pof. Dr. Ahmet Serdar Karaca, 2022 kontenjanının 916 olduğunu ve cerrahi kontenjanlarının normalde 350-500 arasında değiştiğini söyledi.

Üniversiteler Değil Bakanlık Hastanelerine Kontenjan

Ortopedi ve travmatoloji uzmanlığının durumuna ilişkin bilgi veren Prof. Dr. Mehmet Demirhan ise, TUS kontenjanlarının yıllara göre dağılımına bakıldığında YÖK kontenjanının düşerken Sağlık Bakanlığı ve eğitim araştırma hastaneleri kontenjanlarının arttığına dikkat çekti. "Siz üniversitenize asistan aldığınızı zannediyorsunuz ama hayır, o asistan eğitimini bitirdiği an Sağlık Bakanlığına geçiyor" diye konuşan Prof. Dr. Mehmet Demirhan asistan kadrosunun 300'den 500'e çıktığını belirterek 2026 projeksiyonuna göre bu rakamın 725'e kadar yükseleceğini söyledi.

Göğüs Hastalıkları Uzmanlığında Durum Nasıl?

Göğüs hastalıkları uzmanlığına ilişkin konuşan Prof. Dr. Hayati Bilgiç de 2023 yılında, nüfusa göre beklenen göğüs hastalıkları uzman sayısının 2215 olması gerektiğini oysa Sağlık Bakanlığının hedeflediği göğüs hastalıkları uzman sayısının 2750 olduğuna dikkat çekti. Prof. Dr. Hayati Bilgiç, göğüs hastalıkları uzmanlık öğrenci kontenjanları belirlerken; eğitici sayısı, asistan sayısı, yatak sayısı, bronkoscopi sayısı, poliklinik, yatan hasta, yapılan girişimsel işlemler, alerji polikliniği, sigara ve KOAH polikliniği, tez, sunum, seminer, olgu tartışması, makale tartışması, dosya konsey, kurs, nöbet, vizit gibi parametrelerin dikkate alınması gerektiğini anlattı.

Yılda bir kez düzenlenen ve Türkiye'deki tıp eğitimi, hekim istihdamı ve çalışma hayatına sunduğu bütünlüklü perspektif ile düzenlenmesi gereken sağlık politikalarına ışık tutması, altyapı hazırlaması beklenen Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı haberlerini bu sayıda derledik. Keyifli okumalar dileriz.

Yönetim
MedPublish Yayıncılık adına
İmtiyaz Sahibi
Fatma Ergüzeloglu

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Funda Ergüzeloglu El

Redaksiyon
Duygu Sırakaya Çavuş

Reklam ve Pazarlama
MedPublish Yay. Eğitim Dan. ve Org.
haber@klinikiletisim.com
info@klinikiletisim.com

Yayın Türü
Yaygın Süreli

Yönetim Adresi
1159 sokak No: 5/3
06460 Çankaya Ankara / Türkiye
www.med-publish.com
haber@klinikiletisim.com
İletişim: +90 541 426 67 09

Basım Yeri
Vizyon Matbaa
Fatih Cad. No-198/A
Keçiören Ankara

Baskı Tarihi
Aralık-Ocak 2023

klinikiletisim®, MedPublish Yayıncılık tarafından T.C. yasalarına uygun olarak yayımlanmaktadır. Dergide yayınlanan yazı ve fotoğrafların her hakkı saklıdır. İzinsiz ve kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz. Reklam sayfalarının içeriği ve markalar konusunda sorumluluk reklam verene aittir. Bu dergi Basın Meslek İlkelerine uymayı taahhüt eder.

Semptomlar

Endikasyonlar

AKCİĞER EKSPANSİYON ÇÖZÜMLERİ

Sekresyon atmada zorluk?
Nefes alma zorluğu?
Mukus artışı?
Kronik öksürük?
Hırıltı?
Nefes Yetmezliği?

Koah?
Kronik Branşit?
Astım?
Branşektazi?
Kistik Fibrozis?
Atelektazi?

BRONŞİYEL HİJYEN

Bu endikasyonlar ve semptomlarla karşılaştığınızda non-invasive **Bronşiyel Hijyen Terapisi**; hava yolları ve bronşların temizlenmesi ve açılmasında yardımcı olur. İlaç kullanımı ve hastanede yatış sürecini azaltır.



EzPAP®

PEP ve PAP sürekli pozitif basınç sistemi



Acapella®

Vibrasyonlu PEP terapi sistemleri



Acapella CHOICE®



Sağlık sektörünün iletişim platformu **klınıkiletışim**'e abone olmak için
haber@klinikiletisim.com

klinikiletisim dergisi @klinikiletisim klinikiletisim dergisi

Anahtar Teslim (Turn-Key) Hastane Proje Hizmetleri

» made with passion and precision

20 üzeri ülkede hastane projesi

250' den fazla özel hastane projesi

10.000' den fazla cihaza servis hizmeti

ACENDIS

ACENDIS Healthcare GmbH
Wohlenbergstr. 5
30179 Hannover
GERMANY

Tel. +49 511 -1 83 83
contact@acendis.eu
www.acendis.eu

ACENDIS Türkiye / Proje Yönetimi / Satış & Servis
Küçükbakkalköy Mah. Cem Sokak. No. 4
34750 Ataşehir-İstanbul

www.acendis.com.tr
proje@acendis.com.tr

Tel. +90 216 470 49 49
Faks. +90 216 470 01 94

acendishealthcare acendistr ACENDIS Healthcare



28. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı İstanbul'da Yapıldı

Prof. Dr. Raşit Tükel: “2022 yılında Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kontenjanlarında ciddi bir artış oldu. Her bir TUS için yaklaşık 6000 kontenjan açılırken Nisan TUS’unda 12.300’e yakın kontenjan açıldı. Yerleştirme aşamasında birtakım kontenjanların boş kaldığı anlaşıldı”

Türk Tabipleri Birliği İstanbul Tabip Odası tarafından 28. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı İstanbul’da 10 Aralık 2022 tarihinde yapıldı. Programın açılışında konuşan TTB Merkez Yürütme Kurulu 2016-2018 Dönem Başkanı Prof. Dr. Raşit Tükel şunları kaydetti:

“Son bir yılı dikkate aldığımızda 2022 yılında Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kontenjanlarında ciddi bir artış oldu. Her bir TUS için yaklaşık 6000 kontenjan açılırken Nisan TUS’unda 12.300’e yakın kontenjan açıldı. Yerleştirme aşamasında birtakım kontenjanların boş kaldığı anlaşıldı.

Çocuk cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisinde özellikle kontenjana göre yerleştirenlerin sayısının görece az olduğu fark edildi. Çocuk sağlığı ve

hastalıklarında bu oran %40’a kadar yükseldi yani 952 kontenjandan 376’sı boş kaldı. Eylül ayı TUS yani ikinci döneme geldiğimizde de boş kalan kontenjan sayısının bir öncekine göre daha az düşük kaldığı anlaşıldı.

TUS kontenjanları neye göre yükseliyor, bunun ölçütleri neler? Uzmanlık öğrencisi kadro sayıları belirlenirken çeşitli kriterleri göz önüne alınması gerekiyor: Kapasite, yatak sayısı, tıbbi işlemler, eğitim kurumunun bulunduğu bölge, şehir, nüfus, bu alandaki uzman gereksinimi, uzmanlık öğrencilerinin yeterli teorik ve pratik eğitimi alabilmeleri, uygun ortamda çalışma koşullarının sağlanması bu kriterler arasında yer alıyor.”

Temel Bilimlerde Uzmanlık Eğitimi Gereksinimleri Neler?

Prof. Dr. Gülriz Erişgen: “Tıpta temel bilimlerde gereksinimlere uygun bir istihdam politikası geliştirilmediği görölmektedir. İstihdam politikası yok. Uzmanların mecburi hizmetlerinde sıklıkla uzmanlık alanlarının dışında işlerle görevlendirildiği görölmektedir”

TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Fizyoloji Anabilim Dalı ve TTB UDEK Yürütme Kurulu Üyesi Prof. Dr. Gülriz Erişgen:

“Tıpta Uzmanlık Sınavı kontenjanları söz konusu olduğuunda temel bilimler olarak ayrı bir dizi toplantı yaptık. Sorunlarımız hem dahili ve cerrahi birimlerden hem de temel birimlerin kendi içerisinde farklılık gösteriyor. Bu farkı tarif etmek için 2016 yılında yaptığımız bir toplantı kaydını aktarmak isterim. TTB Merkez Konseyinde yapılan toplantıya halk sağlığı, klinik mikrobiyoloji, cerrahi, farmakoloji, histoloji ve embriyoloji, immünoloji, klinik biyokimya, psikiyatri, spor hekimleri ve fizyolojik bilimlerde dernekleri katıldılar.

Bu alanlara bir süredir hiç uzmanlık eğitimleri için kontenjan verilmiyordu. Temel bilimlerde eğitimin doktora ağırlıklı olması gerektiği ifade ediliyordu. Temel birimlerde de böyle bir eğilim var.

Doktora Eğitimi ile Uzmanlık Eğitiminin Farklı
2016 yılında yapılan bu toplantıda bizler doktora eğitimi ile uzmanlık eğitiminin farklı olduğuunu

vurgulamıştık.

Doktora eğitiminin temel amacı bir alanda derinleşerek akademik çalışmalar yürütölmesi sonucunda alınan doktora belgesi ile akademik bir ortamda çalışabilmeye hak kazanılması olarak tanımlanabilir. Doktora eğitimi tıbbın seçilmiş bir alanında olabileceği gibi tıp disiplininin farklı bir alanında da gerçekleştirilebilir. Tıpta uzmanlık eğitimi ise belli bir tıp alanında bilgi, tutum ve beceri kazanımına dayanan doktora eğitiminde olduğu gibi bilişsel ve tez sunumu değerlendirmesi ile alınan uzmanlık belgesi ile belgelendirilmektedir.

Doktora ve uzmanlık eğitimi süreçlerinin birbirlerinden farklı ancak her ikisinin de çok değerli olduğu Tıpta Uzmanlık Kurulunun 684 No’lu kararında açıkça belirtilmiş ve her iki eğitim sürecinin çıkışmaması gerektiğine vurgu yapılmıştır. Aynı kararda uzmanlık eğitimi mezunlarının öncelikle sağlık hizmet sunucusu olduğuuna dair de vurgu yapılmıştır. Bu görüş, bizim son dönemde yaptığımız toplantılarda yeniden ağırlık kazandı.



Prof. Dr. Gülriz Erişgen:
“Temel bilimlerde uzman olarak çalışan meslektaşlarımızın ayrıca sürdürölren performansla dayalı ücretlendirme politikası nedeniyle mağduriyetleri vardır”

İstihdam Politikası Yok

Tıp faköltesi mezunu tıpta uzmanlık eğitimi almış kişilere temel bilimlerde gereksinim var. Temel bilimlerde de uzman hekimlerin sorunları şöyle:

Tıpta temel birimlerde uzman olanların istihdamına dair çeşitli öneriler geliştirilmiş ve konuya ilişkin raporlar yayımlanmıştır. Ancak hala gereksinimlere uygun bir istihdam politikası geliştirilmediği görölmektedir. İstihdam politikası yok. Uzmanların mecburi hizmetlerinde sıklıkla uzmanlık alanlarının dışında işlerle görevlendirildiği görölmektedir.

Temel bilimlerde uzman olarak çalışan meslektaşlarımızın ayrıca sürdürölren performansla dayalı ücretlendirme politikası nedeniyle mağduriyetleri vardır.

Temel Bilimlerde Uzmanlık Eğitimi Gereksinimleri Şöyle:

Tıpta uzmanlık eğitimi verebilecek kurumların altyapılarının TUKMOS raporlarında yer alan çekirdek müfredatı yürütecek koşulları sağlaması beklenmektedir. Ancak pek çok alanda çekirdek müfredat - asgari koşullar arasında uyumsuzluklar vardır. Asgari eğitici ve fiziksel koşullar genelde tanımlanmamış ve bu koşullarda ağıtım verebilecek azami öğrenci sayısı belirtilmemiştir.

Eğiticilerle ilgili sayısal koşul tanımlanmış olmakla birlikte niteliksel değerlendirme yapılarak kriterler oluşturulması gereklidir. Çekirdek müfredatın sürdürölmesini güvence altına almak için eğitici niteliğini de dikkate almak önemlidir. Temel bilimlerde uzmanlık öğrencisi sayısı belirlenirken yüksek lisans ve doktora öğrenci yükü de dikkate alınmalıdır.

İşleyiş ve İstihdam Alanları Farklı

Sonuç itibarı ile tıpta temel bilimler olarak tanımlanan alanlar işleyiş ve istihdam alanları bakımından farklılıklar göstermektedir. Tıbbi biyokimya, tıbbi mikrobiyoloji, histoloji ve embriyoloji sağlık hizmet sunumunda daha doğrudan yer almaktadır. Derneklerin ya da yeterlilik kurullarının bir eğitim kurumunun ne kadar öğrenci alması gerektiği ile ilgili çok net formüllerinin olmadığı dikkatimizi çekti. Alanda uzman hekim gereksinimi ve TUS kontenjanları belirlenirken bu dikkate alınmalı ve alana öğgü kriterler belirlenmelidir. Yapılan toplantılarda bu doğrultuda çalışmalar yapılarak olanlara öğgü raporların hazırlanmasının uygun olduğu sonucuna varılmıştır.”



Temel Tıp Bilimlerinde Uzmanlık Eğitiminde Kontenjan Belirleme Kriterleri

Prof. Dr. Pergin Atilla: “Sağlık hizmet sunumunda doğrudan yer alan bilim dalları tıbbi biyokimya tıbbi mikrobiyoloji histolojik embriyolojidir. Ancak fizyoloji ve anatominin de temel bilimlerdeki hizmet sunucu yönlerinin daha ön plana çıkarılması gerekmektedir”

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Pergin Atilla, temel tıp bilimlerinde uzmanlık eğitiminde kontenjan belirleme kriterleri konulu bir sunum yaptı ve şöyle konuştu:

“Sağlık hizmet sunumunda doğrudan yer alan bilim dalları tıbbi biyokimya tıbbi mikrobiyoloji histolojik embriyolojidir. Ancak fizyoloji ve anatominin de temel bilimlerdeki hizmet sunucu yönlerinin daha ön plana çıkarılması gerekmektedir. Uzman hekim gereksinimi ve TUS kontenjanları belirlenirken bu nokta dikkate alınmalıdır. TUS kontenjan sayılarının neye göre belirlendiği belli değil; öğretim üyesi sayısına göre mi belli bir oran veriyorlar? Hayır. Neye göre kapasite belirliyorlar? Bu belli değil. Biyokimya

ve mikrobiyoloji için kontenjanlar üniversitelerden istenirken (numune sayısı, yapılan tetkik sayısı) histoloji alanı için hiçbir şey istenmiyor; sadece uzmanlık öğrencisi ve öğretim üyesi sayısı ve bitirme süreleri isteniyor.

Temel birimlerde herkes tıpta uzmanlık eğitimi vermeye yetkin mi? Temel birimlerde hem hekim olan hem de hekim olmayan hocalarımız var.

Çok Sayıda Belirsizlik Var

TUKMOS ÇEP’lerde asgari eğitici koşulları, fiziksel koşullar ve bu koşullarda eğitim verebilecek öğrenci sayılarında belirsizlikler var.

TUKMOS çekirdek eğitim programlarına göre, anatomi anabilim dalında kaç eğitici olacağı



Prof. Dr. Pergin Atilla: “Tıbbi mikrobiyoloji anabilim dalında en az biri doçent unvanına sahip en az üç eğitici bulunmalıdır. Ancak programda bir profesör ve bir doçent varsa asgari standart karşılanmış sayılır. Eğitime kabul edilecek uzmanlık öğrencisi sayısı ise her eğitici başına üç uzmanlık öğrencisini geçmemelidir”

belirtilmiyor ancak eğitici başına en fazla iki uzmanlık öğrencisi öneriliyor. Fizyoloji anabilim dalında kaç öğrenci olması gerektiği belirtilmiyor ancak biri doçent ünvanına sahip 2 kişi deniliyor. Ben TUKMOS’ta yıllardır görev yapıyorum ve eğitici sayımızın üçten ikiye indirildiğini şaşkınlıkla gördüm. Buna ek olarak fiziksel koşullarımız da değiştirilerek sadece ‘bir araştırma mikroskobu bulundurulması’ ifadesi eklenmiş. Bunlar da tabii ki ciddi sorunlara yol açıyor.

İdeal Koşullar Neler?

İdeal koşullara dönecek olursak; tıbbi mikrobiyoloji anabilim dalında en az biri doçent unvanına sahip en az üç eğitici bulunmalıdır. Ancak programda bir profesör ve bir doçent varsa asgari standart karşılanmış sayılır. Eğitime kabul edilecek uzmanlık öğrencisi sayısı ise her eğitici başına üç uzmanlık öğrencisini geçmemelidir.

Tıbbi biyokimya anabilim dalında bir eğitime en fazla dört uzmanlık öğrencisi düşmelidir. Üniversiteler tıpta uzmanlık eğitimi almış biri profesör veya doçent olmak üzere asgari üç yıllık uzman olan en az iki öğretim üyesi almalıdır. Eğitim araştırma hastaneleri tıpta uzmanlık eğitimi almış en az iki eğitim görevlisi istihdam etmelidir.

Anabilim dallarının kapasiteleri hesaplarken öğretim üyesi başına düşen uzmanlık öğrenci sayısını hesaplamaya çalıştık; profesör ve doçentler için iki veya üç öğrenci verilebilir; en az bir yılı tamamlamış doktor öğretim üyesi eğitimcilere de bir veya iki uzmanlık öğrencisi verilebilir.

Anabilim Dalları Arasında Çok Farklılıklar Var

2022 TUS 2. dönem kontenjanlarına bakacak olursak anabilim dalları arasında çok farklılıklar var. Bir anabilim dalında eğitici başına 2 buçuk öğrenci planlanırken diğerinde 4 kimisinde 1,8 veya 1,4 öğrenci oluyor. Belirsiz. Bakanlık, Türkiye’de 528 histoloji embriyoloji uzmanı kapasitesi belirlemiş. Biz kendi çalışmalarımızda 528 rakamına ulaşamadık. 277 ile 482 arasında değerlerimizi değiştirdik. En büyük sorun temel bilimlerde öğretim üyesi sayısının dikkate alınması. Oysa nitelik de dikkate alınmalıdır. Sonuç olarak, bilim alanlarına özgü kriterler belirlenirken eğitimcilerle ilgili sayısal koşullar yanı sıra niteliksel değerlendirme kriterleri ve her sınav döneminde kurumların en az kaç kadro istemesi gerektiği belirlenmelidir. Eğitim kurumlarının takibi yapılmalıdır; başlayan, ayrılan uzmanlık öğrenci sayıları bilinmelidir.”

Prof. Dr. Pergin Atilla: “Bakanlık, Türkiye’de 528 histoloji embriyoloji uzmanı kapasitesi belirlemiş. Biz kendi çalışmalarımızda 528 rakamına ulaşamadık. 277 ile 482 arasında değerlerimizi değiştirdik.”

Cerrahların Beşte Birden Fazlası İstanbul’da Çalışıyor

Pof. Dr. Ahmet Serdar Karaca: “Genel cerrahi dağılımında bir problem var, en yüksek rakam İstanbul’da... Cerrahların beşte birden fazlası İstanbul’da çalışıyor. %40’ı İstanbul, Ankara ve İzmir’de çalışıyor yani yarıdan fazlası 8 büyük ilde toplanıyor”

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Türk Cerrahi Derneği Başkanı Pof. Dr. Ahmet Serdar Karaca, uzmanlık eğitiminde kontenjan belirleme kriterlerine ilişkin görüşlerini şöyle ifade etti:

“Türkiye’de genel cerrahi eğitimi veren 113 adet kurum var. Uzmanlık öğrencisi olan kurum sayısı 108. 5 tanesinde uzmanlık öğrencisi yok. Bu kurumların 9 tanesi şehir hastanesi 26 tanesi eğitim araştırma hastanesi 78 (13 vakıf) tanesi de tıp fakültesi. Eğitici sayımız 8,31, öğrenci sayımız 1939. Burada yüksek bir oran var, öğrenci eğitici oranı 10 buçuk. Eğitici başına 2 veya 3 öğrenci oranı olması gerekirken ülkemizde şu anda genel cerrahide öğrenci eğitici oranı 10 buçuktur ve bu rakam yüksektir.

Eğitim Verilemiyorsa Öğrenci de Alınmamalıdır Türk Cerrahi Derneği olarak Yeterlilik Kurulumuz ile çalıştık ve önerilerimiz şöyle: Yeterli eğitici sayısı bulunmayan kurumlara araştırma görevlisi kadrosu kontenjanı açılmamalıdır. Eğer eğitim veremeyeceksiniz boşuna öğrenci alınmamalıdır. Bazı merkezlerde eğitici başına düşen araştırma görevlisi sayıları ortalaması 5 kişiden fazladır; eğitimin böyle verilemeyeceğini biliyoruz. Eğitimin daha kaliteli ve iyi şartlarda sunulması için araştırma görevlisi kadroları verilirken bu durum da göz önünde bulundurulmalıdır. Uzmanlık öğrencisi kadro sayısı belirlenirken yatak sayısı, hasta kapasitesi, yapılan cerrahi çeşitlilik ve kurum donanımı göz önünde bulundurulmalıdır. Eğitim kurumunun bulunduğu şehir, hastane büyüklüğü ve hitap ettiği nüfus dikkate alınmalıdır.

Cerrahi Uzman Sayısını Makul Seviyede Tutabilmek

Gelecekte genel cerrahi uzman sayısını makul seviyede tutabilmek ve uzmanlık öğrencilerinin yeterli teorik ve pratik eğitime ulaşabilmesini sağlamak temel hedef olmalıdır. Nöbet sonrası izin çalışma şekli, az sayıda asistanın klinik işleyişinde yeterli eğitim almasını ve kliniklerin işleyişini devam ettirilmesini zorlamaya başlamıştır. İzin uygulaması ile eğitim sürelerinde kayda değer azalma olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm bu gerekçeler göz önünde bulundurulduğunda kliniklerin iç yapısı, yatak sayısı, hasta sayısı, ameliyat çeşitliliği gibi konular dikkate alınmalıdır. Kliniklerin iç yapılarına göre asistan talebinin karşılanması ön planda olmalıdır.

Genel Cerrahi Özelinde İstifa Oranı Biraz Yüksek

İhtiyaca göre artış yapılması gerekiyorsa kliniğin talebinin 1-2 fazlasının verilmesi eğitim sürecinde istifa edebilecek sayıyı da öngörerek reel sayının çok arttırılmamasını sağlayabilecektir. Genel cerrahi özelinde istifa oranı biraz yüksek maalesef... Eğer bunları yapma imkanının olmadığı düşünülüyorsa da eğitici öğrenci sayısının 2-3 gibi sabit bir sayı üzerinde çalışılması uygun olacaktır.

Genel cerrahi çalışma koşullarına baktığımızda ideal olan 25 bin kişilik nüfusa 1,5 genel cerrahinin düşmesidir. Ülkemiz gerçeğinde de 25 bin kişiye bir cerrah düşmektedir. Genel cerrahi dağılımında bir problem var, en yüksek rakam İstanbul’da... Cerrahların beşte birinden fazlası İstanbul’da çalışıyor. %40’ı İstanbul, Ankara ve İzmir’de çalışıyor yani yarıdan fazlası 8 büyük ilde toplanıyor.

Pof. Dr. Ahmet Serdar Karaca: “Genel cerrahi çalışma koşullarına baktığımızda ideal olan 25 bin kişilik nüfusa 1,5 genel cerrahinin düşmesidir. Ülkemiz gerçeğinde de 25 bin kişiye bir cerrah düşmektedir”



Pof. Dr. Ahmet Serdar Karaca: “Eğitici başına 2 veya 3 öğrenci oranı olması gerekirken ülkemizde şu anda genel cerrahide öğrenci eğitici oranı 10 buçuktur ve bu rakam yüksektir”

TUS kontenjanları yıllar içerisinde düzenli olarak artmaktadır. 2022 kontenjanı 916’dır. Bizim kontenjanlarımız normalde 350-500 arasında değişirken bu yıl arttı. Bakanlık yetkilileri sadece bu yıla özel bir artış söz konusu olduğunu ifade ettiler.

Her Yıl En Az Bir Uzmanlık Öğrencisi

Cerrahi tıp bilimlerinde kontenjan belirlemede dikkate alınacak faktörleri belirtmem gerekirse; ilk unsur eğitici sayılarıdır. Eğitici başına düşen uzmanlık öğrenci sayısı ve tez yönetimleri dikkate alınmalıdır. Portföy bilgileri, çalışma alanları (poliklinik, servis, ameliyathane, yoğun bakım, nöbet, nöbet ertesi) son altı ayda uzman sayısı, kıdemli asistanlık bilgisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Eğitim verme yetkisi verilmiş bir programa her yıl en az bir uzmanlık öğrencisi verilmelidir. Alana özgü bir eğitici başına öğrenci sayısı (2-3) belirlenmelidir. Yerleştirmelerin bahar ya da güz TUS sınavına göre ayrı ayrı olması, her iki sınavda da kontenjan açılmasını karşılamak için başvuru olmaması ya da uzmanlığa başlayanların ayrılması halinde durumun incelenerek sorunun saptanması ve çözüm önerisi geliştirilmesi gerekmektedir.

Pof. Dr. Ahmet Serdar Karaca: “Yeterli eğitici sayısı bulunmayan kurumlara araştırma görevlisi kadrosu kontenjanı açılmamalıdır. Eğer eğitim veremeyeceksiniz boşuna öğrenci alınmamalıdır”

Uzmanlık Öğrencisi Talebi Formülü

Sonuç olarak genel cerrahi tıpta uzmanlık öğrencileri kontenjanlarının belirlenmesinde gözetilecek standartların oluşturulmasında dikkate alınması gereken kriterler; eğitici sayısı, uzmanlık öğrencisi sayısı, yatak sayısı, yoğun bakım yatağı sayısı, poliklinik sayısı, ameliyathane sayısı, ameliyat sayısı, yatan hasta sayısı, endoskopi sayısıdır. Genel cerrah için bir simülasyon yaptığımızda uzmanlık öğrencisi talebini şu formüle göre yapabiliriz; asgari eğitici sayısı x (eğitim süresi + çalışılan alan kredisi) Biz genel cerrah sayısı ülkemizde yeterli derken bu sayıyı azaltmaya çalışmıyoruz. Nitelikli ve halka hizmet edebilecek asistan yetiştirmeye çalışıyoruz. Sadece hizmet sunumu değil bu kişilerin eğitsel faaliyetlerde de bulunması gerekli.

Genel Cerrahların Ülke Geneline Dağılımı Eşitsiz Genel cerrahide mutlaka anabilim dalı başkanı veya kurum eğitim sorumlusu önerisi ile kadro sayısı belirlenmelidir. Eğitici sayısı da asistan sayısı gibi dinamik bir süreç izlediğinden güncel sayı üzerinden hesaplama yapılmalıdır.



Pof. Dr. Ahmet Serdar Karaca: “TUS kontenjanları yıllar içerisinde düzenli olarak artmaktadır. 2022 kontenjanı 916’dır. Bizim kontenjanlarımız normalde 350-500 arasında değişirken bu yıl arttı. Bakanlık yetkilileri sadece bu yıla özel bir artış söz konusu olduğunu ifade ettiler”

Açılacak kadronun dönemi, yönetici tercihi doğrultusunda iki TUS dönemine paylaştırılarak dağıtılmalıdır. İstifa nedeniyle ayrılmalar, kurum yöneticisi öngörüsüyle belirlenerek kadro sistemine dahil edilmelidir.

Genel cerrahların ülke genelinde eşitsiz dağılımı söz konusudur. Genel cerrahi uzmanlığının tercih edilmemesi ve genel cerrahi ihtisasının tamamlanmaması (%26) gibi durumlara karşın mevcut kontenjan artışlarıyla gelecekte genel sayıda kontrolsüz bir artış söz konusu olacaktır.

Çözüm Önerileri

Nüfus artışı ile dengeli olacak şekilde genel cerrah sayısının belirlenmesi büyük öneme sahiptir, ülke genelinde eşit ve dengeli dağılıma önem verilmelidir. Sadece kantite üzerinden değerlendirme yapmak güncel değer bazlı tıp yaklaşımının çok gerisinde olup

kalitenin artırılması konusunda dikkat çekilmelidir. Öğrenci başına düşen eğitici sayısı ile kurumun diğer donanım, ameliyat sayı ve grupları gibi pratik eğitim ve çekirdek eğitim müfredatı dahilinde bütün teorik uygulamaların gerçekleştirilmesinin takibi göz önünde bulundurulmalıdır. Cerrahi eğitimin standardizasyonu sağlanarak eğitim merkezlerinin akreditasyonu sağlanmalıdır.

Genel cerrahi alanında yetkin cerrahlar yetiştirerek sağlık hizmetinin nitelik ve niceliğini arttırmak; ameliyathane sayı ve kullanım süresi, yoğun bakım yatağı sayısı, cerrahi hasta yatağı sayısı, eğitim kurumlarının standart donanımı, hemşire sayısı, personel sayısı ve altyapı gerekliliklerinin sağlanması ile mümkündür.”

Pof. Dr. Ahmet Serdar Karaca: “Genel cerrahide mutlaka anabilim dalı başkanı veya kurum eğitim sorumlusu önerisi ile kadro sayısı belirlenmelidir. Eğitici sayısı da asistan sayısı gibi dinamik bir süreç izlediğinden güncel sayı üzerinden hesaplama yapılmalıdır”

TUS Kadrolarının Artırılmasının Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanlığına Etkileri Neler?

Prof. Dr. Mehmet Demirhan: “Yaptığımız araştırma sonucuna göre, Tıpta Uzmanlık Sınavında uzmanlık öğrencisi kadrolarının arttırılması, isteğiniz doğrultusunda mı oldu?’ sorumuza katılımcıların %64’ü ‘hayır istediğimiz sayının üzerinde kadro açıldı’ yanıtını verdi”

Türk Tabipleri Birliği İstanbul Tabip Odası tarafından düzenlenen 28. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayına katılan Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği (TOTBİD) Yönetim Kurulu Üyesi, Koç Üniversitesi Amerikan Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölüm Başkanı Prof. Dr. Mehmet Demirhan şunları anlattı:

“Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneğimiz, TUS kadrolarının artırılmasının etkileri ile ilgili Türkiye çapında bir anket çalışması gerçekleştirdi. Bundan daha önce asistan sayısının artırılması ile ilgili Türkiye’deki ortopedi ve travmatoloji tıpta uzmanlık öğrencileri ile anket çalışması yaptık. Şu anda ortopedi asistan sayısı 1219. Asistanların 856’sına ulaştık yani katılım oranı %70 oldu. Kıdem dağılımına göre zaten yıllar içerisinde eğitim gören asistan sayısı artmaktadır. Katılımcıların %90’a yakını devlet üniversitelerinde ve eğitim araştırma hastanesinde eğitim görmektedir. Katılımcıların yarısından fazlası 7 ve 7’den daha fazla nöbet tutmaktadır. Yaklaşık yarısı mesaiden 1 saat önce hastaneye giriyor ve mesaiden 1 saat sonra hastaneden dışarı çıkıyor. Nöbet ertesi izin hakkının uygulaması konusunda %77’ye yakını hastanesinde nöbet ertesi izin hakkının olmadığını ifade etti. Nöbet adresinin avantajlarını sordüğümüzda %70’i kendisini daha çok vakit ayıracağını, %61’i daha az yorulacağını,

%61’i ders çalışmaya daha çok vakit ayırabileceğini ifade etti.

Asistanların Ancak Yarısı Eğitim Saatine Katılabiliyor

Eğitimi nasıl değerlendirdiklerini sordüğümüzda katılımcıların %12’si eğitim saati yok, %76’sı eğitim saat yeterli değil, %56’sı da eğitim saatinin verimsiz olduğunu ifade etti. Anket sonuçlarına göre, asistanların ancak yarısı eğitim saatine katılabiliyor. Eğitim kadrosuna bakıldığında ortaya çıkan tablo şöyle; uzmanlık eğitimi verilen kuruluşlarda öğretici kadrosunun %57 oranında yeterli olmadığı ifade edildi. TUKMOS standartlarına göre en az biri doçent unvanına sahip en az üç eğitici bulunması ya da programda bir profesör ve bir doçentin asgari olarak bulunması gerekmektedir. Katılımcıların %56’sı asistan sayısının artırılmasının olumsuz etkisinden bahsetti.

Asistan Eğitiminin Kalite Standartları

Asistan eğitiminin kalite standartlarını sordüğümüzda şu yanıtları aldık: Katılımcıların %62’si öğretim görevlisi başına düşen asistan sayısının, %86’sı vaka çeşitliliğinin, %54’ü asistan sayısının, %40’ı poliklinik sayısının, %60’ı eğitim saati süresinin, %4’ü öğretim üyesinin istekli olmasının eğitim kalitesini

Prof. Dr. Mehmet Demirhan: “TUS kontenjanlarının yıllara göre dağılımına bakıldığında yıllar içerisinde YÖK kontenjanı düşerken Sağlık Bakanlığı ve eğitim araştırma hastaneleri için belirlenen kontenjan sayıları yukarı çıkıyor. Siz üniversitenize asistan aldığınızı zannediyorsunuz ama hayır, o asistan eğitimi bitirdiği an Sağlık Bakanlığına geçecek. Asistan kadrosuna bu açıdan baktığımız zaman 300’den 500’e çıktığını görüyoruz. 2026 projeksiyonumuza göre bu rakam 725’e kadar yükselecek”

Prof. Dr. Mehmet Demirhan: “Branşımızda çok ciddi bir istifa sorunu var. 2013-2020 yılları arasında 96 istifa ve 24 başka merkeze nakil gerçekleşti. İstifanın nedenleri arasında; iş yükü, uzun mesai, angarya işler, hiyerarşi, akran baskısı, yetersiz eğitim, çalışma ortamı hoşnutsuzluğu, öğretim üyesi baskısı yer alıyor”



Prof. Dr. Mehmet Demirhan: “Türkiye’deki ortopedi ve travmatoloji kliniklerine bakıldığında %67 oranında akredite olmayan klinikler olduğunu biliyoruz. Kliniklerin %16’sı akredite ve %8’i akredite ama süresi dolmuş durumda”

belirlediğini ifade etti.

Asistan sayısının artmasının eğitimdeki negatif etkisini sordüğümüzda; %73’ü öğretim görevlisi başına düşen asistan sayısının azalacağını, %58’i bir asistanın göreceği vaka çeşitliliğinin azalacağını, %29’u poliklinik eğitiminin azalacağını, %23’ü eğitim saatinin azalacağını ifade etti. Anketimizde asistan karnesini sorguladık, katılımcıların %14’ü hiç bilgisinin olmadığını, %53’ü karnesinin olduğunu, %68’i kontrol yapılmadığını, %59’u karne kullanımının yetersiz bir yöntem olduğunu belirtti.

Kıdem Arttıkça Ameliyathanede Geçirilen Gün Sayısının Artıyor

Araştırmamızda, kıdem arttıkça ameliyathanede geçirilen gün sayısının arttığı bilgisine ulaştık. Poliklinikte geçirilen gün sayısı ise kıdem arttıkça azalıyor. Demek ki biz polikliniğe en kıdemsiz asistanı koyuyoruz.

Özetle, asistanlar da eğitim kalitesinin düşeceğinden endişe etmektedir. Asistan sayısının artması çalışma şartları açısından belki pozitif bir etki yaratabilir. Anket katılımcılarının umutlu ve geleceğe yön vermek isteyen kişiler olduğunu düşünüyoruz. Bir değişiklik yaratabilirse herkese umut olacağımıza inancımız tam!

20 Yıldır Akreditasyon Çalışması Yapmaktayız

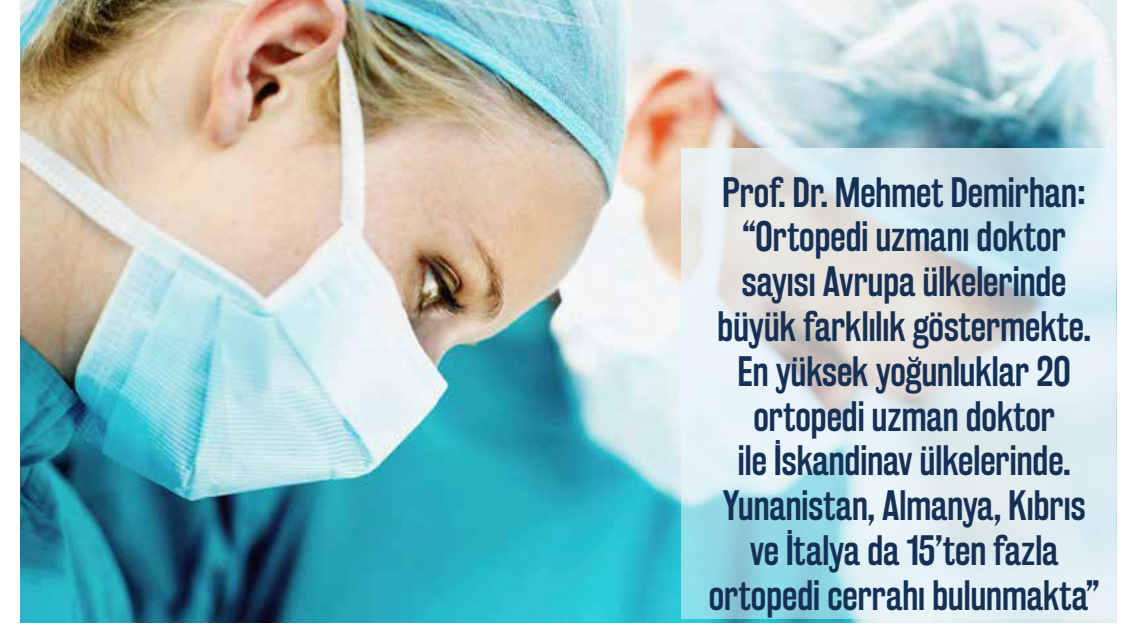
TOTBİD olarak TTB birlikte 20 yıldır akreditasyon çalışması yapmaktayız. Akreditasyon bildiğiniz üzere, bir kurumun bağımsız kuruluşlarca önceden belirlenen standartların karşılanıp karşılanmadığının değerlendirilmesi, yetkinliğinin resmi olarak tanınmasıdır.

Eğitimin niteliği ve sağlık hizmeti sorgulanıyor, kurum ziyaretleri şeffaf bir şekilde yapıyoruz kurumun eğitim altyapısı ve programı değerlendiriliyor, standart ölçüleri karşılayıp karşılamadığı belirleniyor.

Yeterlilik Belgesinde Bakanlık İmzası da Olmalı

5 yıl içinde de ilgili uzmanlık derneği kuruma uzmanlık eğitimi yeterlilik belgesi veriyor. Bu belgede kurum başkanları, derneğimiz, TTB imzaları yer alıyor çok isterdi ki bu belgede Sağlık Bakanlığı ve YÖK imzası da yer alsın. Akreditasyonun temel amacı ilgili kurumun uzmanlık eğitiminin ulusal ortopedi ve travmatoloji çekirdek programında tanımlanan bilgi, beceri ve tutum eğitimine uygunluğunu değerlendirmektir. Bunun değerlendirilmesini 59 kurum yanı sıra UEMS, TTB UDEK ve ACGME kriterleri ile yaptık. Klinikte eğitimi verilen

Prof. Dr. Mehmet Demirhan: “Araştırmamızda, kıdem arttıkça ameliyathanede geçirilen gün sayısının arttığı bilgisine ulaştık. Poliklinikte geçirilen gün sayısı ise kıdem arttıkça azalıyor. Demek ki biz polikliniğe en kıdemsiz asistanı koyuyoruz”



Prof. Dr. Mehmet Demirhan: “Ortopedi uzmanı doktor sayısı Avrupa ülkelerinde büyük farklılık göstermekte. En yüksek yoğunluklar 20 ortopedi uzman doktor ile İskandinav ülkelerinde. Yunanistan, Almanya, Kıbrıs ve İtalya da 15’ten fazla ortopedi cerrahı bulunmakta”

uygulamalı alanlar, kliniğin eğitim araştırma programı ve altyapısı, insan kaynakları, hizmet altyapısı, hastanenin hizmet alt yapısı, araştırma görevlisi anketi analizi sonuçları akreditasyon durumunu da belirlemektedir. Türkiye’deki ortopedi ve travmatoloji kliniklerine bakıldığında %67 oranında akredite olmayan klinikler olduğunu biliyoruz. Kliniklerin %16’sı akredite ve %8’i akredite ama süresi dolmuş durumda.

Ortopedi Ve Travmatoloji Uzmanlık Eğitimi

Yapılan bir başka araştırmada güncel gelişmeler ışığında Türkiye’de ortopedi ve travmatoloji uzmanlık eğitimine baktık. 91 klinik yöneticisi ile yapılan araştırmanın sonucuna göre, katılımcıların %75’i kliniklerindeki öğretim üyesi sayısının yeterli olduğunu düşünüyor. Kliniklerde öğretici dışında ortalama 3.7 uzman hekim görev almakta. Çalışan uzman hekimler uzmanlık öğrencilerinin eğitiminde görev alıyorlar. (%63 oranında) Bu sonuca göre demek ki biz uzmanlık eğitimi uzmanlara bırakmışız, bunun öğretim üyeleri ile ilgisi yok!

İstedğimiz Sayının Üzerinde Kadro Açıldı

Yöneticisi olduğunuz klinikte kaç yıldır uzmanlık öğrencisi eğitim veriliyor diye araştırdığımızda sadece 12 klinik 40 yıldan fazla hizmet veriyor.

Ankette karşımıza çıkan ortalama 25 yıl oldu. Kliniklerde uzmanlık eğitimi alan öğrenci sayısı ortalaması 13 ve anketimizde uzmanlık öğrenci sayısı büyük çoğunlukla (%74) yeterli olarak bildirildi. Ortopedide 9 alt dalımız var. Kliniğinizde ortopedi ve travmatoloji alt dalları üzerinde branşlaşma var mı diye sordüğümüzda %79 oranında katılımcı ‘evet’ yanıtını verdi. ‘Tıpta Uzmanlık Sınavında uzmanlık öğrencisi kadrolarının artırılması, istediğiniz doğrultusunda mı oldu?’ sorumuza katılımcıların %64’ü ‘hayır istediğimiz sayının üzerinde kadro açıldı’ yanıtını verdi.

Ülkelere Göre Uzman Sayısı Farklılık Gösteriyor

Derneğimiz tarafından yapılan bir başka araştırmada Avrupa ülkeleriyle durumumuzu kıyasladık. Ülkeler arası farklılıklar açısından son derece karışık bir tabloyla karşılaştık.

Ortopedi uzmanı doktor sayısı Avrupa ülkelerinde büyük farklılık göstermekte. En yüksek yoğunluklar 20 ortopedi uzman doktor ile İskandinav ülkelerinde. Yunanistan, Almanya, Kıbrıs ve İtalya da 15’ten fazla ortopedi cerrahı bulunmakta. Ülkelerin yarısından fazlasında sadece 2 ile 6 ortopedi uzmanı doktor mevcut (Hollanda, Sırbistan, İrlanda, Slovenya ve Fransa) Türkiye’de 100 bin nüfus başına düşen ortopedi uzman doktor sayısı 2015 yılında 4.93 olarak

Prof. Dr. Mehmet Demirhan: “Yaptığımız araştırma sonucuna göre, çalışan uzman hekimler uzmanlık öğrencilerinin eğitiminde görev alıyorlar. (%63 oranında) Bu sonuca göre demek ki biz uzmanlık eğitimi uzmanlara bırakmışız, bunun öğretim üyeleri ile ilgisi yok!”



Prof. Dr. Mehmet Demirhan: “Türkiye’de uzmanlık eğitiminde kontenjan rakamı daha da yükseltilmeden önce ortopedi ve travmatoloji asistanlık eğitim veren kurumların altyapısı, sahip oldukları eğitici sayısı, eğitim merkezinin yeterliliği, müfredatın uygunluğu, eğitimin çeşitliliği, asistan doktor başına düşen eğitici sayıları verilerine sahip olmanız gerekmektedir. Bu analizler yapılmadan uzmanlık sınavında asistan kadro sayısı arttırılmamalıdır”

raporlandı. Diğer ülkelerde ise 6-15 ortopedi uzman doktor bulunmaktadır.

TUKMOS açısından ortopedi ve travmatoloji kadrolarının güncel halini araştırdık. TUKMOS’un hazırladığı kitapçıklar, çekirdek müfredatlar son derece güzel aslında. Kağıt üzerinde her şey harika! Bu kriterlere göre uzmanlık öğrencileri dağıtıldığı zaman hiçbir sorun yok gibi.

TUS Kontenjanlarının Yıllara Göre Dağılımı

TUS kontenjanlarının yıllara göre dağılımına bakıldığında yıllar içerisinde YÖK kontenjanı düşerken Sağlık Bakanlığı ve eğitim araştırma hastaneleri için belirlenen kontenjan sayıları yukarı çıkıyor. Siz üniversitenize asistan aldığınızı zannediyorsunuz ama hayır, o asistan eğitimini bitirdiği an Sağlık Bakanlığına geçecek. Asistan kadrosuna bu açıdan baktığımız zaman 300’den 500’e çıktığını görüyoruz. 2026 projeksiyonumuza göre bu rakam 725’e kadar yükselecek.

Asistanlar İstifa Ediyor

Branşımızda çok ciddi bir istifa sorunu var. 2013-2020

yılları arasında 96 istifa ve 24 başka merkeze nakil gerçekleşti. İstifanın nedenleri arasında; iş yükü, uzun mesai, angarya işler, hiyerarşi, akran baskısı, yetersiz eğitim, çalışma ortamı hoşnutsuzluğu, öğretim üyesi baskısı yer alıyor.

Önce Veri Toplanmalı ve Analiz Edilmeli

Özetlemem gerekirse, Türkiye’de uzmanlık eğitiminde kontenjan rakamı daha da yükseltilmeden önce ortopedi ve travmatoloji asistanlık eğitim veren kurumların altyapısı, sahip oldukları eğitici sayısı, eğitim merkezinin yeterliliği, müfredatın uygunluğu, eğitimin çeşitliliği, asistan doktor başına düşen eğitici sayıları verilerine sahip olmanız gerekmektedir. Bu analizler yapılmadan uzmanlık sınavında asistan kadro sayısı arttırılmamalıdır. Siz, uzmanlık eğitimi bitiren cerrahın eline bisturiyi veriyorsunuz ve beraberinde 20 yataklı bir kliniği sevk ve idare etme yetkisi veriyorsunuz. Bu nedenle bu bir toplum sağlığı sorunudur.”

Tüm Branşlar İçin Uzmanlık Eğitimi Gelişim Sınavı

Dr. Kaya Akan: “Uzmanlık eğitimi gelişim sınavı ülkemizdeki bütün tıpta uzmanlık dalları arasında eğitim araştırma hastanelerinin ve üniversitelerin tıp fakültelerinin bir arada katılım sağladığı her yıl mayıs ayının son haftasında gerçekleştirilen tek sınavdır. Düzenli olarak yürüttüğümüz uzmanlık eğitimi gelişim sınavı bir eleme ya da seçme sınavı değildir”

TOTBİD Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Araştırma Konseyi Adına Kurultaya Katılan Dr. Kaya Akan, TOTBİD Eğitim Araştırma Konseyi hakkında şu bilgileri paylaştı:

“Eğitim Araştırma Konseyimiz ülkemizde ortopedi ve travmatoloji uzmanlık eğitimini kalitesinin yükseltilmesi ve eğitim birimlerinin kendi aralarındaki standardizasyonun sağlanması amacıyla 2001 yılında kuruldu. Düzenli olarak yürüttüğümüz uzmanlık eğitimi gelişim sınavı bir eleme ya da seçme sınavı değildir. Bilginin katlanarak arttığı günümüzde eğitimimizin kuramsal kısmındaki kişisel ve kurumsal gelişmemizi görebilmek için düzenlenmektedir. Motivasyon sağlar, uzmanlık öğrencisinin kendi gelişimini değerlendirmesini sağlar, eğiticinin eğitimi planlanması gerekli tedbirleri alma ve ileriye gitme konusunda yol gösterici olur. Yöntemimiz nasıl? Sınav mümkün olduğunca bir başka kuruma aktarım yapılmadan her kurumun kendi eğitim biriminde gözetmenler eşliğinde tüm Türkiye’de aynı gün ve aynı saatte düzenlenmektedir. Soru sayısı 200 süre 90 dakikadır. Sonuçlar Hacettepe Üniversitesi tıp fakültesi tıp eğitim anabilim dalı tarafından değerlendirilmektedir. Bu sınav ülkemizdeki bütün tıpta uzmanlık dalları arasında eğitim araştırma hastanelerinin ve üniversitelerin tıp fakültelerinin bir arada katılım sağladığı her yıl mayıs ayının son haftasında gerçekleştirilen tek sınavdır.”

Hekimin Yaşam Boyu İyilik Hali Korunmalı

Prof. Dr. Oğuz Dicle: “Yaşam boyu öğrenme ve hekimin yaşam boyu iyilik halinin korunmasına yönelik eğitim unsurlarına yer verilmelidir. Yetkinlik temelli eğitim baz alınmalıdır”

28. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayına katılan 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Oğuz Dicle şunları anlattı:

“Uzmanlık eğitimi bir erişkin eğitimidir. Akran öğrenmesi esastır. Bilgi, beceri, tutum kazanımı geçerlidir. Hizmetle iç içedir. Bir programa ve standarda göre yürütülmelidir. Uzmanlık eğitimine etkisi bulunan yeni gelişmelerden bahsetmek isterim. Bunlar; uzmanlık öğrenci kadrolarındaki ani artışlar (eğitim düzeni ile ilgili zorluklar, rotasyonlarla ilgili zorluklar, kaynak sorunları, uzmanlık öğrencilerine ait mekansal sorunlar) iş yüküne ilişkin gelişmeler (Pandemi sonrası hastane başvurularındaki artış, genel olarak sağlık hizmetlerindeki kısırlanmış iş yükü artışı) göç politikalarının getirdiği sorunlar (yeni hastalıklar) ve çok kültürlülük.

Prof. Dr. Oğuz Dicle: “Akademisyenliğin gerçek işlev ve görev tanımının yapılması gerekmektedir. Ben şu anda bir akademisyen tanımı olduğuna inanmıyorum. Eğitimin hak edilen emek karşılığının verileceği şekilde özendirilmesi gerekiyor”

Akademisyen Tanımı Yapılmalı

Akademisyenliğin gerçek işlev ve görev tanımının yapılması gerekmektedir. Ben şu anda bir akademisyen tanımı olduğuna inanmıyorum. Eğitimin hak edilen emek karşılığının verileceği şekilde özendirilmesi gerekiyor. Motivasyon kaynakları çeşitlendirilmeli ve dengelenmeli. Eğitim ve hizmet kadroları ayrıştırılmalı ki bazı ülkeler bu modeli uyguluyorlar. Eğitici kadroları genişletilmeli ve eğitilmeli. Uzmanlık eğitimi geleceğe yönelik beklentiler doğrultusunda planlanmalı ve sürekli iyileştirilmeli. Ulusal, uluslararası akreditasyon kalite ve niteliği artırmaya yönelik süreçler kullanılarak uygunluğu denetlenmeli. İş analizleri yapıp iş tanımları güncellenmeli, sağlık ekibinde hekimin yükünü azaltacak destekleyici sağlık personeli yetiştirilmeli ve istihdam edilmeli.”

Prof. Dr. Oğuz Dicle: “Eğitim ve hizmet kadroları ayrıştırılmalı ki bazı ülkeler bu modeli uyguluyorlar. Eğitici kadroları genişletilmeli ve eğitilmeli. Uzmanlık eğitimi geleceğe yönelik beklentiler doğrultusunda planlanmalı ve sürekli iyileştirilmeli”

Kaç Göğüs Hastalıkları Uzmanına İhtiyaç Var?

Prof. Dr. Hayati Bilgiç: “2023 yılında beklenen nüfusa göre göğüs hastalıkları uzman sayısının 2215 olması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığının hedeflediği göğüs hastalıkları uzman sayısı ise 2750’dir”

Türk Tabipleri Birliği İstanbul Tabip Odası tarafından 28. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayına katılarak göğüs hastalıkları uzmanlığına ilişkin bilgi veren Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Başkanı ve Türk Toraks Derneği Göğüs Hastalıkları Yeterlilik Kurulu Üyesi Prof. Dr. Hayati Bilgiç sunumunda şunları kaydetti:

“Sağlık Bakanlığı göğüs hastalıkları uzmanlık öğrencisi talep formu incelendiğinde; 455 eğitici ve 1155 öğrenci olduğu görülmektedir. Uzmanlık öğrencisi talebi 566 olarak kaydedilmektedir. 2022 yılı yerleşen ve planlanan kontenjan toplamı 630 olduğu görülmektedir. 2009 yılında göğüs hastalıkları uzmanlığında 100 bin kişiye düşen sayı 2,5 olarak kaydedilmiştir. Bu yaklaşım ile 2023 yılında beklenen nüfusa göre göğüs hastalıkları uzman sayısının 2215 olması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığının hedeflediği göğüs hastalıkları uzman sayısı ise 2750’dir.

Kontenjanlar Hangi Parametrelere Göre Belirlenmeli?

Göğüs hastalıkları uzmanlık öğrenci kontenjanları belirlerken; eğitici sayısı, asistan sayısı, yatak sayısı, bronkoskopi sayısı, poliklinik, yatan hasta yanı sıra PSG, SFT, diğer girişimsel işlemler, alerji polikliniği, sigara ve KOAH polikliniği, tez, sunum, seminer, olgu tartışması, makale tartışması, dosya konsey, kurs, nöbet, vizit gibi tüm parametrelerin dikkate alınması gerekiyor.”



Asistan Hekimlerin Gözünden Performans Sistemi

Dr. Barış Can Salman: “Hizmet başı ödeme sonucu hizmet hacmi gereksiz olarak arttı, hastanın zarar görme olasılığı arttı, arzın talebi yaratması arttı ki buna kısıktırılmış sağlık talebi diyoruz”

Van 100. Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında Asistan Dr. Barış Can Salman, asistan hekimlerin gözünden performans sistemini şöyle değerlendirdi:

“Performans kavramı temel olarak çalışanların meslekleri ile ilgili bilgileri, becerileri ve davranışsal yeterliliğin bir birleşimidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından en özet haliyle bu şekilde tanımlanmaktadır. Dolayısıyla performans ölçümünde sadece yapılan işlemlerin sayısının baz alınması doğru ve yeterli değildir. Ülkemizde performans sistemi adı altında yapılan ödemelerin dayandığı tek bir gösterge vardır; o da hekimin baktığı hasta sayısı ve yapılan işlem sayısıdır. Ücret boyutuyla döner sermaye uygulaması hastaları müşteri, sağlık kurumlarını da işletme olarak görmektedir.

Zamanla anlaşıldı ki; ücret düzensizliği ve emeğinin karşılığını alamama, iş yükü artışı, şiddet, mali kaynakların kötüye kullanımı, fazla ve esnek çalışma, İntiharlar, mobbing, sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları, fazla nöbetler, dinlenme hakkının kullanılmaması gibi çalışma koşullarını ilgilendiren tüm süreçler doğrudan

ve dolaylı olarak performans sistemi ile ilişkilidir. Performansa dayalı ek ödeme hizmet başı ödeme adı altında yapılageldi.

Kısıktırılmış Sağlık Talebi

Hizmet başı ödeme şu sorunları beraberinde getirdi: Hizmet hacmi gereksiz olarak arttı, hastanın zarar görme olasılığı arttı, arzın talebi yaratması arttı ki buna kısıktırılmış sağlık talebi diyoruz. Coğrafi ve sosyal işsizlikler arttı. Koruyucu hizmetler göz ardı edildi ve sağlık harcamaları arttı.

Eylül ayından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından ‘beyaz reform’ olarak adlandırılan süreç sonucu performans sistemi sadece isim değiştirdi, işleyiş aynen devam etmektedir.

Eğitici ile Temasımız Oldukça Az

Asistan gözüyle performans sisteminin uzmanlık eğitiminde yarattığı sorun şöyle ifade edebilirim: Performans sistemi eğitici ile temasımızı oldukça azalttı. Pek çok klinikten eğitici uzman ve akademisyen ayrılmak zorunda kaldı. Kontenjanlar kontrolsüz bir şekilde arttırıldı. Çok fazla işlem, muayene sayısı nedeniyle eğitimcilerin asistanlarla

Dr. Barış Can Salman: “Eylül ayından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından ‘beyaz reform’ olarak adlandırılan süreç sonucu performans sistemi sadece isim değiştirdi, işleyiş aynen devam etmektedir”



Dr. Barış Can Salman: “Performans sistemi eğitici ile temasımızı oldukça azalttı. Pek çok klinikten eğitici uzman ve akademisyen ayrılmak zorunda kaldı. Kontenjanlar kontrolsüz bir şekilde arttırıldı. Çok fazla işlem, muayene sayısı nedeniyle eğitimcilerin asistanlarla sistemli ve birebir ilgilenmesini imkansız hale getirdi”

sistemli ve birebir ilgilenmesini imkansız hale getirdi. Performans sisteminin aşırı ve kısıktırılmış iş yükü hizmet sunumunu öncelikli hale getirdi ve buna karşı önlem almaya çalışan kliniklerde dahi hastane yönetimleri ile çatışma meydana geldi. Uzmanlık eğitimindeki bütün uygulama ve muayeneler uzman eğitici eşliğinde yapılmalıdır şeklinde özetleyebileceğimiz yönetmelikte geçen ilke uzun yıllardır fiilen ihlal edilmiş oldu. Belki de en önemlisi, performans sisteminin eğiticiyi asistan hekimden uzaklaştıran doğası oldu. Bu durum pek çok klinik ve akademisyen tarafından içselleştirildi. Asistanlar da eğitici ile temas edememeyi normalmiş gibi benimsemeye başladı. Hasta ile temas azaldı. 5-6 dakikada bir yeni hasta bakılmaya başlandı. Çok fazla sayıda hasta görüyoruz ama hasta ile temasımız oldukça az. Asistan hekim sağlıklı anamnez alma ve uzmanlık alanının gerektirdiği özel muayene ve tanıya gidiş algoritmalarını uygulayamaz hale geldi. Hasta muayenesi artık eğitimin bir parçası olarak görülüyor ve hizmet sunumu olarak algılanıyor. Poliklinikte eğitim alamıyor, yalnızca hasta yükünden doğan krizin yönetimini öğreniyoruz.

Hastaya Bütüncül Yaklaşımı Kaybettik

Mesai saatleri dışında yapılan eğitim saatleri mesainin ve iş yükünün getirdiği yorgunlukla verimsiz geçmektedir. Artık birçok klinik için formaliteye dönüşmüş olup isteksizce düzenlenmektedir. Daha fazla ve risksiz cerrahi işlemler ağırlık kazandı. Asistanlar komple vaka ve operasyon görememektedir. Uzmanlık alanındaki mesleki yeterlilik gün geçtikçe azalmaya başladı. Birçok branştan hocanın katılımı ile zor vakaların tartışıldığı heyetler her branşın iş yükü nedeniyle oldukça azaldı. Asistan hekimler için oldukça öğretici olan bu tartışma ortamı ve branşlar arası diyalogun azalması ile hastaya bütüncül yaklaşımı kaybettik. Performansı sisteminin yarattığı kısıktırılmış talep eğitim hastanelerinde hizmet sunumunu yapacak doktor açığını arttırdı. Eğitim, çoğu klinikte eğiticinin katkısı olmadan asistan sunumları ile geçitiriliyor. Çoğu klinikte çekirdek ve genişletilmiş eğitim programının yetersizliği görülüyor. Asistan hekimin farkındalığı ve akademisyenin farkındalığı artmak zorundadır.”

Dr. Barış Can Salman: “Hasta muayenesi artık eğitimin bir parçası olarak görülüyor ve hizmet sunumu olarak algılanıyor. Poliklinikte eğitim alamıyor, yalnızca hasta yükünden doğan krizin yönetimini öğreniyoruz”



Ücretlendirme Politikasının Çalışma Hayatına Etkileri

Dr. Filiz Ak: “Ücretlendirme politikasının hekimler arası rekabeti ve ameliyathane kavgalarını teşvik etmesi, temel bilimler alanındaki uzmanları mağdur bırakması, öğretim üyelerinin tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimine daha az zaman ayırmasının beklenmesi gibi sonuçları vardır”

Dr. Filiz Ak: “Üniversite hastanesi ile Sağlık Bakanlığı afiliye hastaneler arasında ücret farklılıkları vardır. Üniversite kadrosunda uzmanlık öğrencileri Sağlık Bakanlığı eğitim araştırma hastanelerine gitmek istemektedir. Aynı dal için farklı hastanelerde farklı ödemeler yapılmaktadır”

Dr. Filiz Ak: “Aynı dal için farklı hastanelerde farklı ödemeler yapılmaktadır. Aynı hastanede genel cerrahi fazla iken mikrobiyoloji daha düşük ek ödeme almaktadır. Biyokimya hastane gelirine katkı sağlayan branş olmasına rağmen bu durum hekimin ek ödemesine yansımamaktadır”

TTB UDEK Yürütme Kurulu Üyesi Dr. Filiz Ak Sağlık Bakanlığının Ek Ödeme Yönetmeliğinin çalışma hayatındaki karşılığına ilişkin şunları kaydetti:

“Sağlık Bakanlığının Ek Ödeme Yönetmeliği hekimlerin gelirlerinde bir miktar düzelme ve yoksulluk sınırından uzaklaşma özelliği taşıyor olsa da sonuç olarak emekliye yansımıyor. İzin, rapor, disiplin cezası gibi durumlardan etkileniyor. Ücretlendirme politikasının iş barışına verdiği zarar, puan üretimindeki ayrımcılık, hekimler arası rekabeti ve ameliyathane kavgalarını teşvik etmesi, temel bilimler alanındaki uzmanları mağdur bırakması, öğretim üyelerinin tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimine daha az zaman ayırmasının beklenmesi gibi sonuçları vardır. Sağlık Bakanlığı için çalışanlar ile üniversitede çalışanlar arasında ek ödemelerde fark bulunmaktadır.

Düzenlemeler Emekliliğe Yansımamaktadır

Ek ödemesiz hekim maaşı düşüktür ve düzenlemeler emekliliğe yansımamaktadır. Bazı dallarda iyileşme görünür olsa da her dalda böyle değildir. Cerrahi dallarda iyileşme olmadığı hatta ek ödemelerde düşme olduğunu gösteren örnekler mevcuttur. Özel tanımlanmadığı için pek çok girişimin puan karşılığı bulunmamaktadır. Bazı uzmanlık dallarındaki girişimsel ve hasta için riskli olan işlemlerin, az risk oluşturan işlemlerden daha az puan getirdiği gözlemlenmektedir. Üniversite hastanesi ile Sağlık Bakanlığı afiliye hastaneler arasında ücret farklılıkları vardır. Üniversite kadrosunda uzmanlık öğrencileri Sağlık Bakanlığı eğitim araştırma hastanelerine gitmek istemektedir.

Farklı Hastanelerde Farklı Ödemeler

Aynı dal için farklı hastanelerde farklı ödemeler yapılmaktadır. Aynı hastanede genel cerrahi fazla iken mikrobiyoloji daha düşük ek ödeme almaktadır. Biyokimya hastane gelirine katkı sağlayan branş olmasına rağmen bu durum hekimin ek ödemesine yansımamaktadır. Yan dal uzmanlarına ilişkin düzenleme eksik bırakılmıştır. Afiliye hastanesi olmayan üniversitelerde gelir az, teşvik ek ödemeleri düşük olduğu için uzmanlık öğrencileri buradan ayrılmak istemektedir. Uzmanlık öğrencilerinin ve uzmanların puanı olmayan işlemlerdeki motivasyonları azalmıştır. Az riskli puan almak tercih edilmektedir.”

Çevrimiçi Eğitim Modellerini Artırmalıyız

Dr. Sinem Nedime Sökücü: “2022 yılında göğüs hastalıklarına 597 yeni asistan başladı. Görev yaptığım hastanede 6 asistan hekim bana bağlı çalışmakta. Bu kadar genç insana bazı temel pratik eğitimleri vermem mümkün değil. biz dernek olarak çevrimiçi eğitim modellerinin artırılması ve standardının yükseltilmesi gerektiğine inanıyoruz”

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)
Yönetim Kurulu Üyesi ve Yedikule Göğüs Hastalıkları
ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi
Doktoru Sinem Nedime Sökücü 28. Tıpta Uzmanlık
Eğitimi Kurultayında şunları kaydetti:

“Derneğimiz TÜSAD Seçimli Genel Kurulunu çok yakın zamanda gerçekleştirdi. Hedefimiz camiamızdaki derneklerle birlikte ortak bir dil oluşturmak, farklı eğitim kurumlarından katılımı asistan eğitimindeki son durumu değerlendirmektir. 2022 yılında göğüs hastalıklarına 597 yeni asistan

başladı. Görev yaptığım hastanede 6 asistan hekim bana bağlı çalışmakta. Bu kadar genç insana bazı temel pratik eğitimleri vermem mümkün değil. Bu nedenle biz dernek olarak çevrimiçi eğitim modellerinin artırılması ve standardının yükseltilmesi gerektiğine inanıyoruz. Tıp, yaşam boyu süren bir eğitimidir. Hekimlerimizin bilgi beceri ve tutum açısından güncel olmaları ve hastalarına en iyi sağlık hizmetini vermeleri en temel sorumluluktur.”



Her Aşamada Ortak Akli Benimsiyoruz

Dr. Nazlı Hüma Teke: “Neler yapabiliriz diye düşündüğümüzde daha geniş bir meclis kurabilir, görev dağılımında eşitlikçi ve kapsayıcılığı ön planda tutabiliriz”

Türk Toraks Derneği Asistan Komitesi Üyesi
Doktor Nazlı Hüma Teke, 28. Tıpta Uzmanlık
Eğitimi Kurultayında şunları anlattı:

“Derneğimizizin 16 şubesi var ve her birinde asistan temsilcimiz bulunmaktadır. Her aşamada ortak akılı benimsiyoruz. Asistan meclisimiz 52 klinikten 81 asistan hekimin katılımıyla oluşturuldu. Her kliniğin temsil edilmesine özen gösteriyoruz. İletişimi güçlendirmek, bilgi ağını oluşturmak temel hedeflerimizdir. Artan asistan kontenjanları ile birlikte eğitim durumunu tespit etmeye çalışıyoruz. Göğüs hastalıklarında asistan sayısı, kliniklerin fiziki koşulları, eğitim uygulamaları, ileriye dönük uzman ihtiyacı planlaması gibi pek çok konuda elimizde net bir veri yok. Bir anket hazırladık. 67 kliniğin 35’ine ulaştık. Minimum 3 maksimum 21 öğretim üyesi var. Asistan sayısı da 3 ile 60 arasında, yeni açılan asistan kontenjan sayısı ise 0 ile 16 arasında. Neler yapabiliriz diye düşündüğümüzde daha geniş bir meclis kurabilir, görev dağılımında eşitlikçi ve kapsayıcılığı ön planda tutabiliriz.”

Dr. Nazlı Hüma Teke: “Göğüs hastalıklarında asistan sayısı, kliniklerin fiziki koşulları, eğitim uygulamaları, ileriye dönük uzman ihtiyacı planlaması gibi pek çok konuda elimizde net bir veri yok”



Yoğun Bakım Uzmanları Antalya'da Buluştu

600'YE YAKIN KATILIMCI 56 POSTER VE 51 SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMU

Türk Yoğun Bakım Uzmanları Derneği tarafından düzenlenen 19. Ulusal Kongresi ve 11. Avrasya Yoğun Bakım Toplantısı, 9-12 Kasım 2022 tarihlerinde Cornelia Diamond Resort Hotel, Antalya'da düzenlendi. Ulusal ve uluslararası alanda yoğun bakım profesyonellerinin bir araya geldiği, bilgi ve deneyimlerini paylaştığı Kongreye; Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilim Kurulu Üyesi, Ankara Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği Öğretim Görevlisi ve TÜYUD Yönetim Kurulu Üyesi Prof. Dr. Sema Turan Başkanlık yaptı. Prof. Dr. Turan Kongrenin açılış konuşmasında şunları kaydetti:

"Aralık 2019'dan itibaren yaşadığımız COVID-19 pandemisi etkisiyle 2 yıldır kongrelerimizi çevrimiçi olarak gerçekleştirdik. Ancak, bir araya gelerek 2 yıldır süren hasreti gidermek ve deneyimlerimizi yüz yüze tartışarak paylaşmak da ihtiyaç haline geldi. Yüz yüze bir kongre gerçekleştirecek olmanın ve yoğun bakım camiasını tekrar bir araya getirmenin heyecanını yaşadık. Yoğun bakım alanında son gelişmelerin konuşulup tartışıldığı, bilgilerimizin güncellendiği, yeni araştırma fikirlerinin kafamızda şekillendiği, tüm ilgi duyan ulusal ve uluslararası yoğun bakım camiası üyelerinin bir araya geldiği bilimsel açıdan zengin bir kongre hazırladığımıza inanıyoruz.

"Yoğun Bakımda Çok Ses, Tek Nefes" sloganıyla gücümüze güç katmak ve el ele vererek Yoğun Bakım Bilimini en üst düzeye taşımak gayretiyle düzenlediğimiz bu kongrede; yoğun bakımın en güncel konuları teorik ve pratik uygulamalar ile tartışıldı. Derneğimiz, 26-30 Ağustos 2023 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleşecek olan 16. Dünya Yoğun Bakım Kongresine (WICC) ev sahipliği yapmasının mutluluğunu taşımak-

tadır. 2023, Türkiye Cumhuriyeti'nin 100. yılı olması nedeniyle Türkiye için de çok özel bir yıldır. Bu nedenle cinsiyet, yaş, meslek ve ulusal çeşitliliğin ön planda tutulduğu, bilimsel ve sosyal açıdan yüksek kalitede bir kongre gerçekleştirmek için çok heyecanlı ve motiveyiz. Ben yoğun bakım gönüllüsü bir doktorum. 20 yılı aşkın bir süredir yoğun bakıma emek verdim. Yoğun bakımı çok seviyorum, çok severek çalışıyorum ve sizleri tanımaktan da büyük mutluluk duyuyorum. Çünkü sizler yoğun bakımın geleceğisiniz. Kongremizi bu inançla hazırladık. Bu büyük organizasyonla Türkiye'nin her yerine ulaşmak istedik.

Kongremizde 9 uydu sempozyumumuz var. Çok sayıda sözlü bildiri geldi; bunları titizlikle inceledik. 55 sözlü bildiri var, 5 sözlü bildiri oturumumuz var. Kongremizin hazırlık çalışmalarında; Türkiye'nin her yerinden yoğun bakım uzmanına ulaşmaya çalıştık ve onları kongremize davet ettik. Kendileri de bizleri kırmadılar ve Türkiye'nin her yerinden yoğun bakım uzmanı arkadaşımız, ana dal asistanlarımız, yoğun bakıma ilgi duyan arkadaşlarımız katıldı. 600'ün üzerinde katılımcıya ulaştık. Bu, önemli bir sayı. Geldiğimiz noktada yoğun bakım bilim dalının ne kadar geliştiğini ve ne büyük yol katettiğini görmekteyiz. Uluslararası 60'ın üzerinde katılımcımız var... Çok sayıda konuşmacımız var... Bilimsel açıdan doyurucu bir kongre olması dileklerimizle, herkesi selamlıyorum."

20 PANEL 9 UYDU SEMPOZYUMU 12 "NASIL YAPIYORUM" OTURUMU

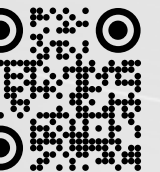


16TH WORLD INTENSIVE AND CRITICAL CARE CONGRESS

26-30 August 2023



Istanbul, Türkiye



Official congress of



World Federation of
Intensive and Critical Care

Hosted by



www.wicc2023.org

#wicc2023istanbul

#wicc2023



Prof. Dr. Jozef Kesecioğlu
Hollanda Utrecht Üniversitesi Tıp Merkezi Öğretim Üyesi

Her Yoğun Bakım Kendi İçinde Küçük Bir Hastanedir

“Yoğun bakım, hastanelerin içinde küçük bir hastanedir; yarı otonom küçük bir hastanedir aslında... Yoğun bakıma uyan bir sistem bütün hastaneye uyarlanabilir buna karşın hastaneye uyan bir sistem yoğun bakıma uymayabilir”

9-12 Kasım 2022 tarihlerinde Cornelia Diamond Resort Hotel’de, Antalya’da düzenlenen 19. Ulusal Kongresi ve 11. Avrasya Yoğun Bakım Toplantısı, Hollanda Utrecht Üniversitesi Tıp Merkezi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Jozef Kesecioğlu’nu ağırladı.

Prof. Dr. Kesecioğlu, kongrede yaptığı sunumda geçmişten günümüze yoğun bakım biliminin geldiği aşamayı anlattı. Geçmişimizi bilmeden geleceğimize uzanmanın kolay olmayacağını ifade eden Prof. Dr. Jozef Kesecioğlu şöyle konuştu:

“Her şey 1952 yılında Polio epidemisinde yavaş yavaş başladı. O dönem yaklaşık 165 bin saat elle ventilasyon yapıldığı ifade ediliyor. Bütün tıp öğrencileri ve ardından dış hekimi öğrencileri hastalara bu işlemi yapmış. Daha sonra yoğun bakımın müessesleşmesi süreci geliyor. O zamanlar tek amaç; solunumu, özellikle elden geldiği

kadar da dolaşımı belli bir düzeyde tutmak... Artık gerisi hastalığın kendi kendine iyileşmesine veya iyileşmemesine kalıyor... İlk yoğun bakım yıllarında da böyle devam etmiş. Modern yoğun bakım tedavisine baktığımız zaman, ilerleyen yıllarla birlikte hasta bakımı sorumluluğunun dünyada ve Türkiye’de bu iş için eğitilmiş kişilere yani yoğun bakımcılara verildiğini görüyoruz. Tabi bu her yerde böyle değil ama yavaş yavaş bu yöne doğru gidiliyor. Yoğun bakım departmanları bağımsızlık kazanmaya başlıyor. Belli bir departmanın parçası değil, bağımsız, kendi bütçesi olan ve hastane içinde belirli bir yeri olan, kendi uzmanları olan departmanlar haline gelmeye başlıyor. Bazı ülkelerde bu gerçekleşmiş durumda bazıları da bu yolda... Hekimler multidisipliner yoğun bakımda vazife görecek şekilde eğitiliyor.

“Tüm branşlar ihtisaslaşıyor. Bilgi alanları ne kadar daralıyorsa o alandaki bilgi seviyesi çok daha yüksek seviyeye ulaşmış oluyor. Yoğun bakımda bunun tersi olacağını düşünüyorum”

Rhodes A t al. Intensive Care Med 2012; 38: 1647–1653

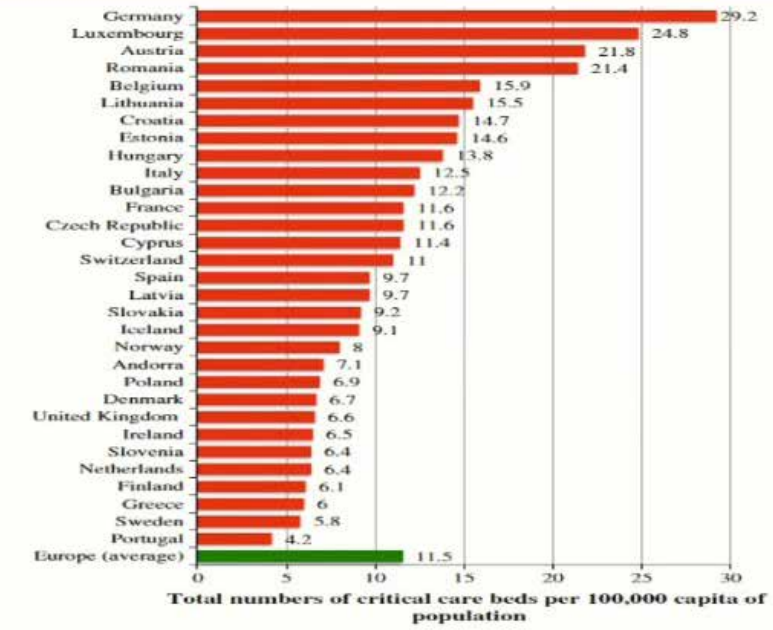


Fig. 1 Numbers of critical care beds corrected for size of population (per 100,000 inhabitants) for European countries



Tedavi Stratejilerimizde Değişiklikler

Yakın zamanda özellikle mekanik ventilasyon stratejilerimizde bazı değişiklikler oldu. ‘Tidal volumes, driving pressure’ düşük seviyede tutuyoruz. ‘Stress, strain’ yani volüm ve basıncın zararlarını son yıllarda daha da iyi görmüş durumdayız. Supranormal oksijen değerlerini artık pek fazla görmek istemiyoruz.

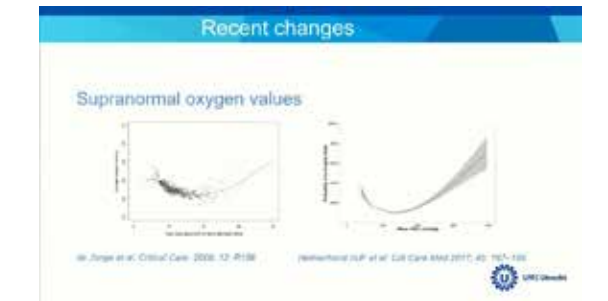
İki yayının arasında aşağı yukarı 9 yıl fark var, ona rağmen son derece istikrarlı bir eğri! Parsiyel Arteriyel Oksijen Basıncı (PaO₂)’nin 70 mm Hg’nin altında olduğu durumlarda mortalite yüksek! Bu normal çünkü hasta ağır durumda; belli bir PaO₂ elde etmek mümkün olmuyor bunlarda ama diğer taraf daha önemli; PaO₂’nin aşağı yukarı 170 mm Hg’nin üzerine çıktığı durumlarda hastaların mortalitesinin de arttığı görülüyor. Fakat çok korkmaya gerek yok arada emniyetli bir marjımız var ama mesela nöroşirurji hastasının birkaç saat veya gün ventile edildiği durumlarda hastanın PaO₂ değerinin çok yüksek olmamasına yani normal olmasına dikkat etmemiz lazım.

Daha Az Sedasyon ve Beslenme

Aynı şey kardiyak output için de söz konusu ama en önemlisi

hastalara daha az sedatif ilaç veriyoruz.

Hastaların huzurlu ve rahat olmalarını sağlıyoruz. Fakat komaya girmelerini istemiyoruz, çok derin sedasyon yapmak istemiyoruz. Daha az kan transfüzyonu yapıyoruz, daha az beslenme veriyoruz ve hastalarımızın gittikçe yaşlandığını görüyoruz. Benim ilk çalışmalarımın biri ARDS üzerineydi ve bunu İstanbul’da iken yapmıştım.



“Bizim daha çok genelci bir yaklaşım içinde olmamız gerektiğini düşünüyorum. Çünkü hastayı organ olarak değil bütün olarak tedavi etmemiz özellikle yoğun bakım için son derece önemli!”



“Yoğun bakım son derece özel bir uzmanlık dalı; baktığımız hasta tipi itibariyle diğer meslektaşlarımızın daha ilerisine gidiyoruz ve öyle bir seviyeye geliyoruz ki hiçbir ihtisas dalının kendini ‘doğal yoğun bakımcı’ olarak göremeyeceği bir duruma yaklaşıyoruz”

Hastaların yaş ortalaması 36 civarındaydı. Şimdi aynı çalışmayı yapsak bu yas ortalamasının 65 - 66 olduğunu göreceğiz.

Gelişen Kalite Kültürü

Yoğun bakımda artan seviyede kalite kültürü gelişti. Bu her yerde aynı şekilde gelişmedi ama son 15 yılda çeşitli ‘Care Bundles’ dediğimiz yaklaşımı uyguladığımızda hastaların daha çabuk iyileştiklerini ve mortalitenin düştüğünü görüyoruz. Mekanik ventilatörlerimiz eskiye göre daha kaliteli, daha hassas ve hastalar için biraz daha konforlu! Bu nedenle hastalarımızın da daha az sedatif kullanmalarına imkan doğmuş oluyor.

Multicenter Yoğun Bakım Çalışmaları

Önemli gelişmelerden biri büyük multicenter yoğun bakım çalışmaları artık endüstri desteği olmadan da yapılabilir. Bu imkan birçok ülkede var. Hastalarımızın kompleksitesi artıyor, sınır nerede onu bilemiyoruz. Çünkü her yıl yeni tedavilerimiz çıkıyor ve eskiden tedavi edemediğimiz hasta gruplarını şimdi yoğun bakımımızda görüyoruz ve etik tartışmalar gittikçe kuvvet kazanıyor.

Tüm Branşlar İhtisaslaşıyor

Bugün ve yarın neler olacak diye düşündüğümde; bence en önemli değişiklik, herkes bir tarafa giderken bizlerin başka bir yöne gitmesi... Mesela genel cerrah kalmadığını görüyoruz; hepsinin belirli ihtisas dalları var. Genel dahiliyeci artık pek fazla kalmadı! Neden? Çünkü tüm branşlar ihtisaslaşıyor. Bilgi alanları ne kadar daralıyorsa o alandaki bilgi seviyesi çok daha yüksek seviyeye ulaşmış oluyor. Yoğun bakımda bunun tersi olacağını düşünüyorum. Zaten bazı ülkelerde bunun tersi de oluyor. Bizim daha çok genelci bir yaklaşım içinde olmamız gerektiğini düşünüyorum. Çünkü hastayı organ olarak değil bütün olarak tedavi etmemiz özellikle yoğun bakım için son derece önemli!

Yoğun Bakım Doktorluğunun Kapsamı Genişledi

Yıllara bakıldığında, yoğun bakımcının yeteneklerinin çok çeşitli olduğu fark edilecektir. Eskiden bir entübasyon ventilasyon yaparken şimdi hastanın hemofiltrasyonunu biz yapıyoruz, ultrasonunu, ECMO’sunu, bronkoskopisini

biz yapıyoruz; beslenmelerini sağlıyoruz; antibiyotikleri enfeksiyon hastalıklarına sormuyoruz. Onu kendimiz başlıyoruz. Tabii çok kompleks hastalarımız var; bu durumda diğer branşların fikrini alıyoruz. Yoğun bakım doktorluğunun kapsamı çok genişledi ve ilerleyen günlerde daha da artmaya devam edecek. Yoğun bakım son derece özel bir uzmanlık dalı; baktığımız hasta tipi itibariyle diğer meslektaşlarımızın daha ilerisine gidiyoruz ve öyle bir seviyeye geliyoruz ki hiçbir ihtisas dalının kendini ‘doğal yoğun bakımcı’ olarak göremeyeceği bir duruma yaklaşıyoruz. Hastayı iyi entübe eden hekimin iyi bir yoğun bakımcı olduğu günleri yaşadık; iyi bir santral venöz kateter işlemi yapanın iyi bir yoğun bakımcı olduğu günler geride kaldı. Bizlerin iyi birer hekim olmamız lazım ve bunu da en ideal olarak multidisipliner bir ortamda birbirimizden öğrenerek yapmamız gerekiyor. Kökeninin anestezi, dahiliyeci, cerrah ve akciğer hastalıkları uzmanı olması önemli değil; tüm bu uzmanlıkların yoğun bakım branşı altında birleşmesi gerekiyor. Hepimizin kendi özellikleri var ve multidisiplinerlik bizim mesleğimizi zenginleştiren en önemli husustur ve daha da zenginleştirecektir.

Hastanelerin İçinde Küçük Bir Hastane

Yoğun bakım, hastanelerin içinde küçük bir hastanedir; yarı otonom küçük bir hastanedir aslında. Özellikle hastane idarecilerine böyle bir şey söylediğiniz zaman hemen irkilmeye başlıyorlar. Günlük yaşamımızda tüm imkanları, inovasyonu her an dengede tutmak durumundayız. Büyük bir lüksümüz yok; maddi olanaklar kısıtlı ve yapmak istediklerimiz çok fazla ve bu nedenle dengeyi sağlıyoruz. Hastalarımıza ve yakınlarına, kendi personelimize iyi bir ortam yaratmak istiyoruz. Hastanede hastane gibi değil de daha çok ev gibi bir ortam yaratmayı istiyoruz. Bunun masrafı da o kadar fazla değil!

Bu şekilde gidersek gelecekte hastalarımız daha yaşlı olacak fakat daha önemlisi hastalar, hasta yakınları ve diğer meslektaşlarımızın bizden beklentisi daha fazla olacak ki oluyor da şu anda!

Yatakların Etkin Kullanılması Gerekli

Eskiden tedavi edilemez diye düşündüğümüz hastalıkların çoğu şu anda tedavi ediliyor ki bu sayı daha da artacak.

“Bizlerin iyi birer hekim olmamız lazım ve bunu da en ideal olarak multidisipliner bir ortamda birbirimizden öğrenerek yapmamız gerekiyor. Anestezi, dahiliyeci, cerrah ve akciğer hastalıkları kökenli olmanın dışında ve ötesinde tüm bu branşların yoğun bakım branşı altında birleşmesi gerekiyor”

Komorbiditede de artma olacak. Bu, yoğun bakıma olan baskıyı yani yatak sayısı açısından olan baskıyı gittikçe daha arttıracak. Bu yüzden ne olursa olsun yatakların etkin bir şekilde kullanılması gerekli.

Türkiye’de ‘akılcı kullanım’ olarak nitelendiriliyor bu tanım, yataklarımızın etkin bir şekilde kullanılması son derece önemli.

Bazı ülkelerde yatak sayısı yetersiz. Bunu inkar etmek mümkün değil ama şimdi Hollanda ile İngiltere’deki yoğun bakım hizmetleri, Almanya, Lüksemburg ve Avusturyadan daha mı kötü!? Bunu kabul etmek kolay değil.

Ne Tip Hastalar Yoğun Bakımda Yatıyor?

Burada kritik olan husus, yoğun bakım yataklarında ne tip hastaların yattığıdır. Mesela Hollanda’da, kabaca bildiğim kadarıyla, yoğun bakımda mekanik ventilasyon yapılan hastalar yüzde 90’ın üzerindedir. Hastalar mekanik ventilasyondan ayrıldıktan sonra başka departmana ‘medium care’ departmanına giderler oysa Almanya’da bu böyle değildir. Almanya’da hasta gelir ve normal koşu gidene kadar yoğun bakımda kalır. Bu farkı görmek lazım ve belirli bir seçim yapmak lazım. Bu, gelecekte 100 bin kişiye düşecek yatak sayısını belirleyecek bir konudur.

Elektronik Hasta Dosyası

Hasta yönetiminde elektronik hasta dosyası çok önemlidir Elektronik hasta dosyasından bahsederken tekrar aynı şeyi tekrarlamak istiyorum: Yoğun bakım yarı otonom küçük bir hastanedir. Hollanda, Utrecht’te de yapılan bir yanlış vurgulamak isterim; bu nedenle hastanemizde iki ayrı sistem var. Hastanede uygulamaya konulan herhangi bir sistem yoğun bakıma da aynen uyarlanmamalıdır. Tam tersi şekilde; yoğun bakıma uyan bir sistem bütün hastaneye uyarlanabilir; hastaneye uyan sistem yoğun bakıma uymayabilir. Bu konu çok önemli! Elektronik hasta dosyasının hemşirenin ve doktorun işini zorlaştırması değil kolaylaştırması lazımdır. Eğer siz hasta bakarken hasta başına 20 dakika sarf etmişseniz ve elektronik dosya geldikten sonra bu süre 45 dakikaya çıkmışsa bu iyi bir gelişme değildir. Buna çok dikkat etmek lazım! Önemli olan içeriye giren verilerin aynı kolaylıkla dışarıya çıkartılmasıdır. Yoksa dipsiz bir kuyu gibi bütün hastanın verileri içeriye girer ve bir çalışma yapmak istediğinizde hiçbir şey yapamazsınız. Bu konu,

gelecek için çok önemlidir. Çünkü bu tip işleri yapabilecek sistemlerin sayısı son derece azdır. Yapabildiklerini iddia eden sistemlerin sayısı fazladır.

Eşitlik ve Yararcılık İlkeleri

Bir başka önemli olan husus; kimin yoğun bakıma gireceği konusudur. Burada ‘eşitlik’ ve ‘utilitarianism - yararcı ahlak prensibi’ kavramı var. Bu iki kavram birbiriyle çelişki halindedir ve bunların hangisinin daha iyi olduğunu tartışabiliriz. Eşitlik kavramı, hastanın ilk tedavisinin yapılması, ihtiyacı olan tedaviyi görmesi durumudur. Bunu mesela covid başlangıcında çok yaptık. Bütün ameliyatlara iptal edildi. İlk iş covide bakmamız lazım dedik ve bu şekilde bütün hastane sistemini allak bullak ettik ilk başlarda; daha sonra tabii düzeltmeler yapıldı. Utilitarianism olarak tabir edebileceğimiz kavramla şunu anlıyoruz: Elimizdeki imkanların en fazla miktarda ve sayıda fayda görecektir hastalara kullanılması durumudur. Bu imkanlarımızı iyileşme ihtimali çok az olan tek bir ağır hastaya vermemiz durumunda yoğun bakım kapasitesi yetersiz kalacaktır. Pandemiye bunu gördük ama normal durumlarda da yetersiz kalacaktır. Utilitarianism dediğimizde elimizdeki imkanları kullanım şeklimiz en fazla sayıda hastanın hayatının kurtarılmasına yönelik olmalıdır.

Doğru örnek mi emin değilim ama konuşmalarda daha büyük sayıda hastalara ECMO yapılmaktan bahsedildi. ECMO büyük bir kaynaktır. Bunu her hastaya yapmaya kalktığınızda her zaman imkanlarınızın kısıtlandığı bir duruma düşersiniz. Çünkü daha büyük bir grubu, yeterince tedavi edememe durumuna gelinebilir.

Yoğun Bakımların Sayısının Azalması Gerekecek

Yoğun bakımda çalışmanın konsantrasyon seviyesinin ve daha ağır hastalara bakabilme kapasitesinin yükselmesi açısından gelecekte zannediyorum ki yoğun bakımların sayısının artması değil azalması gerekecek. Kaliteyi artırmak ve basit şeyleri daha iyi yapabilmek arzumuz var. Sonuçta 70 yılda yoğun bakım çok büyük değişiklikler yaşamış vaziyette. Geline bu seviye her yerde aynı değil ne yazık ki... 1950 Polio epidemisinin sonu çok uzun yol kat ettik ama kat edeceğimiz yol çok daha uzun. Amacımız ve vazifemiz gelecekte yoğun bakımı son derece mükemmel bir organizasyon haline getirmektir.”

“Yoğun bakımda elimizdeki imkanları en fazla miktarda ve sayıda fayda görecektir hastalara kullanılmamız. İyileşme imkanı çok az olan tek bir ağır hastaya tüm imkanlarımızı vermemiz durumunda yoğun bakım kapasitesi yetersiz kalacaktır”

Yoğun Bakımda Güvenli Hasta Transportu



Uzm. Hem. Berna Aydoğan
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ); kritik durumdaki

hastalar için; en gelişmiş tıbbi teknoloji ve tedavileri kullanan, yüksek eğitilmiş, yetkin hekim ve hemşirelerden oluşan güvenli bir ortam sağlamak üzere geliştirilmiştir.

Kritik hasta; akut gelişen, acil girişimde bulunulması gereken, yaşam bulgularında yaşamı tehdit eden değişikliklerle beraber bir veya birden fazla organ/sistem yetersizliği olan ve yoğun bakım ünitesinde tedavi edilmesi gereken hastalardır.

Yoğun bakım hastaları hastane içinde tanısal ve izlem amaçlı uygulamalar (USG, EKO, BT vb.) amacıyla görüntüleme merkezine, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitesine ve/veya bulunduğu ortamdaki tedavi ve bakım standartlarının, teknolojik olanakların ya da uzman sağlık personelinin yetersizliği nedeniyle başka bir sağlık kurumuna transfer edilebilir. Bu hastaların transferi sırasında komplikasyon gelişme olasılığı çok yüksektir. Bu durum, hastaya bağlı etkenlerden ve taşınma öncesinde hazırlığın, taşınma sırasında da hasta izleminin yetersiz yapılmasından kaynaklanmaktadır. Komplikasyon gelişmesini en aza indirmede bilgili ve deneyimli ekibin oluşturulması, taşınma öncesi, sırası ve sonrası süreci kapsayan uygulamalara yönelik standartların geliştirilmesi etkili olacaktır.

Transfer kararı alınmadan önce cevaplanması gereken iki önemli soru vardır:

1. Transfer gerçekten gerekli mi?
 2. Transfer gerçekten güvenli mi?
- Hastanın transferine karar verildikten sonra, bu

karar doğrultusunda uygun planın yapılması gerekir ve bu plan servis hemşiresi ve hekim tarafından yapılır. Hasta transferinde, hastanın gideceği yer belirlenir ve bu birim ya da kurumla iletişime geçilir, birim ya da kurumlar arasındaki mesafe ve zaman değerlendirilir.

Hasta transportu 3 yönde gerçekleşir:

- Primer Transport; Olay yeri** → Hastane
- Sekonder Transport; Hastane** → Hastane
- Hastane içerisinde Transport** → Bölümler arası

Hastane İçi Kritik Hasta Transport Aşamaları:

1. Hastanın Hazırlığı.
2. Transport öncesi koordinasyon ve haberleşme.
3. Eşlik edecek personel (Transport ekibi).
4. Eşlik edecek ekipman.
5. Eşlik edecek ilaçlar.
6. Transport süresince monitörizasyon.

Hastaneler Arası Kritik Hasta Transport Aşamaları:

1. Hastanın transport için hazırlanması.
2. Transport öncesi koordinasyon ve iletişim.
3. Eşlik edecek personel (transport ekibi).
4. Gerekli ekipmanların kontrolü ve hazırlanması.
5. Transport süresince monitörizasyon.

Güvenli Transport İçin: Hastane ve hatta ülke çapında kritik hasta transportu konusunda önceden belirlenmiş protokoller oluşturulmalıdır.

- Transport öncesi iyi bir planlama yapılmalı,
- Transport konusunda özelleşmiş ve eğitilmiş personeller yetiştirilmeli,
- Yeterli ve uygun ekipman sağlanmalı,
- Transport süresince belirlenen eksiklikleri kaydedilip geribildirimde bulunulmalıdır.

%100 NON-İNVAZİV SIVI YÖNETİMİ

- %100% non-invaziv
- Merkezi ve akış üzerinden dinamik ölçüm sağlar
- Geleneksel izleme teknolojileri ile validedir¹⁻³
- Doğruluğu vazopresörlerden veya şok durumlarından etkilenmemektedir⁴
- Hızlı ve kolay kurulum
- Gerçek zamanlı hemodinamik trend bilgileri sağlar
- Hasta spontan solunumdayken kullanılabilir^{5,6}
- Herhangi bir invaziv hat gerektirmemektedir



OLAĞANÜSTÜ KLİNİK ARAÇLAR

- Hem PLR hem de Bolus için Sıvı Yönetim Panosu
- Gerçek Zamanlı Sıvı Yönetim Ekranı
- Arteriyel Kan Basıncı Ekranı (hasta monitöründen)
- USB aygıtına aktarılabilen Sıvı Yönetimi grafikleri içeren Excel raporları



GELİŞMİŞ ARAYÜZ VE KULLANIM KOLAYLIĞI

- Kişiselleştirilebilir ekran
- Ekran üzerinde sunulan sensör düzeni ve kılavuzu
- Büyük, net ekran üstü menü
- Renkli dokunmatik ekran
- Standart medikal hasta-kablo konnektörü

Referanslar:

1. Squara P, Denjean D, Estagnasie P, Brusset A, Dib JC, Dubois C. Noninvasive cardiac output monitoring (NICOM): a clinical validation. *Intensive Care Med.* 2007;33(7):1191-1194.
2. Squara P, Rotcay D, Denjean D, Estagnasie P, Brusset A. Comparison of Monitoring performance of Bioreactance vs Pulse Contour during Lung Recruitment Maneuvers. *Crit. Care.* 2009;13:R125.
3. Marik PE, Levitov A, Young A, Andrews L. The use of bioreactance and carotid Doppler to determine volume responsiveness and blood flow redistribution following passive leg raising in hemodynamically unstable patients. *Chest.* 2013 Feb 1;143(2):364-370.
4. Berlin DA, et al. Agreement of bioreactance cardiac output monitoring with thermodilution during hemorrhagic shock and resuscitation in adult swine. *Crit Care Med.* 2017;45(2):195-201.
5. Duus N, Shogilev D, Skibsted S, et al. The reliability and validity of passive leg raise and fluid bolus to assess fluid responsiveness in spontaneously breathing emergency department patients. *J Crit Care.* 2015;30(1):217.e1-217.e5.
6. Raval NY, Squara P, Clemen M, Yalamanchili K, Win ARALIK | OCAK 2023 43



Yoğun Bakım Hemşireliğinde Geleceğin Teknolojileri

Uzm. Hem. Merve Eröner
**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Yoğun
Bakım Sorumlu Hemşiresi**

Hemşirelik Kanununa göre (Madde 6) "Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun sağlıklı ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler (Hemşirelik Kanunu 2007).

Bilginin hızla çoğaldığı, değiştiği ve derinleştiği günümüzde hemşirelerin en iyi kanıtları kullanarak hizmet vermesi için herkes tarafından anlaşılabilir, kullanılabilir, paylaşılabilir ve ölçülebilir yollar bulması kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetleri artık elektronik sağlık kayıtları, reçete yazma araçları, tele-sağlık, çevrimiçi randevu planlama, mobil uygulamalar, tıbbi cihazlar, taşınabilir monitörler, akıllı hasta yatakları, giyilebilir biyosensörler gibi çok çeşitli teknolojilerden yararlanmaktadır. Bu teknolojilerin hayata geçirilmesinde, kullanılmasında ve geliştirilmesinde hemşirelerin çok büyük katkıları bulunmaktadır. Hemşire liderler bu nedenle dijital okuryazarlığı iş gücüne entegre etmelidirler. Etkin kullanılan teknoloji, tıbbi ekipmanların israfını engeller, kaynakların düzgün kullanılmasını, kanıta dayalı uygulamayı, klinik karar verme desteği sağlayarak bakım standartlarını ve kalitesini iyileştirmeyi sağlamaktadır.

Tüm bu ilerlemeler hemşireliği ve sağlık sistemlerini sürekli gelişmeye ve değişmeye zorlamaktadır. Değişim gereken durumlara uyum sağlayabilmek için hemşirelere üç öneride bulunmaktadır; Daha girişimci olmaları, teknolojik ilerlemeleri benimsemeleri, yönlerini dünyaya çevirmeleri. Yapılan çalışmalar bazı mesleklerin yakın gelecekte yok olacağını söylüyor. Bu meslek gruplarının içerisinde sağlık profesyonelleri de bulunmaktadır. Yeni nesil teknolojiler insan gücüne dayanan bakım işlerini çoktan başardılar. Hastalar ile ilgili uzun

vadeli verileri işleme özelliği olan yapay zekaları uygun bakımı seçebiliyor/önerebiliyor. Robotların daha hassas hale getirilmesi, insan ve hayvan davranışını taklit etmesi an meselesi görünüyor. Ancak sağlık profesyonelleri başkaları adına karar verebilenlerdir, bunu robotlar ne kadar doğru yapabilirler? Hemşireler geçmiş verileri, anlık gözlemleri ve hastanın yanıtını izleyip mantıksal bir süreç işletiyor. Ayrıca iyilik- kötülük, yarar -zarar gibi kavramların olduğu karmaşık bir etik sistemi var bu sürecin. Robotlar "evet hayır"a kodlanmışlarsa eğer aradaki "belkiler" ne olacak? Karar verme ileri ahlaki ilkeleri gerektiren bir durumdur, robotlara bırakılamaz. Bu nedenle sorulması gereken soru "Hemşireler mi, robotlar mı" yerine "Robotlar hemşirelerin bakım partnerleri olabilirler mi?" şeklindedir.

Yoğun bakım hemşirelerinde yapılan çalışmalar da hastayı değerlendirme sürecinde teknolojinin ve fiziksel muayenenin kullanıldığını ancak teknolojinin daha çok kullanıldığını göstermektedir. Hemşirelerin teknolojik cihazlarla ilgili bilgi eksikliği nedeniyle hastaya zarar vermekten korkmaları, alarmlara yanıt vermekten hasta bakımına yeterince odaklanamamaları şeklinde sıralanmıştır. Teknolojideki ilerleme ve yenilikler hem hemşirelik bakımını hem de hastaya dokunmayı etkilemekte ve fiziksel muayene yöntemleri kullanımını gölgede bırakmaktadır. Oysa sağlığın değerlendirilmesi ve hasta izleminde hastanın fiziksel muayenesi ile birlikte teknolojik cihazların kullanımı hata payını düşüren ve en doğru kararların verileceği bir yöntem olarak bilinmelidir.

Hemşirelerin bilişim çağında; verilerini kanıta dayalı bilgiye, bilişim araçları kullanarak dönüştürmeleri ve bunu yaygınlaştırmaları, bireye özgü bakımı ön plana çıkartarak, etik ve mahremiyet ilkelerine titizlikle uymaları gerekmektedir.



Neonate → Paediatric → Adult

Every Patient, Every Setting

Aerogen is a high performance drug delivery device that can cross multiple modalities for ventilated and non-ventilated patients. By delivering more aerosol than any other device, Aerogen can improve patient outcomes at any phase of the patient's care.

LUCAS® Chest Compression System

I AM LUCAS



-  **Güvenli**
-  **Kaliteli CPR**
-  **Kesintisiz Kullanım**

stryker



reaktör
Sağlık A.Ş.

Solunum dinamikleri ve mekaniği alanında performansı ve tasarımıyla fark yaratan ürünler sunuyoruz

Ulusal ve uluslararası sektör tecrübesiyle, tıbbi mühendislik ve biyomekanik alanında faaliyet gösteren Reaktör Sağlık A.Ş., medikal endüstrinin saygın markaları arasında konumlanmaktadır.

Reaktör Sağlık, uzun yıllar boyunca global ölçekli medikal endüstrinin farklı üretici ve distribütör şirketlerinde görevler üstlenmiş olan biyomekanik mühendisi Uğur Metin Edeer tarafından 2014 yılında kurulmuştur. Sektörde nitelikli, özgün ve tasarımı ile kendi alanında benzerlerine karşı fark yaratan ürünleri temsil etmeyi hedefleyen Reaktör Sağlık, sektörel ve ticari etik değerler çerçevesinde faaliyetlerini sürdürmektedir.

Ürünlerimiz

Reaktör Sağlık, hastaların yaşamsal faaliyetinin öncelendiği solunum alanındaki ürünleri hastalarla buluşturmaktadır ve bu ürünler yenilikçi tasarımlara sahiptir. Smiths Medical Portex markasının

sekresyon yönetimi ve solunum performans destek ürünleri Reaktör Sağlık tarafından hastanelere ve kullanıcılara sunulmaktadır.

Branşlarımız

Solunumun ve açık hava yollarının tedavi süreçlerinde kritik öneme sahip olduğu başta anestezi ve yoğun bakım klinikleri olmak üzere göğüs hastalıkları, solunum fizyoterapisi, göğüs cerrahisi, kalp damar cerrahisi ve acil tıp klinikleri yoğun şekilde çalışılan branşlar arasındadır.

Temel Hedefimiz

Solunum dinamikleri ve mekaniği alanında üstün performansı ile hastalara kolaylaştırıcı solunum desteği sağlayan donanımlar geliştirmek, bunun üretim faaliyetlerinde rol üstlenmek ve global ölçekte tıp teknolojilerine katkıda bulunmak Reaktör Sağlık'ın temel hedefleri arasında yer almaktadır.

Omuzlarınızdaki Yükü Azaltın.

Semptomlar

AKCİĞER EKSPANSİYON ÇÖZÜMLERİ

Sekresyon atmada zorluk?
Nefes alma zorluğu?
Mukus artışı?
Kronik öksürük?
Hırıltı?
Nefes Yetmezliği?

Endikasyonlar

Koah? Kronik Bronşit? Astım? Bronşektazi? Kistik Fibrozis? Atelektazi?

BRONŞİYEL HİJYEN

Bu endikasyonlar ve semptomlarla karşılaştığınızda non-invasive **Bronşiyel Hijyen Terapisi**; hava yolları ve bronşların temizlenmesi ve açılmasında yardımcı olur. İlaç kullanımı ve hastanede yatış sürecini azaltır.



EzPAP®
PEP ve PAP sürekli pozitif basınç sistemi



Acapella®
Vibrasyonlu PEP terapi sistemleri



Acapella CHOICE®

Sağlık Turizminde 360 Derece Hizmet



Dr. Güray Yeşiladalı : “Dünyanın her yerindeki hastalardan rinoplasti için mesajlar alıyoruz. Başlangıçta bunun sebebi Türkiye’nin ekonomik olarak yabancı hastalar için kur farkı nedeniyle uygun olmasıydı fakat yıllar geçtikçe aslında burada yapılan işin çok iyi olduğu görüldü ve artık birinci önceliğin ekonomik nedenler olmadığı anlaşıldı”



Sağlık turizmi konusunda da önemli bir hacmi olan Türkiye, yurtdışından hasta ağırlama konusunda da bazı hastaneleriyle misafirlerine 360 derece bir hizmet sunuyor. Yurtdışından

gelen talebin artık sadece ekonomik sebeplerden kaynaklanmadığını, gerçekten iyi operasyonlar yapıldığı için hastaların Türkiye’yi tercih ettiğine dikkat çeken Vanity Estetik Kurucu Ortağı Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanı Op. Dr. Güray Yeşiladalı, yıllardır sağlık turizmini çok önemsediklerini söyledi.

Türkiye’nin, konu burun estetiği olduğunda ilk tercih edilen ülke olduğunu ve rinoplastide dünyada bir başkent olarak kabul edildiğini belirten Güray Yeşiladalı, “Rahat rahat söyleyebilirim ki dünyanın her yerinden estetik ameliyatlara ilgili hastalar tedavi amacıyla Türkiye’ye geliyorlar. Rinoplasti bu konuda en tercih edilen uygulamadır. Dünyanın her yerindeki hastalardan rinoplasti için mesajlar alıyoruz. Başlangıçta bunun sebebi Türkiye’nin ekonomik olarak yabancı hastalar için kur farkı nedeniyle uygun olmasıydı fakat yıllar geçtikçe aslında burada yapılan işin çok iyi olduğu görüldü ve artık birinci öncelik ekonomik değil, bunu kesinlikle söyleyebilirim. Burun işlemlerine yoğun talep olsa da her türlü operasyon için Türkiye gözde bir destinasyon oldu. Bu çok sevindirici ve gurur verici bir durum” dedi.



Dr. Güray Yeşiladalı : “Hastalarımız, uçak yolculuğunu birinci haftadan itibaren rahatlıkla ve güvenle yapılabilecek hale geliyor. Sonraki aşamalarda kontrolleri görüntülü görüşmelerle sürdürüyoruz”

“Ön Muayene İçin Önceden İstanbul’a Davet Ediyoruz”

Tüm hastalara 360 derece hizmet sunduklarını belirten Güray Yeşiladalı yurtdışından gelenler için, “Kendilerini ameliyat öncesinde İstanbul’da davet ederek, online platformda gerçekleştirdiğimiz muayeneleri ameliyat öncesinde yüz yüze yapıyoruz. Tüm planlamaları ve ameliyat öncesi yapılması gerekenleri konuşuyoruz. Kan tahlillerinin yapılması gibi operasyon öncesi işlemlerin planlamasını da düşündüğümüzde ameliyattan bir veya iki gün önce İstanbul’a gelmeleri yeterli oluyor” dedi. Burun ameliyatı olanların ameliyat sonrasında kontroller için bir hafta daha kalmaları gerektiğini söyleyen Yeşiladalı, “Birinci haftada burun üstündeki ateli ve silikonları çıkartıyoruz, burnu kontrol ediyoruz. Hastalarımız, uçak yolculuğunu birinci haftadan itibaren rahatlıkla ve güvenle yapılabilecek hale geliyor. Sonraki aşamalarda kontrolleri görüntülü görüşmelerle sürdürüyoruz. Teknolojinin gelişmesi bizim sağlık turizmi alanında güçlenmemizin de yolunu açtı. Hastanın bizlere her an ulaşabilmesini sağlayabiliyoruz” diye konuştu.

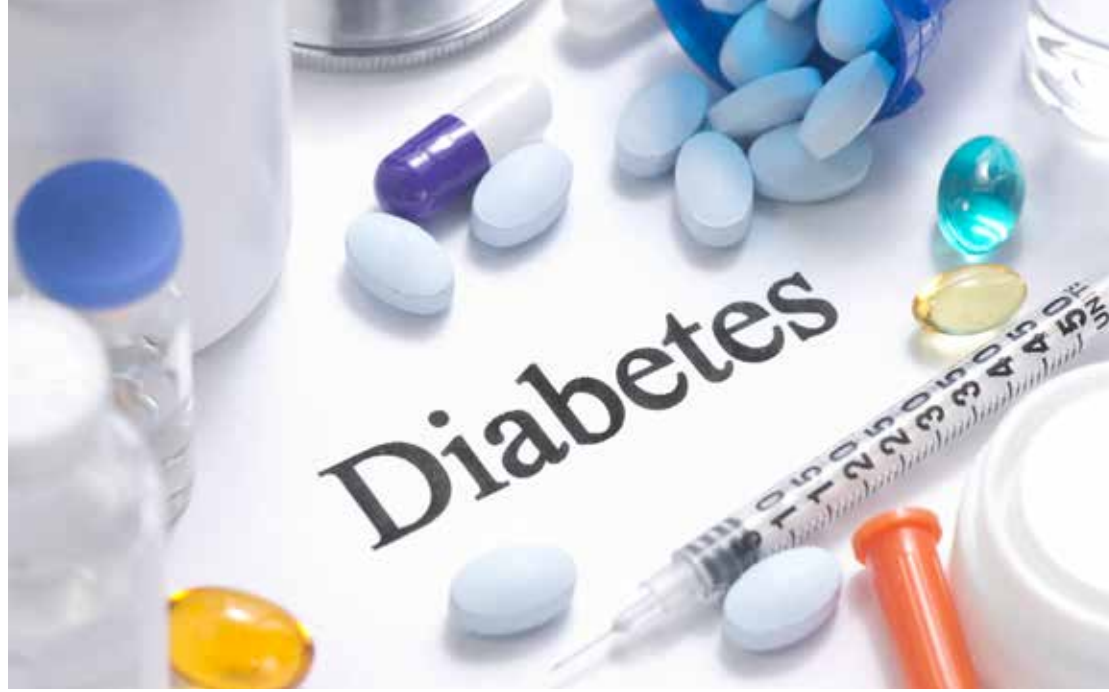
“Kapalı Rinoplastide İyileşme Daha Hızlı Oluyor”

Güray Yeşiladalı, rinoplasti ameliyatına ilişkin şu bilgileri verdi: “Burun estetiği ameliyatı olarak bilinen rinoplasti, hem estetik hem de fonksiyonel kayıpların kazandırılması için yapılır. İdeal solunumun sağlanması ve kişinin yüz hatlarına uygun bir burun, burun ameliyatı sonrası elde edilebilir. Rinoplasti ameliyatı temelde açık ve kapalı olmak

üzere 2 farklı yöntemle yapılır. Her iki teknikte de amaç hem fonksiyonel olarak hem de görsel olarak daha iyi bir burun elde etmektir. Bu hedefe ulaşmak için; eğrilikler düzeltilebilir, burun ucu kaldırılabilir ya da kemer törpülenebilir. Kapalı rinoplastide dikişler burun deliklerinin içerisinde kalırken, açık rinoplastide dışarıda da görülebilen dikişler olur. Burun ucu derisinin kaldırılmasıyla yapılan açık burun estetiği işleminden sonra columella denen burun deliklerinin ortasında kalan alanda hafif bir kesi izi kalabilir. Tüm ameliyat türlerinde olduğu gibi rinoplasti işleminde de kapalı ameliyat sonrasında iyileşme daha hızlı gerçekleşir.”

“Operasyonlar Güvenilir Uzmanlar Tarafından Yapılmalı”

Yeşiladalı, çok talep gören işlemlerden olan burun ucu estetiğine de değinerek sözlerini şöyle tamamladı: “Burun Ucu Estetiği dediğimiz ‘Tip plasti’ ise sadece burun ucunda oluşan şekil bozukluğunun düzeltildiği yöntemdir. Burnun septum olarak isimlendirilen orta hattaki kemik ve kıkırdak dokusuna müdahale etmeden burun ucu ve çevresindeki dokuların cerrahi olarak şekillendirilmesidir. Burun ucu estetiği amacıyla burun ucunun açısının değiştirilmesi ve belirginleştirilmesi için kullanılır. Kapalı ve açık teknik kullanılarak da yapılan operasyon, kişiden kişiye değişmekle birlikte ortalama 30-60 dakika sürer. Burun ucu estetiği ameliyatının güvenilir ve estetik cerrahi konusunda uzman kişiler tarafından yapılması gerekmektedir.”



Medtronic Diyabet İnovasyon Zirvesi İstanbul'da Düzenlendi

"Diyabet İnovasyon Zirvesinde diyabet ve diyabet teknolojilerinin geleceği hakkında konuşan uzmanlar, sunumlarıyla bu alandaki son gelişmeleri, verileri ve inovasyon fırsatlarını katılımcılara aktardı. İnteraktif bir ortamda gerçekleşen zirveye, alanında uzman 100'ü aşkın sağlık hizmeti sağlayıcısı katıldı"

Medtronic tarafından İstanbul'da düzenlenen Diyabet İnovasyon Zirvesinde diyabet ve diyabet teknolojilerinin geleceği konusunda uzmanlar en güncel bilgileri, verileri ve yenilikleri anlattı. 13-14 Ocak 2023 tarihlerinde Ataköy Hyatt Regency Otel'de gerçekleştirilen, "Distinct" mottosuyla düzenlenen zirveye, Türkiye, Orta Doğu Avrupa, Orta Doğu ve Afrika'dan alanında ihtisas sahibi diyabet uzmanları katılarak bilgi, deneyim ve fikirlerini paylaştılar.

Diyabet İnovasyon Zirvesinde diyabet ve diyabet teknolojilerinin geleceği hakkında konuşan uzmanlar, sunumlarıyla bu alandaki son gelişmeleri, verileri ve inovasyon fırsatlarını katılımcılara aktardı. İnteraktif bir ortamda gerçekleşen zirveye, alanında uzman 100'ü aşkın sağlık hizmeti sağlayıcısı katıldı.

Medtronic'in bu alandaki çözümleri hakkında da bilgi verilen zirvede, Medtronic'in Gelişmiş İleri Hibrit Kapalı Sistem İnsülin Pompası ve Sürekli Glukoz İzleme (CGM) sistemi anlatıldı. Medtronic'in İnsülin Pompası, çoklu günlük enjeksiyon tedavisine göre klinik faydalar sunuyor. İnsülin pompası cihazı, hızlı etkili insülini 24 saat boyunca, sürekli olarak vücuda vererek, çoklu enjeksiyon ihtiyacını ortadan kaldırıyor. Medtronic tarafından sunulan CGM ise, hem insulin pompası ile hem de bireysel takip ile diyabet hastalarının yanında. Standalone CGM sistemi, öngörülü ve aşamalı alarm sistem teknolojisine sahip olup, hipoglisemi ve hiperglisemi alarmlarını 1 saat önceden de bildiriyor.



Medtronic

"Medtronic'te 150 ülkede 90 binden fazla çalışanımızla küresel sağlık teknolojisi lideriyiz. Parkinsondan diyabete kadar 70'ten fazla sağlık durumunu tedavi eden çözümler geliştiriyoruz. Sağlık teknolojilerimiz her saniye, her saat ve her gün iki kişinin hayatını değiştiriyor"

150 Ülkede 90 Binden Fazla Çalışan

Medtronic Türkiye Batı Asya ve Levant Bölge Başkanı Ayhan Öztürk, Medtronic olarak diyabet teknolojileri alanında böylesine önemli bir etkinliğe ev sahipliği yapmaktan mutluluk duyduklarını belirterek, "Medtronic'te 150 ülkede 90 binden fazla çalışanımızla küresel sağlık teknolojisi lideriyiz. Parkinsondan diyabete kadar 70'ten fazla sağlık durumunu tedavi eden çözümler geliştiriyoruz. Sağlık teknolojilerimiz her saniye, her saat ve her gün iki kişinin hayatını değiştiriyor, bu etkiyi her geçen gün daha da ileriye taşımaya devam ediyoruz. Misyonumuz, insanların yaşamlarında gerçek bir fark yaratan olağanüstü çözümler ve destekler tasarlamamız için bize ilham veriyor. Bu misyonun bir kısmı diyabetli yaşamı yeniden tanımlamaktır. Son 50 yıldır bu anlamda çok önemli çalışmalar yapıyor, ortaklıklar kuruyor ve yeniliklere imza atıyoruz. Uzun süredir farklı hekimlerle çalışıyoruz. Ve bu, Medtronic'in ev sahipliği yaptığı ilk Diyabet İnovasyon Zirvesi olduğundan, diyabetin geleceği hakkında bilgi paylaşmaktan ve fırsatları genişletmekten büyük heyecan duyuyoruz. Teknolojinin geleceğini şekillendirecek bu eşsiz zirveden önemli dersler çıkarılacağına inanıyoruz" dedi.

Özel Sağlık Sigortalarında Nelere Dikkat Etmeliyiz?



Özel sağlık sigortası seçimi sırasında dikkate alınması gereken çok fazla kriter var. Bu da açıkça gösteriyor ki tercih yaparken en ucuz poliçeyi seçmek her zaman en uygun sigortaya sahip olmak anlamına gelmiyor!

Hastalık ve kaza gibi istenmeyen durumlarda tedavi masraflarını ve koşullarını dert etmekten kurtulmanın en etkili yollarından biri özel sağlık sigortası yaptırmak. Pandeminin hayatımıza kattığı önemli farkındalıklardan biri de sağlık ve iyi yaşamın önemi oldu. Sağlıklı bir yaşam için dengeli beslenmeden, düzenli uykuya kadar pek çok reçeteyi hayatımıza dahil etmeye çalışırken olası sağlık sorunlarına karşı da erkenden önlem alma ihtiyacı gündeme geldi. Bu bakış açısıyla özel sağlık sigortası yapmak isteyenleri ise pek çok seçenek bekliyor.

Sigortam.net CEO'su Bora Uludüz, Sigortam.net olarak uzman sigorta danışmanlarıyla, en iyi özel sağlık sigortasını seçme konusunda müşterilerine destek olduklarını belirterek, seçim sürecinde tüketicilere yardımcı olacak önemli kriterleri şöyle sıraladı:

- **Kapsam dahilindeki teminatlar:** Sigorta şirketleri, yatarak ve ayakta tedavi gibi ana teminatların yanı sıra doğum teminatı, ambulans hizmeti, tedavi öncesi-sonrası hizmetler, 7/24 tıbbi destek, günlük bakım, check-up gibi ek teminatlar sunabilir. Poliçe satın alırken ihtiyaca uygun teminatların dahil edildiğinden emin olmak gerekiyor.
- **Teminat limitleri ve katılım payı oranı:** Hastane giderlerinin toplamda ne kadarının sigorta tarafından karşılanacağını teminat limitleri belirlerken, poliçe sahipleri katılım payı oranlarına bağlı olarak hastane masraflarının belirli bir yüzdesini karşılıyor. Sağlık durumuna bağlı olarak teminat limitini belirlemek poliçe tutarını optimumda tutmak için önemli. Katılım payının düşük olması da kişinin cebinden çıkacak miktarın az olmasını sağlıyor.
- **Anlaşmalı hastaneler:** Gitmeye alışkın olduğunuz ya da düzenli ziyaret ettiğiniz doktorların bulunduğu hastanelerin, sigorta şirketinin anlaşmalı hastaneler listesinde olup olmadığına bakmak, sigortanın etkili

kullanımına katkıda bulunuyor.

- **Bekleme süreleri:** Özel sağlık sigortası kapsamında bazı hastalıklar için belirlenen birkaç aylık bekleme süresi farklı şirketlerde farklı uzunluklarda olabiliyor. Bu sürenin en az olduğu poliçeler, sağlığınızın en kısa sürede tam güvenceye alınmasını sağlıyor.
- **Hasarsızlık indirimi:** Sigorta şirketleri yıl boyu hiçbir hasar talebinde bulunmayanlar için ertesi yıl "hasarsızlık indirimi" uyguluyor. Bu oran da şirketler arasında farklılık gösterebiliyor.
- **Ömür boyu yenileme:** Ömür boyu yenileme garantisini alabilmek sağlık sigortalarındaki en dikkat çeken noktalar arasında yer alıyor. Bu garantiyi verebilme süresi, sigorta şirketleri arasında farklılıklar barındırır da ömür boyu yenileme garantisini aldıktan sonra sigortasını devam ettirmek, müşteriler için çok önemli bir ayrıntı olarak öne çıkıyor.
- **Hasar ödeme prosedürleri ve hasar talebine dönüş süresi:** Sigorta şirketlerinin hasar ödeme prosedürleri ve hasar ödeme süreçleri değişiklik gösterebiliyor. Hasar ödeme şartlarının az olması, provizyon işlemlerinin hızlanması, harcanacak zaman ve eforun azalması dolayısıyla daha zahmetsiz bir süreç anlamına geliyor.

Bora Uludüz, "Özel sağlık sigortası seçimi sırasında dikkate alınması gereken çok fazla kriter var. Bu da açıkça gösteriyor ki tercih yaparken en ucuz poliçeyi seçmek her zaman en uygun sigortaya sahip olmak anlamına gelmiyor. Bu yüzden Sigortam.net olarak kişiye özel hizmet veren uzman sigorta danışmanlarımız ile müşterilerimizi buluşturuyoruz ve onların sağlık sigortalarına dair kafalarındaki tüm soruları netleştirmek için çalışıyoruz." diye konuştu.

"Sigorta şirketleri, yatarak ve ayakta tedavi gibi ana teminatların yanı sıra doğum teminatı, ambulans hizmeti, tedavi öncesi-sonrası hizmetler, 7/24 tıbbi destek, günlük bakım, check-up gibi ek teminatlar sunabilir. Poliçe satın alırken ihtiyaca uygun teminatların dahil edildiğinden emin olmak gerekiyor"

Küresel Riskler 2023 Raporu

“Küresel Riskler 2023 Raporu, liderleri kısa ve uzun vadeli bakış açılarını dengeleyerek birlikte ve kararlı hareket etmeye çağırıyor. Acil ve koordineli iklim eylemlerine ek olarak, finansal istikrarı, teknoloji yönetişimini, ekonomik kalkınmayı ve araştırma, bilim, eğitim ve sağlığa yapılan yatırımları güçlendirmek için ülkeler arasında ortak çabaların yanı sıra kamu-özel sektör iş birliğini tavsiye ediyor”



“Yaşam maliyeti krizi kısa vadeli en büyük risk iken, iklim değişikliğini azaltma ve iklime uyum sağlamadaki başarısızlık ise uzun vadeli en büyük endişelerdendir”

Dünya Ekonomik Forumu tarafından, Marsh & McLennan Şirketleri, SK Group ve Zurich Sigorta Grubu stratejik ortaklığında hazırlanan Küresel Riskler Raporu, son 17 yıldır, birbiriyle derinden bağlantılı küresel riskler konusunda uyarılarda bulundu. Rapora göre, çatışmalar ve jeo-ekonomik gerilimler birbiriyle derinden bağlantılı bir dizi küresel riski tetikledi. Bunlar, önümüzdeki iki yıl boyunca devam etmesi muhtemel olan enerji ve gıda tedarikindeki sıkıntıları ve yaşam maliyeti ile borç ödemede güçlü artışları içermektedir. Aynı zamanda bu krizler, özellikle iklim değişikliği, biyoçeşitlilik ve insan sermayesine yatırımla ilgili olanlar olmak üzere uzun vadeli risklerle mücadele etme çabalarını baltalama riski taşıyor.

Marsh McLennan ve Zurich Sigorta Grubu ile ortaklaşa hazırlanan rapor, 1.200'ün üzerinde küresel risk uzmanı, politika yapıcı ve sektör liderinin görüşlerinden yararlanılarak hazırlanan rapora göre, en ciddi uzun vadeli tehditlere ilişkin eylem penceresinin hızla kapandığı ve risklerin bir taşma noktasına ulaşmasından önce toplu eyleme ihtiyaç duyulduğu ileri sürülüyor.

Küresel Riskler Raporu ayrıca, mevcut ve gelecekteki risklerin birbirleriyle nasıl etkileşime girerek bir "polikriz" - bileşik etkileri ve öngörülemeyen sonuçları olan ilgili küresel risklerin bir kümesini - oluşturmak için nasıl etkileşime girebileceğini ele almaktadır. Rapor, gıda, su ve enerji dahil olmak üzere doğal kaynakların arz ve talebiyle ilgili birbiriyle ilişkili potansiyel bir çevresel, jeopolitik ve sosyoekonomik riskler kümesi olan "Kaynak Rekabetini" araştırmaktadır.

Önümüzdeki 2 Yılın Riskleri

Hali hazırda küresel salgın ve Avrupa'daki savaş; enerji, enflasyon, gıda ve güvenlik krizlerini yeniden ön plana çıkardı. Bunlar, önümüzdeki iki yıla hakim olacak şekilde devam eden riskleri oluşturmaktadır: Durgunluk riski; artan borç sıkıntısı; devam eden bir yaşam maliyeti krizi; dezenformasyon ve yanlış bilgilendirmenin mümkün kıldığı kutuplaşmış toplumlar; hızlı iklim değişimleri ve jeo-ekonomik savaş. Dünya, iklim değişikliğinin hafifletilmesi ve iklim adaptasyonu konusunda daha etkin bir şekilde iş birliği yapmaya başlamadığı takdirde, bu durum

“Jeopolitik rekabetler ve içe kapanma eğilimleri, ekonomik kısıtlamaları artıracak ve hem kısa hem de uzun vadeli riskleri daha da artıracaktır”



“1.200'den fazla uzmanın, politika yapıcılarının ve sektör liderlerinin görüşlerinden yararlanılarak oluşturulan Küresel Riskler Raporu, ülkeleri ‘kaynak rekabetinden’ kaçınmak için birlikte çalışmaya çağırılmaktadır”

önümüzdeki on yıl boyunca sürekli küresel ısınmaya ve ekolojik bozulmaya yol açacaktır. İklim değişikliğinin azaltılmaması ve buna adapte olunmaması, doğal afetler, biyolojik çeşitlilik kaybı ve çevresel kötüleşme, en önemli on riskten beşini temsil etmektedir ve biyoçeşitlilik kaybı ise önümüzdeki on yılda en hızlı kötüleşen küresel risklerden biri olarak görülmektedir. Buna paralel olarak, sağlık, eğitim ve ekonomik kalkınmaya yapılan yatırımlar ortadan kalktıkça ve sosyal uyumu daha da aşındırdıkça, kriz odaklı liderlik ve jeopolitik rekabet eşi görülmemiş bir düzeyde toplumsal sıkıntı yaratma riski taşımaktadır. Son olarak, artan rekabetler yalnızca büyüyen jeo-ekonomik silahlanma riskine yol açmakla kalmamaktadır, aynı zamanda özellikle yeni teknolojiler aracılığıyla yeniden askerileşmeyi de beraberinde getirmektedir.

Müşterek Eyleme İhtiyaç Var

Önümüzdeki yıllar toplım, çevre ve güvenlik açısından rekabet halindeki endişelerle karşı karşıya kalan hükümetler için zorlu takaslar sunacaktır.

Daha şimdiden kısa vadeli jeo-ekonomik riskler, bilimsel olarak gerekli olan ile politik olarak kabul edilebilir olan arasındaki boşluğu ortaya çıkarmıştır. Isınan bir dünyanın sonuçlarını sınırlamak için iklim krizi konusunda dramatik bir şekilde hızlandırılmış müşterek eyleme ihtiyaç duyulmaktadır. Bu arada, güvenlik hususları ve artan askeri harcamalar, artan yaşam maliyeti krizinin etkilerini hafifletmek açısından daha az bir mali pay bırakabilir. Bu gidişatta bir değişiklik olmazsa, savunmasız ülkeler, gelecekteki büyümeye, insani gelişmeye ve yeşil teknolojilere yatırım yapamayacakları sürekli bir kriz haline girebilirler. Rapor, liderleri kısa ve uzun vadeli bakış açılarını dengeleyerek birlikte ve kararlı hareket etmeye çağırılmaktadır. Acil ve koordineli iklim eylemlerine ek olarak, finansal istikrarı, teknoloji yönetişimini, ekonomik kalkınmayı ve araştırma, bilim, eğitim ve sağlığa yapılan yatırımları güçlendirmek için ülkeler arasında ortak çabaların yanı sıra kamu-özel sektör iş birliğini tavsiye etmektedir.



"Küresel Riskler Raporu ayrıca, mevcut ve gelecekteki risklerin birbirleriyle etkileşime girerek bir 'polikriz' - bileşik etkileri ve öngörülemez sonuçları olan ilgili küresel risklerin bir kümesini - oluşturmak için nasıl etkileşime girebileceğini ele alıyor"

İş Birliği, İlerlemenin Tek Yoludur

Dünya Ekonomik Forumu İdari Direktörü Saadia Zahidi, “Kısa vadeli risk ortamına enerji, gıda, borç ve felaketler hakimdir. Halihazırda en savunmasız olanlar bunların sıkıntılarını çekmektedir ve birden fazla kriz karşısında savunmasız olarak nitelendirilenler, hem zengin hem de fakir ülkelerde hızla artmaktadır. İklim ve insani gelişme, mevcut krizlerle mücadele ederken bile küresel liderlerin endişelerinin merkezinde yer almalıdır. İş birliği, ilerlemenin tek yoludur” dedi.

Hala Bir Fırsata Sahip Olabiliriz

Zurich Sigorta Grubu Sürdürülebilirlik Riski Başkanı John Scott ise: “İklim değişikliğinin etkileri, biyolojik çeşitlilik kaybı, gıda güvenliği ve doğal kaynak tüketimi arasındaki etkileşim tehlikeli bir karışım. Önemli politika değişiklikleri veya yatırımlar olmaksızın, bu karışım ekosistemin çöküşünü hızlandıracak, gıda kaynaklarını tehdit edecek, doğal afetlerin etkilerini artıracak ve iklim değişikliğini azaltma girişimlerinin ilerlemesini

sınırlayacaktır. Eylemleri hızlandırırsak, on yılın sonunda 1.5°C derecelik bir yörüngeye ulaşmak ve doğa acil durumunu ele almak için hala bir fırsata sahip olabiliriz. Yenilenebilir enerji teknolojilerinin ve elektrikli araçların konuşlandırılmasındaki son gelişmeler, iyimser olmamız için bize iyi nedenler veriyor” diye konuştu.

Kıta Avrupası Marsh Risk Yönetimi Lideri Carolina Klint ise: “2023 yılı, küresel tedarik zincirlerinde daha fazla aksamaya neden olan ve yatırım kararlarını etkileyen gıda, enerji, hammaddeler ve siber güvenlikle ilgili artan risklerle belirgin olacaktır. Ülkelerin ve kuruluşların esneklik çabalarını artırması gereken bir zamanda, ekonomik ters rüzgarlar bunu yapma yeteneklerini kısıtlayacaktır. Bir nesildeki en zor jeo-ekonomik koşullarla karşı karşıya kalan şirketler, yalnızca kısa vadeli endişeleri gidermeye değil, aynı zamanda kendilerini uzun vadeli riskler ve yapısal değişimler açısından iyi konumlandıracak stratejiler geliştirmeye de odaklanmalıdırlar” diye konuştu.

Anahtar Teslim (Turn-Key) Hastane Proje Hizmetleri

» made with passion and precision



- Hastane Projesi Yatırım Planlaması • Finansal Planlama ve Çözümleme (Hermes Teminatı | Almanya Federal Cumhuriyeti İhracat Kredisiz Garantisiz) • Mimari, Medikal, Elektrik, Mekanik Konsept Planlama
- Medikal & Non-Medikal Cihaz-Malzeme-Sarf Planlama ve Satın Alma • Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri • IT Teknolojileri Danışmanlığı

ACENDIS Türkiye
Proje Yönetimi / Satış & Servis
Küçükbakkalköy Mah. Cem Sokak. No: 4
34750 Ataşehir/İstanbul
proje@acendis.com.tr
Tel.: +90 216 - 470 49 49
Tel.: +90 216 - 470 01 94
instagram - acendishealthcare • facebook - acendistr • linkedin - ACENDIS Healthcare

ACENDIS Healthcare GmbH Headquartes
Project Management / Sales & Service
Wohlenbergstr. 5 30179 Hannover
www.acendis.eu
contact@acendis.eu
Tel.: +49 (0) - 511 1 83 83
Tel.: +49 (0) - 511 71 77 29



www.acendis.eu
www.acendis.com.tr

ACENDIS
Together. All the way.



MedPublish
www.med-publish.com

kurumsal İletişim çözümleri

yayıncılık | basılı, görsel ve dijital grafik tasarım
medya planlama | marka iletişimi | organizasyon

www.med-publish.com

