



YOĞUN BAKIM BRANŞININ
TERCİH EDİRLİĞİ
2017'DEN İTİBAREN AZALDI

YOĞUN BAKIMDA
DOĞRU PLANLAMA
HAYAT KURTARIR

25 ACENDIS
Together. All the way.

klınıkiletışim

MEDİKAL SEKTÖRÜN YENİLİKÇİ DERGİSİ

HAZİRAN | TEMMUZ 2021 YIL:5 SAYI:19



ÇOCUK FELCİ AŞISININ MUCİDİ DR. JONAS SALK:
GÜNEŞİN PATENTİ ALINABİLİR Mİ?
GÜNEŞİN PATENTİ OLMAZ!

AŞI TEREDDÜTÜ
AŞI MİLLİYETÇİLİĞİ
AŞI PATENTİ!

HEKİMLERİN
İSTİFA HAKKI
VARDIR!



ŞEHİR HASTANELERİ
PANDEMİDE
SINIFTA KALDI!

COVID-19
TEDAVİSİNİN
EKONOMİK YÜKÜ

TIBBİ CİHAZLAR
YÖNETMELİĞİ AB İLE
TAM UYUMLU HALE GETİRİLDİ

AVRUPA'DA
YOĞUN BAKIMIN
İŞLEYİŞİ NASIL?



Multicare

» 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 yanındayız. Linet Multicare model yoğun bakım yatağı yenilikçi özellikleri ile ürün portföyümüzü bu alanda tamamlamaktadır.

İyileşme Sürecini Destekleyen Özellikler

- Tam otomatik, lateral tilting yoluyla +/- 30 °'ye kadar kinetik tedavi
- VAP (ventilatörle ilişkili pnömoni) tedavi ve önlemi
- Yatak yaralarının önlenmesi
- Hasta ağırlığının tespit ve takibi
- Daha kolay nefes alma
- Mobilizasyon ve self mobilizasyonu

Sağlık Personelinin İş Yükünü Hafifleten Özellikler

- C kolu Skopi ve Mobil X-ray cihazları ile kolay görüntüleme yapılabilmesine imkan veren X-ray geçirgen özellikli sırt bölümü ve yatma yüzeyi
- Tüm özelliklerin merkezi kontrolü için LCD dokunmatik ekran
- Ortopne pozisyonu ve cardiac chair pozisyonu

ACENDIS TÜRKİYE
Proje Yönetimi / Project Management
Satış & Servis / Sales & Tech. Serv.

Küçükbakkalköy Mah.
Cem Sokak. No: 4
34750 Ataşehir / İstanbul - Türkiye

Tel. +90 216 - 470 49 49
E-mail bilgi@acendis.eu
Web www.acendis.com.tr

ACENDIS GERMANY
Project Management / Headquarters

Wohlenbergstr. 5
30179 Hannover
Germany

Tel. +49 511 - 183 83
E-mail contact@acendis.eu
Web www.acendis.eu



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



Elisa Serisi

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

Elisa Ailesi Yoğun Bakım Ventilasyonunun Geleceğine Yön Veriyor

En Yeni Türbin Teknolojisi ile Yoğun Bakım Ventilasyonunda Yeni Kompakt Seri

Yenilikçi, sezgisel ve sürdürülebilir kişiye özel ventilasyon terapisi için Elisa 300 ve Elisa 500'ün etkili ve modern tasarımı, hastalarınız için en iyi tedavi çözümlerini sunar ve size de operatör hatalarını ve çalışma süresini minimize etmekte yardımcı olur.

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 sizi destekler:

- Yoğun bakım ünitesinde, acil serviste veya hastane içi nakil sırasında
- 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

ACENDIS TÜRKİYE
Proje Yönetimi / Project Management
Satış & Servis / Sales & Tech. Serv.

Küçükbakkalköy Mah.Cem Sokak. No: 4
34750 Ataşehir / İstanbul / Türkiye

Tel. +90 216 - 470 49 49
E-mail bilgi@acendis.eu
Web www.acendis.com.tr

ACENDIS GERMANY
Project Management
Headquarters

Wohlenbergstr. 5
30179 Hannover, Germany

Tel. +49 511 - 183 83
E-mail contact@acendis.eu
Web www.acendis.eu



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



Jafron E-Seminars

Walking With The Luminaries

SPEAKERS



Claudio Ronco



Jean Louis Vincent



Omender Singh



Vincenzo Panichi



Rinaldo Bellomo



Dilek Kazancı



Franz Schwameis



Matteo Brivio



Marc Romain



Janet Chung



A.V. Venugopal



Vladimir Cerny



Alejandro Ferreiro



Adriana Barriga



Alexander Kersten



For Experience Sharing & Clinical Guidance of Adsorption Technology, Register on Jafronclub.com to Get All the Previous and Upcoming Lectures!



Scan to register!

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

klinikiletisim dergisi
 klinikiletisim dergisi
 @klinikiletisim
 Turkcell Dergilik



Hekimlik Mesleği ve Özelinde Yoğun Bakım, Tercih Nedeni Olmaktan Çok Uzak!

Fatma Ergüzeloğlu

Olağanüstü zamanlarda tecrübe edildiği üzere günümüz COVID-19 pandemisinde de yoğun bakım bilim dalının değeri, önemi, gerekliliği bir kez daha idrak edildi. Bu uzmanlık alanının çatı derneği olan Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği (TDCY) ve yoğun bakım uzmanları; Mayıs 2021 içerisinde; kamu otoriteleri ile birlikte online bir sempozyum gerçekleştirdi. Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu, Yükseköğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Avrupa Yoğun Bakım Derneği yetkililerinin katılımıyla düzenlenen oturumda yoğun bakımçıları, eğitim ve çalışma hayatında yaşadıkları sorunları ve çözüm önerilerini ifade ettiler. Aynı zamanda Mayıs ayının Yoğun Bakım Farkındalık Ayı olarak kabul edilmesini talep ettiler.

Yoğun Bakım Neden Tercih Edilmiyor?
Yoğun bakım bilim dalı maalesef tercih edilmeyen bir branşa dönüştü. 2017 yılından sonra dramatik şekilde yoğun bakımın tercih edilme oranı düştü. Dahiliye, anestezi ve nöroloji bölümünde 2017 yılından sonra dramatik bir düşüş gözleniyor. Enfeksiyon hastalıkları, genel cerrahi gibi göğüs hastalıklarında da son dönemde neredeyse yoğun bakım kadroları hiç tercih edilmiyor. Öncesinde neredeyse yüzde yüz tercih edilen yoğun bakım neden böyle bir düşüş grafiği içerisinde diye düşündüğümüz zaman, Derneğin ifade ettiği nedenler şöyle:
Yoğun bakım uzmanlarının üçüncü basamak veya genel yoğun bakım ünitesi dışında görevlendirilmeleri, uzmanlığın mevzuatta tanımlanmaması dolayısıyla branşın geleceğinin belirsizliği, performans puanlarının düşüklüğü, özel hastanelerde yoğun bakım yatak sayısının fazla olmasına karşın yoğun bakım uzmanı bulundurulmaması, ana dal kadrosunda da çalışma hakkı tanınmaması gibi nedenlerden ötürü branşın tercih edilirliğinde anormal bir düşme söz konusu!

Yoğun Bakım Farkındalığı
TDCY bu sorunları ve çözüm önerilerini ifade ettiği toplantı ile hem mevcut duruma ilişkin kamu otoritelerini bilgilendirdi

hem de branşın popülaritesini arttırmak gayesiyle Mayıs ayının son haftasının Yoğun Bakım Farkındalık Haftası olarak Sağlık Bakanlığı takvimine eklenmesini talep etti.

Mesleği Cazip Hale Getirmek!
Toplantıya Hollanda'dan katılan Avrupa Yoğun Bakım Derneği Başkanı ve Hollanda Utrecht Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Jozef Kesecioğlu, Almanya'da da yoğun bakım branşının daha az tercih edildiğini ifade ederek, "Gençler, meşakkatli daha az olan branşları tercih ediyorlar. 5 - 6 yıl önce bu durumu biz de yaşamıştık. Mesleği cazip hale getirerek bu sorun halledilebilir. Benim kanaatim, kişilere sadece maddi açıdan değil fakat manevi açıdan da gerekli yerde gerekli pozisyonu vermekle bunlar düzenlenebilir. Yoğun bakımçıların da tek bir sesle konuşmaları ve isteklerini açık bir şekilde belirtmeleri çok önemli!" diye konuştu.

Hekimlik Mesleğini Tercih Azaldı
Yoğun bakımın ötesinde genel olarak hekimliğin tercih edilmediğini ifade eden diğer bir isim olan Sağlık Bakan Yardımcısı Dr. Şuayip Birinci ise TUSAP toplantısında, "Pandemi döneminde hekimlere saygı arttı ama gençlerde hekimlik mesleğini tercih etme isteği artmadı. Sorumluluk almanın özgürlüğü kısıtlayıcı bir etken olduğunu düşünen gençlerin bu mesleği daha az tercih ettiği görülecek" dedi.

Pandemi eğitim, sosyal ve çalışma hayatımızı derinden etkiledi; ilerleyen süreçte bunları daha iyi kavrama imkanımız olacak elbet ama özellikle bazı sektörler, iş kolları ve tıp bilimlerinde halihazırdaki değişme ivmesi pandemi sürecinde iyice hız kazandı. Kamu otoritelerinin, yasa yapıcıların başta sağlık olmak üzere hayati değerlerde olan alanları iyileştirmesi, buradaki eğitimi daha nitelikli ve kaliteli; çalışma hayatını daha özendirici ve cazip bir noktaya taşıması kaçınılmaz hale geldi.

Keyifli okumalar dilerim.

Yönetim
MedPublish Yayıncılık adına
İmtiyaz Sahibi
Fatma Ergüzeloğlu

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Funda Ergüzeloğlu 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
Haziran - Temmuz 2021

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.

PHILIPS

philips.com

Hayatı, birlikte iyileştiriyoruz

Philips olarak inanıyoruz ki, daha erişilebilir ve daha sürdürülebilir sağlık sistemlerinin zamanı geldi. Ancak bunu tek başımıza gerçekleştiremeyiz. Yeni fikirler üretmek için bir araya geliyor, ekipler kuruyor ve iş birlikleri yapıyoruz.

Hayatı, birlikte iyileştiriyoruz.

innovation  you

philips.com/makelifebetter

YOĞUN BAKIM BİR SAVAŞ ZAMANI BAŞLAMIŞTI ŞİMDİ PANDEMİYLE DAHA İYİ TANINDI



Prof. Dr. Arzu Topeli İskit

“SAVAŞLA YA DA PANDEMİ İLE BAŞLAYAN YOĞUN BAKIM, GÜNÜMÜZDE DE BİR PANDEMİ İLE DEVAM EDİYOR. COVID-19 PANDEMİSİ TÜM DÜNYAYI ETKİLEDİ VE TABİİ TÜRKİYE’DE DE HERKES YOĞUN BAKIMI, ENTÜBASYONU ÖĞRENDİ”

Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği (TDCY) ve yoğun bakım uzmanları; 24 Mayıs 2021 tarihinde Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu, Yükseköğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Avrupa Yoğun Bakım Derneği Yetkilileri ile Türkiye’de Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumda Buluştular.

TDCY Derneği Başkanı ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Melda Türkoğlu, “Türkiye’de yoğun bakım yatak sayımız ve yoğun bakım altyapımız son derece güçlü. Ama artık niteliği de iyileştirmenin zamanı geldi. Yoğun bakımda kadrolar açılıyor, kadrolar artırılıyor ama bu kadrolara başvurular aynı oranda artmıyor, kadrolar boş kalıyor” diye konuştu.

Eskilerden Günümüze Yoğun Bakım

TDCY Yönetim Kurulu Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Yoğun Bakım Bilim Dalı Başkanı, Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilim Kurulu Üyesi Prof. Dr. Arzu Topeli İskit, moderasyonunu üstlendiği Türkiye’de Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumdaki konuşmasında yoğun bakıma ilişkin şu bilgileri verdi: “Yoğun bakım çok eski bir branş... Kırım Savaşı’nda Florence Nightingale yoğun bakım prensiplerini uyguladı. Artık kritik hastaları, ağır askerleri farklı bir birime aldı ve bu hastaların daha iyi yaşadığını gözlemledi. Tabii daha modern yoğun bakım

Avrupa’da ortaya çıktı. Ameliyathane uygulamaları ameliyathane dışına çıkarıldı. Yani aslında bir savaşla ya da bir pandemi ile başlayan yoğun bakım günümüzde de bir pandemi ile devam ediyor. COVID-19 pandemisi tüm dünyayı etkiledi ve tabii Türkiye’de de herkes yoğun bakımı öğrendi, entübasyonu öğrendi, vatandaş biliyor... Artık herkes bunları biliyor. Artık yoğun bakım, dünyada kabul edilmesi gereken bir uzmanlıktır.

Yoğun Bakım Uzmanı Mortaliteyi Azaltır

Pandemiler umarım azalır. Hiçbir şekilde savaş olmaz ama bir şekilde sorunlar elbette olacaktır. O nedenle yoğun bakıma ihtiyaç mutlaka olacaktır. En büyük isteğimiz, özellikle de gençler ve geleceğimiz için, yoğun bakımın değer gören bir alan olmasıdır. Yoğun bakım uzmanı mortalite ve morbiditeyi, maliyeti azaltır. Türkiye yoğun bakım altyapısı çok iyi bir konuma gelmiştir ama artık amaç insan kaynağına yatırım olmalıdır. Hasta merkezli ve yoğun bakım çalışanlarının ki çalışan deyince biz bugün hekimleri konuşuyoruz ama aslında bütün yoğun bakım ekibini kastediyoruz; hemşireler, fizyoterapistler, eczacılar, diyetisyenler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanlarının motive edildiği, değer verildiği ve maliyet etkin bir hizmet ortamı oluşturmalıdır. Bu şekilde Türkiye bilimsel arenada da yerini alabilir. Bugün görüyoruz, Türkiye’ye çok benzeyen ülkeler var, mesela Brezilya’da 5 bin - 8 bin gibi yoğun bakımçı var ve çok güzel yayınlar yapıyorlar; networkler

“EN BÜYÜK İSTEĞİMİZ, ÖZELLİKLE DE GENÇLER VE GELECEĞİMİZ İÇİN, YOĞUN BAKIMIN DEĞER GÖREN BİR ALAN OLMASIDIR. YOĞUN BAKIM UZMANI MORTALİTE VE MORBİDİTEYİ, MALİYETİ AZALTIR”



“YOĞUN BAKIM OLAĞANÜSTÜ VE ÇOK DEĞERLİ BİR UZMANLIK DALIDIR. KISA GEÇMİŞE KADAR İMKANSIZ OLARAK NİTELENDİRİLEN TEDAVİLERİ ŞU ANDA YOĞUN BAKIM GERÇEKLEŞTİRECEK GÜÇE SAHİPTİR VE GEREKTİĞİ ŞEKİLDE DEĞER VERİLMESİ VE TAKDİR EDİLMESİ GENÇ NESİL İÇİN EN ÖNEMLİ MOTİVASYON ŞARTIDIR”

kurdular ve ulusal verilerini yayınlıyorlar. Türkiye’nin sağlık altyapısı, insan kaynağı buna müsaittir. O nedenle ufak iyileştirmelerle aslında bu da mümkün olabilecektir.

Amaç Sayı Değil Nitelik

Türkiye’de neredeyse 10 yıldır resmi bir yoğun bakım yan dal eğitimi var. Yani uzmanlık alanı tanınıyor ama artık amaç sayı değil, daha nitelikli, yetkinliklere dayalı eğitim sunumunu sürdürmek ve daha iyiye götürmek olmalıdır. Tabii bütün bu önerilerimizin hepsinin bir anda yapılması gerekmiyor; bazıları çok daha çabuk bazıları biraz daha uzun vadede yapılabilir ama maddiden de öte manevi iyileştirmelerdir; öncelikli olan yoğun bakım uzmanlarına görev ve yetki verilmesidir. Gittikleri yerlerde yoğun bakım uzmanı olarak çalışmaları, özlük hakları ve çalışma koşullarında ufak iyileştirmeler ile bu alan tercihi edilir hale gelecektir.

Mevzuatta Yoğun Bakım Uzmanlığı Tanımlanmalı

Hastanelerde söylendiği gibi branş yoğun bakımların mümkün olduğunca belli bir zamana yayarak iyileştirilmesi çok uygun olacaktır. Yürüyen bir eğitim programımız zaten var. Bunun daha iyileştirmesi artık yeni ekleme ve müdahaleler yerine var olanın çok daha iyiye götürülmesi amaçlanmalıdır. Resmi

kurumlarda, mevzuatta yoğun bakım uzmanlık alanına yer verilmesi uygun olacaktır.

Reçete ve Rapor Yazma Hakkı Tanınmalı

Biz kendi kullandığımız örneğin filtreleri ya da ilaçlarımızı örneğin antibiyotikimizi bile kendi başımıza rapor edemeyen bir branşız yani bunları yazamıyoruz. Yani reçete veremiyoruz; hep başka dalların imzaları ile onayları ile hareket edebiliyoruz. Türkiye’de çok iyi yetişmiş yoğun bakım hekimleri var ve onlara bu yetkilerin tanınması gerekir. Bunları neden istiyoruz? Hasta için ve Türkiye’nin menfaati için istiyoruz.

Yoğun Bakım Birimi Kurulmalı

Sağlık Bakanlığının yoğun bakım ile ilgili ilintili bir birimi mevcut elbette ama direkt ve doğrudan yoğun bakım ile ilgili bir biriminin kurulması son derece verimli olacaktır. Yoğun bakım ile ilgili sorunları zamana yayarak çözmek çok uygun olacaktır diye düşünüyoruz ve bu sempozyumda aktardıklarımız Türkiye’nin neredeyse tüm yoğun bakım uzmanlarının ortak görüşüdür; ortak dilidir.”

YOĞUN BAKIM YAN DAL EĞİTİMİ İSTEĞİ SÜRMELİ!



Prof. Dr. Sema Turan

“BU KADAR AĞIR SEYREDEN BİR PANDEMİ, YOĞUN BAKIM İHTİYACININ ARTTIĞINI VE YOĞUN BAKIMCILARA İHTİYAÇ OLDUĞUNU GÖSTERDİ. BİZİM YOĞUN BAKIMCI ARKADAşLARIMIZIN YOĞUN BAKIM YAN DAL EĞİTİMİ İSTEKLERİNİ DEVAM ETTİRMEMİZ GEREKİYOR. BU, GELECEK İÇİN ÇOK DEĞERLİ”

TDCY Yönetim Kurulu Üyesi, Ankara Şehir Hastanesi Anesteziyoloji Yoğun Bakım Kliniği Ve Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilim Kurulu Üyesi Prof. Dr. Sema Turan Türkiye’de Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumda şöyle konuştu:

“Biliyorsunuz COVID-19 pandemisi ile birlikte 2020’nin Ocak ayında bugünleri yaşayacağımızı çok da tahmin etmiyorduk. Ama bu süreç bize ne gösterdi? Bu kadar ağır seyreden bir pandemide yoğun bakım ihtiyacının arttığını ve yoğun bakımcılara ihtiyaÇ olduğunu gösterdi. Bence en önemli noktalardan bir tanesi bu...

Bizim yoğun bakımcı arkadaşlarımızın yoğun bakım yan dal eğitimi isteklerini devam ettirmemiz gerekiyor. Bu, gelecek için çok değerli. Çünkü biz Avrupada yoğun bakım yatağı sayısı açısından en yüksek ölkeyiz. Sayısal yükseklik kadar nitelikli ve kaliteli yoğun bakım yan dal uzmanları yetiştirmeliyiz. Böylelikle de her konuda, her ortamda başarılı olduğumuzu göstermeniz gerekiyor. Bir politika olarak aslında yoğun bakım yan dal eğitiminin ciddi anlamda ele alınması, motive edilmesi gerektiğine inancım tam!

Arkadaşlarımız İtibarsızlaştırılıyorlar

Ana dallarında uzmanlık almış ve belli bir yaşa gelmiş genç arkadaşlarımız var ve bu arkadaşlar yoğun bakımda eğitim aldıktan sonra gittikleri alanlarda

itibarsızlaştırıldıklarından bahsediyorlar. Bu o kadar önemli ki! Tek bir elden, tek bir organizasyonla gerçekleştirilen yoğun bakımlarda çalışan arkadaşlarımız, iyileştirebilecekleri hastaları yoğun bakımda tedavi ettiklerinde başka hiçbir kazanımları olmasa da mutlu olmaktadır. Bu aynı şekilde yoğun bakım hemşireleri için de geçerli. Yani biz öylesine bir alanda çalışıyoruz ki şu an gönüllölük esasına göre giden bir süreci yaşıyoruz. Oysa bu pandemi gelecek zaman diliminde belki de bitmeyecek, devam edecek ve yoğun bakımcılara hep ihtiyaÇ olacak. O yüzden yoğun bakım yan dal uzmanlarımız üçüncü düzey yoğun bakımda çalışmalılar!

Branş yoğun bakımlarının artık bir şekilde yapılandırılması gerekir, ikinci düzey kalmalılar! ‘Genel yoğun bakımcı her türlü hastaya bakar’ düşüncesini savunuyoruz ve her zaman da bu konuda böyle çalışmalar gerektiğine inanıyoruz.

Yine SGK ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) alanlarında yoğun bakım uzmanının tanımlanması bence daha kolay! Bakanlığımızın gerekli düzenlemeleri yapacağına inanıyoruz. Bir diğer önemli nokta da, arkadaşlarımızın maddi anlamda da desteklenmeleri gerekiyor. Bu, motivasyonlarını oldukça fazla arttıracaktır.”

“PANDEMİ GELECEK ZAMAN DİLİMİNDE BELKİ DE BİTMEMEYECİ VE YOĞUN BAKIMCILARA HEP İHTİYAÇ OLACAK. O YÜZDEN YOĞUN BAKIM YAN DAL UZMANLARIMIZ ÜÇÜNCÜ DÜZEY YOĞUN BAKIMDA ÇALIşMALILAR! BRANş YOĞUN BAKIMLARININ ARTIK BİR şEKİLDE YAPILANDIRILMASI GEREKİR”



Dr. Pınar Koçatakan

“194 HASTANEDE 3. BASAMAK ERİşKİN YOĞUN BAKIM VAR. 9150 YATAKLA HİZMET VERİYORUZ. BU HASTANELERİN 140’INDA 235 YOĞUN BAKIM UZMANIMIZ HİZMET VERMEKTE. 50 HASTANEMİZDE PEDIYATRİK YOĞUN BAKIM UZMANIMIZ HİZMET VERİYOR”

YOĞUN BAKIM UZMANLARININ TALEPLERİ NELER?

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanı Uzm. Dr. Pınar Koçatakan Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumda şunları kaydetti:

“Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM) olarak biz icracı bir genel müdürlüğüz. Var olan mevzuatlar doğrultusunda verilen hizmetleri takip ve değerlendirmeden sorumluyuz. KHGM’de 705 tane hastane var. A grubundan tutun; B, C, D, E grubuna kadar kadar geniş bir spektrumda hizmet vermekteyiz. şöyle bir rakamlara baktığımız zaman bizde 194 hastanede 3. basamak erişkin yoğun bakım var. 9150 yatakla hizmet veriyoruz. Bu hastanelerin 140’ında 235 yoğun bakım uzmanımız hizmet vermekte. 50 hastanemizde pediyatrik yoğun bakım uzmanımız hizmet veriyor.

Yoğun Bakım Uzmanlarının Talepleri Neler?

Pratik uygulamada yoğun bakım uzmanlarının 3 veya 4’ünün aynı hastanede; büyük merkezlerde hizmet vermesi... şu anda şehir hastanelerimizin birçoğunda en az 5 ve 5’in katları veya daha fazla yoğun bakım uzmanlarımız bir arada hizmet veriyorlar. Ekip olarak 7-24 saat kesintisiz şekilde hizmetlerini sunuyorlar. TDCY Deneği yetkilileri ile görüşmelerimizde bize gelen taleplerin bir tanesi, yoğun bakım uzmanlarının yatış çıkış ve triaj yetkililerinin olmasıydı. Daha sonra 112 ve acil sağlık hizmetlerinde, triyajda gene yoğun bakım uzmanlarının görevlendirilebilirse gerçekten yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların yoğun bakıma yönlendirilmesi konusunda sağlıklı kararlar alınabileceği önerisi gelmişti. Ayrıca bir de özellikle yoğun bakım doluluğunun en fazla yüzde 85 düzeyinde tutulması talep edilmişti. Daha sonra hastane içi acil yatışlardaki hastalara da yer bulunabilsin diye notlarımızı almıştık.

Daha sonra gelen öneriler şöyle idi: yoğun bakımda uzun süreli yatışların yapılmaması, hastaların palyatif veya evde bakıma yönlendirildikleri zaman nakillerinin hızlı bir şekilde olması, öncelik sistemi oluşturulması gibi talepler vardı. Bunun gibi önerileri önemsiyoruz ve bu konuda yapılan toplantılarda gündeme getiriyoruz.”

YOĞUN BAKIM BRANŞI NEDEN TERCİH EDİLMİYOR?

“YOĞUN BAKIM BRANŞININ TERCİH EDİRLİĞİ 2017’DEN İTİBAREN AZALDI. BUNA EN ÖNEMLİ İKİ SEBEP; İNSANLAR GELECEKTE YOĞUN BAKIM UZMANLIĞININ KONUMUNU ÖNGÖREMİYORLAR VE YOĞUN BAKIM UZMANLARININ MOTİVASYON DÜŞÜKLÜĞÜNE NEDEN OLAN UYGULAMALAR SÖZ KONUSU”



Dr. Göksel Güven

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Yoğun Bakım Bilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Göksel Güven Türkiye’de Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumdaki sunumunda şunları kaydetti:

“Yoğun bakım uzmanı kimdir? Bunu tanımlamak isterim. Dünya Yoğun Bakım Federasyonuna göre yoğun bakım uzmanı, standart bir yoğun bakım eğitimi almış ve yoğun bakımlarda eğitimini tamamlamış tıp uzmanları olarak tanımlanıyor. İdeal olarak yoğun bakım dışında görevlendirmeleri yoktur ve zamanlarının büyük kısmını yoğun bakımlar içerisinde diğer yoğun bakım personeliyle birlikte geçirmektedirler ve hasta hakkında neredeyse tüm karar mekanizması yoğun bakım uzmanına aittir.

Yoğun bakım uzmanı neden önemlidir? Yoğun bakım ünitesinde yoğun bakım uzmanı bulunması verilen sağlık hizmetini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu konuda birçok çalışma yapılmıştır. En önemlisi de Critical Medicine’de 2013 yılında yayınlanan Meta Analizdir. Eğer bir yoğun bakım ünitesinde yoğun bakım uzmanı bulunuyorsa hasta mortalitesi belirgin şekilde azaldığını görüyoruz. Aynı zamanda yoğun bakım ünitesinde yoğun bakım uzmanı bulunuyorsa, hastanede ve yoğun bakım ünitesinde yatış süresi belirgin şekilde azalıyor. Prof. Dr. Arzu Topeli İskit ve Martin Tobin’in yaptığı bir diğer çalışmaya göre eğer yoğun bakım uzmanı yoğun bakım ünitesinde bulunuyorsa, hastaların hastalık şiddetinin artmasına rağmen mekanik ventilatör altında geçirdikleri süre kısalıyor. Yine Sağlık Bakanlığımızın teşvik ettiği bir model olan kapalı yoğun bakım ünitesi bulunması durumunda yoğun bakım mortalitesinin 5 kat azaldığını görüyoruz. Sadece hasta bakım kalitesi değil, Amerika’da yapılan bir çalışmaya göre maliyet etkinlik konusunda da yoğun bakım uzmanının bulunmasının büyük önemi olduğunu görüyoruz. 6 ve 18 yatak kapasiteli yoğun bakım ünitelerinde yoğun bakım uzmanı görevlendirildiği durumda hastanenin yıllık net kazancı 0.5 ile 3.3 milyon dolar arasında artıyor ve hastanenin yatak kapasitesi ile bulunduğu bölgeye göre 13 milyon dolara kadar bu kazanç artabiliyor. Yoğun bakım uzmanının minimum 8 hasta maksimum da 15 hastadan sorumlu olması durumunda bu göstergelerin belirgin şekilde arttığını görüyoruz.

Yoğun Bakım Yatak Sayısı

Türkiye’de ne durumdayız? Türkiye’de yoğun bakım yatakları yaklaşık 40 bin civarında ve olumlu bir gelişme olarak her yıl yoğun bakım yataklarımızın da belirgin şekilde arttığını görüyoruz. Mesela 2015 yılından 2019 yılına kadar yüzde 25’lik bir artış var. Avrupa ile kıyasladığımız zaman 100 bin kişi başına düşen yoğun bakım yatak sayısının 48 olduğunu görüyoruz ve Avrupa’da birinci sıradayız. Bizi Almanya ve Avusturya takip ediyor. Aslında mekanik ventilatörler konusunda da Prof. Dr. Arzu Topeli İskit’in bahsettiği gibi iyi bir konumdayız.



“TÜRKİYE’DE YOĞUN BAKIM YATAKLARI YAKLAŞIK 40 BİN CİVARINDA VE OLUMLU BİR GELİŞME OLARAK HER YIL YOĞUN BAKIM YATAKLARIMIZIN DA BELİRGİN ŞEKİLDE ARTTIĞINI GÖRÜYORUZ. MESELA 2015 YILINDAN 2019 YILINA KADAR YÜZDE 25’LİK BİR ARTIŞ VAR”

Yoğun Bakım Uzmanlık Eğitimi

Yoğun bakım uzmanlık eğitimi konusunda bazı sorunlarımız var. Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından 2012 yılında yoğun bakım uzmanlığı bir yan dal eğitim olarak kabul edildi ve standart bir eğitim modeli oluşturuldu. Bu eğitim modeline yan dal sınavı ile 6 ana dal branşı katılabilir; göğüs hastalıkları, dahiliye, anesteziyoloji, enfeksiyon hastalıkları, nöroloji ve genel cerrahi.

Yoğun Bakımın Tercih Edilme Oranı Düştü

Peki eğitim programında nasıl bir tehlike ile karşı karşıyayız? Aslında ilk 3 yıl hatta 4 yıla baktığınız zaman yoğun bakım kadroları neredeyse yüzde yüz oranında tercih edilmekteydi ve tüm kadrolar dolmaktaydı ancak 2017 yılından sonra dramatik şekilde yoğun bakımın tercih edilme oranı düştü. Branş bazında değerlendirdiğimiz zaman dahiliye, anestezi ve nöroloji bölümünde 2017 yılından sonra dramatik bir düşüş olduğu görüldü. Öncesinde neredeyse yüzde yüz bu branşın tercih edildiğini görüyoruz. Enfeksiyon hastalıkları, genel cerrahi gibi göğüs hastalıklarında da son dönemde neredeyse yoğun bakım kadrolarının hiç tercih edilmediğini görüyoruz. Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun yıllar içerisinde olumlu bir şekilde kadrolarımızı artırdığını ancak boş kalan kadroların da paralel düzeyde arttığını görüyoruz.

2020 yılında şöyle bir özelliği var: İç hastalıklar yan dal uzmanlık sınavı daha belli olmadı. Belli olduğu zaman boş olan kadroların daha da yüksek oranda boş kaldığını görmeyi öngörüyoruz.

“Bizim Yaşadığımız Sorun Daha Akut”

Peki şöyle bir soru gelebilir aklımıza: Beyin cerrahisi, kalp damar cerrahisi, acil uzmanlığı da belli sorunlar yaşıyor ve onlarda da tercih edilme oranı azalabiliyor. Ancak yoğun bakımda şöyle bir fark var: Bizim yaşadığımız sorun daha akut; tercih edilmeme durumu daha yeni bir şey ve bizim bu sorunumuz önlenebilir ve düzeltilebilir! Bu sorunların düzeltilmesi durumunda aslında yoğun bakım kadrolarının tekrar dolmaya başlayacağını düşünüyoruz.

“Yoğun Bakım Uzmanlığının Konumunu Öngöremiyoruz”

En önemli iki sebep; gelecekte yoğun bakım uzmanlığının konumunu öngörememek ve yoğun bakım uzmanlarının motivasyon düşüklüğüne neden olan uygulamalar ve müdahalelerin bulunması... Güncel olarak COVID-19 pandemisi ile birlikte yoğun bakımçıların gerçekten önemli görevler üstlendiler. Sadece kendi yoğun bakım ünitelerinde sorumlu olup iş gücü ile katkı sağlamak yerine diğer branş uzmanlarına da eğitim vererek hastalığın yönetiminde önemli görevler üstlendiler.”

YOĞUN BAKIM BRANŞININ SORUNLARI NELER?

“YOĞUN BAKIM UZMANLARI, HASTANELERİN ÜÇÜNCÜ BASAMAK ANA/GENEL YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE GÖREVLENDİRİLMELİDİR”



“YOĞUN BAKIMLAR EN FAZLA DAHİLİ, CERRAHİ, NÖROLOJİ OLARAK AYRILMALIDIR. YOĞUN BAKIM UZMANI OLMAYAN «DAL YOĞUN BAKIMLARI» EN FAZLA 2. BASAMAK OLARAK RUHSATLANDIRILMALIDIR”

TDCY Genç Yoğun Bakımcılar Komisyon Başkanı ve Kayseri Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi Uzmanı Dr. Recep Civan Yüksel tarafından Türkiye’de Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumda ifade edilen sorunlar ve çözüm önerileri şöyle:

“Ülkemizde yoğun bakım alanında birçok avantaja sahibiz; genç, dinamik bir ekibimiz var; yatak kapasitemiz iyi; altyapı olanaklarımız gelişmiş durumda; resmi bir yan dal uzmanlık eğitimi 10 yıldır veriliyor.

Sorunlarımızı ve Çözüm Önerilerimizi Şöyle İfade Edebilirim: Yoğun bakım uzmanları genel yoğun bakım eğitimi alır ve üçüncü basamak tüm yoğun bakımlarda hizmet sunabilir. Buna karşın yoğun bakım uzmanları üçüncü basamak ve/veya genel yoğun bakım ünitesi (YBÜ) dışında görevlendirilmektedir.

Önerimiz; yoğun bakım uzmanlarının hastanelerin üçüncü basamak ana/genel yoğun bakım ünitelerinde görevlendirilmesidir.

Çok sayıda branşta yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır ve bu bölünmüşlüğe sebep olmaktadır. Bölünmüşlüğün sonucu olarak mevcut yataklar etkin kullanılamamaktadır.

Önerimiz şöyledir: Yoğun bakımlar en fazla dahili, cerrahi, nöroloji olarak ayrılmalıdır. Yoğun bakım uzmanı olmayan «dal yoğun bakımları» en fazla 2. basamak olarak ruhsatlandırılmalıdır.

Yoğun bakım uzmanlığı ve yoğun bakım uzmanı mevzuatında (SGK mevzuatları) ve ilgili kurullarda (SUT, TİTCK kurulları) yer almamaktadır. Dolayısıyla işleyişte ciddi aksamalar meydana gelmektedir.

Önerimiz şöyledir: Yoğun bakım uzmanlığı mevzuatta tanımlanmalı ve tanınmalıdır. Yoğun bakım ile doğrudan ilgili bir yönetim birimi oluşturulmalıdır.

Çok fazla ana dalın ortak yan dalı olan yoğun bakım uzmanlık eğitimine (sınavlar, yargı süreçleri, yeni ana dallar vs.) fazla sayıda müdahale yapılmaktadır. Bu durum alan ile ilgili belirsizlik, umutsuzluk hissi doğurmakta ve yan dal sınavında yoğun bakım tercihi azalmaktadır.

Önerimiz şöyledir: 10 yıldır süre gelen eğitim programı devam ederken bu program dışında hiçbir ana dala istisnai yoğun bakım uzmanlık hakkı verilmemelidir.

Yoğun bakım hizmetinin 7/24 sürdürülmesinde aksamalar yaşanmaktadır. Dolayısıyla hasta bakım kalitesi azalmaktadır.



“YOĞUN BAKIM UZMANLIĞI MEVZUATTA TANIMLANMALI VE TANINMALIDIR. YOĞUN BAKIM İLE DOĞRUDAN İLGİLİ BİR YÖNETİM BİRİMİ OLUŞTURULMALIDIR”

Önerimiz şöyledir: Yoğun bakım hizmet sunumunda, yoğun bakım uzmanı ile birlikte diğer ana dal hekimleri (uzman ve/veya araştırma görevlisi) mevzuatta yer aldığı şekilde görevlendirilmelidir. Kurumlara hekim atamalarında bir kuruma birden fazla yoğun bakım uzmanı atanmalıdır.

Performans ödemelerinde dengesizlikler bulunmaktadır. Bu da alanımızın daha az tercih edilmesine neden olmaktadır.

Önerimiz: İşlemlerin performanslandırılmasında yan dal uzmanı lehine artış (diğer yan dallar ile benzer şekilde) yapılmalıdır. Yoğun bakım dışı hizmet veren hekimlerin, yoğun bakım dışında birden fazla hizmetten aynı anda performans alabilmeleri engellenmelidir. (yoğun bakım+ ameliyatlara, yoğun bakım+anjio vb. girişimsel işlemler, yoğun bakım+ poliklinik, vs.) Yoğun bakım uzmanlarının performans puanları tüm kurumlarda (üniversite, eğitim araştırma, devlet hastaneleri) iyileştirilmelidir; kurumlar arası veya yatak sayıları ile ilişkili farklılıklar giderilmelidir. Yoğun bakım uzmanlarına sözleşmeli kadro verilmelidir.

Özel hastanelerde yoğun bakım yatak sayısının fazla olmasına karşın yoğun bakım uzmanı bulunmamaktadır. Aynı zamanda yoğun bakım uzmanlarının ana dal kadrosunda da çalışma imkanı yoktur. Dolayısıyla özel hastanelerde hasta bakım kalitesinde dengesizlikler söz konusudur.

Önerimiz şöyledir: Özel hastaneler de dahil olmak üzere üçüncü basamak yoğun bakım olan tüm kurumlara tam zamanlı yoğun bakım uzmanı (eş zamanlı ameliyatta veya poliklinik yapmayan) şartı getirilmelidir. Yoğun bakım uzmanlarına, kamu kurumlarında tam zamanlı belli bir yıl çalıştıktan sonra özel hastanelerde ana dal ve/veya yan dal kadrosunda çalışma hakkı tanınmalıdır.

Sonuç olarak;

Yoğun bakım alanında sorunlar çok fazla olmasına karşın çözümlenebilir niteliktedir. Yoğun bakım uzmanlığı desteklenmeli, eğitim veren ve eğitim alan hekimler açısından cazip hale getirilmelidir. 21 – 27 Mayıs tarihleri Yoğun Bakım Farkındalık Haftası belirlenmelidir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yoğun bakım ile doğrudan ilintili ayrı bir yönetim birimi kurulmalıdır.

Sorunların zaman içinde çözülmesi ülkemizde nitelikli yoğun bakım uzmanı sayısını arttıracaktır ve bu da hasta bakım kalitesine yansıyacaktır. Dolayısıyla sağlık giderleri azalacak, yoğun bakımlarda maliyet-etkili (cost-effective) hizmet söz konusu olacaktır.”

“ÖZEL HASTANELER DE DAHİL OLMAK ÜZERE ÜÇÜNCÜ BASAMAK YOĞUN BAKIM OLAN TÜM KURUMLARA TAM ZAMANLI YOĞUN BAKIM UZMANI (EŞ ZAMANLI AMELİYAT VEYA POLİKLİNİK YAPMAYAN) ŞARTI GETİRİLMELİDİR”



AVRUPA'DA YOĞUN BAKIMIN İŞLEYİŞİ NASIL?

“YOĞUN BAKIMDA HASTA, DİĞER UZMANLIK DALLARINDAN FARKLI OLARAK BİR BÜTÜN OLARAK TEDAVİ EDİLİR. MESELA GENEL CERRAH YAVAŞ YAVAŞ ORTADAN KALKIYOR, ONLAR DA KENDİ ARALARINDA UZMANLAŞIYORLAR. YOĞUN BAKIMDA DAHA GENELCİ BİR YAKLAŞIMIMIZ VAR. HASTAYI BİR BÜTÜN OLARAK TEDAVİ ETMEK ÖNEMLİDİR”

Avrupa Yoğun Bakım Derneği Başkanı ve Hollanda Utrecht Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Jozef Kesecioğlu'nu takdim eden Moderatör Prof. Dr. Arzu Topeli İskit şu bilgileri verdi:

“1989 yılında İstanbul'dan Hollanda'ya giden Prof. Dr. Kesecioğlu, İstanbul Üniversitesinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon bölümünde öğretim üyesi idi; Hollanda'da anesteziyoloji ve yoğun bakım hekimliği, öğretim üyeliği yaptı ve 2002 yılında da Utrecht'te çok önemli bir görev verildi kendisine... Utrecht Üniversitesinde 4 yoğun bakımı birleştirdi ve uzun yıllar boyunca, geçtiğimiz seneye kadar bu bölümün başkanlığını yürüttü. Bildiğim kadarıyla da çok ödüllü bir yoğun bakım ünitesi inşa ettiler. Hocamız sadece üniversitede değil, Avrupa Yoğun Bakım Derneğinde de çok aktif; birçok komisyonunda yıllardır çalışıyor. En son 2018 - 2020 yılları arasında Avrupa Yoğun Bakım Derneğinin başkanlığını yürüttü. Bizim açımızdan gerçekten bir gurur kaynağıdır.”

Avrupa Yoğun bakım Derneği Başkanı ve Hollanda Utrecht Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Jozef Kesecioğlu, Türkiye'de Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumdaki konuşmasında şunları kaydetti:

“Utrecht Üniversitesi hastanesini inşa ederken, Arzu Hocanın da söylediği gibi, 4 organizasyonu birleştirirken hastane yönetimine bir vizyon sunduk. Bu bizim önsemizdi ve bu önsemizde hastanın 'hayatının kurtaran faktör organizasyondur' dedik. Bunun çeşitli

tecrübelerini edindim. Çünkü 41 yıllık meslek hayatımda 2 kez aynı şekilde bir reorganizasyona katıldım. Birinde dönemin kürsü başkanının yardımcısıydım; ikincisini ben kendim yönettim ve gördüğümüz şey şu oldu: Eğer organizasyon iyi hazırlanmışsa hastaların hayatı kurtuluyor ve yoğun bakım mortalitesi düşüyor... Bunu iki kez görme imkanım oldu. O nedenle tekrar belirtmek istiyorum; hastanın hayatını kurtaran faktör iyi bir organizasyondur ve hemen belirtmek istiyorum, bugün konumuz da bu zaten, iyi düzenlemiş bir organizasyon çalışan personelin memnuniyet derecesini ve motivasyonunu belirleyen en önemli unsurdur. Bunu söylemek istemememin sebebine gelirsem; bizim hekimlerimiz ve hemşirelerimiz zorluktan kaçmaz. Özellikle yoğun bakımla uğraşan arkadaşlarımız her türlü zorluğa katlanmasını bilirler; yeter ki hasta iyileşsin! Ama iyi bir organizasyon içinde çalışmayı isterler. Organizasyonun getirdiği karışıklıklarla uğraşmak istemezler. Uğraşmak gerekiyorsa da bundan pek memnun olmazlar.

Yoğun Bakımda Hasta Bir Bütün Olarak Görülür

Yoğun bakım multidisipliner bir yapıya sahiptir. Bu Avrupa Yoğun Bakım Derneği'nin de görüşüdür. Hasta, diğer uzmanlık dallarından farklı olarak bir bütün olarak tedavi edilir. Bunu söylemekteki amacım diğer uzmanlık alanlarıyla ilgili olarak mesela bir akciğer uzmanı akciğer üzerine uzmandır, bütün bilgisi onun üzerinedir; bir kardiyoloji uzmanı kalp üzerine donanımlıdır.

“

**YOĞUN BAKIM, YOĞUN BAKIM UZMANLARI
TARAFINDAN YÖNETİLİR VE YOĞUN BAKIMDA
ÇALIŞAN HEKİMLERE HASTA BAKIMINDA
TAM YETKİ VERİLİR.**

**‘TAM YETKİ VERİLİR’ DERKEN KASTIM;
ÖZELLİKLE HASTA YATIRMA VE TABURCU
ETME YETKİSİNİN YOĞUN BAKIM
UZMANINDA OLMASIDIR**

”

**“HASTANE ORGANİZASYONU İÇİNDE YOĞUN BAKIM BAĞIMSIZ VE DİĞER
DEPARTMANLARA OLARAK EŞİT DÜZEYDE BİR DEPARTMAN OLARAK YER ALIR. BUNUN
ÖNEMİ ÇOK FAZLA!”**

“TEDAVİSİ MÜMKÜN OLMAYAN HASTALAR YOĞUN BAKIMA YATIRILMAMALIDIR. MESELA BİR AKCİĞER KANSERİNİN SON DÖNEMİNDEKİ HASTAYA YAPILACAK BİR MÜDAHALE KALMAMIŞSA HASTANIN SOLUNUMU DURUR. BU BİR YOĞUN BAKIMA ALINMA ENDİKASYONU DEĞİLDİR”

Bunun dışında da artık görüyoruz ki bir kardiyolog yalnızca kalbin herşeyini değil orada da anjiyo yapan kardiyoloğumuz var, ritm üzerine uzmanlığı olan kardiyoloğumuz var. Mesela yavaş yavaş genel cerrah ortadan kalkıyor, onlar da kendi aralarında uzmanlaşıyorlar. Yoğun bakımda daha genелci bir yaklaşımımız var. Bunun nedeni de 72 saatin üzerinde yoğun bakımda kalan hasta, ilk alındığı problem ile ilgili olarak hastalığını devam ettirmiyor olabilir ama mesela kalp nedeniyle yoğun bakıma alınmış bir hastanın 2 - 3 gün sonra yavaş yavaş akciğer ve diğer organlarında da hastalık başlayabilir; bu nedenle yoğun bakımda hastayı bir bütün olarak tedavi etmek önemlidir.

Yoğun Bakım Bağımsız Departmandır

Hastane organizasyonu içinde yoğun bakım bağımsız ve diğer departmanlara olarak eşit düzeyde bir departman olarak yer alır. Bunun önemi çok fazladır. Yoğun bakım uzmanının değerinin anlaşılması açısından ve diğer kendi kadrosunun olması açısından gereken hemşire gerekse hekim açısından çok önemlidir.

Hem kendi görüşüm hem de Avrupa Yoğun Bakım Derneği'nin görüşüne göre, hastanelerde tek yoğun bakım organizasyonu olmalıdır. Tek eğitim programı olmalıdır. Eğitilen yoğun bakım uzmanı adayı, hangi departmanda çalışıyorsa onun program ile değil hastanenin programıyla eğitilmelidir. Bunu söylerken bir karışıklık olmasın; bir hastanede birden fazla yoğun bakım olabilir fakat tek organizasyon olması gereklidir. Organizasyonlar arasında güç mücadelesi yerine gücümüzü hasta bakımına ve eğitime yönelik kullanmamız son derece önemlidir.

Bir de olmaması gerekenlerden bahsedelim. Ayrı yoğun bakımlar ayrı bir organizasyon halinde çalıştığında farklı iş akışları, farklı lojistikler birbirleriyle temasları olmayan hekim ve hemşireler ve ülkeler arasında personel değişiminin olmaması şu anda verebileceğim birkaç örnektir. Maliyet etkinliği açısından negatif bir etki yaratmaktadır. Tek çatı altında olan yoğun bakım organizasyonlarında bu problemler çözülmüş ve maliyet etkinlik düzenlenmiş olmaktadır.

Hemen Her Kıtadan Üyelerimiz Var

Anabilim dallarının yoğun bakım uzmanlarına, kendi mesleklerine şekil verebilmeleri için serbestlik tanınmaları

çok önemlidir. Bu serbestlik tanındıktan sonra da yoğun bakım uzmanları birbirleri ile temasa geçip dışarıya karşı tek bir dille konuşurlar. Genel olarak kabul edilen yapılanma, çoğunlukla multidisiplinerdir; Avrupa Yoğun Bakım Derneği'nin politikası budur. Avrupa Yoğun Bakım Derneği, kurulduğu yer açısından Avrupa fakat dünya çapında üyeleri vardır; Asya, Amerika ve Afrika gibi hemen her kıtadan üyelerimiz vardır. Bu bizim vizyonumuzdur. Bu kadar farklı ana dalın üst dalı olması demek. Fazla sayıda branşın yoğun bakım olması da demek değildir! Çünkü branşlara baktığımızda branşların afillitesinin değişik olduğunu görürüz. Bazı branşlar son derece odaklanmış bazı branşlarımız ise daha genel olarak hastayı bilen branşlardır. Buraya da bir tavan getirmek ve belirli bir sayının üstüne çıkmamak gereklidir.

Düzenli Bir Eğitim Programı

Motivasyona gelelim; genç arkadaşlarımızın motivasyonu... Düzenli bir eğitim programının olması çok önemlidir. Yoğun bakımda diğer branşlara karşıt olarak uzmanlaşma yerine genелci yaklaşım önem taşımaktadır. Hastanın bir bütün olarak tedavi için edilmesi açısından... Bunu söylerken belirli bir kişinin belirli bir uzmanlık alanı olmasında bir sakınca bulunmaz. Yani bunun olması mümkündür. Ama eğitim, hastayı bir bütün olarak görmelidir.

Yoğun bakım, yoğun bakım uzmanları tarafından yönetilir ve yoğun bakımda çalışan hekimlere hasta bakımında tam yetki verilir. ‘Tam yetki verilir’ derken kast ettiklerimiz; özellikle en azından hasta yatırma ve taburcu etme yetkisi yoğun bakım uzmanındadır. Kendisine bu konuda baskı yapılmaz; ‘şu hastayı alacaksın’ veya ‘bu hastayı alacaksın’ diye baskı yapılmaz. Hastanın tedavisinin birinci sorumlusu yoğun bakım uzmanıdır.

Koordinasyon ve Sorumluluk Yoğun Bakımcıda

Bunu derken bazen yanlış anlaşılmalr olabiliyor. Özellikle yoğun bakımın ilk yıllarında hani yoğun bakım kendisine bir kale inşa etti; bunun içine kimsenin girmesini istemiyor düşüncesi doğru değildir. Yoğun bakım herkese açıktır. Diğer bütün branşlara açıktır. Yalnız sorumluluğu ve koordinasyonu yoğun bakımcının elindedir.



“TERCİH EDİLİRLİĞİN AZALMASI KONUSU ALMANYA’DA DA GÖRÜLÜYOR, ÇÜNKÜ NESİL DEĞİŞİYOR. GENÇLERİMİZ DAHA DEĞİŞİK BRANŞLARA GİTMEK İSTİYORLAR, MEŞAKKATİ DAHA AZ OLAN BRANŞLARI TERCİH EDİYORLAR”

Yoğun bakımcı genelleşmiş bir tedavi yapıyor derken, örneğin bir yoğun bakım uzmanı hastanın enfeksiyonunu da takip edebilmek, tedavi edebilmek durumunda olması gerekir. Fakat karmaşık durumlarda 3 hafta hastanede yatmış, 4 hafta yoğun bakımda yatmış bir sürü dirençli bakterilere sahip bir hastada yoğun bakımcı tabii ki enfeksiyon hastalıkları uzmanını çağırır, onun da fikrini alır. Ama koordinasyon ve sorumluluğu yoğun bakımcıya ait olmalıdır.

Tedavisi Mümkün Olmayan Hastalar!

Bir ana dal hekimi yoğun bakımcı olabilmek için eğitim alır ve bu eğitim sayesinde de yetkinlik kazanmış olur. Eğitimi yoksa gerektiği durumlarda yoğun bakım uzmanları ile birlikte çalışabilir ve yoğun bakım hizmetlerine destek olur. Sanıyorum geçtiğimiz 14-15 ayda bunun örneklerini dünyanın her tarafında gördük. En önemli motivasyon olaylarından biri, altını çizerek söylüyorum, yoğun bakıma tedavisi mümkün olan hastaların yatırılıyor olmasıdır. Tedavisi mümkün olmayan hastalar yoğun bakıma yatırılmamalıdır. Örnek olarak bir akciğer kanserinin son dönemindeki hastaya yapılacak bir müdahale kalmamışsa hastanın maalesef vefatı gerçekleşir, solunumu durur. Bu bir yoğun bakıma alınma endikasyonu değildir ve yoğun bakıma o anda bakan meslektaşlarımıza bu hastaların alınması için baskı yapılmaması lazımdır. Yoğun bakıma, tedavi edilip yoğun bakım tedavisinden sonra yaşama ümidi olan hastalar alınır. Yoğun bakım uzmanına da onun bilgi ve becerisine de saygı gösterilir.

Yoğun Bakım Uzmanının Çalışma Şekli

Yoğun bakım uzmanı tercihen tam gün yoğun bakım görevlisidir. Fakat tabi ki bunun dünyanın her tarafından mümkün olmadığını biliyoruz. Fakat eğer yoğun bakım

uzmanının çalıştığı organizasyon içinde başka bir işlevi varsa yoğun bakımda çalıştığı gün yalnız yoğun bakımla ilgili görev yapar. Yoksa sabah viziti yapıp ders yapıp, öğlen tekrar vizit yapıp akşam üzeri ameliyathaneye gidip tekrar geri gelmek... Bu yoğun bakım uzmanının çalışma şekli değildir. Yoğun bakım uzmanı yoğun bakımda çalışır ve yoğun bakım uzmanının maruz kaldığı ağır çalışma koşullarına bu dönemde çözüm aranması lazımdır. Yoğun bakım ağır bir iştir, yıpratıcı bir iştir ve bu konuda çözüm bulunması şarttır.

Almanya’da da Yoğun Bakım Tercihi Az

BizimHollandadayaptıklarımızaslındaTürkiye’dekinden çok farklı değil. Bu bir aşama olayı. Arada belki birkaç yıl fark var fakat bugün yaşadığınız zorlukların hemen hemen hepsini yıllar önce yaşadık. Türkiye’nin şu an gayet iyi bir yolda olması beni son derece memnun ediyor. Yapılacak şeyler var fakat altyapı gayet iyi ayarlanmış. Yoğun bakımcının gerekli bir hastane içinde gerekli bir şahsiyete kavuşması, gerekli saygıyı görmesi ve gerekli yerlerde de desteklenmesi herhalde şu anki önemli olaylardan biri! Genç arkadaşlarımızı teşvik etmek için buna ihtiyaç var. Tercih edilirliliğin azalması konusu Almanya’da da görülüyor, çünkü nesil değişiyor. Gençlerimiz daha değişik branşlara gitmek istiyorlar, meşakkati daha az olan branşları tercih ediyorlar. Bu durumu biz de yaşamıştık. 5 - 6 yıl önce idi. Mesleği cazip duruma getirerek bu konular halledilebilir. Benim kanaatim, maddi açıdan değil fakat manevi açıdan da kişileri gerekli yerde gerekli pozisyonu vermekle bunlar düzenlenebilir. Yoğun bakımcıların da tek bir sesle konuşmaları ve isteklerini açık bir şekilde belirtmeleri çok önemli!”

YOĞUN BAKIMA YENİ BİR BRANŞ EKLENMEMELİ HATTA AZALTILMALI



Prof. Dr. Ahmet Tekin

“YOĞUN BAKIMA ARTIK YENİ BİR BRANŞIN EKLENMEMESİ GEREKİYOR. HATTA AZALTILABİLİR BİLE... YOĞUN BAKIM 6 ANA BİLİM DALINDAN BESLENİYOR VE BUNLAR DIŞINDA YENİ BİR ANA DAL EKLENMESİ SÖZ KONUSU DEĞİL!”

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Prof. Dr. Ahmet Tekin Türkiye’de Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumda şöyle konuştu:

“ÖZELLİKLE PANDEMİ SÜRECİNDE YOĞUN BAKIMDA HASTA TAKİBİNİN NE KADAR ÜST DÜZEY OLDUĞUNU VE MORTALİTENİN NASIL AZALDIĞINI, DÜNYA ORTALAMALARININ ALTINA İNDİĞİNİ YAKINDAN GÖRDÜK”

“YOĞUN BAKIMDAN BESLENEN ANA DALLARDA YOĞUN BAKIM ROTASYONUNUN OLMASI YÖNÜNDE ÖNERİNİZ OLMUŞTU. BUNU TIPTA UZMANLIK KURULUMUZDA GÖRÜŞTÜK VE ÖN KARAR ALDIK. BÜYÜK İHTİMALLE ÖNÜMÜZDEKİ GÜNLERDE ONU NİHAİ KARAR HALİNE GETİRİP YAYINLATACAĞIZ”

“Hem yurt dışında hem Türkiye’de uygulanan yoğun bakım bir ekip işi... Multidisipliner çalışmanın gerekli olduğunu bizler de her zaman yineliyoruz. Çok hızlı kazanımsal değişiklikler yapılamıyor. Gerek eğitim gerek idari anlamda iyileştirilmelerin yapılması kaçınılmaz hale geldi. Özellikle pandemi sürecinde yoğun bakımda hasta takibinin ne kadar üst düzey olduğunu ve mortalitenin nasıl azaldığını, dünya ortalamalarının altına indiğini yakından gördük. Bu çok önemli. Ben notlarımı aldım. Sağlık iradesi olarak, sağlıkta kural koyucu olarak, Bakanlık olarak bunların ne kadarını düzeltebiliriz ve ne kadar önceleyebiliriz... Bunları tespit etmeliyiz. Bir kısmı gerçekten kolaylıkla yapılabilecek öneriler... Ama bir kısmı da kanun değişikliği gerektiriyor veya hemen yapılabilecek durumda değil! Sorunları seviyelendirirsek, kademelere ayırırsak ve ilk aşamada hayata geçirebileceğimiz önerilerden başlarsak bunları hayata geçirmemiz daha mümkün olur. Ben hep şunu diyorum ki bir, sıfırdan iyidir! Hepsini bir anda yapmak kolay değil gerçekten! Ama hemen yapabileceğimiz uygulamalar var; geçen günlerde Derneğiniz ile bir araya geldiğimizde aktardığınız önerilerden olan yoğun bakımın 6 ana bilim dalından beslenmesi ve bunlar dışında yeni bir ana dal eklenmesinin engellenmesi gibi... Yoğun bakıma artık yeni bir branşın eklenmemesi gerekiyor. hatta azaltılabilir bile... Bu konuda Sizlerle aynı kanaatteyiz.

Yoğun Bakım Emekçileri için Ara Formül

Ancak şöyle bir çıkmaz var onu çözmemiz lazım. 10 - 20 yıl ve belki daha uzun yıllardır; sadece yoğun bakımda görevli olan, oranın kahrını çeken meslektaşlarımız var. Bunlara nasıl bir çözüm bulabiliriz? Yoğun bakım uzmanlığı resmiyet kazandıktan sonra diğer branşlardaki meslektaşlarımıza uzmanlık hakkını kazandırmamız lazım!



“HASTANELERDE BRANŞ YOĞUN BAKIMLARDAN VAZGEÇİLMELİ. ÇÜNKÜ HER 50 - 100 YATAĞI OLAN KLİNİK KENDİNE AİT YOĞUN BAKIM OLMASINI İSTİYOR AMA BURADA HASTALAR MERKEZİ YOĞUN BAKIMLARDA OLDUĞU GİBİ ÖZENLİ VE TİTİZ TAKİP EDİLMİYOR”

Buna sonuna kadar katılıyorum ama geçmişte bu alanda çok ciddi emek verenlere de bir ara formül nasıl bulunabileceği konusunda sizlerle ortak bir çözüm geliştirmek istiyoruz.

Diğer branşlardan gelen ve çok uzun yıllardır, çok zor dönemlerde, hiç kimsenin uğraşmadığı yoğun bakımlarda çalışan uzman ekiplerimiz var. Hiç kimsenin yoğun bakımlarla uğraşmadığı dönemlerde bu uzman hekimlerimiz, yaşları belki de çok ileridir, yoğun bakımın kahrını çekmişler gerçekten... Şimdi bir çırpıda yeni gelen bir yan dal uzmanı arkadaşımı oraya vermem gerekiyor, doğru... Yoğun bakımı, yan dal uzmanlarına teslim etmem gerekiyor evet ama bunu bıçak gibi birden kesme şansımız yok. Zaman içerisinde o ‘alaylı’ yoğun bakımılarımız bir şekilde eriyecektir ve eğitilmiş yoğun bakım uzmanlarımız birimi teslim alacaktır. Fakat bu değişimi bir çırpıda yapmamız mümkün olmuyor.

Branş Yoğun Bakımlardan Vazgeçilmeli

Yine aynı şekilde hastanelerde branş yoğun bakımlardan vazgeçilmesi lazım. Çünkü her 50 - 100 yatağı olan klinik kendine ait yoğun bakım olmasını istiyor ama burada hastaların hiçbir zaman merkezi yoğun bakımlarda olduğu gibi özenli ve titiz takip edildiğini ben kabul etmiyorum. Ne kadar çok iyi takip ettiklerini iddia etseler de böyle olmadığını, ben kendim de klinisyen olduğum için, defalarca gözlemledim.

Yoğun Bakım Rotasyonu Olmalı

Yoğun bakımdan beslenen ana dallarda yoğun bakım rotasyonunun olması yönünde öneriniz olmuştu. Bunu Tipta Uzmanlık Kurulumuzda görüştük ve ön karar aldık. Büyük ihtimalle önümüzdeki günlerde onu nihai karar haline getirip yayınlayacağız.

Yoğun Bakımda İş Yüğü Bölüşülmeli

Devlet Hizmet Yükümlülüğü yapan yoğun bakım uzmanının tek başına değil de en azından bir uzmanın desteğiyle, iş yükünü bölüşecek şekilde görev yapması önerinizi de değerlendirdik ve bu talebinize de sıcak bakıyoruz. Yani yapabilirsek mutlaka bir hastane içi uzman atayalım; yapamıyorsak da en azından yanına bir tane yardımcı olacak bir hekim arkadaşımızı görevlendirelim istiyoruz. Bundan sonra atamalarda ona dikkat edeceğiz.

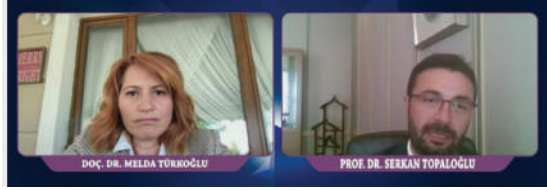
Performansta Yoğun Bakımcılar Dezavantajlı

Performans iyileştirmesi konusundaki önerilerinize katılıyorum. Performansta yoğun bakımıcıların dezavantajlı durumu var. Performansta nasıl bir iyileştirme yapılabilir onu özellikle Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ile beraber çalışmamız lazım. Şöyle bir sıkıntımız var: Meslektaşlarımız özellikle yeni hekim arkadaşlar gerek lisansını tamamlayan gerekse uzmanlığını tamamlayan meslektaşlarımız kolay branşlar seçmeye başladılar. Zor branşlar maalesef seçilmemeye başladı.

Zora Talip Olmayan Bir Nesil Var

Yoğun bakımların tercih edilebilirliğinin azalmasında bizim düzeltme ihtimalimiz olan bir sürü parametre var ama bunun dışında zora talip olmayan bir nesille karşı karşıyayız. O da maalesef ciddi bir rol oynuyor. Ben notlarımı aldım. Sağlık otoritesi olarak bize düşen neyse biz sonuna kadar düzeltebileceğimiz ne varsa çalışmaya hazırız.”

YOĞUN BAKIMDA FARKINDALIK OLUŞTURULMALI



“YOĞUN BAKIM ALANINDA İHTİYAÇ DUYDUĞUMUZ FARKINDALIK YOK. YOĞUN BAKIM YAN DALIYLA İLGİLİ ÖZELLİKLE PERİFERDE ÇOK FARKLI YAKLAŞIMLAR OLABİLİYOR. UZMANA HER İŞ YAPTIRILMAYA ÇALIŞILIYOR BELKİ”

SÖZDE DEĞİL FİİLEN FARKINDALIK

“TIPTA UZMANLIK KURULU OLARAK BİZ YOĞUN BAKIMI BESLEYEN 6 ANA DAL YANI SIRA AĞIRLIKLIL OLARAK ANESTEZİ VE İÇ HASTALIKLARININ BU SÜREÇ İÇERİSİNDEKİ SORUNLARINI ÖNEMLİ ÖLÇÜDE ÇÖZMEK ADINA BİZE GELEN HUSUSLARI ÇOK ÖNEMSEDİK”

Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Başkanı Prof. Dr. Mehmet Emin Yılmaz, Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumda şunları kaydetti:

“Yoğun Bakımda Farkındalık Haftası oluşturmayı amaçlayarak düzenlenen bu toplantı ile görüyorum ki bu farkındalık en yüksek düzeyde oluşturulmuş! Özellikle yoğun bakıma gitmek niyetinde olan veya yeni başlamış olan ya da yoluna devam etmekte olan arkadaşlarımızı bu yoldaki gayretlerinin başarıyla sonuçlanmasını, motivasyonlarının artmasını, bundan dolayı hiçbir bezginlik oluşturmamaları adına gönülden temennilerimi iletiyorum.

Çıktığımız yol meşakkatli yoldur; zordur ama zoru başarmak onu başarmak yigıitlerin işidir. Yoğun bakımıcılar elbette ki bu zorluğun farkındadır. Takdir edersiniz ki tıp mesleği zaten kendi başına zor bir meslek.

Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Başkanı Prof. Dr. Serkan Topal Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumda şunları kaydetti:

“COVID-19 pandemisi ile mücadelede Türkiye’de yoğun bakım önemli bir fark yarattı. Ben başından beri zaten her branşta daha detaylı bir branşlaşmanın çok önemli olduğunu düşünüyorum. Dünyadaki tıp da buraya doğru gidiyor. Bu nedenle yoğun bakım yan dalı gerçekten çok önemli ve bu farkı da o şekilde yaratıyor zaten. Hatta biz kendi branşımızda, kardiyojolojide bile, yoğun bakımın ayrı olmasını istiyoruz. Bazı sıkıntılar var. Bunları daha önceden de çalışmıştık.

Yoğun bakım alanında ihtiyaç duyduğumuz farkındalık yok. Yoğun bakım yan dalıyla ilgili özellikle periferde çok farklı yaklaşımlar olabiliyor. Uzmanla her iş yaptırılmaya çalışılıyor belki. Halbuki bu yan daldaki insanların fark yaratacağı yerler yoğun bakımlar! Bunun mutlaka bilinmesi lazım ki farkındalık oluşsun... Biz Kurum olarak bundan sonraki süreçte elimizden geleni yapacağız. Bundan emin olabilirsiniz, notlarımızı alacağız.

21 - 27 Mayıs günlerinin Yoğun Bakım Farkındalık Haftası olarak kabul edilmesi konusunu Kurul’a taşıyacağım. TUS’ta da kritik branşların puanları çok fazla düşüyor; daha basit, daha rahat yerler tercih ediliyor. Bu bilgiyi de göz önünde tutarak ve Sağlık Bakanlığımızı da davet ederek çalışma yapacağız. Ardından bir rapor hazırlayıp Sayın Cumhurbaşkanımıza sunacağız.”

Sözde Değil Fiilen Farkındalık

Sözde farkındalık oluşturmak yerine fiilen farkındalık oluşturmanın ne kadar önemli olduğunu hele bu son bir yıl içinde hepimiz hissettik. Tıpta Uzmanlık Kurulu olarak biz yoğun bakımı besleyen 6 ana dal yanı sıra ağırlıklı olarak anestezi ve iç hastalıklarının bu süreç içerisindeki sorunlarını önemli ölçüde çözmek adına bize gelen hususları çok önemsedik. Kıymetli ve değerli gördük. Çözülmesi gereken önemde gördük.

Yoğun Bakım Zorlanma Sürecinde

Yoğun bakımdan gelecek her talep bizim için önceliklidir. Yani bir branş her zaman başlangıçtan olgunlaşmaya kadar geçirdiği süreç içerisinde bir takım deneme ve yanılmalarla ya da toplumsal kabuller ya da ilgili birimlerin kabulü ile ilgili bir zorlanma süreci geçirebilir. Yoğun bakımın bu süreçte olduğunu ve olağan akış içerisinde rahatlayacağını düşünüyorum. İnanın bir süre sonra 5 - 10 yıl sonra yoğun bakımıcı arkadaşlarımız bu sorunları geride bırakacaktır.”

“HER YERDE EŞİT SAĞLIK HİZMETİ VERİLMESİ GEREKTİĞİNE İNANIYORUM. BİZ DAHİLİYECİLER HİÇBİR YOĞUN BAKIM EĞİTİMİ ALMIYORUZ. HALEN TUKMOS’A GÖRE YOĞUN BAKIM EĞİTİMİ FİİLEN YOK VE TEK BAŞIMIZA BİR YOĞUN BAKIM YÖNETME İMKANIMIZ AZ!”



Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları ABD Başkanı Prof. Dr. Abdülbaki Kumbasar Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumda şöyle konuştu:

“Yoğun bakımın önemini yoğun bakımda fiili olarak yaşamış biri olarak, COVID-19 dolayısıyla yoğun bakım dönemim oldu ve entübe edildim, çok iyi biliyorum ve sizlere sonsuz şükranlarımı sunuyorum ama bir şey daha biliyorum: Her yerde eşit hizmet sağlanamıyor. Bunun da sağlanması gerektiğine inanıyorum.

Bunun da yolları var. Biz dahiliyeciler hiçbir yoğun bakım eğitimi almıyoruz. Halen TUKMOS’a göre yoğun bakım eğitimi yok ve tek başımıza bir yoğun bakım yönetme imkanımız az! Aslında yasalara göre var ama bizim aldığımız bir eğitim yok!

Rotasyonumuz Olmalı

Şimdi görüyorum ki Sağlık Bakanlığımızdan o müjdeyi aldım, biz hep istiyorduk ki yoğun bakım, acil rotasyonumuz olsun! Bu zaten iç hastalıklarında yoğun bakım farkındalığını artıracaktır. Eğer gittikleri yerde koşullara uygun iyi bir şekilde tamamlarlarsa gençler bunu görecekler. Biz her zaman için yoğun bakımının destekçisi oluyoruz çünkü her zaman bizlerin ihtiyacı olan bir branş. Hele ki COVID-19 döneminde çok zor durumlar yaşadık. Hiç yoğun bakım eğitimi almayan arkadaşlarımız yoğun bakımlarda görevlendirilince çok zor durumda kaldılar. Yoğun bakımıcı sayısı nasıl artırılır? Bu yoğun dönemde acaba Sağlık Bakanlığı yeniden yoğun bakım uzmanlığı ihdas edebilir mi? Mesela bir dönem verilmişti, tekrar böyle bir hak tanınmaz mı? Yoğun bakımlar için çok kısa bir süre için, bir dönem için ve bazı şartlar düşünülerek yoğun bakımıcı alınmaz mı? Çünkü hakikaten Türkiye’de çok ihtiyaç var.”

YENİDEN YOĞUN BAKIM UZMANLIĞI İHDAS EDİLMEMELİ

DR. GÖKSEL GÜVEN: “YOĞUN BAKIM UZMANLIĞI İÇİN DAHA ÖNCE 2 KAZ SINAV HAKKI VERİLDİ VE BUNUN TEKRAR OLMASI HALİNDE YOĞUN BAKIMDAKİ DÜŞÜŞ DAHA DA FAZLA OLACAKTIR. YENİDEN YOĞUN BAKIM UZMANLIĞI İHDASINI KABUL EDEMEYİZ”

Prof. Dr. Abdülbaki Kumbasar’ın konuşmasında ifade ettiği, yoğun bakım uzmanlığı hakkı tanınmasına ilişkin Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Yoğun Bakım Bilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Göksel Güven şu açıklamayı yaptı:

“Yoğun bakım uzmanlığı için 2 tane zaten sınav hakkı verilmişti ve 2010 yılından sonra en büyük kırılmanın sebebi de bu motivasyon düşüklüğü oldu. Çünkü gelecekteki konumumuzu öngöremiyoruz. Ne olacağını şu anda bilmiyoruz. Bir anda sayılar değişebiliyor, bir anda değerimiz değişebiliyor. Onun için extra şekilde diploma dağıtılması yoğun bakımıcının aldığı eğitimi minimize edecektir ve bizim de motivasyonunuz çok fazla kıracaktır. Biz bunun belirli çerçevede zaten yapıldığını da düşünüyoruz. Tekrar olması halinde gerçekten yoğun bakımın o kırılma noktasındaki o düşüşün daha da fazla olacağını öngörüyoruz. O nedenle yeniden yoğun bakım uzmanlığı ihdasını kabul edemeyiz.”

Prof. Dr. Ahmet Tekin: Geçmiştekilere Yeni bir Hak Verilmeyecek!

Hemen ardından söz alan Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Prof. Dr. Ahmet Tekin ise şunları kaydetti: “Herhalde benim sözlerim biraz yanlış anlaşıldı; geçmişte alaylı olarak yetişen yoğun bakımıcıların bir şekilde sorunlarının çözülmesini önerirken şunu kastetmedim: Kanunla bir yan dal ihdas edildikten sonra, bir defaya mahsus, geçmiştekilere yeni bir hak verilmeyecek. Genç arkadaşlar o konuda rahat olsun! Yani yeni bir sınavla, çalışmayla yoğun bakım uzmanlığı ihdas edilemez. Ben şunu kastettim: Geçmişte alaylı olan, yoğun bakımda emek sarf eden meslektaşlarımızla yan dalla ihtisasını almış yan dal uzmanı arkadaşlarımızın birlikte koordine şekilde ya da nasıl şekilde çalışabileceklerinin yolunu aramamız lazım! Onlara hiçbir şekilde yeniden yan dal uzmanlığı uhdesi, yetkisi, payesi verme şansımız yok ki! Ama şunu yapmamız lazım; bizim bir ortak noktada buluşup çalışma dizaynını oluşturmamız lazım.”

ÖZEL HASTANELERE YOĞUN BAKIM KADROSU AÇILMALI



Dr. Reşat Bahat

“BELLİ SAYIDA YATAĞI OLAN ÖZEL HASTANELERE MUTLAKA YOĞUN BAKIM KADROSU AÇILMALI! BUNU BİR ÜST İHTİSAS GİBİ DEĞERLENDİRİP DE YOĞUN BAKIM KADROSUNU VERMEDİĞİNİZ ZAMAN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINA Kİ İSTANBUL’DA HİZMETİN YÜZDE 50’YE YAKININI VEREN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINA, ASLINDA FARKINDA OLMADAN MALPRAKTİS YAPTIRMIS OLUYORSUNUZ”

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Başkanı Dr. Reşat Bahat Yoğun Bakımın Bugünü ve Yarını Başlıklı E-Sempozyumda şunları kaydetti:

“Bir hastanede yoğun bakım önemli değilse zaten hastane önemli bir hastane değildir, korkarım hastane değildir. Sizin nitelikli işleri yapabilmeniz için güvendiğiniz bir yoğun bakımınızın doğal olarak da yoğun bakım ekibinizin olması lazım! Türkiye olarak kaynak sıkıntısı çeken bir ülkemiz. Kaynak kullanımı konusunda becerilerimizi hemen geliştiremiyoruz, güncelleyemiyoruz. Sizin 10 yataklı, 5 yataklı yoğun bakımlarınızda kamu size yoğun bakım uzmanı vermeye kalksa buna kaynak yetiştiremez; yani verse bir tane verir, sizin 24 saat hizmetiniz var... Demek ki artık yavaş yavaş yoğun bakımları mükemmeliyet merkezlerine toplamamız lazım.

Özelde Yoğun Bakım Kadrosu Açılmalı

Özel hastanelerde de yine belli sayıda yatağı olan özel hastanelere mutlaka yoğun bakım kadrosunun açılması gerekiyor. Bunu bir üst ihtisas gibi değerlendirip de yoğun bakım kadrosunu vermediğiniz zaman özel sağlık kuruluşlarına ki İstanbul’da hizmetin yüzde 50’ye yakınını veren özel sağlık kuruluşlarına, aslında farkında olmadan malpraktis yaptırmış oluyorsunuz. Yani hastalar size hastanın kaybı durumunda ‘Sizin yoğun bakım uzmanınız yoktu ve benim hastam sizin hastanenizde kaldı’ diye farklı davalar açabilir, bunlarla karşı karşıya gelebiliriz. Bunun bir an önce çözülmesi gerekiyor.

Eski arkadaşlarımıza eğitimden geçirilerek bir hak verilmesinin en azından problemin kısa sürede çözümüne katkısı olabilir ama bütün ülkeye hekim

yetiştirmek için de bunun cezbedilmesi lazım.

Gençlerimiz İnsanlara Dokunmak İstemiyor

Gençlerimiz artık insanlarla konuşmak istemiyorlar. Gençlerimiz insanlara dokunmak istemiyorlar. Gençlerimiz hamaliye işi yapmak istemiyorlar. Size şöyle bir fırsat sunulsa; Şişli’de muayenehane açabileceğiniz plastik cerrah, cildiye uzmanı olabilirken ve de çok daha kolay başkalarını çalıştırarak işinizi delege ederek para kazanacağınız fizik tedavi uzmanı olabilirken, nöbet tutmayacağınız çalışma saatlerinizin belli olacağı kamuya ve bir patrona bağlı olmayacağınız bir imkanınız olsa siz bunu değerlendirmek istemez misiniz?

Ben bir hastane yöneticisi olarak gerçekten bazı arkadaşlarımızın emeğinin çok altında para kazandığını görüyorum; aldıkları riske baktığımda... Bazıları şimdilik sayıları çok az olduğu için biraz para kazanıyor ama çok kısa sürede onlarda da bu sıkıntı yaşanacak. Bizim sorunlarımızı daha fazla siyasete anlatmamız gerekiyor.

Yoğun Bakımın Kıymeti Çok İyi Anlaşıldı

Güzel yanı şu; sizin yaptığınız yoğun bakım mesleğinin kıymeti çok iyi anlaşıldı COVID-19 döneminde. Hayranlıkla izledim sizi. Kimsenin yaklaşımdan korktuğu hastalara sadece siz baktınız, inanılmaz desteklerinizi gördüm, yaşadım ve kendim de COVID-19 geçirdim. Yaptığınız güzellikleri biliyorum ve gerçekten insanlar üzerinde hakkınız var. Dilerim bunu dünyada alırsınız.”



**18. ULUSAL DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER
YOĞUN BAKIM E-KONGRESİ
10. AVRASYA YOĞUN BAKIM E-TOPLANTISI**

YOĞUN BAKIM 2021

6-9 Aralık 2021

www.dcyogunbakim.org.tr | dcyb@dcyogunbakim.org.tr



YOĞUN BAKIMDA DOĞRU PLANLAMA HAYAT KURTARIR



ACENDIS, 25 YILDIR, GENİŞ ÜRÜN PORTFÖYÜYLE, HASTANELERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ İÇİN EN İYİ EKİPMANLARI SUNUYOR

Yaşam ile ölüm arasındaki o ince çizgide hayatta kalma mücadelesi veren ve uzun vadede kalıcı tıbbi tedaviye veya bakıma ihtiyaç duyabilecek hastaların tedavi gördükleri yoğun bakım ünitesi hastanenin en önemli bölümlerinden biridir. Bu nedenle sağlık çalışanları yoğun bakım ünitesinde özel ekipman ve ilaçlardan destek alarak hastaların normal vücut fonksiyonlarını koruyabilmeleri için hastalarını sürekli ve yakından izlerler. Yüksek kaliteli ekipman sayesinde yüksek tedavi kalitesi yoğun bakım tıbbi bir hastanedeki en maliyetli alanlardan biridir. Eşzamanlı ekonomik fizibilite ile birlikte yüksek tedavi kalitesini sağlamak için teknik cihazların seçimi merkezi öneme sahiptir.

Tedavide Hassasiyet Hayat Kurtarır

Travma, organ yetmezliği ve sepsis gibi hastalıkların ve yaralanmaların tedavisi, son teknoloji cihazların ve ilaçların yardımıyla hastaların vücut fonksiyonlarının sürekli ve hassas olarak izlenmesi ve desteklenmesini gerektirir.

Modern Medikal Cihaz Seçimi

Bu zorlu görevlerinde yoğun bakım sağlık personelinin desteklemek için ACENDIS olarak geniş ürün portföyümüzle yoğun bakım üniteleriniz için en iyi ekipmanları sunabilmekteyiz.

25 yılı aşkın süredir dünya çapında gerçekleştirdiğimiz hastane projelerimizden edindiğimiz tecrübelerimiz ile yoğun bakım üniteleriniz için size tek elden komple bir çözüm sunmaktan mutluluk duymaktayız.

ELISA AİLESİ YOĞUN BAKIM VENTİLYASYONUNUN GELECEĞİNE YÖN VERİYOR

Hayat, 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.

En Yüksek Teknolojik En Yalın Haliyle Elisa Ailesi yoğun bakım ventilasyonunda en yüksek teknolojik standartları en sade haliyle kullanıcılarıyla buluşturuyor. Bir cihazın kullanım kolaylığı sağlık personeline ve hastalara güvenli bir ortam sunmak açısından önemli bir yere sahiptir. Teknolojik açıdan öncü olan Elisa yoğun

bakım ventilatörleri doğal ve yumuşak bir ventilasyonu sürdürülebilir bir bakış açısı ile sunmakta.

Sürdürülebilirlik ilkesi, Elisa ailesinin olmazsa olmazıdır. Yazılım güncellemeleri, ürünlerin uzun hizmet ömrünü en yüksek teknolojik seviyede garanti ederken software güncellemeleri modeller arasında yumuşak geçişler yaratır. ACENDIS olarak yoğun bakım ventilasyonunda Löwenstein Medical firması gibi öncü bir firma ile birlikte çalışıp en ideal ventilasyon koşullarını sağlayan yoğun bakım ventilatörlerini size sunmaktan mutluluk duymaktayız.

Elisa Ailesine Bir Bakış: En Yeni Türbin Teknolojisi İle Yoğun Bakım Ventilasyonunda Yeni Kompakt Seri



Yenilikçi, sezgisel ve sürdürülebilir kişiye özel ventilasyon terapisi için Elisa 300 ve Elisa

500'ün etkili ve modern tasarımı, hastalarınız için en iyi tedavi çözümlerini sunar ve size de operatör hatalarını ve çalışma süresini minimize etmekte yardımcı olur. Türbin teknolojisi, 3001/ 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.

Elisa 300

Elisa 300, kompakt sınıf avantajları ile invaziv ve non invaziv ventilasyon tedavisi için modern bir evrensel ventilatörün performans özelliklerini birleştirir. Yenilikçi kullanıcı arayüzü ve kapsamlı cihaz yapılandırma seçenekleri, yoğun bakım, ara bakım, acil servisler veya hastane içi taşıma sırasında çok yönlü uygulama seçeneklerinin temelini oluşturur. Etkileyici bir renk performansına sahip 12,1 inç ekran, yalın bir çalışmayı garanti eden temel çalıştırma öğesidir. Çok sayıda işlevler günlük rutin görevler için destek sağlar.

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. Kompakt sınıf cihazı Elisa 500, en kaliteli performans özelliklerine sahipken türbinle çalışan cihazlarda tam kapsamlı bir tedaviye yönelik klinik ventilasyon seçenekleri sunar. Elisa ailesinin çevik sistem mimarisi, kapsamlı yapılandırma seçenekleri ve 15.1 inçlik ekranın çarpıcı renk performansı ile birlikte, weaning ünitesinden maksimum seviye yoğun bakımına kadar çok

Kapsamlı bir işlevsel platform, en son teknoloji, esnek cihaz yapılandırması ve sezgisel kullanım, günlük rutin işlerinizde ve kritik ventilasyon koşullarında sizi destekler:

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

yönlü uygulama seçeneklerinin temelini oluşturur. İnvaziv ve non-invaziv uygulamalar için modern bir evrensel ventilatör olarak, elisa 500'ün temel versiyonunda bile yeni özel sensörler, transpulmoner basınç ölçümü ve Cuffscout® (VAP riskini azaltmak için yalın Cuff Management Akciğer Koruma sistemi) bulunur. En etkili ventilasyon tedavisi ve bireysel ventilasyon çözümleri için Elisa ailesi her zaman sizin ve hastalarınızın yanında. Elisa ailesi yoğun bakım ventilatörleriyle ilgili daha kapsamlı bilgiye yetkililerimizden ulaşabilirsiniz.

Löwenstein Medical Yoğun Bakım Ventilatörleri Yeni Nesil Akıllı Ventilasyon, Hasta Takibi ve Analiz Programları ile Doktorlarımızın Yanında!

Cihazlarımız klasik ventilasyonun ötesinde birçok üstün teknik özelliği ile sizlerin yanındadır. Toplam da 30 adet ventilasyon modu ile (3 adet akıllı ventilasyon modu, HFOT modu ve CPR modu dahil) kullanıcıya tüm hasta kategorilerinde tedavi çeşitliliği getirmekte ve işleri kolaylaştırmaktadır. Özofagel Basınç ölçümü, Cuff Basıncı kontrolü, CO2 ve SPO2 ölçümü özellikleri sayesinde ventilasyonu birkaç adım öteye taşımaktadır.

Yeni nesil ekran konfigürasyonu özelliği ile takip edilmesi ve karşılaştırılması gereken tüm parametreler kullanıcının istediği şekilde izlenebilmektedir. Cihazlarımızda tüm manevra ve trend takipleri standart olarak bulunmaktadır. Ayrıca Weaning Analyzer özelliği ile tedavi analizlerinin sizinle paylaşmaktadır. Birçok yenilikçi takip, analiz ve yardımcı fonksiyonları sayesinde sizlerin hizmetine hazırlar. Elisa 300, Elisa 500, Elisa 600, Elisa 800 ve Elisa 800 VIT olarak 5 farklı modelimiz bulunmaktadır.

TIBBİ CİHAZLAR YÖNETMELİĞİ AB İLE TAM UYUMLU HALE GETİRİLDİ

FERDA BAYŞU: “TIBBİ CİHAZ YÖNETMELİĞİ’NİN TÜRKİYE’DE UYUMLU HALE GETİRİLEREK YAYIMLANMASI İÇİN JOHNSON & JOHNSON MEDİKAL CİHAZLAR TÜRKİYE OLARAK, GEREKLİ TÜM SEKTÖR ÇALIŞMALARINA İLK GÜNDEN BERİ DAHİL OLDUK OLDUK”



Ferda Bayşu

Tıbbi Cihaz Yönetmeliği 2 Haziran 2021 tarihli ve 31499 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak Avrupa Birliği (AB) mevzuatı ile tam uyumlu hale getirildi. Yönetmelik ile tıbbi cihazların kalitesi artırılarak hasta ve kullanıcıların sağlık ve güvenliğinin yüksek seviyede korunması, yüksek kalitede tıbbi cihaz temini, inovasyonun desteklenmesi, şeffaf, sağlam ve sürdürülebilir bir tıbbi cihaz piyasası oluşturulması hedefleniyor.

“Sürece İlk Günden Dahil Olduk”

Johnson & Johnson Medikal Cihazlar Türkiye Pazar Erişim ve Kurumsal İlişkiler Yöneticisi Ferda Bayşu süreci şöyle değerlendirdi:

“2017 yılından itibaren Avrupa Birliği (AB) bünyesinde kabul edilen Tıbbi Cihaz Yönetmeliği’nin (MDR) Türkiye’de uyumlu hale getirilerek yayımlanması için Jonson & Johnson Medikal Cihazlar Türkiye olarak, gerekli tüm sektör çalışmalarına ilk günden itibaren dahil olduk olduk. Aynı zamanda MedTech Europe Ulusal Dernekler ağı üyesi olan firmamız, Yönetmeliğin hazırlanan ilk taslak metin çalışmalarından başlayarak, gerek MedTech, gerekse MedTech üyesi olarak Türkiye’yi temsil eden ulusal dernek konumunda olan Araştırmacı Tıp Teknolojileri Üreticileri Derneği (ARTED) ile olan lokal ve uluslararası gerçekleşen tüm çalışmalarda yer almış, gerekli tüm adımları proaktif şekilde değerlendirmiş ve konuya ilişkin hazırlanan tüm bilgi notlarıyla ilgili tüm toplantılarda hazır bulunarak katkı sağlamış, gereken aksiyonları sektör ile birlikte değerlendirmiştir.”



Serlan Ceran

“Aktif Rol Oynadık”

Johnson & Johnson Medikal Cihazlar Türkiye Regülasyon Yetkilisi ve aynı zamanda ARTED Regülasyon Alt Çalışma Grubu Başkan Yardımcısı Serlan Ceran da TITCK, MedTech ve Avrupa Birliği (AB) Komisyonu arasında düzenlenen tüm toplantılara iştirak ettiklerini, her aşamasını

dernek üyeleri ile değerlendirdiklerini ifade etti ve “2021 başından itibaren söz konusu mevzuatın Ürün Takip Sistemi (ÜTS)’ye nasıl ve ne şekilde yansıtacağı adına yapılan tüm sektör toplantılarında aktif rol oynayarak hem sektör hem firma ihtiyaçlarımızı süreç öncesinde tamamlayabilmek için çok uğraştık” diye konuştu.

“Regülasyon Çalışmaları Zaman İstiyor”

Serlan Ceran şöyle devam etti:

“Her türlü regülasyon çalışması elbette zaman istiyor, emek istiyor, iş birliği ve çok çalışma gerektiriyor. Bu süreçte de bazı zorluklar yaşandı. Firmalar kendi bünyelerindeki uluslararası organizasyonları ile detayları değerlendirirken, aynı zamanda dernekler olarak da koordinasyon çalışmaları tüm hızıyla devam etti. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TITCK) ve Ticaret Bakanlığımız ile yürütülen çalışmalar eşliğinde hazırlanan notları firma bünyelerimizde ve MedTech aracılığıyla mevzuat komisyonları ile çalışmalar yürüttük.

Johnson & Johnson Medikal Cihazlar Türkiye olarak benzer ülke uygulamalarında öncü olma hedefimiz doğrultusunda, ekibimizi sistem entegrasyonu için hazırladık ve yeni mevzuata uygun şekilde kayıtlarımıza başladık.



SERLAN CERAN: “HER TÜRLÜ REGÜLASYON ÇALIŞMASI ELBETTE ZAMAN İSTİYOR, EMEK İSTİYOR, İŞ BİRLİĞİ VE ÇOK ÇALIŞMA GEREKTİRİYOR. BU SÜREÇTE DE BAZI ZORLUKLAR YAŞANDI. FİRMALARIN DA DERNEKLERİN DE KOORDİNASYON ÇALIŞMALARI TÜM HIZIYLA DEVAM ETTİ”

Sektör olarak MDR süreç geçişinde ülke başarımıza çok inandık, birbirimize güvendik ve kaliteli, yüksek teknolojiye sahip ürünlerin hastalarımıza ulaştırmak adına önümüze çıkan tüm engelleri aştık. Her zaman olduğu gibi Johnson & Johnson Andımız’da da belirttiğimiz değerler çerçevesinde, hastalar ve toplum sağlığı için çalışmaya devam ediyoruz.

Bu zorlu süreci beraber aşmamıza destek olan firma yetkililerim başta olmak üzere, Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TITCK) yetkilileri, Ticaret Bakanlığı, ARTED ve SAM-ÜTS sektör platformuna bu güzel başarı ve birlik olma hikayemizden dolayı şükranla saygılarımı sunarım.”

Neden MDR Sistemi?

Onaylanmış kuruluşların gözetimi, şeffaflık ve izlenebilirlik, uygunluk değerlendirme faaliyetleri, piyasa gözetimi ve denetimi, vijilans, klinik araştırmalar ve klinik değerlendirmeler nedeniyle MDR sistemine geçildi. MDR sistemi yapısal olarak MDD’den farklılıklar arz ediyor. MDR 175 sayfa, 123 madde ve 16 ekten oluşan son derece kapsamlı bir metin.

Johnson & Johnson MEDICAL DEVICES COMPANIES

MDR’deki Kapsam Farklılıkları

Tanımlarda da farklılıklar söz konusu... MDR’de tıbbi cihaz tanımına hastalığın tahmini, hastalığın tahmini, prognozu, fizyolojik ya da patolojik sürecin veya durumun araştırılması, ikame edilmesi veya modifikasyonu, insan vücudundan elde edilen örneklerin in vitro tetkiki vasıtasıyla bilgi sağlanması amaçları, implantlar ile reaktifler, gebeliğin desteklenmesine yönelik cihazlar, tıbbi cihazların, cihaz aksesuarlarının ve Ek XVI’daki ürünlerin temizliği, dezenfeksiyonu veya sterilizasyonu için özel olarak tasarlanan ürünler eklendi. (EK XVI içerisinde örnek cihazlar, renkli kontakt lensler, liposakşın, dermal dolgular, IPL epilasyon lazerleri, dövme silme ekipmanları yer alıyor.)

Aksesuar tanımına da tıbbi cihazın/cihazların kullanım amacı/amaçları bakımından tıbbi işlevselliğine doğrudan ve spesifik olarak yardımcı olmak için kullanılan parçalar eklendi.

GÜNEŞİN PATENTİ ALINABİLİR Mİ? GÜNEŞİN PATENTİ OLMAZ!

PROF. DR. MUZAFFER ESKİÖKAK: “ÇOCUK FELCİ AŞISININ MUCİDİ BİLİM İNSANI DR.JONAS SALK’UN KENDİSİNE BU İŞTEN PARA KAZANMAK, PATENT ALMAKLA İLGİLİ RÖPORTAJ SORUSUNA VERDİĞİ YANIT: ‘GÜNEŞİN PATENTİ OLMAZ, GÜNEŞİN PATENTİ ALINABİLİR Mİ?’ ŞEKLİNDE OLDU”



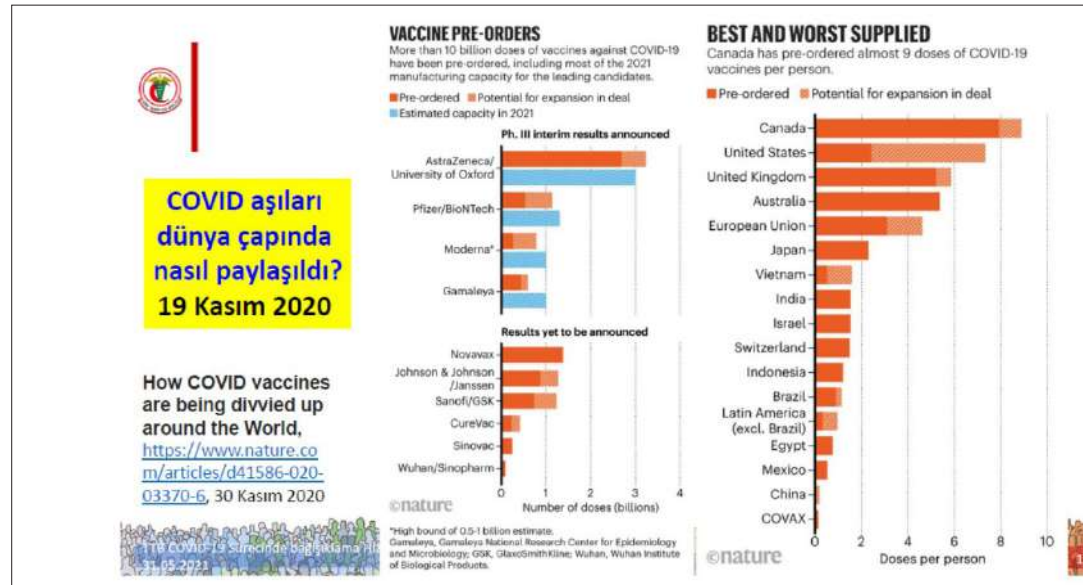
Prof. Dr. Muzaffer Eskiöçak

Türk Tabipleri Birliği (TTB), Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK), Türk İmmünoloji Derneği, Türk Farmakoloji Derneği (TFD), Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği (SASBİL), Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı (SSYV) ile Türkiye Milli Pediatri Derneği, 31 Mayıs 2021 tarihinde “Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu ve Öneriler” başlıklı bir çevrimiçi panel düzenledi.

TTB Aşı Çalışma Grubu’ndan Prof. Dr. Muzaffer Eskiöçak şöyle konuştu:
“Türkiye’de bağışıklama ile ilgili çok başarılı deneyimler var. Bu başarılı deneyimler bize

bağışıklama hizmetlerini daha etkin bir şekilde sunabileceğimizin de kanıtıdır. Şimdiye kadar bazı hastalıkların kökünü kazıdık, bazı hastalıkları elimine ettik, çok az görünür duruma getirdik. Bunları korumak için ve covid- 19 salgınına kontrol altına almak için daha etkin bir bağışıklama hizmeti sunmaya ihtiyacımız var.

Sağlığı korumak, sürdürmek, dayanıklılığı artırmak için sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyileştirmesi çok önemli ama aşılama ile hastalığın kökü kazınabilir. Mesela çiçek hastalığının kökü kazındı. Bu temel korumada anlayış, insanların risk etmenleri ile hastalıkların kökenleri ile nedenleri ile karşılaşmalarını önlemektir. Yeni bir enfeksiyon hastalığının çıkışını önlemek bağlamında temel koruma için yapabilecek çok şeyimiz var. Hastalıklar da karşılaşmayı önlemek bağışıklama ile direnci arttırmak birincil koruma önlemi olarak önemli! Yeni yeni dile getirilen bizim için de biraz yeni diye söyleyebileceğim bağışıklama ile özellikle bazı hastalıkların grip, pnömokok gibi bazı hastalıkların,



PROF. DR. MUZAFFER ESKİÖKAK: “İNSANLIK ÖLMESİN DİYE, PATENT KALDIRILSIN DİYE EN AZINDAN COVID-19 AŞILARINDAKİ PATENTİN DÜNYA HALKLARININ AŞIYA ERİŞİMİNİN ÖNÜNDE ENGEL OLMASINI ÖNLEMEK İÇİN ŞU ANDA KAMPANYALAR YÜRÜTÜLÜYOR. EPEY DE MESAFE KAT EDİLDİ”

eşlik eden hastalıklara eklenmesi ile ölümcül olabileceği bilindiği için erkenden önlem almak yani grip aşısını pnömokok aşısını yaptırmakla ikincil koruma sağlanabilir. Yani hastalık yönetim sürecine erkenden aşırı yerleştirmekle ikinci korumanın sağlanabileceği bizim için yeni! Buna karşın 2020 sonbaharına girerken grip aşısıyla ilgili epey sorunumuz oldu. Umuyorum ki bu sene aşı tedariği ile ilgili sorunumuz çözülmüştür ve bu eşlikçi hastalıkların olduğu kişilere bu aşıları yaptırmakta sorunumuz olmaz.

Aşılama Haktır, Aşılama Ödevdir

Aşılama bir haktır, aşılama bir ödevdir. 1970’lerden bu yana Dünya Sağlık Örgütü ısrarla diyor ki: Aşıyla, önlenemez hastalıklardan arınmış bir ortamda doğmak ve büyümek haktır. Bu çocuklar için tanımlanmış bir hak gibi. Ama yaşam boyu bağışıklamaya evrildi Dünya Sağlık Örgütü’nün anlatımı ile. Çünkü aşılama ile sağlık geliştirilir. Sağlık korunur, engellilik önlenir, erken ölümler önlenir, yaşamda kalmaya katkı sağlar. Aşılama hakkının sahibi yurttaşlar, sağlayıcısı belli; Devlet aşırı temin eder, aşırıyla ilgili sistemde oluşturur ve dayanışmayı sağlar, aşırıyı yapar, yurttaşlar da bu sağlanan hizmeti alır ve dayanışma içinde sağlık örgütüne destek olur. Bağışıklık deyince aslında ya da aşılama diyince hep dışarıdan bir şey gibi düşünülür ama bağışıklık vücudun bir savunma mekanizmasıdır. Hastalık etkenleri ile baş edebilmek için doğuştan bağışıklık sistemleri harekete geçer. Hastalanma yoluyla edindiğimiz bağışıklığa doğal bağışıklık diyoruz ama aşılama ile ilgili edindiğimize de yapay bağışıklık diyoruz.

Covid-19 Aşı ile Önlenbilir

Doğal bağışıklık covid-19’da bir süreliğine koruma sağlar. Bugün için bilimiz 3- 6 ay arası bir süre! Net olarak bilmiyoruz ama aşının sağladığı koruyuculuğun 6- 7 ay dolayında olduğunu biliyoruz. Eğer kişileri aşılasak aşının türüne ve özelliğine göre dirençli olmasını, hastalıktan korunacak bir direncin oluşmasını sağlayabiliriz. Ama onun da süresinin 6 - 7 ay ile sınırlı olduğunu söylemek istiyorum. Bunun anlamı şu: Eğer biz bağışıklamayı yaygınlaştırmaz, sürekli kılmaz isek hastaların dirençleri bir süre kaybolacaktır; aşının sağladığı direnç bir süre sonra kaybolacaktır ve tekrar duyarlı olacaktır insanlar... Yani covid-19 hastalığını sürekli toplumda görmek durumunda kalacağız. Oysa biz böyle bir şey istemiyoruz. Bu önlenbilir mi? Teorik olarak mümkün. Çünkü covid-19 aşı ile önlenbilir bir hastalık olarak biliniyor.

Aşılama Deneyimimiz

Ülkemiz deneyiminin bağışıklama ile ilgili kazanımlar sağladığını söylemişim. Tifüs hastalığı, birinci ve ikinci dünya savaşlarında ülkemizde üretilen aşılarla sorun olmaktan çıktı. 1950’lerin sonunda çiçek hastalığı, sorun olmaktan çıktı. 1998’de son çocuk felci vakasını gördük; bu da sorun olmaktan çıktı. Yenidoğan tetanosu vakaları 2009’dan bu yana eliminasyon düzeyinde! Eliminasyon deyince belli bir sıklığının altına düşürmeyi kast ediyoruz. Çok yakın zamanda Dünya Sağlık Örgütü, 2019 da kızamıkçığın eliminasyonuna dair değerlendirme yaptı. Differi ve tetanos hastalıklarını da çok az görmeye başladık ve bu hastalıklarla ilgili kontrolün dışında kültürel olarak korumayı başarabildiğimiz koruma kültürünü yerleştirebildiğimizi de ümit ediyoruz. Bağışıklama

Aşı sağlama: Ülkemizde uygulanan aşıların üreticileri ve menşei		
Aşı	Üretici	Ülke
Hepatitis-B	Serum Institute of India	Hindistan
BCG	Serum Institute of India	Hindistan
Konjuge Pneumokok(KPA)	Mefar ilac(Pfizer)	Türkiye
Oral polio(OPV)	Biofarma	Endonezya
KKK-MMR:	Glaxo Smith Klein	Belçika
Tetraxim (dörtlü karma):	Sanofi Pasteur	Fransa
DAPT-IP Karma-R(bişli karma)	Sanofi Pasteur	Fransa
Vaxigrip Tetra	Sanofi Pasteur	Fransa
Varicella (Su çiçeği):	SK Bioscience	Kore
Tetanoz (Tedadif)	BB-NCIPD Limitet	Bulgaristan
Hepatit A	Merk Sharp Dohme Corp	Amerika
Sinovac Influenza Vaccine	Sinovac Biotech Co. Ltd.	Çin
Sinovac Coronavac	Sinovac Biotech Co. Ltd.	Çin
Pfizer BioNTech Comirnaty®	Pfizer Europe MA EEIG	Almanya

konusunda ülkemiz kazanımlarınızın covid-19 salgınıyla yitirilmesini istemiyoruz. Böyle bir şey için yeterince ve zamanında aşı sağlamaya ihtiyacımız var.

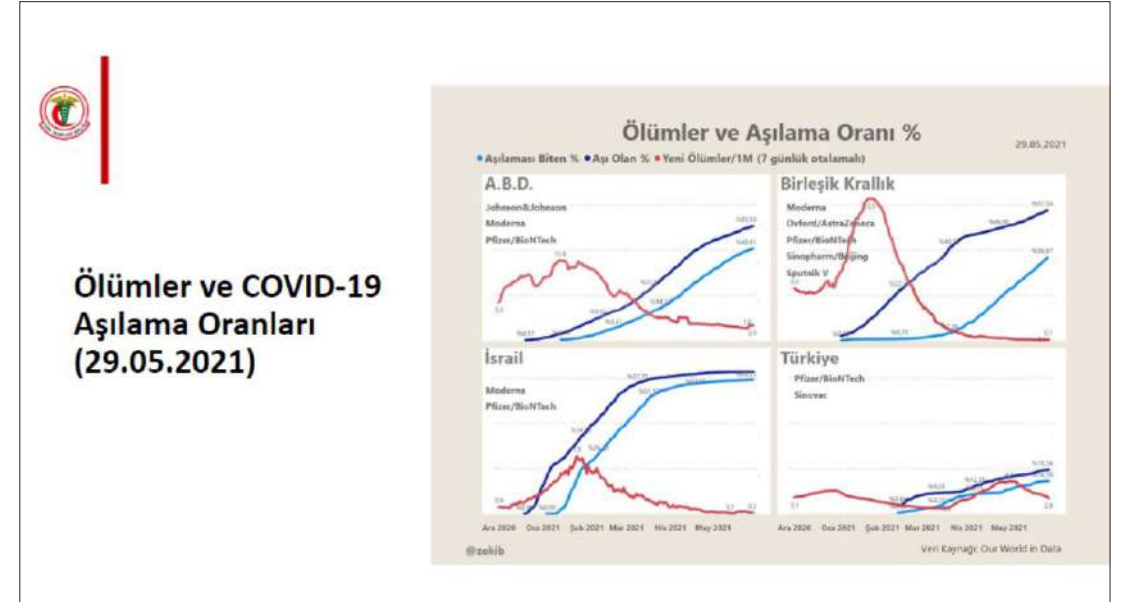
Güneşin Patenti Olmaz

Yeterince ve zamanında aşı sağlamakla ilgili olarak çocuk felci salgını sırasında keşfedilen çocuk felci aşısını anımsadım; Bunun mucidi bilim insanı Jonas Salk'un kendisine bu işten para kazanmak, patent almakla ilgili röportaj sorusuna verdiği yanıt aklımızda: 'Güneşin patenti olmaz, güneşin patenti alınabilir mi?' Bu insanlığın malı ve yaşam hakkı tüm insanlığın; insanlık ölmesin diye artık patent kaldırılсын diye en azından covid-19 aşılarındaki patentin dünya halklarının aşıya erişiminin önünde engel olmasını önlemek için şu anda kampanyalar yürütülüyor. Epey de mesafe kat edildi.

Aşı Milliyetçiliği

Aşı üretimi ile ilgili bir kısıtlılık olduğunu hep biliriz. Yeni aşılar için böyle bir kısıtlı olacağını da düşünmek yanlış değil. Öngörü bir miktar bir miktar da zamanla yarış. 19 Kasım 2020 itibariyle dünyada hangi aşılarından, hangi ülkeden kişi başına ne kadar sipariş verildiğini biliyoruz. Biliyoruz ki kendi aşınızı yapmıyorsanız şayet paranız da olsa pahalıya da olsa aşıya erişiminiz zordur. Herkes kendi ülkesinin gereksinimini önceliyor. Eleştirel bir bakışla aşı milliyetçiliği denildi. Kimi ülkeler, kendi ihtiyacının çok ötesinde aşı alımı yaptı ve bu ayıplandı. Ancak o ülkeler kendi toplumlarını bu arada aşılamış oldular. Ellerindeki fazla aşıya da diplomatik değer ekleyerek diplomatik ilişkiyi geliştirmeyi kolaylaştıran bir araç olarak gündeme getirdiler.

Türkiye'de klinik aşamadaki aşılar-31.05.2021						
Aşı Platformu	Aday aşının türü	Doz sayısı	Uygulama takvimi	Uygulama yolu	Geliştiren	Faz
Ölü virüs	ERUCOV-VAC, Ölü virüs	2	Gün 0 + 21	İM	Erciyes Üniversitesi	Faz 2
Virüs benzeri parçacık	SARS-CoV-2 Virüs benzeri parçacık	2	Gün 0	SC	TUBITAK	Faz 1
Ölü virüs	COVID-19 Ölü virüs	2	Day 0 + 21	İM	Kocak Farma	Faz 1
Ölü virüs	Adjuvanlı Ölü virüs against SARS-CoV-2	2	Day 0 + 21	SC	TUBITAK	Faz 1



PROF. DR. MUZAFFER ESKİÖKAK: “BİLİYORUZ Kİ KENDİ AŞINIZI YAPMIYORSANIZ ŞAYET PARANIZ DA OLSA PAHALIYA DA OLSA AŞIYA ERİŞİMİNİZ ZORDUR. AŞI MİLLİYETÇİLİĞİ OLARAK İFADE EDİLİYOR KİMİ ÜLKELERİN YAPTIĞI... KENDİ İHTİYACININ ÇOK ÖTESİNDE AŞI ALIMI YAPMALARINI AYIPLANDI. ANCAK O ÜLKELER KENDİ TOPLUMLARINI BU ARADA AŞILAMIS OLDULAR”

Türkiye Aşı Sözleşmesi Yaptı mı?

Türkiye aşı sözleşmesi yaptı mı? Yaptı. UNICEF'in sayfalarında 270 milyon doz aşı sözleşmesi yaptığımız yazıyor. 100 milyon dozu Sinovac aşısı, 90 milyon dozu Pfizer-Biontech aşısı ve 50 milyon dozu Sputnik aşısı olmak üzere... Biontech'in 30 milyonunun opsiyonel olduğu belirtiliyor. Ancak gelen aşı miktarının 27 milyon doz civarında olduğunda söylemek istiyorum. Türkiye sağladığı aşılarından Kıbrıs'a, Libya'ya ve Bosna Hersek'e aşı desteğinde bulundu.

Daha Çok Bilgiye İhtiyacımız Var

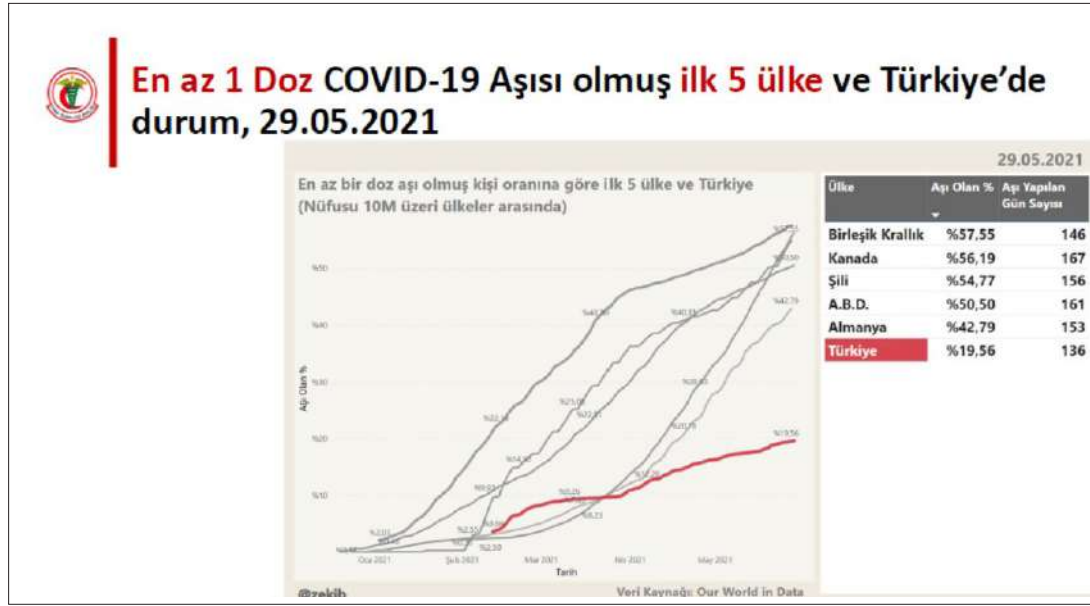
Türkiye aşı üretmeye çalışıyor. Türkiye'nin üretmeye çalıştığı klinik aşamada olanlardan 4 aşı var şu anda; Erciyes Üniversitesi'nin geliştirmekte olduğu aşı Faz 2'de gibi görünüyor. Basından Faz 3 de ilgili bilgiyi okumuş idik. Covid-19 aşılama sürecinin hastalığı ve enfeksiyonu önlemede etkilerinin yüzde olarak farklılaştığını biliyoruz. Ancak şimdiye kadarki gördüklerimiz, aşıların ağır hastalık ve ölümü etkilemede daha başarılı oldukları şeklinde! Covid-19 aşısı için Türkiye'deki ölümlerden, en azından sağlıkçı ölümlerinden görüyoruz. Ancak Faz 3 hızlandırılmış aşı uygulaması sonrası izlem sonuçlarının paylaşımıyla ilgili daha çok bilgiye ihtiyacımız var. Aşılar, ölümleri önlemede etkilidir. Dünya örneklerinden söylemek mümkün; aşı oranları arttıkça yani iki doz aşılama bitenlerin sıklığı arttıkça ölümler azalıyor. Türkiye'de keskin bir düşüş yok ama yine bu etkiyi görebiliyoruz. Dünya Sağlık Örgütü aşı önceliklendirmesi ile ilgili bir rehber yayınladı. Türkiye

de onun üzerinden bir önceliklendirme yaptı, aşılama başladı. Hemen hemen tüm ülkelerde yaşlılar ve sağlıkçılar ilk aşılanan gruplar oldu. Aşı sağlama arttıkça diğer fazlara geçilecekti ve ülkeler temin ettikleri aşılar bağlamında da bir aşılamaya stratejisi yürütecekti.

Ağır hastalık ve ölümleri azaltmak için; yaşı ve kronik hastalığı olanlara, çalışanlara, virüsle karşılaşma riski yüksek olan ve karşılaştığında ölümcül olabilecekleri aşı yapmak öncelendi. Ancak bu aşamada normalleşme, covid-19 öncesi yaşama geri dönüş beklentileri olunca aşılamanın kapsamı, derinliği, genişliği farklılaşmaya başlayacak. Hastalığın elimine edilebileceğine yönelik deneyimlerimiz böyle bir strateji de tartıştırmayı uygun görür. Yakınlarda 12 yaşın üstündekilerin de aşılanabileceğine dair Pfizer'in yayınları oldu.

Aşılamaya Stratejileri

Hastalığı elimine etmek için aşılamaya stratejilerinde değişiklik olur mu? Hemen şunu anımsatmak istiyorum. Kızamık ile baş etmek için aşı etkinliği daha düşük olsa da 9 aylıklara hatta 6 aylıklara kadar yaygın bir aşılamaya ya da virüs dolaşımını önlemek için ileri yaşlara; kimisi askerler, organize topluluklar dahil, aynı zamanda kısa sürede yoğun bir aşılamaya söz konusudur... Aynı şekilde çocuk felcinde, bir üst dolaşımı durdurmak için deneyimlerimiz var. Hastalık eliminasyonu için tek doz Biontech'in yaygın uygulaması tartışılabilir mi? Neden olmasın? Ancak bütün bu tartışmaların karar mekanizmasında bilim insanlarının artılarını, eksilerini, ülke olanaklarını, kaynaklarını iyice tartışıp



PROF. DR. MUZAFFER ESKİÖÇAK: “HASTALIK ELİMİNASYONU İÇİN TEK DOZ BİONTECH’İN YAYGIN UYGULAMASI TARTIŞILABİLİR Mİ? NEDEN OLMASIN? ANCAK BÜTÜN BU TARTIŞMALARIN KARAR MEKANİZMASINDA BİLİM İNSANLARININ ARTILARINI, EKSİLERİNİ, ÜLKE OLANAKLARINI, KAYNAKLARINI İYİCE TARTIŞIP AŞI SAĞLAMAYLA İLGİLİ SÜRECİ DE GÖZ ÖNÜNE ALARAK DURUMU BİRLİKTE KARARLAŞTIRMALI VE SÜRECİ YÜRÜTMELİDİR”

aşı sağlamayla ilgili süreci de göz önüne alarak durumu birlikte kararlaştırmalı ve süreci yürütmelidir.

Aşılanmaların Bölgelere Göre Durumu

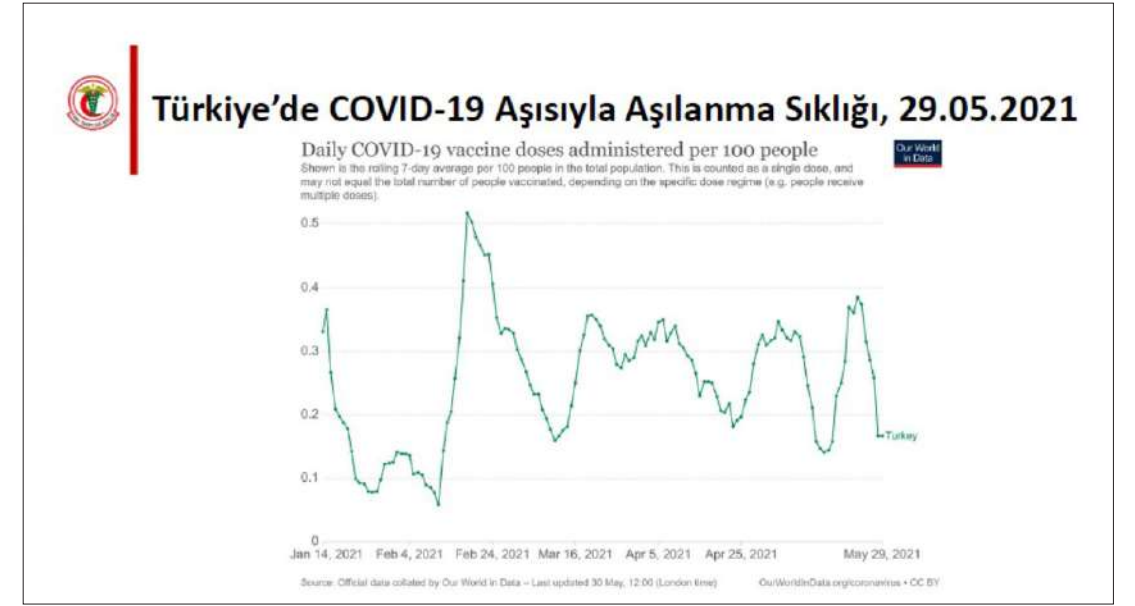
Öyle görünüyor ki aşılama tek başına yeterli değil, hele ki aşı sağlamanın kısıtlı olduğu dönemlerde virüs dolaşımını durdurmak için ek önlemlerin, ilaç dışı önlemlerin, mutlaka sıkı bir şekilde uygulanması gerekiyor. 24 Şubat 2021 itibariyle tüm sağlık çalışanları ve 65 yaş üstü için bölgelerimize göre aşı yapılma oranları yüzde 84,5 ile yüzde 54,65 arasında değişiyor. Bu oldukça yüksek bir fark ve bir eşitsizlik tablosu gibi gözümüzün önünde olmalı. Sonradan tamamlanmış olduğunu umarız. Ama bugün için bunu değerlendirebilme şansımız yok. 65 yaş üstü ve sağlık çalışanları aşılamalarının en iyi ve en kötü durumda olduğu bölgeler; Kuzeydoğu Anadolu ve Orta Anadolu bölgesini görüyoruz.

Bugün itibariyle Sağlık Bakanlığının web sitesinde aşıyla ilgili veriler şu şekilde görülüyor: Birinci doz, ikinci doz, toplam doz. Oysa bizim daha çok fazla bilgiye ihtiyacımız var ve ne yazık ki bu bilgidan daha fazlasına ulaşamıyoruz. Birinci doz ve ikinci doz seçimleri eldeki aşı tedarik ve stokuna bağlı olarak farklılaşıyor. Bu farklılaşma kapasitemizin tümünü kullanamadığımızı bize gösteriyor ve yüz kişi başına ne kadar aşı yaptık?

Kimi zaman birinci doza kimi zaman ikinci doza ağırlık verdik. Eldeki aşı durumuna göre sinovac ile başladık. Biontech ile devam ediyoruz. Aşılamayla ilgili çalışmalarımızın nasıl bir yöne evrileceğini Haziran ayı içinde net olarak göreceğiz. Eliminasyon için birinci dozu mu ya da ölüm riski, bulaşma riski yüksek olanların aşılanacağı bir ve ikinci doz aşıları tamamlayacağı bir süreci seçeceğiz? Bunu bilemiyoruz ama bu karar alma sürecine toplumun, bilim insanlarının, uzmanlık derneklerinin katılması ne kadar iyi olur diye söylemeden edemeyeceğim.

Aşı Sonrası Yan Etkiler

Aslında aşıya devamsızlığı konuşmak isteriz. Aşıya devamsızlığı konuşacak bir veri elimizde yok. Aşı sonrası yan etkiler de ilgili çok konuşuldu. Hemen şunu söylemek istiyorum; Manisa Celal Bayar Üniversitesi verilerini paylaştı. Sanko Üniversitesi paylaştı ve İstanbul Tabip Odası online bir çalışma yaptı. Onun verilerini sunacağım. Yan etki görülme sıklığı benzer... Birinci aşidan ikinci dozdan sonra yüzde 30'larda en çok görülen yakınma ağrı, sistemik hastalık ya da sorun olarak da baş ağrısı, yorgunluk, kas ağrısı... Ancak hekime gitme, bir sağlık kurumuna başvurma ihtiyacı yüzde birden daha az! Yani endişelenildiği gibi bir aşı sonrası istenmeyen etki görülmedi.



PROF. DR. MUZAFFER ESKİÖÇAK: “HASTANELERE EK OLARAK İŞYERİ SAĞLIK BİRİMLERİNDE DE AŞI YAPILABİLMELİ. ÇÜNKÜ YENİ BİTEN KAPANMA DÖNEMİNDE 16 MİLYON DOLAYINDA İNSAN ÇALIŞMAYA DEVAM ETTİ. ÇALIŞANLARIN COVID-19’A KARŞI KORUNMASI İLE İLGİLİ MUTLAKA YAPACAK ÇOK ŞEYİMİZ OLMALI!”

Aşı Kararsızlığı

Aşı kararsızlığı ülkemizde bir sorun idi. Rutin aşılama için gittikçe büyüyen bir sorun idi. Covid-19 aşılamasıyla ilgili dünyada bir sorun bekleniyor gibi ancak zaman içinde azaldığını görüyoruz. Türkiye’de kamuoyu anketlerinde soruluyor; aşı kararsızlığını önlemek güven sağlayan bir sağlık çalışanı ilişkisi ile olur. Yani hizmetin sürekliliği güven sağlar. O güven aşı kararsızlığını önler. Covid-19 aşılamasına karşı kararsızlığın en yüksek olduğu yaş grupları 25 - 44 yaş grubu... Bunlar aynı zamanda üretimde olanlar. Öyle olunca da bizim özel bir çalışma yürütmemiz gerekecektir. Yüksekokul ya da daha fazla eğitimde olanlar için kararsızlığın az olduğunu söylemek yanlış değil. Bilgi, kararsızlığı önlüyor. Kararsızlık zaman içinde azalıyor mu? Evet. Tıp öğrencilerinde de yapılmış bir çalışmaya göre, Ankara Tıp’tan bu öğrencilerin de yüzde 11’i kararsızmış; etkin bir bilgilendirme ile hocalarının bunu çözeceklerini biliyoruz.

Hastaneler bu dönemde aşı yapmak için tek bir hizmet sunum birimi olarak devreye girdi. Çok iyi de oldu. Çok da iyi bir kararla girildi. Ancak sadece hastanelerle yetinilmemeli; işyeri sağlık birimlerinin de süreç içinde değerlendirilmesi çok önemli olacaktır. Çünkü yeni biten kapanma döneminde 16 milyon dolayında insan çalışmaya devam etti. Çalışanların covid-19’a karşı korunması ile ilgili mutlaka yapacak çok şeyimiz olmalı! Yaşam boyu bağışıklama deyince özellikle grip aşısı, gebelerde domuz gribi döneminden öğrendiğimiz bir

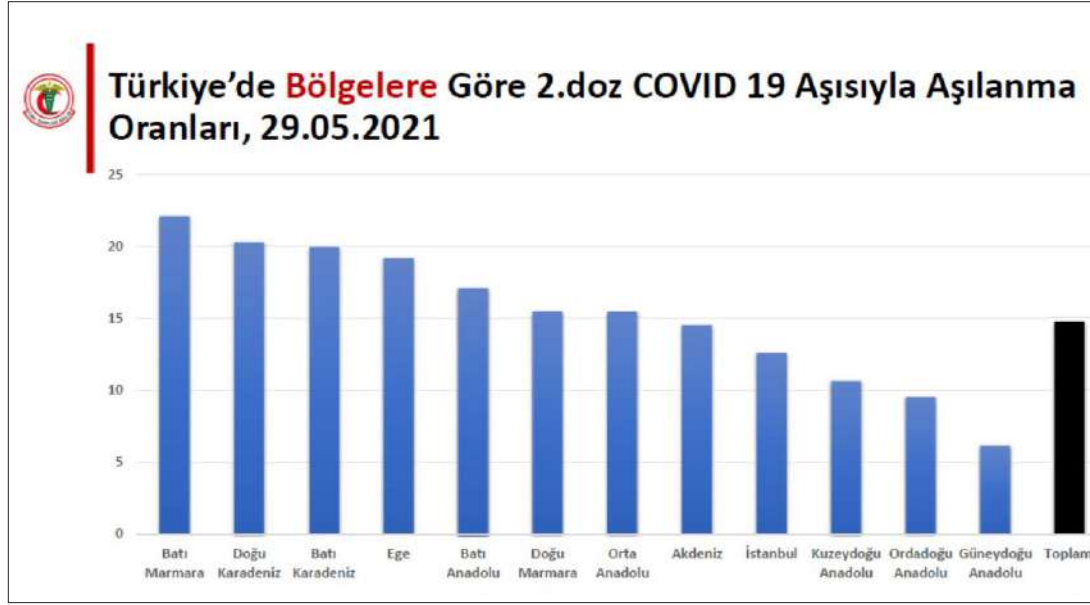
ölümcüllük durumu, var. Grip aşısı gibi aşı takvimine eklendi ama etkin bir şekilde yürütülmesi için daha çok şey yapılması gerekiyor. Grip aşısı pnömokok aşısı 65 yaş üstü yurttaşlarımız için geri ödeme kapsamındadır. Ancak bunun da erişiminin güç olduğunu biliyoruz. Aşı sağlama ile ilgili güçlük olduğunu biliyoruz. Bunu hem sağlık çalışanlarının hem Sağlık Bakanlığının geliştirmek için epey yol kat etmesi gerekecek.

Enfeksiyon Zincirini Kırmak Gerekli

Toplum bağışıklığı bu dönemde çok konuşuldu. Toplum bağışıklığını özellikle enfeksiyon zincirini kırmak gerekli. Salgın var, aşılamayla ilgili sorunumuz var. Toplum bağışıklığı sağlayacak düzeyde aşının birinci dozunun yapıldığı il sayısı 54. İkinci doz aşının yapıldığı yani enfeksiyon zincirini kırabilecek düzeyde olduğu il sayısı sadece 20. Yapmamız gereken şey yaşlılarda grip aşılaması... Bu oran Türkiye’de yüzde 7 civarında ve çok artırmamız gerekiyor. Hem covid-19 olmadan önce hastalığın ölümlere, yoğun bakım gereksinimine katkısını önlemek için bu aşıya ihtiyaç var. Hem covid-19 hem grip sorunuyla karşılaşmamak için 2021 sonbaharına hazırlık özel bir önem taşıyor.

Aşı Haberciliğinde Özenli Davranış

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayanlar için güvenli yaşama, çalışma ve eğitim ortamı sağlamamız gerekiyor. Salgını sürdürülebilir kılmaya yerine elimine etme politikası tercih edilmeli. Bunlar için: Sağlığı geliştirme ve koruma hizmetlerinin canlandırılması,



PROF. DR. MUZAFFER ESKİÖÇAK: “BAĞIŞIKLAMA KONUSUNDA ÜLKEMİZ KAZANIMLARINIZIN COVID-19 SALGINIYLA YİTİRİLMESİNİ İSTEMİYORUZ. BÖYLE BİR ŞEY İÇİN YETERİNCE VE ZAMANINDA AŞI SAĞLAMAYA İHTİYACIMIZ VAR”

sürdürülmesi, aşılama ivmesinin arttırılması, aşılamada eşitsizliğin giderilmesi, toplumun salgın yönetimi sürecine katılımının sağlanması, bilimsel rehberlik, kamusal sorumluluk, aşı haberciliğinde özenli davranış sergilemek benimsenmelidir.

Ne var ki, Covid-19’a karşı aşılama, yaşama hakkını sürdürmede gerekli ancak yeterli değildir. Yürütülmekte olan diğer halk sağlığı girişimlerinin (evde kalma, diğer insanlarla arada koruma mesafesi bırakma, el yıkama ve maske takma) güçlendirerek sürdürülmesi şarttır. Kimseyi yaşamsal gereksinimlerini karşılamak için hastalıkla maruz kalma ve yayma riski arasında seçim yapma durumunda bırakmadan virüsle karşılaşmanın önlenmesi ve eşitsizlik mağdurları yaratmadan toplum bağışıklığı sağlayacak ve sürdürececek bir aşılama sağlanmalıdır.

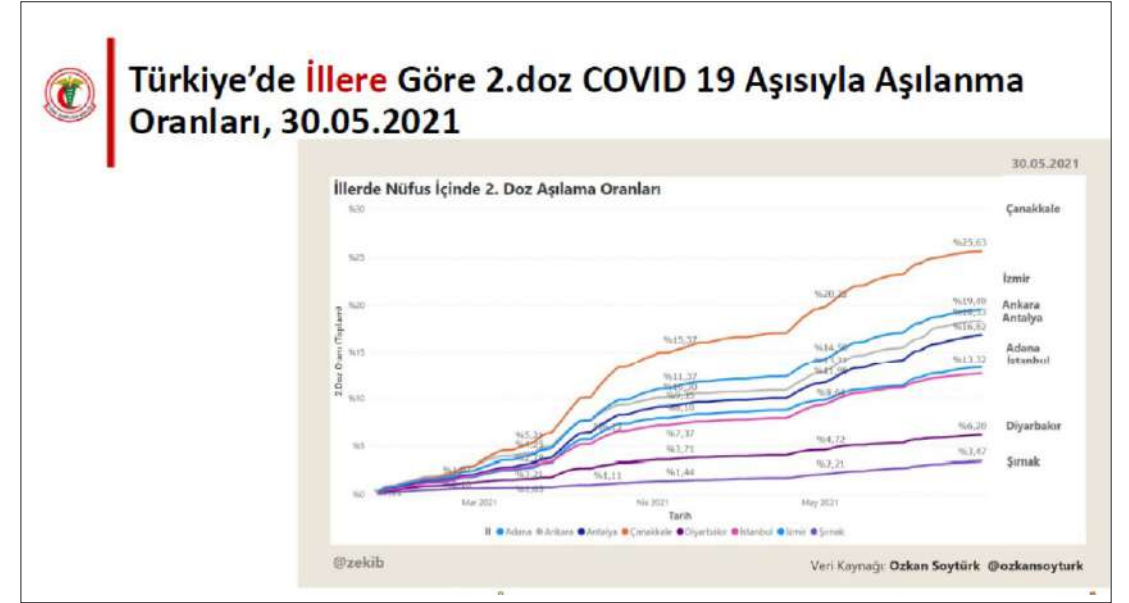
Aşı Savunma Etkinlikleri

Aşıya yönelik kararsızlık, aşılamamada kararsızlık oluşmayacak ya da önlenilecek bir platforma gönüllü bir katılımı olur. Ancak tabii kurumsal bir katılım, görevlendirilmiş temsilcileri aracılığıyla yürütülür ve sonuçta bu platformda çalışacak olanların ilaç endüstrisi ile yani birilerinin kar amacı ile ilişkilerinin olmadığını beyan etmeleri gerekir. Hükümet de dahil olmak üzere bilim dışında bir yönlendirmenin etkisi altında olmadıklarını beyan etmeleri gerekiyor.”

Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri ve İmmünoloji Uzmanı Dr. Vedat Bulut şunları kaydetti:

“Şunu belirtmem gerekir ki Türkiye çok köklü bağışıklama hizmetleri geçmişine hafızasına sahiptir.. Ancak neoliberal saldırılarla 1980 sonrasında pek çok değişim yaşadık. Nitekim Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsünün bugün olmamasının bedelini çok ağır bir şekilde ödüyoruz. Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü yenilenmiş olsaydı, teknolojiyle dünyadaki aşı teknolojileri ile başat çalışma yürütmüş olsaydı, bugün bu sorunları yaşamayacaktık. En azından tedarik ile ilgili kendi aşımızı üretecektik. Bununla ilgili insan kaynağı var Türkiye’de. Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsünün tekrar gündeme getirilmesi ve iyi bir teknoloji ile aşı üretir hale getirilmesinin önemi görülüyor. Aşı kararsızlığıyla ilgili tabii ki insanların ayağına aşırı götürmek, aşırı insanları çağırmamak gerekiyor. Bununla ilgili pek ülke çok güzel örneklemeler yaptılar. Karavan sistemleri, mobil ünite sistemleri ile aşırı insanlara götürdüler. Bizler de bunu yapabiliriz. Geçmişte yaptık, yine yapabiliriz.

Türkiye’de aşı üretiminin yanı sıra aşılar kalite kontrolüyle ilgili sorun var; herkes bunun farkında. Örneğin, yurt dışından getirilen aşıların içerikleri ile ilgili çalışmalar Halk Sağlığı Kurumunda tam olarak yapıyor mu? TTB’ye bununla ilgili bilgilendirme yapılmıyor. Halbuki giren her ilacın etken maddesinin incelenmesi gibi aşıların da ne kadar antijen içerdiğinin kesinlikle ortaya konulması gerekiyor. Bu da bir endişe yaratıyor. Aşı



DR. VEDAT BULUT: “REFİK SAYDAM HIFZISIHHA ENSTİTÜSÜNÜN BUGÜN OLMAMASININ BEDELİNİ ÇOK AĞIR BİR ŞEKİLDE ÖDÜYORUZ. REFİK SAYDAM HIFZISIHHA ENSTİTÜSÜ YENİLENMİŞ OLSAYDI, TEKNOLOJİSİYLE DÜNYADAKİ AŞI TEKNOLOJİLERİ İLE BAŞAT ÇALIŞMA YÜRÜTMÜŞ OLSAYDI, BUGÜN BU SORUNLARI YAŞAMAYACAKTIK”

karşıtışığının temel nedeni Sağlık Bakanlığında şeffaf veri paylaşımının olmaması! Bugün Türk Tabipleri Birliği, Dış Hekimleri Birliği, Eczacılar Birliği bunlarla şeffaf veri paylaşılıyor, bu da pandeminin en başından bu yana başarısızlığın bir nedeni! Toplumda güven sağlamadıkça paydaşlarla birlikte çalışmadıkça pandemi ile mücadele edilemiyor ve bağışıklama hizmetleri aksıyor. Covid- 19 döneminde diğer aşıların da hem tedarikinin ne hem uygulamalarının aksadığını gördük. Türkiye’nin 1980’ler öncesinde olduğu gibi yüzde 14 - 15’lik bütçeleri halk sağlığına pay etmesi gerekli. Birinci basamak sağlık hizmetleri öncelenmeli, aile sağlığı merkezleri son derece desteklenmeli. Çünkü temel orada! Pandemi başarısız olmamızın nedeni birinci basamak hizmetlerinin aksatılması, aşı üretiminin aksatılması... . İnsan kaynağımız var, teknolojiyi Türkiye’ye kurmak lazım. Bunun için de yatırım bedelleri ve projeler Sağlık Bakanlığında var. Bu projeleri uygulamalarını bekliyoruz.”

Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları

Derneği Başkanı Prof. Dr. Alpay Azap şöyle konuştu: “TTB bünyesinde bir aşı çalışma grubu oluşturmuştuk. Çünkü bağışıklama oranlarının düşüklüğü, gerek toplumdaki aşıya karşı olan tereddüt gerekse bağışıklama hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında yaşanan eksiklikler nedeniyle kapsayıcılığın düşük olması önceden de bir sorundu. Ama covid-19 pandemisi bu sorunu daha görünür hale getirdi ve bize bir takım fırsatlar da sundu. Hem toplumun ve yöneticilerin gündemine bu bağışıklama konusunun girmesini sağlamış oldu hem de insanlar ciddi bir hastalık söz konusu olduğunda bağışıklamanın, aşıların ne kadar önemli olduğunu fark etmiş oldular. Şöyle bir sıkıntımız var: Şu an yaygın çocukluk çağı aşılaması sayesinde, eskiden çok sayıda insanın özellikle çocukluk çağında ölümüne sebep olan hastalıkları görmez olduk. Difteriyi hiç görmüyoruz, 25 yıllık meslek hayatımda bir tane difteri vakası ile karşılaşım örneğin... Tetatnozu çok az, kızamığı çok az görüyoruz. İnsanlarımız da bu hastalıkları görmedikleri için bu aşıların neden gerekli olduğu anlayamıyorlardı. Coronavirüs salgını aslında bize bu açıdan faydalı

PROF. DR. ALPAY AZAP: HİÇBİR HASTALIKTA BU KADAR ÇOK ÇEŞİTLİ AŞI YOK! DÜNYA TARİHİNDE OLMADI. BİR HASTALIĞI ÖNLEMELİK İÇİN ÇOK FARKLI, NEREDEYSE 15 AYRI TEKNOLOJİ İLE GELİŞTİRİLMİŞ VE KLİNİK, DENENME AŞAMASINDA OLAN AŞILARI DA HESABA KATARSANIZ 120’YE YAKIN AŞI VAR”

COVID-19 aşılmasına karşı kararsızlık				
Eğitim	Evet	Hayır	Aşı oldum	Bilmiyorum
İlkokul ya da daha az	48,7	24,7	24,9	3,7
Ortaokul	3,8	26,5	28,1	1,6
Lise	56,9	27,4	13,9	1,9
Yüksekokul ya da daha fazla	58,2	18,4	0,4	2,9
Cinsiyet				
Erkek	52,0	24,4	21,9	1,7
Kadın	53,5	25,2	02,2	3,3

PROF. DR. ALPAY AZAP: “ÇOK FAZLA ÇEŞİTLİLİKTE VE ÇOK MİKTARDA COVID-19 AŞISI OLMASI BİR YANIYLA İYİ BİR ŞEY BİR YANIYLA DA KAFKA KARIŞTIRICI! BU SEFER DE AŞI TEREDDÜTÜNE EK OLARAK İNSANLARDA HANGİ AŞIYI OLMALARI GEREKTİĞİ SORGUSU, GÜVENİLİRLİK KAYGISI OLUŞUYOR”

oldu. Bu hastalıkları aşılar olmadan önlemenin neden zor olduğunu anlatabilme şansımız oldu. Bunu bir fırsat olarak görmek lazım ve bu sayede de insanların aşıya genel anlamda bağışıklama hizmetlerine karşı tereddütünü de giderebilmek gerekiyor.

Erişkinde 16 Ayrı Hastalık için Aşılama

Dernek olarak şöyle bir sorunla mücadele ediyorduk: Aşıların genellikle sadece çocuklar için gerekli olduğunu düşünüyor toplum... Bir kısmı zaten yeni aşılarla tereddütlü ama ‘aşılar iyidir’ diyenler de ‘Çocuk aşı olur erişkin niye aşı olsun’ noktasında! Halbuki erişkinde de 16 ayrı hastalık için aşılanmanın gerekli olduğunu biliyoruz ve bunu anlatmakta zorlanıyorduk.

Aşıya karşı tereddütte önemli olan konulardan bir tanesi de risk algısı! Hastalığın ne kadar riskli olabileceğini çok bilmediği zaman insanlar, aşının da gerekli olmadığını düşünebiliyorlar. O yüzden aşı yapmak istediğimiz aşı ile elimine etmeye çalıştığımız hastalığın nasıl bir risk oluşturduğunu gerek bireyler açısından gerekse toplum açısından insanlara çok iyi anlatılması gerekiyor. Dernek olarak biz de bu konuda epeyce çalışma yapmıştık. Şimdi böyle bir platformda bu çalışmaların birleştirilmesi, iş birliğine gitmek aslında çok çok faydalı olacak diye düşünüyoruz.

PROF. DR. ALPAY AZAP: “BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN YAYGINLAŞTIRILMASINDA YAŞANAN EKSİKLİKLER NEDENİYLE KAPSAYICILIĞIN DÜŞÜK OLMASI ÖNCEDEN DE BİR SORUNDU. AMA COVID-19 PANDEMİSİ BU SORUNU DAHA GÖRÜNÜR HALE GETİRDİ”

Şaşkınlık İçerisindeyiz

Coronavirüs aşısı ile ilgili birkaç şey söylemem gerekirse; enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı olarak büyük bir şaşkınlık içerisindeyiz. Şaşkınlığımız şudur: Hiçbir hastalıkta bu kadar çok çeşitli aşı yok! Dünya tarihinde olmadı. Bir hastalığı önlemek için çok farklı, neredeyse 15 ayrı teknoloji ile geliştirilmiş ve klinik, denenme aşamasında olan aşılar da hesaba katarsanız 120’ye yakın aşı var. Önümüzdeki bir yıl içinde kullanıma girecek... Bir yandan baktığımız zaman iyi bir şey... Çok fazla çeşitlilikte ve çok miktarda aşı olması... Bir yanıyla iyi bir şey bir yanıyla da kafa karıştırıcı bir şey! Bu sefer de olan aşı tereddütüne ek olarak insanlarda hangi aşığı olmaları gerektiği sorgusu, güvenilirlik kaygısı oluşuyor. Pandemi koşullarında en hızlı şekilde aşı geliştirebilmiş olmak için pek çok farklı ekibin çalışması doğal karşılanabilir ama muhtemelen bu hastalık bizde önümüzdeki yıllar içerisinde toplumlarda dolaşmaya devam ettiği yıllarda bir sadeleşme olacaktır; olması gerekir diye düşünüyoruz. Bu aşı üretim kapasitesini arttırmak için de gerekli görünüyor.

Aşının olması iyi bir şey! Aşı üretim kapasitesinin de arttığını görüyoruz. Nisan ayı başlarında dünya

COVID-19 için potansiyel Aşılama Birimleri		
Potansiyel HSB	Sayı	Aşılamada Kullanım
Aile Hekimliği Birimi	26652	Evet
İlçe Sağlık Md.+ Toplum Sağlığı Mrk.	130+	Evet
Sağlıklı Hayat Mrk.	207	Hayır
Kamu Hastanesi	889	Evet
Üniversite hastanesi	68	Evet
İşyeri Sağlık Birimi	??	Hayır
Özel hastane	577	Evet
Mobil ekip	??	Evet

PROF. DR. ALPAY AZAP: “AŞIYA KARŞI TEREDDÜTTE ÖNEMLİ OLAN KONULardan BİR TANESİ DE RİSK ALGISI! HASTALIĞIN NE KADAR RİSKLİ OLABİLECEĞİNİ ÇOK BİLMEDİĞİ ZAMAN İNSANLAR, AŞININ DA GEREKLİ OLMADIĞINI DÜŞÜNEBİLİYORLAR”

genelinde 6 ila 7 milyon arası günlük aşı dozu uygulanabilirken örneğin Mayıs ayının sonlarına doğru bu günde 40 milyon doz aşıya çıktı. Böyle olunca da dünyada kitle bağışıklığını sağlayabilmek için gerekli süre de bir yılın altına düştü. Yani önümüzdeki bir yıl içerisinde bu hızla gidilebilir ise dünya genelinde bir kitle bağışıklığını aşılarla sağlamak mümkün olabilecek gibi görünüyor. Yalnız ciddi anlamda ülkeler arasında eşitsizlik var.

Bugüne kadar, Mayıs ayı sonu itibarıyla söylüyorum, dünya yerinde uygulanan coronavirüs aşıların sadece binde 3’ü yoksul ülkelerde uygulanmış durumda! Bu ülkelere de aşıların ulaştırılması gerekiyor. Gerek dünya genelinde gerek ülkeler bazında aşılama kapsayıcılığının düşük olduğu aşıların ulaştırılmadığı grupların, toplulukların iller veya ülkelerin olmasının şöyle önemli bir sorunu var: Bu virüs, değişime uğrayarak aşılammamış topluluklarda hastalık yapmaya devam edecek... İşte bugün için 4 önemli varyantı konuşuyoruz, değişime uğramış virüsü konuşuyoruz. Bunlar değişimine devam ederek şimdi aşından belki kaçmıyorlar, biraz etkisi azalıyor aşıların ama hala aşılar etkili ama yakın gelecekte şu ana kadar kullanılan aşılardan tamamen kaçabilecek virüsler çıkabilir. Belli bir bölgede, coğrafyada çıkabilir; oradan hızla dünyaya yayılabilir ve böylelikle bugüne kadar yapılmış aşılar, yeni baştan, bu yeni virüse karşı tekrar insanlara uygulanmak zorunda kalabilir. Bu bize şunu söylüyor: Coronavirüsü yenmek istiyorsak tüm dünyada ve ülkeler içerisinde de her topluluğa aşığı hızlı ve eşit bir şekilde ulaştırmak gerekiyor.

Şili Örneği

Türkiye, tekrar önlemlerin gevşetilmesi noktasına gidiyor. Orada da şu şöyle bir endişemiz var: Türkiye aşığı temini sorununu çözecek gibi görünüyor. Önümüzdeki birkaç ay içerisinde aşı gelecek; Türkiye’deki bağışıklama meselesini çözecekmiş gibi durmakla beraber Şili’nin yaşadığı örneği hatırlatmak istiyorum. Şili aslında dünyada aşılama konusunda en önde giden ülkelerden biri oldu. Buna rağmen olgu sayıları kontrol altına alınamadı. Bunda şu etkili oldu: Bu aşıların gelmesi ve çok kişiye uygulanması ile beraber insanlarda bir rahatlama söz konusu oldu ve tek doz aşının dahi yeterli olabileceği fikri oluştu. Orada iyi bir risk algısı yönetimi, kriz yönetimi yapılamadı, insanlar doğru bilgilendirilmedi ve bunun sonucunda da o kadar yapılan aşıya rağmen çok sayıda hastalık ve ölümler yaşandı. Şimdi biz de hızlı bir aşılamaya başlayacakken bu konuya dikkat etmeliyiz.

Aşıyla beraber diğer stratejileri kullanmak kaydıyla aşıları başarıya götürebiliriz yoksa hastanın da ulaşmasını engelleyemediğimiz her durumda yeni varyantlar çıkarak bizim aşılama çabamızı boşa çıkarabilecektir.”

Aşı Üretim Kapasitesi Sorunu

Türk Farmakoloji Derneği Yönetim Kurulu Üyesi Dr. İsmail Mert Ural şöyle konuştu:

“Epidemiyoloji açısından baktığımızda iki sorun yaşıyoruz: Bir tanesi ilaca erişim kısıtlılığı! İlaça



DR. İSMAİL MERT URAL: “PROBLEM AŞIYI BULMAKTA DEĞİL! ŞU ANDA HIFZISIHHA ENSTİTÜSÜNÜN ROLÜNÜ ÜNİVERSİTELER BELLİ BİR ORANDA KARŞILADILAR. İSTEDİĞİMİZ KADAR AŞI BULALIM, FABRİKASYON AÇISINDAN BUNU ÜRETECEK KAPASİTEDE DEĞİLSEK BUNDAN YETERİNCE FAYDA SAĞLAYAMAYACAĞIZ”

erişimdeki sorunlar, pandemi döneminde aşıya erişimdeki sıkıntı olarak karşımıza geldi. Uzun yıllardır dünyada bir ilaca erişim problemi vardı. Bununla ilgili Dünya Sağlık Örgütü çok fazla çalışma yapmıştır. Aşıya erişimde ileriki dönemde ilaca erişim kadar sorun yaşamayacağımızı düşünüyorum.

Pandemi sonlandırılmazsa tüm dünya belli oranda aşılama ulaşamazsa pandemi sonlanamayacak ve belki de ve yeni suşlarla karşılaşacağız. Bu noktada sosyo ekonomik yönden başarılı ülkeler hala risk altında olacak.

mRNA aşısını üretebilecek dünyada kaç merkez var? Patentin kırılmasının akut dönemde çok önemli bir katkısı olacak mı bilmiyorum. Türkiye üretim açısından fena durumda sayılmaz! Özellikle eşdeğer üretim kapasitesi ve eşdeğer üretici firmaları ile ilaç üretip ihraç edebilen bir ülke. Aşı konusunda problem, aşiyi bulmakta değil! Şu anda Hıfzısıhha Enstitüsünün rolünü üniversiteler belli bir oranda karşıladılar. Birçok çalışmalarımız var. Bu noktada Türkiye için en kritik nokta faz 3'ü tamamladıktan sonra yeteri derecede üretmek yani fabrikasyon çok önemli olacak. İsteddiğimiz kadar aşı bulalım, fabrikasyon açısından

bunu üretecek kapasitede değilsek bundan yeterince fayda sağlayamayacağız. Fabrikasyon üretimde devletin olmaması gerektiğini düşünüyorum.

Devlet sadece denetleyici olarak yer almalı. hem üretimi hem denetimi devletin kendisinin yapması çıkar çatışması yaratacaktır.”

Covid-19 Salgını ile Aşıda Kazanımımız Oldu Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Şehnaz Hatipoğlu şunları kaydetti: “2016’ya kadar bağışıklama denildiğinde hep bebek aşılama ön plana çıkıyordu ama 2016’dan sonra Bakanlığın yayımladığı bir genelge ile erişkin bağışıklamaya da önem verilmeye başlandı. Fakat erişkinler kendilerinin aşılmasını lüzumsuz olarak gören bir algıya sahip oldu; çok uğraştığım halde ben de kendi popülasyonumda 65 yaş üstü nüfusun yüzde 50 - 60’ını aşılayabildim ki 65 yaş üstü nüfusum 680’lerde.. Covid pandemisi başlar başlamaz ısrarla aşı yapmak istediğim halde aşiyi reddeden kişiler bile koşarak geldi. Bu bir kazanım sayılır bence.”

DR. ŞEHNAZ HATİPOĞLU: “ÇOK UĞRAŞTIĞIM HALDE BEN DE KENDİ POPÜLASYONUMDA 65 YAŞ ÜSTÜ NÜFUSUN YÜZDE 50 - 60’INI AŞILAYABILDİM Kİ 65 YAŞ ÜSTÜ NÜFUSUM 680’LERDE.. COVID PANDEMİSİ BAŞLAR BAŞLAMAZ ISRARLA AŞI YAPMAK İSTEDİĞİM HALDE AŞIYI REDDEDEN KİŞİLER BİLE KOŞARAK GELDİ. BU BİR KAZANIM SAYILIR BENCE”



“ŞEHİR HASTANELERİNİN KAPALI ALANININ FAZLA, KORİDORLARIN UZUN VE BİRBİRİNDEN UZAK OLMASI NEDENİYLE ENFEKTE HASTALARIN NAKLİ AÇISINDAN SORUN YAŞANMAKTADIR. HASTANELERİN BÜYÜK, YATAK SAYISININ FAZLA OLMASI, REFAKATÇİ SAYILARININ FAZLALIĞI NEDENİYLE BULAŞ RİSKİ ARTMAKTADIR”

Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu “Pandemide Şehir Hastaneleri” konulu yaptıkları anket sonuçlarını kamuoyuyla paylaştı. Bu çalışma 1 Şubat 2021 ile 1 Nisan 2021 tarihleri arasında online gerçekleştirildi. Türk Tabipleri Birliği Yönetim Kurulu 2. Başkanı Doç. Dr. İhsan Ökten, sonuçları aktardı.

Anket formunda pandemide şehir hastanelerinde çalışma koşullarının öğrenilmesi hedeflendi. Çalışan sağlığı ve güvenliği, sağlık çalışanlarının özlük hakları, sağlık hizmet sunumu, hasta güvenliği, kaynak kullanımı ve yönetimi başlıkları altında 39 soru yöneltildi. Ankete 230 kişi katıldı.

Sağlık Bakanlığınca açıklanmış şehir hastanelerinde çalışıyor olma kriterlerine uyan 185’i hekim 34’ü sağlık çalışanı olmak üzere 219 kişi çalışma kapsamına alındı 13 şehir hastanesinin 11’inden (Ankara Bilkent, İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura, Adana, Bursa, Manisa, Yozgat, Mersin, Eskişehir, Tekirdağ, Konya, Kayseri) gelen sonuçlar çalışmaya alınırken Isparta Elazığ Şehir Hastanelerinden yanıt gelmedi.

Enfekte Kişi Sayısı Net Bilinmiyor

Sağlık çalışanlarının %76’sı çalıştıkları hastanede Covid-19 nedeniyle yaşamını yitiren en az 1 sağlık çalışanı olduğunu belirtti. %79’u hastanelerinde Covid-19 enfeksiyonu geçiren kişi sayısı hakkında tam bilgilerinin olmadığını ifade etti. Sağlık

çalışanlarının %49’u özellikle pandeminin başında kişisel koruyucu ekipman tedarikinde sorun yaşadıklarını %70’i pandemi döneminde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sağlık hizmeti sunumu açısından denetim yapılmadığını ifade etti.

Yoğun Bakımlara Ek Yatak

%92’lik bir grup servis veya yoğun bakımlara ek yatak konulma gereksinimi doğduğunu belirtirken %70 oranında katılımcı sağlık çalışan sayısının değişmediğini %90’i pandemi süresince çalışanlar arasında planlama değişikliğine gidildiğini belirtti.

İşten Ayrılmak veya Emekli Olmak

Katılımcıların %96’sı tükenmişlik sendromu yaşadığını %44’ü pandemi başladıktan sonra çalışan sağlığı ve güvenliğine ilişkin sorunlar nedeniyle işten ayrılmayı veya emekli olmayı düşündüklerini ifade etti.

Hak Kaybı Yaşandı

Anketi yanıtlayanların %30’u pandemi dönemindeki performans ödemelerinin azaldığını %42’si arttığını ifade etti. Hastalanan sağlık çalışanlarının hak kaybı olduğunu ifade edenlerin sıklığı %57 oldu. Pandemi döneminde %73’ü polikliniklere ayaktan başvuruların azaldığını %42’si yatan hasta sayısının azaldığını %49’u acil başvuruların arttığını ifade etti.

ŞEHİR HASTANELERİ PANDEMİDE SINIFTA KALDI



“ŞEHİR HASTANELERİNİN MÜKEMMELİYET MERKEZİLERİ OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ MÜMKÜN DEĞİLDİR. ÖZELLİKLE KASIM - ARALIK VE MART - NİSAN AYLARINDA PANDEMİNİN PİK YAPTIĞI DÖNEMLERDE ŞEHİR HASTANELERİ İHTİYACA YANIT VERMEMİŞTİR”

Hastanelerin Mekansal Büyüklüğü

Sağlık çalışanlarının %44'ü şehir hastanelerinin mekansal büyüklüğünün pandemi sırasında sağlık hizmetlerinin sunumunu olumsuz etkilediğini belirtti. Sağlık çalışanlarının %56'sı pandemi sırasında Enfeksiyon Kontrol Komitesinin toplandığını %41'i toplanmadığını ifade etti.

Enfekte Hastaların Nakli Sorunu

Sağlık çalışanlarının %30'u sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetlerinde sorun yaşadığını bildirdi. Sağlık çalışanlarının %72'si şehir hastanelerinin kapalı alanının fazla, koridorların uzun ve birbirinden uzak olması nedeniyle enfekte hastaların nakli açısından sorun oluştuğunu belirtti. Sağlık çalışanlarının %63'ü hastanelerin büyük, yatak sayısının fazla olması, refakatçi sayılarının fazlalığı nedeniyle bulaş riskinin arttığını ifade etti.

Hastanelerin Şirketler Tarafından Yönetilmesi

Katılımcıların %82'si şehir hastanelerinin şehir dışında olması nedeniyle hastaların toplu taşıma araçlarıyla uzak mesafe kat ettiklerini ve bunun da enfeksiyon riskini arttırdığı şeklinde yanıt verdi. Çalışanların %80'i hastane pencerelerinin açılmadığını bildirdi, sağlık çalışanlarının %54'ü şehir hastanelerinin

şirketler tarafından yönetilmesinin salgın döneminde hizmet sunumunu olumsuz etkilediğini %93'ü şehir hastanelerini yöneten şirketlere yapılan hizmet ödemelerinde artış olup olmadığına dair bilgileri olmadığını ifade etti.

Anket Sonuçları

Türk Tabipleri Birliği Yönetim Kurulu 2. Başkanı Doç. Dr. İhsan Ökten anket sonuçlarını şöyle değerlendirdi:

“Şehir hastanelerinin pandemide mükemmeliyet merkezileri olarak değerlendirilmesi mümkün değildir. Özellikle Kasım - Aralık ve Mart - Nisan aylarında pandeminin pik yaptığı dönemlerde şehir hastaneleri ihtiyaca yanıt vermemiştir. Şehir hastaneleri açılan şehirlerde kapatılan hastaneler açılmalıdır. Bu dönemde sağlık sisteminin çöküş noktasına gelmesi ancak sağlık çalışanlarının 24 saat özveriyle ve canla başla çalışmaları ile salgındaki felaket tablosunun daha da büyümesi önlenmiştir. Bu sonuçlar bir kez daha göstermektedir ki şehir hastaneleri toplum sağlığı için uygun projeler değildir, bu projeden en kısa zamanda vazgeçilmesi hem sağlık sistemini hem de geleceği ipotek altına alınan ülke ekonomisi için çok daha faydalı olacaktır.”

“ŞEHİR HASTANELERİ AÇILAN ŞEHİRLERDE KAPATILAN HASTANELER AÇILMALIDIR. ŞEHİR HASTANELERİ TOPLUM SAĞLIĞI İÇİN UYGUN PROJELER DEĞİLDİR, BU PROJEDEN EN KISA ZAMANDA VAZGEÇİLMELİDİR”

HEKİMLERİN İSTİFA HAKKI VARDIR!



“HEKİMLERİN İSTİFA HAKKI VARDIR. HEKİMLERİN İSTİFA HAKLARINI KULLANMALARINI ÖNLEMELİK İÇİN İDARENİN KANUNA AYKIRI EYLEMLERİ SUÇ TEŞKİL EDER. KANUNA AYKIRI EMRE UYULMAMASININ DA DEVLET MEMURLARININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ ARASINDA OLDUĞU UNUTULMAMALIDIR”

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi tarafından açıklamada, görevden istifanın kanun ile verilmiş bir hak olduğu vurgulanarak şunlar kaydedildi:

Devlet Memurları Kanunu'nun amaçlarından biri “Devlet memurlarını güvenliğe sahip kılmak”tır. Kanun ile getirilen sistem, kamudaki diğer sözleşmeli çalışma biçimleri ve İş Kanunu'na göre yapılan çalışma biçimlerinden bu güvence sayesinde farklılaşmaktadır. Devlet Memurları Kanunu'na göre esas olan güvencedir, disiplin cezası olarak belirlenen devlet memuriyetinden çıkarılma dışında esas olan memurun kendisinin işi bırakması, yani istifa etmesidir. Kanunda kısıtlı olarak sayılan kimi durumlarda da memurun müstafi sayılması yani çekilmiş sayılması benimsenmiş, ancak burada da işveren olarak idarenin iş akdini sonlandırma iradesi esas alınmamıştır.

Kanunun 20. maddesine göre; “Devlet memurları, bu kanunda belirtilen esaslara göre memurluktan çekilebilirler”. İstifa kanun ile verilmiş bir haktır. Devlet memurluğunda en çok iki kez istifa etmiş olmak yeniden memuriyete girişi engellemektedir. Bir başka anlatımla, ikiden fazla istifa edilmemiş olması halinde yeniden memuriyete girmek mümkündür. Memurlar, atandıkları görevlerine mazeret sunmaksızın süresinde başlamazlarsa, yurtdışındaki eğitim sürelerinin sonunda göreve başlamazlarsa, aylıksız izin süresinin bitiminde veya mazeret sebebinin kalkmasını izleyen 10 gün içinde görevine dönmezse memuriyetten çekilmiş sayılırlar.

İstifayı Düzenleyen 94. Madde Ne Diyor?

Kanunun “çekilmeyi” (istifayı) düzenleyen 94. maddesine göre; “Devlet memuru bağlı olduğu kuruma yazılı olarak müracaat etmek suretiyle memurluktan çekilme isteğinde bulunabilir.” İzin almadan veya kurumlarınca kabul

edilen bir mazeret göstermeden 10 gün işe gidilmemesi durumunda ayrıca bir yazılı başvuru aranmaksızın memurun çekilme isteğinde bulunduğu (müstafi) kabul edilmektedir. Dolayısıyla 10 gün işe gidilmemesi halinde de işveren olan idare bir işten çıkarma yapmamakta ve memurun istifa ettiğinin kabul edilmesi suretiyle işlem yapmaktadır. İstifa edecek memurun yerine atanan kimsenin gelmesine veya çekilme isteğinin kabulüne kadar görevine devam etmesi esastır. Nihayet yerine atanan kimse bir aya kadar gelmediği veya yerine bir vekil atanmadığı takdirde, üstüne haber vererek görevini bırakabilir. Her iki durumda da kişiler yeniden memuriyete girme hakkına sahiptir, ancak “kurallı istifa” diye bilinen dilekçe ile başvuru ve gerekiyorsa en fazla bir aylı çalışma durumunda yeniden memuriyete girme süresi 6 ayken “kuralsız istifa” denilen durumda bu süre bir yıldır.

İstifa Hakkının Kullanımı Ölenemez

Meslektaşlarımızdan sağlık idarecilerinin istifa hakkının kullanılmasını önlemeye yönelik farklı uygulamalar yaptığı; dilekçeyi kayda almamak, başvuran hekimlere yönelik haklarında dava açılacağına dair asılsız bilgilendirme yapmak veya Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) kaydının gerçeğe aykırı resmi kayıt oluşturularak değiştirilmemesi suretiyle hekimlerin çalışma haklarının Anayasa'ya ve kanuna aykırı yolla engellenmesi girişimlerinde bulunulduğu, mobbing uygulandığı yönünde şikayetler gelmektedir.

Hekimlerin istifa hakkı vardır. Hekimlerin istifa haklarını kullanmalarını önlemek için idarenin kanuna aykırı eylemlerinin suç teşkil edeceğinin, kanuna aykırı emre uyulmamasının da devlet memurlarının yükümlülükleri arasında olduğunun unutulmaması gerekir.

“DEVLET MEMURU BAĞLI OLDUĞU KURUMA YAZILI OLARAK MÜRACAAT ETMEK SURETİYLE MEMURLUKTAN ÇEKİLME İSTEĞİNDE BULUNABİLİR. İZİN ALMADAN VEYA KURUMLARINCA KABUL EDİLEN BİR MAZERET GÖSTERMEDEN 10 GÜN İŞE GİDİLMEMESİ DURUMUNDA AYRICA BİR YAZILI BAŞVURU ARANMAKSIZIN MEMURUN ÇEKİLME İSTEĞİNDE BULUNDUĞU (MÜSTAFİ) KABUL EDİLMEKTEDİR”

COVID-19 İLAÇLARININ İLK BİYOESDEĞERLİK ÇALIŞMASINI TÜRKİYE’DE NOVEGENIX YAPTI!

“BİYOESDEĞERLİK ÇALIŞMASI İÇİN BİR KLİNİK MERKEZ OLMALI VE BU MERKEZİN DE ARAŞTIRMA YA DA ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE AÇILMASI GEREKLİ! 2000 YILINDA NOVAGENIX’IN GİRİŞİMİYLE TÜRKİYE’DE İLK İYİ KLİNİK UYGULAMALARI MERKEZİ ERCİYES ÜNİVERSİTESİNDE AÇILDI. ŞU ANKI YERLİ AŞI ÇALIŞMASININ MERKEZİNİN DE ERCİYES ÜNİVERSİTESİ İYİ KLİNİK UYGULAMALARI MERKEZİ OLMASI BİR TESADÜF DEĞİL”



Onursal Sağlam

NÜVE A.Ş.’NİN PERİYODİK KURUMSAL YAYINI N HABER, 40. SAYISINDA, NOVAGENIX GENEL MÜDÜRÜ ONURSAL SAĞLAM İLE SÖYLEŞİ YAPTI. NÜVE’NİN SORULARINI VE ONURSAL SAĞLAM’IN YANITLARINI KLİNİKİLETİŞİM OKURLARI İÇİN ALINTILADIK.

Nüve: Sayın Onursal Sağlam Novagenix hakkında bilgi verir misiniz?

1990’lı yılların ortasında tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de jenerik ilaçlarda biyoesdeğerlik çalışmalarının yapılmasına yönelik bir süreç başladı. Biyoesdeğerlik (BE) çalışması inovatör ürünle etkinlik ve güvenlik açısından benzer jenerik ürüne sahip olduğunuzu kanıtlama işlemidir.

1994 yılında Türkiye’de yayınlanan Yönetmelik ile jenerik ilaç üreticilerine sorumlusu oldukları bu çalışmaları tamamlamaları için belli bir süre tanındı ancak Türkiye’de henüz bu ihtiyaca karşılık verecek bir kuruluş olmadığından Türk Eczacıları Birliği (TEB), Türk Teknoloji Geliştirme Vakfı ile harekete geçti. Dönemin TEB yönetimi, know-how’a sahip firmalarla görüşmeleri tamamladı ve 1997 yılında Dünya Bankasına bir proje yazıldı. 1999 yılında halen bulunduğumuz bina tamamlandı ve cihazlar Dünya Bankası kredisi ile satın alındı. 6-8 aylık kurulum süreci, uluslararası kurallar olan iyi laboratuvar uygulamaları ve iyi klinik uygulamaları çerçevesinde TİTCK, FDA, EMA ya da bir üst segment olan ICH’ye göre fiziksel gereklilikler ve kalite gereklilikleri yerine getirilerek tamamlandı. 30 Ocak 2000 tarihinde binamızın açılışı, temelini de atan Cumhurbaşkanı Süleyman Demirel tarafından yapıldı. Açılış konuşmasında “Türk Eczacıları Birliği bu ülkede bir ayıbı kapattı” diyerek önemli bir konuya vurgu yapmıştı çünkü o güne kadar firmalar bu konuyla ilgili olarak yurtdışına gitmek zorundaydı ve büyük bir maddi kayıp yaşıyorlardı.

Biz dört kişilik bir çekirdek ekip olarak çalışmaya başladık. Novagenix en başından beri profesyonel ekipler tarafından yönetildi ve yönetiliyor. Bu ekiplere akademisyenler de dahil! Örneğin o dönemde Hacettepe Üniversitesinde görev yapan Sayın Prof. Dr. Rümeysa Demirdamar Hocamız...

Bir biyoesdeğerlik çalışmasında gerekli ayaklardan biri klinik merkezdir. Klinik merkezin mevcut kurallar çerçevesinde bir araştırma ya da üniversite hastanesinde açılması gerekiyordu. Prof. Dr. Aydın Erenmemişoğlu Hocamız klinik merkezin Erciyes Üniversitesinde açılması konusunda hem öncü oldu hem de bu işin içinde sorumlu araştırmacı olarak görev aldı. Böylece 2000 yılında Novagenix’in ön ayak olmasıyla Türkiye’de ilk İyi Klinik Uygulamaları Merkezi açıldı. Şu anki yerli aşı çalışmasının merkezinin de Erciyes Üniversitesi İyi Klinik Uygulamaları Merkezi olması bir tesadüf değil.

“FAVİPİRAVİR İLE İLGİLİ ‘BİZ DE ÜRETİR MİYİZ?’ DÜŞÜNCESİYLE BİZE JENERİK FİRMALAR GELMEYE BAŞLADI. BİYOESDEĞERLİĞİNİ YAPALIM AMA NASIL YAPACAĞIZ? DİYE DÜŞÜNDÜĞÜMÜZDE İLKİN BİR ALGORİTMA ÇIKARDIK. ÖNCELİKLE KİŞİLERİN COVID-19 NEGATİF OLDUĞUNU KANITLAMAMIZ GEREKİYORDU”



Türkiye’de bir ilaç ar-ge’sinin olmazsa olmaz parçalarından biri olan insan üzerinde yapılacak çalışmaların yürütüleceği merkezlerin iyi kalitede ve bütün gerekli yönetmeliklerin göz önünde tutularak açılmasına ön ayak olduk. Dahası Türkiye’de çalışmalara katılan gönüllülere yönelik olarak düzenlenen klinik çalışmalarda sigorta poliçesinin olmadığını fark ettik ve bunun için girişimleri başlattık.

Nüve: Bu poliçenin kapsamı çalışmalarınızda neyi belirledi?

Birincisi, çalışmaya katılan gönüllülerin herhangi bir şekilde uğradıkları bedensel ve ruhsal zararlar tazmin ediliyor. İkincisi hekim ya da çalışma ekibinden kaynaklanan olası bir hasar (fiziksel ya da ruhsal) tazmin ediliyor. Bugüne kadar bu poliçeyi kullanma zorunluluğumuz olmadı. Ancak sigortanın olmaması durumunda etik olarak çalışmaya izin verilmiyor. 2000 yılında çalışmalarımıza başladık. İlk zamanlar biz de herkes gibi yavaş gidiyorduk. Biz burada el yordamıyla bazı şeyleri öğrenmeye çalıştık. Bizim avantajımız yurt dışı ortağımızın olmasıydı ve çekirdek ekip olarak onların merkezinde bir ay kalite ve diğer sistemlerin kurulum eğitimlerini aldık.

Nüve: Bir danışmanlıktan mı bahsediyorsunuz? Danışmanlık aldığınız bir merci mi vardı?

Bir filminden alıntı yapacağım: *“Bildğin her şeyi ben öğretmiş olabilirim ama bildğin her şeyi öğretmedim”*. Bilgi böyle bir şey... Bildği her şeyi öğretmek üzere yola çıkar insanlar ama bildği her şeyi öğretmez, öğretmeyebilir ya da öğretecek zamanı da olmayabilir. Üniversite yıllarında hocamız bize bir gün şunu söyledi; *“Burası öğrenmenin öğretildiği yerdir. Eğer öğrenmeyi öğrenirseniz her şeyi öğrenebilirsiniz.”* Bu çok önemli bir söz! Biz partnerlerimizden ya da know-how sağlayacak ortağımızdan bu disiplinde, bu konuda öğrenmeyi öğrendik.

Eğer organizasyonunuza bir ar-ge misyonunu oturtamazsanız onu ileriye götüremezsiniz ve hep aynısını yaparsınız. Fransız ortağımızın böyle bir katkısı oldu bize. Sonrasında Fransız ortağımız ayrılma kararı aldı ancak biz zaten kendi oluşumumuzu tamamlamıştık.

Yönetim Kurulunda görev alan ve buranın kuruluşunda çok emeği olan TEB Başkanı Mehmet Domaç bize *“Arkadaşlar biz tek başımıza bu işi yapabilir miyiz?”* diye sorduğunda *“Başka seçeneğimiz yok, yapacağız.”* dedik. Gerçekten gece gündüz çalıştık tüm ekip olarak. Böyle zorlu bir süreçti.

Bu süreçte Dünya Bankasından aldığımız 1.5 milyon dolarlık krediyi de geri ödedik. Bugün için bile yüksek bir rakam.

Nüve: Kaç kişi ile yola çıktınız, bugün kaç kişiye ulaştınız?

Başlangıçtaki 4 kişi bugün sadece bu çatı altında 50 kişiyiz. Bunların yüzde 30’u lise dengi okullardan mezunken yüzde 70’e yakını üniversite, master, doktora mezunu ya da bu eğitimlerine devam eden kişilerden oluşuyor. Burada önem verdiğimiz şey insan kaynağı. Master, doktora yapmak, üniversite okumak isteyen varsa hepsine gerekli izinleri veriyoruz.

Bunun dışında klinik araştırmaları yapan Erciyes Üniversitesinde İKUM’u ve Gaziantep Teknokentte Farmagen’i de bu ekibin içine koyarsanız, 200’e yakın insan bu sektörde çalışıyor.

Nüve: Sizi tanıyabilir miyiz?

1969 doğumluyum. Çocukluktan beri baba mesleğimden dolayı bir elektronik merakım vardı. Teknik lisede elektronik okudum. Yenimahalle Anadolu Teknik Lisesinden mezun oldum. ODTÜ Matematik bölümünü kazandım. Ama içimde hep bir bilgisayar merakı vardı. Biraz işin bilgisayar tarafına ağırlık verince seçmeli derslerin tamamını bilgisayar mühendisliğinden aldım.

“GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİNİN MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARINA PCR KURULDU. SÜRÜNTÜYÜ ALDIKTAN SONRA 3 SAATTE SONUÇ VERECEK BİR SİSTEM KURULDU. KATILIMCILARIN SÜRÜNTÜLERİ ALINDI, HİÇ AYRILMAMALARI SAĞLANDI, NEGATİF OLANLAR İZOLE EDİLDİ”



Ardından TEB'in Bilgi İşlem Sorumlusu olarak işe başladım. Dünya Bankası projesini yazmaktan başlayarak pek çok görevde yer aldım. İlk aşamada buranın bilgi işlem/bilgi teknolojileri sorumlusuydum. Kullanılan analitik cihazların bakım-onarımını da yapmaya da başladık, hatta bu konuda İngiltere'de eğitim de aldım.

Nüve: Teknik servislerini yaptınız yani?

Evet. Halen bizde bir gelenektir; hemen dışarıdan teknik servis çağırmayız, yapabiliyor durumda isek kendimiz yaparız. Zamanla yarışan insanlarız. Çok değerli örneklerle çalışıyoruz. Hiçbir zaman yetkili firma tarafından verilen teknik servisin kalitesini tartışamayız tabi. Bu konuda bizler de eğitim aldık. Bunun yanında işin kalite sistemini de öğrenmem gerektiği için ISO 9001 baş denetçisi eğitimi aldım. Novagenix kalite sisteminin kurulmasında da çalıştım. Klinik araştırmaların içinde biyoistatistik tarafını da geliştirerek yapılan biyoistatistik hesap ve raporlamalarını organize ettim. Sonra genel müdür yardımcılığı görevine ve genel müdürlüğe atandım.

Nüve: Coronavirüs için geliştirilen ilaçların biyoanalizini yapıyorsunuz. Bu konudan biraz

bahseder misiniz? COVID-19 tedavisinde kullanılan favipiravir maddesi için biyoşdeğerlik çalışması nasıl yapılıyor?

2020 yılı Ocak ayının başında Çin'den haberler geliyordu; biz çok yakın takip ettik. Ne oluyor, bize ne zaman gelecek, pandemi süreci nedir, aldığımız eğitimlerdeki o teorik bilgiler uygulamada yansımaya başladı. Çünkü günümüzde mobilizasyon o kadar fazla ki... Mart ayında gerçekte yüzleştik. Tabi biz bunu nasıl yöneteceğimize hemen ilk aşamada karar veremedik. Hemen her akşam buradaki klinik çalışma ekibiyle uzun süren toplantılar yaptık. Neler yapabiliriz? Nasıl bir algoritma izleyebiliriz? Çalışmaları bir an önce başlatmalıydık. COVID-19 ile ilgili birçok soru gelmeye, birçok antiviral ilaç ismi telaffuz edilmeye başladı. Bunlardan biri de favipiravirdi ve Çin'den geliyordu. Burada bir noktayı kaçırmayalım.

Sadece Türkiye'de değil dünyada bu işle uğraşan, biyoşdeğerlik klinik çalışma yapan herkes çalışmaları durdurdu: Fransa, Almanya, Kanada, Hindistan, Ürdün.... Bunun ardından favipiravir ile ilgili “biz de üretir miyiz?” diyerek jenerik firmalar gelmeye başladı. Biyoşdeğerliğini yapalım ama nasıl yapacağız? O zaman biz bir algoritma çıkardık. Öncelikle kişilerin COVID-19 negatif olduğunu kanıtlamamız gerekiyordu.

Gaziantep Üniversitesinin mikrobiyoloji laboratuvarına PCR kuruldu. Sürüntüyü aldıktan sonra 3 saatte sonuç verecek bir sistem kuruldu. Katılımcıların sürüntüleri alındı, hiç ayrılmamaları sağlandı, negatif olanlar izole edildi. Gaziantep Üniversitesindeki uygulama otelinin bir kısmı Rektör Hocamızın izniyle kullanıma açıldı.

Gönüllüler otele alınıp 5 gün boyunca odadan çıkmamak şartıyla birer görevli kontrolünde takip edildi. Sonra otele ayrılrken tekrar PCR testi yapılp yine negatif olanlar kliniğe özel araştırma alanına alındı ve klinikten hiç ayrılmamaları sağlandı. Bu şekilde 8 - 9 çalışma bitirdik. Bunların yanında bu algoritma TİTCK tarafından çok uygulanabilir güvenli bulunduğu için diğer çalışmaları da uygulamamıza izin verildi. Bu dönemde TİTCK ve Klinik Araştırmalar Dairesinin

“GÖNÜLLÜLER OTELE ALINIP 5 GÜN BOYUNCA ODADAN ÇIKMAMAK ŞARTIYLA BİRER GÖREVLİ KONTROLÜNDE TAKİP EDİLDİ. SONRA OTELDEN AYRILIRKEN TEKRAR PCR TESTİ YAPILIP YİNE NEGATİF OLANLAR KLİNİĞE, ÖZEL ARAŞTIRMA ALANINA ALINDI VE KLİNİKTEN HİÇ AYRILMAMALARI SAĞLANDI. BU ŞEKİLDE 8 - 9 ÇALIŞMA BİTİRDİK”

“SAĞLIK BAKANLIĞI, KAMUNUN İHTİYAÇ DUYDUĞU FAVİPİRAVİRE KOLAY ERİŞTİ. FAVİPİRAVİR ÇALIŞMAMIŞ OLSAYDIK ÇİN'DEN YA DA BAŞKA ÜLKEDEN GELECEK İLACI BEKLİYOR OLACAKTIK. BU ÜLKEMİZ İÇİN ANLAMLI BİR ÇALIŞMA”



Nüve: COVID-19 süreci ülkelerin kendi milli yeterliliklerini ortaya çıkardı. Öyle değil mi?

Evet, yerel bilginin, kabiliyetin önemi ortaya çıktı. Yani farkındalık oluştu. Yerelin, gerçekten değeri anlaşıldı. Bu bizlere şöyle bir motivasyon sağlıyor: Artık biz de ürettiğimiz bilgi ile kıymet görüyoruz. Bu gelecek nesiller için de şunu söylüyor: Ürettiğiniz şey kamuya, geniş kesimlere hitap ediyorsa zaten siz desteklenirsiniz. 2016 yılında Sanayi Bakanlığından akredite edilerek ar-ge merkezi olduk. Şimdi Ar-Ge kimliğimizi ortaya çıkarıyoruz.

Nüve: Merak ettiğimiz bir konu var. Neden mRNA aşılarının -70 °C'de saklanması gerekiyor?

Biz -80 °C'lik dünyaya çok uzak insanlar değiliz. Biyolojik örneğin hangi sıcaklıklarda ne kadar süre içinde bozulacağını çok iyi biliyoruz. Uzun dönem ve kısa dönem stabilitesi diye kavramlar var. Burada asıl problem stabilite. Yani mRNA aşısı belki oda sıcaklığında 2 saat canlı kalıyordur ama dünyada ulaşmanız gereken o kadar büyük bir coğrafya var ki lojistik problemler var. Ankarada üretildiğini varsayalım. ABD'ye New York eyaletine normal taşıma koşullarında gidemez. Yolculuğu uzun. Stabilite problemlerini aşabilmesi için -80°C saklama ve taşıma koşullarına ihtiyaçları var. Biz de burada taşıırken aynı şekilde taşıyoruz. Kuru buzun içinde taşıyoruz ya da konteynerlerimiz var. O taşıma kutularını -40 °C'de yeterli miktarda kuru buz ile doldurup içine prob ve termometre koyup valide ettiğimiz sistemler. Burada mRNA için de aynı şey geçerli. -70 °C'de çok uzun süre saklanabiliyor. Tabii çok uzun sürenin de açılımını çok iyi yapmak lazım. Şu anki teknolojiye Moderna da BionTech de mRNA aşısı çalışması yapıyor. Aralarında farklılıklar var. Moderna -20 °C stabil kalabiliyor. Ama BionTech'in aşısı -70°C stabil kalıyor. Ancak bizim için -70, -80 °C vazgeçilmez dereceler. Çünkü 3 ay sonra o örneğin stabilitesi bozulmamış olsun ve analiz ettiğimizde aynı sonuçları elde edelim istiyoruz.

MODERNA -20°C'DE, BIONTECH'İN AŞISI -70°C'DE STABİL KALİYOR. BİZİM İÇİN -86°C ÇOK ÖNEMLİ. ALDIĞIMIZ ÖRNEĞİ HEMEN PİPETLİYORUZ VE SOĞUTMALI SANTRİFÜJ İLE SANTRİFÜJLÜYORUZ. KURU BUZLAR İÇİNE KONULUYOR VE BURAYA TRANSFER EDİLİYOR. 3 ML'LİK TÜPLERE KAPATILYOR VE -86°C DERİN DONDURUCUYA HEMEN KALDIRILYOR. SOĞUK ZİNCİR HİÇ KIRILMIYOR!



“2 ADET 590 LİTRE HACİMLİ DERİN DONDURUCUMUZ VAR. DİĞER TARAFTAN SOĞUTMALI SANTRİFÜJLER DE YOĞUN OLARAK KULLANILIYOR. HER İKİ CİHAZIMIZI DA ŞU AN ÇALIŞTIRIYORUZ; HEPSİ BAKIM ONARIMLARI YAPILDIĞI SÜRECE SAAT GİBİ ÇALIŞIYORLAR”

Nüve: Siz bu stabiliteyi sağlarken Nüve'nin -86 °C Derin Dondurucularını kullanıyorsunuz, değil mi?
Evet. Bizim için -86 °C çok önemli. Biz katılımcıdan çok değerli dediğimiz örneği aldığımız zaman hemen pipetliyoruz.

Yine klinikte Nüve santrifüjler kullanılıyor. Örnekleri Soğutmalı Santrifüj ile santrifüjlüyoruz. Kuru buzlar içine konuluyor ve buraya transfer ediliyor. 3 ml'lik tüplere kapatılıyor ve -86°C derin dondurucuya hemen kaldırılıyor. -86 °C'yi takip etmek için data loggerlar koyuyoruz. O bilgiler not ediliyor böylelikle soğuk zincir hiç kırılmıyor.

Nüve: Bu zaman zarfında -86°C derin dondurucularda maksimum saklama süreniz ne kadar oldu?

2 yıla kadar sakladığımız örnekler oldu. Yani daha uzun da saklanabilir ama gereklilik olmadı çalışmalarımızda.

Nüve: O zaman mRNA aşılı için Nüve Derin Donduruculara ihtiyaç var diyebilir miyiz?

Kesinlikle, hem de çok sayıda ihtiyaç var. Nedeni de şu: Türkiye'de yerelin gücü burada ortaya çıkıyor. Siz istediğiniz kadar x,y,z markalarının distribütörü olun. Telefonu kaldırdığınız zaman oradan yola çıkıp buraya

laboratuvar ya da hastane ya da sağlık merkezine gelelim diyene kadar 1 ay geçecek. Ne yapacağız bu durumda? O zaman Nüve aynı bizim favipiravirde yaptığımız gibi kaç tane lazımsa üretecek diye düşünüyorum. Bizler ülkemizin ihtiyacına ve talebine cevap vereceğiz.

Nüve: Peki Nüve ile ne zaman tanıştınız?

2001 yılında tanıştık. Fabrikasına giderek ürünleri inceledik. Bir laboratuvar işletiyoruz, çalışıyoruz, Türkiye'de neler var onları araştırmamız gerekiyor. Nüve ile tanıştık ama daha önce birçok yerde gördüm. Veteriner fakültesine, ziraat fakültesine, eczacılık fakültesine gidiyoruz. Hem profesyonel ilişki hem de dost ilişkisi içinde olduğumuz birçok laboratuvar ortamında, her yerde bir Nüve ürünü ile mutlaka karşılaşılıyor.

Nüve: Nüve cihazlarını çalışmalarınızda hangi işlemlerde ve ne amaçla kullanıyorsunuz? Cihazların performanslarından memnun musunuz?

Yaptığımız iş biyoşekerlik çalışmaları ve çok parçalı işler. Sadece bu fiziksel alanın dışında dışındaki alanlarda da süreçleri var. Bizde 2 tip Nüve ürünü var. Soğutmalı santrifüjleriniz ve -86 °C dolaplarımız. Soğutmalı santrifüjlerimizi 2005'ten beri kullanıyoruz.

“-86 °C DERİN DONDURUCULARDA 2 YILA KADAR SAKLADIĞIMIZ ÖRNEKLER OLDU. YANI DAHA UZUN DA SAKLANABİLİR AMA ÇALIŞMALARIMIZDA BUNA GEREK OLMADI”

“ŞU ANDA DÜNYADA İLAÇTAKİ MATEMATİĞİN DİLİ CTD (COMMON TECHNICAL DOCUMENT). YANI ‘ORTAK TEKNİK DOKÜMAN’. BİR İLAÇIN BAŞLANGIÇTAN SONUNA KADARKİ TÜM HİKAYESİNİ, DENEYLERİNİ, GEREKLİLİKLERİNİN ANALİZLERİNİ İÇİNDE BARINDIRAN BİR DOKÜMAN. BU DOKÜMANIN EN ÖNEMLİ KISIMLARINDAN BİRİ DE KLİNİK ARAŞTIRMALAR TARAFI. BİZ BURADA GÖREV ALIYORUZ”

Klinik merkezlerimizde de kullanıyoruz. Daha sonra 2018 yılında -80 °C derecelik dolap ihtiyacımız oldu. Eskiden beri kullandığımız yabancı menşeli ürünlerin soğutma sistemleri arızalanmaya başladı, artık tamir edilemez hale geldi.

Türkiye'de bu işleri yapabilen insan sayısı da yok denecek kadar az. Nüve bu konuda kendini kanıtlamış bir firma ve bizim hem fiyat hem de ürün performansı açısından beklentilerimizi karşıladı. 2 adet 590 lt hacimli derin dondurucumuz var. Her iki cihazımızı da şu an çalıştırıyoruz. Sayı zamanla ihtiyaçlar arttığında artacaktır. Diğer taraftan soğutmalı santrifüjlerin de nasıl yoğun kullanıldıklarını gördüm, hepsi bakım onarımları yapıldığı sürece tam performans saat gibi çalışıyorlar.

Nüve: Nüve'den teknik servis hizmeti aldınız mı?

Teknik servis aldık ve bu hizmetinizden memnunuz. Gerek telefon gerek yerinde hizmet olarak arkadaşlar bizi bir müşteri ya da hizmet alan ya da hizmet veren gibi değil, aynı ekibin bir parçası gibi görüyorlar. Yani Nüve'deki arkadaşlar bu bizim cihazımız diye bakıyor, Novagenix'in cihazı diye değil; bu çok güzel. Sahipleniyorlar, takip ediyorlar, çözüm öneriyorlar, bizim kendi önerdiğimiz çözümlere de 'hayır' demiyorlar. 'Aman siz dokunmayın siz ne anlarsınız' gibi değil, bizim hassasiyetlerimizin farkındalar; öyle güzel bir diyalogumuz var ki... Satıştan servise kadar bütün ekip bizim ihtiyaçlarımıza cevap verdiler. Bizim hassasiyetlerimizi gördüler. Fiyat konusunda da gerçekten karlılığı bir yana bırakıp müşteri kazanmanın ne olduğunu çok iyi bilen bir firma bence. Novagenix'in ve Nüve'nin birer yerli marka olarak pandemi sürecinde yerli üretimde aynı cümlelerin içinde telaffuz edilmesi ülkemiz için gurur verici.

Nüve: Ülkemizde üretilen ilaçların etkinliğini, kalitesini uluslararası düzeyde belirleyen ve belgeleyen bir firmasınız.

Bu çalışmaların planlanması, yürütülmesi ve raporlanması gibi birçok aşamada etkin görev almaktasınız. Peki, bu süreçler nasıl ilerliyor?

Bir ilacın etkinliğini, kalitesini ICH kurallarına yani uluslararası kriterlere göre ortaya koymak aslında hepimizin tüm ülkelerde aynı dili konuşmamız gibi bir şey. Yani bir matematik dili gibi... Bu da, bu sistemin içinde olması gereken entegrasyon. Türkiye bu konuda dünya ile tamamen entegre hale gelmiş vaziyette. Bizim buradaki çıktılarımız bu entegrasyonun vazgeçilmez parçalarından birisi. Şu anda dünyada ilaçtaki matematiğin dili CTD (common technical document) dili. Yani “Ortak Teknik Doküman”. CTD dili içinde 5 tane modül vardır. Bir ilacın başlangıçtan sonuna kadarki tüm hikayesini, deneylerini, gerekliliklerinin analizlerini içinde barındıran bir doküman. Bu dokümanın en önemli kısımlarından biri de klinik araştırmalar tarafı. Biz burada görev alıyoruz.

Nüve: Önümüzdeki dönemdeki çalışmalarınızla ilgili bilgi verir misiniz?

Önümüzdeki dönem için Novagenix, küçük sentetik molekül dediğimiz moleküllerden büyük moleküllere geçmeyi planlıyor. Aslında bu bizim için kilometre taşlarından biri, bir sıçrama. Artık dünyadaki ilaç endüstrisi bir yandan konvansiyonel ilaçları konuşurken bir yandan da biyolojik teknoloji üzerinden konuşuyor. Biraz önce konuştuğumuz mRNA teknolojisi ile üretilen ürün bir biyoteknolojik ürün. Jenerik üreticilerin ilacın etkileri ve güvenliğini kanıtlayacak bağımsız araştırma kuruluşlarına ihtiyacı olduğu gibi biyolojik tarafta da buna ihtiyacı olacak. Dünyada şu anda sayılı merkez var. Novagenix ile hedefimiz bu sayılı merkezlerin içinde olmak. Bu alanda adımlarımızı atıyoruz. Hem insan kaynağımızı hem de ekipman yatırımlarımızı ona göre kurgulamaya başladık.

“ÖNÜMÜZDEKİ DÖNEM İÇİN NOVAGENIX, KÜÇÜK SENTETİK MOLEKÜL DEDİĞİMİZ MOLEKÜLLERDEN BÜYÜK MOLEKÜLLERE GEÇMEYİ PLANLIYOR. ASLINDA BU BİZİM İÇİN KİLOMETRE TAŞLARINDAN BİRİ, BİR SİÇRAMA”

Biyoeşdeğerlik & Biyoyararlanım Nedir?

Biyoyararlanım (BY), farmasötik biçim içinden etkin maddenin absorbe edilme ve vücut içindeki etki yerine erişebilme hızı ve derecesidir. Oral yoldan verilen bir ilacın biyoyararlanımının ölçülmesinde kullanılan temel parametreler “plazma konsantrasyonu- zaman eğrisi altında kalan alan (Eğri Altındaki Alan, EAA)” ve “plazma doruk maksimum ilaç konsantrasyonu”dur (Cmaks).

Biyoeşdeğerlik (BE) ise, farmasötik eşdeğer olan (örneğin ikisi de tablet/kapsül olan) iki farklı ilaç ürününün, aynı molar dozlarda verilişinden sonra -hız ve derece boyutlarıyla- biyoyararlanımlarının ve böylece terapötik etkilerinin benzer olmasıdır.

COVID-19 TEDAVİSİNİN EKONOMİK YÜKÜ

PROF. DR. SİMTEN MALHAN: “HAFİF ŞİDDETTEKİ HASTALIK MALİYETLERİ 6.830,5₺, ORTA ŞİDDETTEKİ HASTALIK MALİYETLERİ 8.791,1₺, AĞIR ŞİDDETTEKİ HASTALIK MALİYETLERİ 13.405,9₺”



Prof. Dr. Simten Malhan

22. TÜSAP Toplantısı, sağlık finansmanı ana başlığı altında “COVID-19 Tedavisinin Ekonomik Yüğü” teması ile 21 Mayıs Cuma günü, kamu, STK ve özel sektör temsilcilerinin katılımı ile Exponext by Ekspoturk online platformda yapıldı.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

Prof. Dr. Simten Malhan'ın ana konuşmacı ve İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Öğretim Üyesi ve Üniversite Hastaneleri Birliği Derneği Genel Sekreteri Prof. Dr. Haluk Özarsı'nın moderatör olarak yer aldığı 22. TÜSAP Toplantısı, Abbott, Atabay Kimya, Eczacıbaşı, Janssen ve Roche Türkiye firmalarının katkıları ile düzenlendi.

COVID-19'un aşı ve test hariç sağlık sistemi üzerindeki 12 aylık toplam tıbbi maliyetinin 3 milyar 700 milyon TL olarak saptandığını söyleyen Prof. Dr. Simten Malhan, ayaktan tedavi ettiğiniz ya da ortalama 9 gün yatırdığınız hasta grubu için harcanan bu rakamın buz dağının sadece görünen yüzü olduğunu belirtti. İkinci başvuru, aşı ve test gibi harcamalarla birlikte küresel olarak uzun yıllar sürecek ekonomik, sosyal ve psikolojik maliyetlere de dikkat çeken Malhan, bu maliyetlerin çok daha büyük ve vahim olduğunu kaydetti.

22. TÜSAP Toplantısında İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde tedavi gören 1056 hastanın hasta başı ortalama maliyeti baz alınarak Sağlık Bakanlığı verilerinin toplam hasta sayısına yansıtılması ile elde edilen 12 aylık COVID-19 hastalık maliyet yüküne ilişkin yapılan çalışmanın verileri paylaşıldı. Çalışmanın hasta COVID olduktan sonra hastane muayenesindeki Sağlık Bakanlığı ve SGK üzerindeki sağlık sistemine olan yükünü kapsadığı; aşı ve test maliyetleri gibi doğrudan maliyetlerin yanı sıra insan kaynağı, hastane altyapı, idari ve sabit maliyetler gibi dolaylı maliyetlerin de bu maliyetlerin dışında tutulduğu belirtilerek araştırma yapılırken sadece tanı, tedavi, ilaç gibi direkt tıbbi maliyetlerin dikkate alındığı vurgulandı.

Prof. Dr. Simten Malhan: “Hafif Şiddetteki Hastalık Maliyeti 7 Bin TL”

COVID-19'un sadece tedavi maliyeti değil ekonomik, sosyolojik, psikolojik maliyetleri olduğundan da bahseden Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Simten Malhan, COVID-19'un aşı ve test hariç sağlık sistemi üzerindeki 12 aylık toplam tıbbi maliyetinin 3 milyar 700 milyon TL olarak saptandığını söyledi. Bu rakamın devlet sağlık harcaması içindeki payının yaklaşık yüzde 2, SGK sağlık harcaması içindeki payının yaklaşık yüzde 3.8 olduğunu kaydeden Malhan, hastalığın şiddeti yükseldikçe tedavi maliyetlerinin de arttığını kaydetti. Malhan, “2018 yılında Türkiye’de 50 bin hasta için akciğer kanseri maliyeti 8,7 milyar TL idi. 2017 yılı IQVIA çalışmasına göre Türkiye’de 7,5 milyon kişi için Tip 2 diyabet tedavisinde uyum ve sürekliliğin geliştirilmesi için önümüzdeki 10 yıl için ortalama direkt maliyet 17 milyar TL olarak saptandı. Yıllar içinde komplikasyon geliştiren ve daha ağır tablolar ortaya koyabilen, uzuv kaybı ve organ yetmezliklerine sebep olabilen bu kronik hastalık örneklerine baktığımızda sadece COVID için, yani bir epizot maliyetinden söz ediyorum, 9 gün yatırdığınız ve ayaktan tedavi ettiğiniz hasta grubu için 3,7 milyar TL harcandığını düşündüğümüzde COVID-19'un sağlık sistemine çok önemli bir yükü olduğunu görebiliyoruz. İkinci başvurular olduğunda bu yük daha da ağırlaşacak. COVID-19'un yükü burada da bitmiyor. Bizim sunabildiğimiz bu rakamlar buz dağının sadece görünen yüzü. Altındaki maliyetler ise çok daha büyük ve vahim. Ekonomik, sosyolojik ve psikolojik olarak yıllar boyu tüm küreyi etkileyecek.” dedi.

Yatış Süresi 9 Gün

Hastanede ortalama yatış süresinin 9 gün olarak belirten ve bu yatış sürecinde ağır şiddetteki hastalık maliyetleri ile oksijen tedavisi maliyetlerinin tedavi sürecindeki toplam maliyetleri iki katına çıkardığına dikkat çeken Malhan, “Hafif şiddetteki hastalık maliyetleri 6.830,5TL, orta şiddetteki hastalık maliyetleri 8.791,1TL, ağır şiddetteki hastalık maliyetleri 13.405,9TL ve bununla birlikte oksijen gereksinimi olmayan hastanın tedavisi

PROF. DR. SİMTEN MALHAN: "OKSİJEN GEREKSİNİMİ OLMAYAN HASTANIN TEDAVİSİ 8.095,2₺, OKSİJEN GEREKSİNİMİ OLAN HASTANIN TEDAVİSİ 16.747,5₺ VE OKSİJEN TEDAVİSİ İLE BİRLİKTE YOĞUN BAKIM İHTİYACI OLAN HASTALIK MALİYETİ 30.257,3₺”



PROF. DR. SİMTEN MALHAN: “2020 THE LANCET CAUNTDOWN RAPORUNA GÖRE PANDEMİ ASLINDA İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN SONUCUDUR. DÜNYA ÜLKELERİ İKLİM DEĞİŞİKLİKLERİNİN SONUÇLARINA HAZIR DEĞİL. BU RAPORDA YAŞAM ALANLARINI KAYBEDEN VAHŞİ HAYAT İNSANLARLA ÇOK DAHA FAZLA YAKINLAŞTI VE PEK ÇOK ZONOTİK HASTALIKLARIN KAPIDA OLDUĞUNA İLİŞKİN GÖRÜŞLER VAR”

8.095,2TL oksijen gereksinimi olan hastanın tedavisi 16.747,5TL ve oksijen tedavisi ile birlikte yoğun bakım ihtiyacı olan hastalık maliyeti 30.257,3TL.” diye konuştu.

Sağlığa Erişimde Yüzde 50 Düşüş

Dünya genelinde koronavirüs salgını sebebiyle düşük ve orta gelirli 117 ülkede sağlık hizmetlerine erişimde yüzde 50 oranında düşüş olduğunu ifade eden Malhan, “Her 16 saniyede 1 ölü doğum oluyor. 12 aylık bir dönemde yaklaşık 200 bin ilave ölüm kaydedildi. 12 aylık bir dönemde 13 ülkede ölü doğum oranlarında yüzde 20’lik olmak üzere dünya genelinde ölü doğum oranlarında yüzde 11,1’lik artış görüldü.” dedi.

Rutin Aşılama Hizmetlerinde Aksamalar Yaşanıyor

COVID-19 pandemisinden dolayı kızamık, sarı humma ve çocuk felci gibi aşılardan rutin olarak yapılamamasının da bir maliyeti olduğuna dikkat çeken Prof. Dr. Malhan, “DSÖ’nün anketine göre 2020’deki durum ile karşılaştırıldığında belli bir ilerleme kaydedilmiş olmasına rağmen yanıt veren ülkelerin üçte birinden fazlası yani yüzde 37’lik oranı rutin aşılamada hizmetlerinde halen aksamalar yaşıyor. Toplu aşılamada kampanyaları kesintiye uğradı. Bu tür kampanyaların 60 tanesi halihazırda 50 ülkede ertelenmiş durumda. Sonuç olarak bu durum çoğu çocuk olmak üzere yaklaşık 228 milyon insanı kızamık, sarı humma ve çocuk felci gibi hastalıklara karşı risk altında bırakıyor. Ertelenen kampanyaların 23’ünün kızamık kampanyaları olması, tahminen 140 milyon insanı risk altında bırakıyor.” şeklinde konuştu.

Pandemi İklim Değişikliğinin Sonucu

2020 The Lancet Countdown raporunda pandemi ve iklim değişikliğinin ayrı ayrı değerlendirilmemesi gerektiğinin kaydedildiğine işaret eden Prof. Dr. Simten Malhan, şöyle devam etti: “Pandemi aslında iklim değişikliğinin sonucudur.

Dünya ülkeleri iklim değişikliklerinin sonuçlarına hazır değil. Bu raporda yaşam alanlarını kaybeden vahşi hayat insanlarla çok daha fazla yakınlaştı ve pek çok zoonotik hastalıkların kapıda olduğuna ilişkin görüşler var. Raporda çok yakınımızdaki tehlikeler olarak dang humması, sıtma ve vibrio gibi vektör kaynaklı ölümcül hastalıkların yeniden salgına dönüşeceğine ilişkin bazı veriler bulunuyor. İklim değişikliklerine küresel olarak girilmezse 10 yıllardır bu hastalıkları ortadan kaldırmak için verilen mücadele heba olacak.”

Prof. Dr. Sabahattin Aydın: Elektif Vakalar Sağlığa Ulaşamadı

COVID-19'un insanları sağlıksız yaşama ittiğini belirten Sağlık Bakan Yardımcısı ve TÜSAP Yürütme Kurulu Başkanı Prof. Dr. Sabahattin Aydın ise, pandeminin yarattığı tablonun bir yandan elektif vakaların sağlık kuruluşlarına ulaşımını engellerken diğer yandan toplumda oluşan psikoloji ve hastaneye gitme korkusu oluşturduğundan ciddi bir sağlık hizmetine erişim sorunu yarattığını söyledi.

COVID tanısı konmuş kişilerin tanı ve tedavileri ile sağlık sistemine oluşan yüklerinin ve ekonomik maliyetlerinin ötesinde alınan tedbirlerin etkilerinin, belli yaş gruplarının evlerinde tutulması ve dışarı çıkmasının engellenmesinin ve yaygın e-mobilizasyon durumlarının insanları sağlıksız yaşama ittiğini belirten Prof. Dr. Sabahattin Aydın, “Bu tablo bir yandan elektif vakaların sağlık kuruluşlarına ulaşımını engellerken diğer yandan toplumda oluşan psikoloji ve hastaneye gitme korkusunun oluşturduğu ciddi bir sağlık hizmetine erişim sorunu var. Bu ölçebildiğimiz dışında ve çok yaygın bir sorun. Tüm bunları art arda koyarsak tüm etkileri bir tarafa bırakalım ciddi ölümle sonuçlanan bir tablo ile karşı karşıyayız.” dedi.

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN: “EN AZ COVID’DEN ÖLDÜĞÜ İDDİA EDİLEN NÜFUS KADAR DA DOLAYLI ÖLÜMLERİN OLDUĞU ANLAŞILIYOR. ÜLKEMİZDE DE ÖRNEKLERİ OLAN, HASTALIĞIN ETKİSİ İLE İNTİHARA YELTENEN HATTA EDENLER BİLE OLDU. DOLAYISIYLA ÖLÜMLE SONUÇLANAN MALİYETLER ÇOK GENİŞ BİR PERSPEKTİFTE MEVCUT”



“COVID Pandemisinin Dünyaya Maliyeti Çok Yüksek”

COVID ile ilgili ülkelerin paylaştığı rakamların aslında tahmini olup tekrar tekrar teyide muhtaç olduğunu sözlerine ekleyen Aydın, şöyle devam etti:

“Bir trendi göstermesi açısından ülkelerin paylaştığı ölüm rakamları anlamlı olmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü tanımlarında bile COVID ölümleri ile ilgili farklı tartışmalar olduğu için doğrudan bu hastalıktan dolayı ölenlerin ötesinde dünyada sağlıklı yaşamaya sevk etme, sağlığa erişimin engellenmesi, ortaya çıkan sosyal problemler, toplum psikolojisi ve travmalar gibi dolaylı etkileri üst üste koyduğunuzda muhtemelen elimizde bir veri yok.

Belki COVID geçtikten birkaç yıl sonra bunlar hesaplanabilecek ama en az COVID’den öldüğü iddia edilen nüfus kadar da dolaylı ölümlerin olduğu anlaşılıyor. Bu bir tahmin. Ülkemizde de örnekleri olan, hastalığın etkisi ile intihara yeltenen hatta edenler bile oldu. Dolayısıyla ölümle sonuçlanan maliyetler çok geniş bir perspektifte mevcut. Ext ext death dedikleri fazla ölüm hesaplamaları COVID pandemisinin ardından hesaplanabilecek diye düşünüyorum. Kısacası COVID pandemisinin dünyaya maliyeti çok yüksek oldu. İnsanlığı ekonomik maliyetlerle ya da tedavi maliyetleri ile kıyaslanamayacak ya da onları gölgede bırakacak kadar ciddi maliyetlerle yüz yüze getirdi.”

Hekimlik Mesleği Tercih Edilmiyor

“DR. ŞUAYİP BİRİNCİ: PANDEMİ DÖNEMİNDE HERKES KABUL EDER Kİ HEKİMLERE SAYGI ARTTI AMA GENÇLERİN ARASINDA HEKİMLİK MESLEĞİNİ TERCİH ETME İSTEĞİ ARTMADI. SORUMLULUK ALMANIN ÖZGÜRLÜĞÜ KISITLAYICI BİR ETKEN DE OLDUĞUNU DÜŞÜNEN GENÇLERİN BU MESLEĞİ DAHA AZ TERCİH ETTİĞİ GÖRÜLECEK”

Sağlık Bakan Yardımcısı Dr. Şuayip Birinci ise, şunları kaydetti:

“Yapay zeka uygulamaları dünyadaki yönetim gücünü artırıyor. Her sektörde bu böyle. Doğal olarak yönetim gücünü artırınca o ülke avantajlı hale gelecek. Sağlık sektöründe başka bir şey olacak. Yapay zekanın işsizlik sorunlarını tetikleyeceğini düşünüyorum. Pandemi döneminde herkes kabul eder ki hekimlere saygı arttı ama gençlerin arasında hekimlik mesleğini tercih etme isteği artmadı. Sorumluluk almanın özgürlüğü kısıtlayıcı bir etken de olduğunu düşünen gençlerin bu mesleği daha az tercih ettiği görülecek. Doğal olarak yapay zeka araçları çok daha etkili olmaya başlayacak.

Mevzuat açısından bakıldığında ise hiçbir zaman mevzuat yetmeyecek, çünkü her gün karşınıza yeni bir şey çıkıyor ve bu sebeple de obsesif davranmaya başlıyorsunuz. Birçok ülke aynı şeyi yapıyor. ABD’nin büyük veriyi insanlara sunduğu söyleniyor. Küçük, temsili paketler oluşturmaya başladılar ve anonim olmasına rağmen henüz bu paketleri vermeye başladılar. Büyük veriye erişim kısıtı konusunda sağlık verisi hiçbir ülkede olmadığı kadar Türkiye’de merkezi sistemde toplandığı için varlık içinde yokluk kaygısı ile bunlar söyleniyor” diye konuştu.

Kimler Katıldı?

TÜSAP Yürütme Kurulu Başkanı ve Sağlık Bakan Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın’ın açılışını yaptığı toplantı, başta Sağlık Bakan Yardımcıları Prof. Dr. Sabahattin Aydın ve Dr. Şuayip Birinci olmak üzere TİTCK Başkanı Doç. Dr. Tolga Karakan, Sağlık Bakanlığı Strateji Başkanı Dr. Abdulvahit Sözüer, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürü Dr. Avni Uygur Seyhan, İstanbul İl Sağlık Müdürü Prof. Dr. Kemal Memişoğlu, OHSAD Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Reşat Bahat, SEİS Yönetim Kurulu Başkanı Metin Demir, İEİS Genel Sekreteri Savaş Malkoç, TİSD Genel Sekreteri Op. Dr. Sami Türkoğlu ve SASDER Başkanı Sermet Gün Erdem olmak üzere 60’ın üzerinde üst düzey sağlık profesyonelinin katılımı ile gerçekleşti.

REJYONAL ANESTEZİDE DEVRİM! YAPAY ZEKA EŞLİĞİNDE SİNİR BLOĞU



Utku Kaya & Ozan Biler (Kurucular)

Medikal yapay zeka yazılımı (Nerveblox) fikri nasıl oluştu? Hangi ihtiyaca karşılık üretim süreci başladı?

Nerveblox, periferik sinir bloğu işleminin insan vücudunda yapıldığı bölgelere ait ultrasonografi görüntüleri üzerinde belirli anatomik yapıların yerini ve isimlerini işaretlemek amacıyla kullanılan bir yapay zeka sistemidir. Anatomik yapıların ultrasonografi görüntüsü üzerindeki yerleri renklendirilerek ve anatomik yapının ne olduğu, yani adını, görüntü üzerinde göstererek klinisyene yardımcı olur. Nerveblox fikri doğrudan hekimlerin ihtiyaçlarından doğdu. USG görüntüsü üzerinde gerçek zamanlı olarak dokuları tanıyan ve görüntüyü iyileştiren bir teknolojinin kullanılması, tecrübesiz ellerde yapılan blok işlemlerinde oluşabilecek komplikasyonların büyük oranda önüne geçeceğini ve hasta güvenliğini arttıracaklarını öngördük. Üstelik bu komplikasyonların önüne geçilerek, komplikasyonların oluşturacağı maliyetin de engellenebileceği düşüncesiyle Nerveblox için Ar&Ge süreci başlamış oldu.

Ağırlıklı olarak hangi branşlar için kullanışlıdır?

Nerveblox içeriğindeki yapay zeka, radyolog olmayan ancak ultrasonografi kullanan ya da kullanmak isteyen hekimler için geliştirildi. Dolayısıyla kullanılabileceği branşlar çok çeşitli olabilir.

Temelde yaptığımız şey ultrason ile muayene veya girişim yapan hekimler için görüntülerin anlamlandırılmasını kolaylaştırmak. Bu senaryonun olduğu alanlardaki tüm hekimler yapay zekadan çok önemli faydalar elde edebilir. Ultrason üzerinde farklı dokuları çok hızlı ve doğru şekilde tanıyabilme yeteneği olduğu için, yoğun bakımda

**YAPAY ZEKA DESTEKLİ “NERVEBLOX”
YAZILIMI, ANESTEZİ ALANINDA CE
BELGESİ ALAN İLK YERLİ TIBBİ CİHAZ
OLARAK DOKTORLARIN HİZMETİNDE!
SMART ALPHA TARAFINDAN GELİŞTİRİLEN
NERVEBLOX YAZILIMININ, GAZİ
ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ
VE REANİMASYON KLİNİĞİ TARAFINDAN
YAPILAN İLK ÇALIŞMASI, JOURNAL OF
ANESTHESIA DERGİSİNDE YAYIMLANDI**

yapılan vasküler girişimler, akciğer muayenesi için de ultrason görüntüsünün anlamlandırılmasında yardımcı olabiliyor. Özellikle yoğun bakımda ultrason kullanımı gittikçe yaygınlaşıyor, dolayısıyla yüzbinlerce görüntü ile eğitilmiş bir yapay zekanın bu noktada hekimlere desteği hem etkili tedavi hem de maliyetlerin kontrolü açısından çok önemli.

Yoğun bakımlarda ürün kullanımının avantajları, kolaylaştırıcı özellikleri hakkında detaylı bilgi verebilir misiniz?

Nerveblox, insan anatomisinde yer alan sinir, kas, atardamar, toplardamar, tendon ve kemik gibi dokuları otomatik olarak tanıyarak, bu dokuları arayan hekimlere rehberlik görevi üstlenir. Bu yeteneğiyle ultrasonografi eşliğinde yapılacak işlemlerde ve özellikle radyolog olmayan hekimlerin, yatak başı olarak tanımlanan point-of-care uygulamalarında hekimlere kolaylık sağlar. Yapay zekamızın en uzman olduğu dokular, anesteziyoloji ve yoğun bakım hekimlerinin ultrasonografi altında görmek istediği vasküler, sinir ve kas iskelet sistemi dokularıdır. Eğer yoğun bakımda bu dokular ile ilgili bir pratik uyguluyorsanız yapay zekamız işinizi çok kolaylaştıracaktır.

Eğitimi – kullanımı basit midir? Kullanımda dikkat edilmesi gerektiğini düşündüğünüz kritik hususlar var mıdır?

Yapay zeka gibi çağımızın en ileri yazılım altyapısını kullanan bir tıbbi cihazın kullanımının da bu derece kolay ve hızlı olması için çok çalıştık.

“ŞU AN SAĞLIKTA YAPAY ZEKA PLATFORMU İNŞASINDA SONA GELMEK ÜZEREYİZ. DÜNYADA İLK KEZ DENENEN BU PLATFORM ÜZERİNE; YOĞUN BAKIM, FİZİK TEDAVİ, ORTOPEDİ, ÜROLOJİ VE GÖĞÜS HASTALIKLARI BRANŞLARINDA UYGULANAN ULTRASONOGRAFİK İŞLEMLERE AİT ANATOMİK YAPILARI TANIYACAK YENİ YAPAY ZEKA MODÜLLERİ DE EKLENECEK”



Sonuç olarak söyleyebilirim ki Nerveblox, genelde kullanımı eğitim gerektiren tıbbi cihaz kavramını değiştirdi. Nerveblox'un en önemli özelliği tak-çalıştır-kullan özellikte olması, yani Nerveblox cihazının kullanımı için tek yapmanız gereken vücudun hangi bölgesinde ultrason taraması yapacağınızı seçmek.

Bu arada belirtmem gereken diğer önemli bir özellik de, tüm B-mode ultrasonografi cihazları ile çalışabilir olması. Yani yeni bir cihaz yatırımı yapılmasını gerektirmiyor.

Ürün satışta mıdır? Hastanelerin satın alma birimleri için sunduğunuz kolaylıklara ilişkin kısa bilgi verebilir misiniz?

Nerveblox, Mayıs 2021 itibariyle tüm test, onay ve uygunluk süreçlerini tamamlayarak satışa sunuldu. Bir an önce ülkemizden çıkan bu teknolojinin ülkemiz hekimleriyle buluşmasını istiyoruz. Her anesteziyoloji kliniğinde yer alması için düşük maliyetli yıllık kullanım bedeli seçeneğiyle de pazara sunuldu. Bu model de tıpkı yapay zekanın kendisi gibi tıbbi cihaz alanında yeni bir yaklaşım.

Nerveblox eğitim amaçlı da kullanılabilir mi?

Bildiğiniz gibi tıp eğitiminde uzman ve öğrenci etkileşimi çok önemlidir. Yapay zeka da ultrasonografi eşliğinde yapılan işlemlerde uzmandır ve kendi gördüklerini size de gösterir. Dolayısıyla bizce, Nerveblox süre ve ortamdan bağımsız olarak ultrasonografi eşliğinde PNB eğitimi için çok önemli bir eğitimidir. Radyoloji dışı branşlarda ultrasonografi eğitimi, hali hazırda kurslar, seminerler, kitaplar, atlaslar, internet videoları ve resimler yardımıyla yapılmaktadır. Nerveblox bu değerli kaynaklara çağımızın gerektirdiği teknolojik bakış açısını

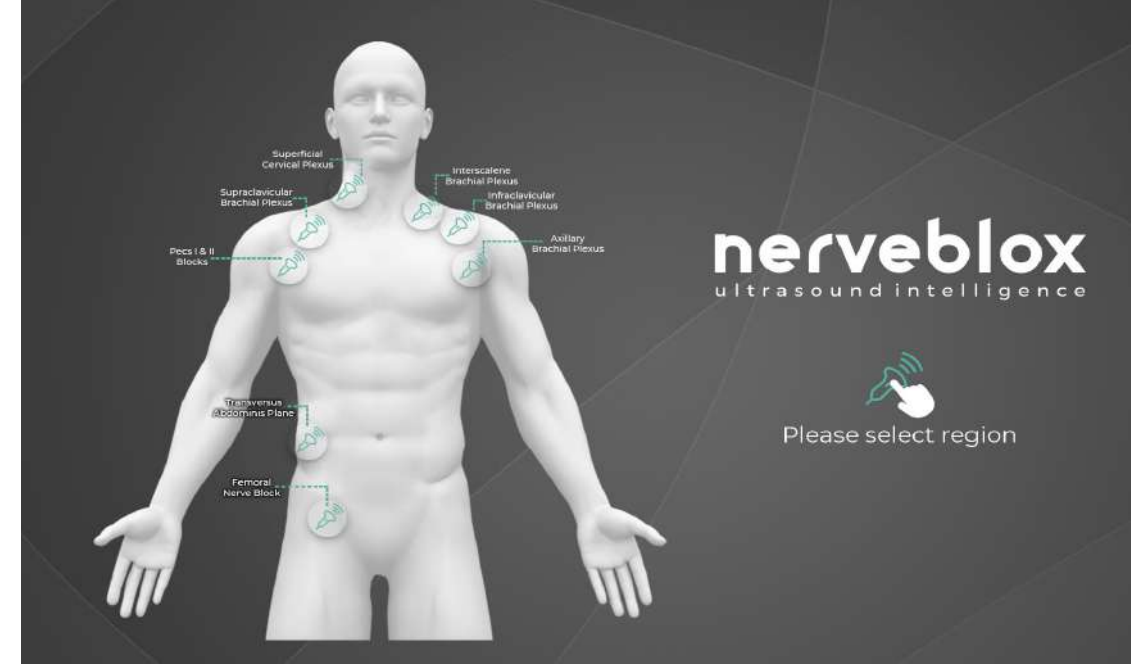
katarak, klinik uygulamaların yanı sıra eğitim amaçlı olarak hekimlerimizin hizmetindedir. Bildiğiniz gibi ultrasonografik görüntüler ile ilgili öğretici kaynak kitaplar, yayınlar, resimler ve videolar anatomik yapıların en ideal hallerini sunuyor. Oysa klinik pratikte durum çok farklı. Bu eğitim kaynaklarının klinik pratikte karşılaşılan bazı durumlar için deneyim sağlaması çok da mümkün değil. Buna karşın Nerveblox, uygulama esnasında gerçek zamanlı eğitim özelliğiyle tüm kliniklerin faydalanabileceği bir araçtır.

Kullanım ömrü için öngörünüz nasıldır? Nerveblox'un ileriki dönemlerde geliştirilebilecek yeni özellikleri, güncellemeleri neler olabilir?

Nerveblox ve aslında yapay zeka temelli tüm tıbbi cihazlar sürekli gelişmeye açıktırlar.

Bu kavram FDA tarafından da kabul ediliyor ve yayınlanan son raporlarda “öngörülebilir gelişim” kavramının yapay zeka içeren tıbbi cihazlarda dikkate alınması gereken bir kavram olduğu yönünde görüş belirtiyor.

Evet Nerveblox da her zaman gelişecek ve güncellenecek. Sadece içerdiği yapay zeka açısından değil, insan anatomisinde tanıdığı bölge, eşlik edebildiği ve hekime yardımcı olduğu işlemler de sürekli artacak. Aslında yıllık kullanım bedeli modelinin bir sebebi de bu. Bir kere satın alıp kliniğinizde hep aynı şekilde duran bir cihaz değil, üreticisi tarafından sürekli takip edilen ve tüm yeniliklerin yüklendiği bir tıbbi cihaz modeli sunuyoruz.



“YÜZBİNLERCE GÖRÜNTÜ İLE EĞİTİLMİŞ YAPAY ZEKA DESTEKLİ NERVEBLOX YAZILIMI ANESTEZİ HEKİMLERİNE HIZLI, GÜVENLİ VE BAŞARILI SİNİR BLOĞU UYGULAMASI İMKANI SUNUYOR”

Büyük medikal markalarla iş birliği süreçlerinize ilişkin bilgi verebilir misiniz? Nerveblox'u ileriki dönemlerde büyük üretici markaların çatısı altında görür müyüz? Daha genel ifade etmek gerekirse; start-up firma ürünlerinin, medikal pazarda yer bulma ve tutunma imkanları ne ölçüde mümkün olabiliyor? Bu yönde kamu desteği alıyor musunuz?

Nerveblox henüz pazara sürülmeden çok sayıda global ultrasonografi üreticisi ile görüşmeler başladı, bu görüşmeler hala devam ediyor. Görüşmemizin sebebi de teknolojinin dünyada kullanımını çok daha hızlı şekilde yaygınlaştırma isteğimiz. Bir start-up olarak ürün üretmek konusunda büyük üreticilerden daha dinamik ve yetenekli ama ürün satmak konusunda ise maalesef çok daha az imkan ve kabiliyete sahibiz.

Ne var ki büyük üreticiler ile iş birliği konusunda henüz karar vermedik çünkü ülkemizdeki hekimlerin gösterdiği ilgi günden güne cesaretimizi ve kendimize olan inancı artırıyor. Eğer yerli sağlık ekosistemimiz ile bir noktaya gelebilirsek sonrasında karar verebilmek için çok daha fazla seçeneğimiz olacak.

Firmanız benzer veya farklı ürün çalışmalarına ilişkin bilgi verebilir misiniz?

Biz, herkesin konuştuğu sağlıkta yapay zeka alanında Ar&Ge faaliyetleri yaparak somut çözümler üreten ve bu çözümleri de gerçek bir tıbbi cihaza dönüştürüp sağlık merkezlerine sunan bir start up firmayız. Uzmanlaştığımız tek alan ultrasonografi kullanımında

yapay zekaya dayalı çözümler üretmek. Bu uzmanlığını ticarileştirebilen dünyadaki ilk ve en hızlı girişimlerden olduğumuzu da gururla söyleyebilirim.

Radyolog olmayan hekimlerin ultrasonografi kullanımını kolaylaştırmak ve yaygınlaştırmak için bir yapay zeka üretiyoruz. Bu yapay zeka farklı amaçlarla ultrasonografi kullanan hekimlere anında destek olabilme yeteneğine sahip ve yetenekleri sürekli geliyor. Yani Nerveblox aslında ultrasonografide yapay zeka kullanımının sadece bir senaryosunu içeriyor.

Geleceğe ilişkin öngörüleriniz, hayalleriniz nasıldır?

Mühendislik gücümüzü hekimlerimizin yeni teknolojilere yaklaşımındaki muhteşem enerjisi ile birleştirmiş olmak bizi çok heyecanlandırıyor. Nerveblox'un çok kısa zamanda hekimlerce kabul edildiğini ve klinik kullanıma dahil edildiğini görünce, yapay zeka laboratuvarımız sıradaki hedeflerimiz üzerinde çalışmaya başladı. Şu an sağlıkta yapay zeka platformu inşasında sona gelmek üzereyiz. Bu platform dünyada ilk kez yapılan, ilk kez denenen bir şey.

Bu platform üzerine çok farklı branşlarda ilgili anatomik yapıları detaylı olarak tanıyacak yeni yapay zeka modülleri de eklenecek. Yani şu anda hekimlerimizle birlikte yapay zekamıza yeni tıbbi konuları adım adım öğretiyoruz. En kısa zamanda bu yeni platformu da sizlerle paylaşacağız.

“NERVEBLOX, ULTRASONOGRAFİK OLARAK AYIRIMI ZOR OLABİLEN DAMAR, SİNİR VE KAS YAPILARINI GERÇEK ZAMANLI OLARAK RENKLENDİRİP ETİKETLEYEREK REJYONAL ANESTEZİ EĞİTİMLERİ VE SİNİR BLOĞU UYGULAMALARINDA ANESTEZİ HEKİMLERİNE REHBERLİK GÖREVİ ÜSTLENİYOR”



Hasan Şahin | ACENDIS CEO

ACENDIS olarak 25 yılı aşkın süredir dünyanın birçok farklı ülkesinde hastane projeleri gerçekleştirmekteyiz. Bu ülkeler arasında doğduğum ve çocukluğumun bir kısmını geçirdiğim anavatanım Türkiye'nin yeri ayrıdır benim için. Türkiye'de gerçekleştirdiğimiz hastane projelerimizde Türkiye'deki hastanelerin yenilikçi altyapısı, modern medikal cihazları ve uzman hekimleri ve sağlık personelleriyle Avrupa ve Amerika'nın ileri gelen hastaneleri seviyesinde sağlık hizmeti sunmaları beni çok mutlu ediyor.

Özel Akdeniz Hastanesi Hakkında

Antalya Manavgat'ta bulunan ve 1996 yılında hizmete açılan Özel Akdeniz Hastanesi ve Özel Bilgi Hastanesi birleşerek yine aynı bölgede Özel Akdeniz Hastanesi adı altında yeni bir hastane binasına geçmişlerdir. Hastaneler 1996 yılında ACENDIS ile başlayan ilişkilerini bugüne taşımış ve yeni projelerinde de ACENDIS'i tercih ettiler.

Hastane binası 17.000 m2 kapalı alana sahiptir. Toplam 100 yatak kapasiteli hastanede 30 adet yoğun bakım, 4 adet ameliyathane, 16 adet gözlem yatağı, 2 adet doğumhane, anjio laboratuvarı, acil servis, radyoloji, fizik tedavi ünitesi, kalp damar cerrahi merkezi, laboratuvar ve 38 adet poliklinik ile hizmet verilmektedir. Radyoloji ünitesinde 1,5T MR cihazı, 128 kesitli tomografi cihazı ile dijital röntgen ve mamografi cihazları bulunmaktadır.

Hastanede son teknoloji altyapı ve cihazlar kullanılmıştır. Hastanenin doğa dostu olma yolunda çalışmaları olup bunun ile ilgili olarak çatıya kurulan güneş enerji panelleri ile elektrik ihtiyacının bir bölümünü kendisi üretmektedir. Hasta odalarının tümü tek kişilik olup süit ve king süit özel hasta odaları da mevcuttur. Hastanenin tüm aydınlatma, elektrik ve havalandırma sistemleri bir otomasyon ile kontrol edilmektedir.

ÖZEL AKDENİZ HASTANESİ ACENDIS'I TERCİH ETTİ

Özel Akdeniz Hastanesinin inşaat aşamasından hastanenin hizmet verme aşamasına kadar ve bize ihtiyaç duydukları her zaman hastane yönetiminin ve personelinin yanında olabilmemiz açısından yeri ayrıdır benim için. Hastane yönetimi ile uzun yıllara dayanan dostluğumuzu bu projede de perçinlemiş olmak çok mutluluk ve gurur verici...

Akdeniz Bölgesinin incisi Antalya'da hizmet veren Özel Akdeniz Hastanesi bölge ve çevre iller için de birçok yeniliği hastalarına sunabilmektedir. Yenilikçi altyapısı, son teknoloji cihazları ve modern mimarisi ile Akdeniz Bölgesinin sağlık sektörüne önemli katkılarda bulunan öncü bir hastanesidir

Öte yandan, müşterilerimi ailemden bir üye gibi görürüm. Onların istekleri ve ihtiyaçları benim için çok önemlidir. Akdeniz Hastanesi Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Yusuf Aydın Bey'i de 20 seneden beri tanımaktayım. Özel Akdeniz Hastanesi projesinde proje danışmanı olarak firmamızı tercih etmesi beni hem çok heyecanlandırdı hem de çok mutlu etti. 25 seneyi aşkın süredir biriktirdiğimiz uzmanlık bilgilerimizi ve tecrübelerimizi projenin başlangıcından bitimine kadar her aşamaya taşıdık. Kendisine bana ve ekibime duyduğu bu güveni için buradan da bir kez daha teşekkür etmek isterim. Bize duyulan güvene layık olmak için çalışmalarımıza aralıksız olarak devam etmekteyiz.

ACENDIS olarak bu projenin hem medikal danışmanlığı hem de anahtar teslim projesi tarafımızdan yapılmıştır. Hastane projesindeki medikal alanların oluşturulması, tıbbi cihaz altyapısının oluşturulması, medikal gaz projesi, tıbbi cihaz ihtiyaçlarının bölümlere göre belirlenmesi ve alınacak cihazların teknik özelliklerinin oluşturulup satın alımların yapılması, alımlar sonrasında cihazların lojistik, montaj ve servis hizmetlerinin yürütülmesi gibi süreçler tarafımızdan gerçekleştirilmiştir.

Hangi Ürünlerle Hizmet Veriliyor?

Proje kapsamında ACENDIS'in tedarikçisi olduğu Matachana marka sterilizasyon cihazları, Medifa marka ameliyat masaları, Simeon marka ameliyat ve müdahale lambaları, Löwenstein Medical marka ventilatör cihazları, Schiller marka efor ve holter cihazları, Aurion marka medikal arabalar, Caresyntax Scape marka ameliyathane entegrasyon sistemleri, Linet marka hasta yatakları ve sedyeler, Storx marka endovizyon sistemleri, BBraun Aesculap marka cerrahi motor sistemler ve el aletleri, Bowa marka elektrokoter cihazları ve Mindray marka infüzyon/şırınga pompaları ürünlerimiz de tercih edilmiştir.



ÖZEL AKDENİZ HASTANESİNE BÜTÜNCÜL ÇÖZÜMLER SUNMUŞ OLMAK BİZLER İÇİN ONUR KAYNAĞI



Ali Türkoğlu
ACENDIS Uluslararası Projeler Direktörü

Akdeniz'in incisi güzel şehir Antalya'da, şehrin en prestijli hastaneleri arasında yer olan Özel Akdeniz Hastanesi ile olan birlikteliğimiz, yol arkadaşlığımız onur vericidir. 25 yılı aşkın süredir birlikte çalıştığımız Özel Akdeniz

Hastanesi yönetimi ile birlikteliğimiz bu proje ile taçlanmıştır.

Özel Akdeniz Hastanesi'nin yönetim kadrosu, mevcut tecrübeleriyle kaliteli sağlık hizmetlerini son teknoloji tıbbi cihazlarla donatılmış, yeni ve modern binasında sunmak üzere yola çıktılar. Yönetim Kurulu Başkanı ve Başhekimisi Sayın Dr. Yusuf Aydın Bey'in vizyonerliğinin projeye katkısı ve yön vermesi son derece önemli idi. Hastanenin diğer yönetim kademesindeki görevli kadrosunun; konusunda uzman satın alma ve teknik kadronun katkılarıyla, ACENDIS'in uzun yıllara dayanan tecrübesi ve bilgi birikiminin birleşmesi sonucu gerçekleşen yeni hastane takdire şayandır. Projenin ilk aşamasından; inşaat sürecinden itibaren hastane yönetiminin yanındaydık. Daha sonraki adımlarda ise; medikal planlama, cihaz ihtiyaçların belirlenmesi, teknik özelliklerin kıyaslanması, pazar araştırması, satın alım süreci ve cihazların lojistiği, cihaz kurulumlarının sorunsuz olarak yerine getirilmesi ve kapsamlı kullanıcı eğitimleri ile teknik servis desteğine kadar tüm süreci koşulsuz müşteri memnuniyeti ve güven esasına dayalı olarak gerçekleştirdik.

Medikal planlama alanında Özel Akdeniz Hastanesi'nin ihtiyaçlarına yönelik olarak en son teknoloji cihazların ve konfigürasyonlarının belirlenmesinde hastane yönetimi ile birlikte, bir yol arkadaşı olarak çalıştık. Hastane ile devam eden periyodik eğitimlerin planlanması, cihazların kullanıcı eğitimleri ve bakımları sürecindeki ihtiyaç duyulan iş birlikteliğimiz devam etmektedir.

25 Yılı aşkın Süredir ACENDIS Ekibi Olarak Hizmet Verdiğimiz Sağlık Sektöründe Müşteri Odaklı Çalışmalarımızı Sürdürmekteyiz

Dünyanın en önemli üreticileri ve partnerlerimiz ile uzun bir geçmişe dayanan ortak çalışmalarımız sayesinde, sağlık sektörünün çözüm ortağı olarak hizmet veriyoruz. Sağlık gibi hassas bir alanda çalışmanın bilinci ile, konusunda deneyimli ACENDIS ekibimiz, bir hastanenin A'dan Z'ye medikal projelendirmesi, proje planlanması, yurtdışından sağladığı finansman çözümleri, cihazların satın alınması, lojistiği, kurulum ve kullanıcı eğitimleri ile teknik servis desteğine kadar tüm sürecini müşteri memnuniyeti ve güven esaslı olarak gerçekleştirmekteyiz. ACENDIS olarak Türkiye'deki birçok grup ve orta ölçekli hastanelere anahtar teslim hastane projelerinin yanında biyomedikal hizmeti ve tekil satış hizmeti vermekteyiz. Bununla birlikte gerçekleştirdiğimiz 200'i aşkın irili ufaklı hastane projelerimizi de hayata geçirmiş bulunmaktayız. Türkiye, Ortadoğu, Avrupa, Türki Cumhuriyetler, Afrika ve Yakın Doğu'da anahtar teslim hastane projeleri ile en son teknoloji medikal cihazların temin edilmesi, kurulumu, oryantasyonu, satış sonrası servis hizmeti ve periyodik eğitim programları ile birlikte çözümler sunan ACENDIS' in felsefesi, koşulsuz müşteri memnuniyeti ve güvene dayanmaktadır.

Prestijli hastane projelerine imza atmış olan ACENDIS, en son yenilikleri sürekli takip etmekte ve çözümleri ile birlikte sağlık sektörünün hizmetine sunmaktadır. Bu projede bizlere duydukları güven için hastane yönetimine ve tüm ekibe bir kez daha teşekkürlerimizi borç biliriz.

Ayrıca bu süreç de emeği geçen ve katkıları olan tüm ekip arkadaşlarıma ve partner ve üreticilerimize canı yürek den teşekkür ederim.

Kendime ilke edindiğim ve adına SAD prensibi (Sabır Azim ve Devamlılık) dediğim hayat felsefesi ile tüm ekip arkadaşlarımızla birlikte çalışmalarımıza hız kesmeden devam edeceğiz.



ÖZEL AKDENİZ HASTANESİNİN MEDİKAL PROJE YÖNETİMİ



Barış Adak
ACENDIS Bölge Müdürü

Özel Akdeniz Hastanesi ile yeni projelerindeki çalışma ortaklığımız 2015 yılında projeyi hayata geçirme durumu belli olduğunda başladı. Kurum ile ilk günden itibaren yıllardır süren çözüm

ortaklığımıza hastane arsasının alınması aşamasından itibaren bu işe dahil olarak başladık. Sonrasında mimari olarak hastane ile mimarlık firmasını bir araya getirdiğimizde Dr. Yusuf Aydın ve mimar Levent Çırpıcı'nın vizyonları ile birlikte Akdeniz bölgesinde örnek gösterilecek bu muhteşem proje ortaya çıktı.

Medikal Planlamada En İnce Ayrıntılara Önem Verdik

ACENDIS olarak bu projenin en başından mimari çizimleri ve inşaat planlaması yapılırken medikal planlama alanına dahil olduk. Mimari projede medikal alanların belirlenmesinden, alt yapı gerekliliklerine kadar en ince ayrıntıları düşünerek işe başladık. Örneğin MR cihazının yer planlaması yapılırken cihaz geldiğinde nereden hastane içerisine alınacağını, cihazın geçeceği güzergaha ve konulacağı alanın statik hesaplarının gözden geçirilip geçiş güzergahlarındaki kapıların takılmamasına kadar planlamamızı bu şekilde yürüttük. Medikal gaz sistemleri bir hastanenin kalbi ve damarları gibidir, bu sistemleri en başından planladık ve yapımına başladık.

Proje kapsamında medikal gaz sistemleri ve pnömatik tüp sistemi gibi altyapı gerektiren ve inşaat aşamasında başlaması gereken işlerden başlayarak, tüm medikal cihazların planlamasının yapılması, cihaz listelerinin güncel yönetmeliğe göre oluşturulması, alınacak cihazların özelliklerinin kullanıcıların talepleri ve verilecek hizmetlere göre belirlenmesi, belirlenen özelliklere göre firmalardan

tekliflerin alınması, farklı markaların modellere göre teknik karşılaştırmalarının yapılması, yapılan teknik analiz ve işletme maliyetleri de göz önüne alınarak markanın belirleyip pazarlıklarının yapılarak cihazların satın alınması hastane ile beraber yapılmıştır. Satınalma ve satınalma sonrası garanti ve bakım sözleşmeleri yine tarafımızdan hazırlanmıştır.

Satınalma sürecinden sonra başlayan cihazların sevki, konfigürasyona göre gelen cihazların kontrollerinin yapılması, kurulum ve montaj işlemlerinin yaptırılması, kullanıcı eğitimlerinin verdirilip devreye alınma işlemleri tarafımızdan kontrol edilmiştir. Halen garanti sürecinde yaşanan sorunlar için hastaneye destek vermekteyiz.

Projenin en başından beri hastane inşaatını yapan firma ile koordineli olarak çalışarak başarılı bir proje yönetimi gerçekleştirdik.

Bu projede medikal planlama alanında cihazların doğru yerlere ve doğru altyapı hazırlanarak yerleştirilmesi, teknik analizlerin ve karşılaştırmaların yapılarak satınalma danışmanlığı ve satış sonrası kurulum, eğitim ve garanti hizmetlerinin kontrolünün yapılması olarak hizmet vermiş bulunmaktayız. İnşaat bitip cihazlar alana geldiğinde neredeyse hiçbir revize ve yıkım döküm işi olmadan projeyi tamamladık.

Bu proje, benim çalıştığım dönemde, yaptığımız ilk anahtar teslim proje olmasından dolayı çok heyecan verici ve bilgileriye yenilerini eklediğim bir proje oldu. Neredeyse 1,5 yıl boyunca hergün şantiyeye giderek tüm inşaat aşamasında bulunduğumuz sorunsuz müthiş bir proje oldu. ACENDIS olarak bölgede bulunan birçok projemize bir yenisini daha eklemekten büyük mutluluk duyuyoruz.



kurumsal iletişim çözümleri

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

www.med-publish.com



ACENDIS

Together. All the way.



Your Partner for Modular Operation Theatres

» made with passion
and precision



ACENDIS TÜRKİYE

Proje Yönetimi / Project Management
Satış & Servis / Sales & Tech. Serv.

Küçükbakkalköy Mah.
Cem Sokak. No: 4
34750 Ataşehir / İstanbul - Türkiye

Tel. +90 216 - 470 49 49
E-mail bilgi@acendis.eu
Web www.acendis.com.tr

ACENDIS GERMANY

Project Management / Headquarters

Wohlenbergstr. 5
30179 Hannover
Germany

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



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