



Av. Ziyne ÖZÇELİK
TTD Hukuk Danışmanı

Sağlık Çalışanlarının Güvenliği

Sağlık çalışanlarının güvenliği dendiğinde bu günlerde aklımıza ilk önce hekimlere yönelik saldırılar geliyor. Oysa daha bundan beş altı yıl önce sağlık çalışanlarının güvenliği denildiğinde şiddet yerine çalışma ortamından kaynaklanan risklerin azaltılmasına yönelik çalışmalar gelirdi.

Sıralamada değişiklik olsa da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve çalışma ortamından kaynaklı riskler nedeniyle, güvenli ve sağlıklı koşullarda çalışma hakkına yönelik ihlaller birinci gündemi oluşturuyor. Ülkemizin imzacısı olduğu Avrupa Sosyal Şartı çalışanların sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkı için gerekli koşulları yaratmayı taraf devletlere ödev olarak veriyor.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında yer alan bazı risklerin azaltılması ve ortadan kaldırılması için örneğin radyoloji ve enfeksiyon alanlarında kimi hukuksal düzenlemeler ve çalışmalar bulunmakta ise de yapılması gereken çalışmaları bütüncül olarak gösteren bir düzenleme henüz yoktur.

Pek çok ülkede sağlık çalışanları da dahil olmak üzere çalışanların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için oluşturulmuş sağlık ve güvenlik hizmetleri organizasyonları bulunmaktadır. Ancak ülkemizde kamu sağlık kuruluşları için sağlık çalışanlarının sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik bir sağlık organizasyonu ve bu amaçla görev yapan bir işyeri hekimi bulunmamaktadır. Özel de ise kamu ya da özel sağlık kuruluşu ayrımı olmaksızın sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili riskleri önleyici, ortadan kaldırıcı çalışmalar yapan iş sağlığı ve güvenliği hizmetini zorunlu kılan bir hukuksal düzenleme de yoktur.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında çalıştırılacak personel sayılarını ve unvanlarını gösteren Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği'nde hastaneler için ayrılan kadrolar içinde örneğin işyeri hekimine yönelik

bir kadro bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği'nin yazılı önerilerine rağmen bütün dünyada bağımsız bir uzmanlık dalı olan işyeri hekimliğini uzmanlık dalı olarak düzenlemekten kaçınmaktadır. Bu tutum da bu alanda uzmanlık eğitimi verilmesini ve uzman yetiştirilmesini önlemektedir. Oysa diğer çalışanların sağlığı için olduğu kadar sağlık çalışanlarının sağlığı içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin bilimsel bir disiplin tarafından organize edilip yürütülmesi son derece önem taşımaktadır.

Bir süredir, Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Bakanı ile yaptığı görüşmelerde ilk üç gündemden birisini sağlık çalışanlarının güvenli koşullarda çalışmalarına ilişkin düzenleme yapılmasına ayırmaktadır.

Türk Toraks Derneği, üyelerine hasta yakınlarının saldırıları nedeniyle sağlık çalışanlarının sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma haklarının sağlanması için başta Sağlık Bakanı olmak üzere her düzeyde girişimlerde bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, 29 Nisan 2009 gün ve 27214 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan bir Tebliğ ile bu alanda bazı düzenlemeler yaptı. Tebliğ "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliği'nin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar" adını taşıyor. Tebliğ özel ve kamu ayrımı olmaksızın bütün sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsıyor. Tebliğ'de ağırlıklı olarak hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirler düzenlenmektedir. Ancak özellikle iki madde de sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği için bazı düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir. Bunlardan "Çalışan Güvenliği" başlıklı 15. maddede 10 başlık altında alınması gereken tedbirler belirlenirken hastalar ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmaları halinde alınacak tedbirler ayrı bir maddede düzenlenmiştir. Tebliğ'de saldırıların önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması sağlık kuruluşu yönetimine görev olarak verilirken



“Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikâyetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılır.” hükmü dikkati çekmektedir.

Sağlık kuruluşlarının Tebliğ’de belirtilen tedbirlere üç ay içinde uyma zorunluluğu getirilirken bu tedbirlere uyulup uyulmadığını denetleme amacıyla İl Sağlık Müdürlükleri

bünyesinde bir üyesi hekim olan üç kişilik özel bir denetim ekibinin oluşturulmasına yönelik düzenleme yapılmıştır.

Tebliğ’de yer alan hükümler, sağlık çalışanlarının sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkının sağlanması için yeterli olmamakla birlikte Sağlık Bakanlığı’nın bu alanda atması gereken adımların başlangıcı olması halinde olumlu bir gelişme olarak görülebilir.

Hekime Yönelik Şiddete Hayır!

Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına yönelen şiddet olaylarında ciddi bir artış

gözlenmektedir. Nitekim son birkaç yıl içinde Derneğimizin temsil ettiği göğüs hastalıkları disiplinine mensup Prof. Dr. Göksel Kalaycı ve Uz. Dr. Ali Menekşe uğradıkları saldırılar sonucu görev şehidi olmuşlardır.

Son olarak İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastanesi’nde 05.03.2009 tarihinde görevinin başında iken üyemiz olan Şef. Dr. Turan Karagöz’e yapılan silahlı saldırı, Türk Toraks Derneği yönetimi olarak bizleri son derece üzümüştür.

Görevi başında şiddete uğrayan meslektaşımızın sorunu hepimizin sorunudur. Yaşamını birey ve toplum sağlığı

için adanmış olan Türk Toraks Derneği İstanbul Şubesi üyesi Şef. Dr. Turan Karagöz’e yönelik saldırı, alıkoyma ve silahla tehditi şiddetle kınıyoruz.

Daha önce benzer saldırılarda çok değerli hekimlerini kaybetmiş bir uzmanlık derneğinin üyeleri olarak can güvenliğimizden kaygılıyız. Sağlık alanında şiddetin yaygınlaşmasını, sadece fiziksel değil sözel ve psikolojik şiddeti, şiddetin her türünü reddediyoruz.

Hekimlik mesleğinin onurunu sağlayan en önemli değer, insan sağlığına yapılan hizmettir. Sağlıklı yaşama hakkımıza sahip çıkıyoruz, bu saldırılara ve güvensiz çalışma ortamına “artık yeter!” diyor ve ivedi çözüm istiyoruz.

TTD Merkez Yönetim Kurulu



Prof. Dr. Tefvik Özlü

Sağlık Neden Piyasalaşamaz?

Piyasa, tüketiciler ile üreticiler arasında, kamu müdahalesi olmaksızın, fiyat enstrümanı kullanılarak mal ve hizmet değişimidir. Sağlık hizmetinin bir kısmının piyasa kuralları içerisinde üretilip, sunulması mümkün olsa da; tüm sağlık hizmetlerinin bu çerçevede verilmesi mümkün değildir.

Sağlığın bütünüyle piyasalaşmasının önündeki engeller (piyasa başarısızlıkları), şöylece sıralanmaktadır. Öncelikle sağlık, herkes için bir hak. Sadece parası olanın yararlanabileceği bir meta haline getirilmesi kabul edilemez. Erteleme, ikame edilmesi mümkün olmayan ve hayati sonuçlar doğuran tıbbi desteğin, ihtiyacı olan herkese hakkaniyetle verilmesi piyasa kuralları içerisinde mümkün olmaz. Sağlıkta, tüm çıktılar paraya dönüştürülemez. Ağrı, acı, ıstırap, keder; ya da yaşama sevinci, huzur, mutluluk gibi sonuçlar göz ardı edilerek, sadece parasal giderler ve menfaatler üzerinden hesap yapılamaz.

Sağlık hizmetini arz edenler ile talep edenler arasında giderilmesi asla mümkün olmayan bir bilgi asimetrisi mevcuttur. Örneğin, siz gereksinimlerinize ve bütçenize göre bir otel veya restorandan alacağınız hizmetin sınırlarını kendiniz belirleyebilir; aldığınız hizmetin kalitesini ölçebilirsiniz ve bedelini öngörebilirsiniz. Ama, bir hastaneye ya da hekime başvurduğunuzda, ihtiyacınız olan hizmeti ve size çıkarılacak faturayı hiçbir şekilde tahmin edemezsiniz. Sağlıkta girdiler, faaliyetler ve çıktılar bilenebilir olmayıp, hekime ve kuruma tam bağımlılık söz konusudur. Bilgi asimetrisinden kaynaklanabilecek suiistimalin önlenmesi, devletin müdahalesini gerekli kılmaktadır. Devlet planlamalar yaparak, hizmet sunarak, bilgilendirerek, kurallar koyarak, finansman sağlayarak, denetleyerek, pazara girişi sınırlayarak, fiyatlandırma, ruhsatlandırma ve ödemede kısıtlamalar getirerek pazar koşullarına aykırı şekilde sağlığa müdahalede bulunmak durumundadır. Bu yapılmadığı takdirde, hastalar gereksiz tetkik ve müdahalelerle, abartılı maliyetlerle yüzleşebilirler. Sağlık hizmetlerinin kullanıcıları olan hastaların algıladıkları kaliteye yönelik hizmet sunucuları, teknik kaliteyi ihmal edebilirler. Riskli olguları dışlayabilirler. Komplikasyon, morbidite ve mortalite riski yüksek olgulara, tıbbi müdahalede bulunmaktan kaçınabilirler.

Diğer yandan sağlık hizmetlerine ihtiyaç, hem arz edenler, hem de talepte bulunanlar açısından öngörülemez, tamamen rastlantıdır. Kişi aniden, hiç ummadığı bir hastalık veya kazayla karşılaşabilir. Tahmin etmediği ölçüde bir maliyetle yüzleşebilir. Sağlık hizmetleri ertelenemediğinden ve yeri başka bir şeyle ikame edilemediğinden, bu ihtiyacın karşılanması zorunludur. Sadece

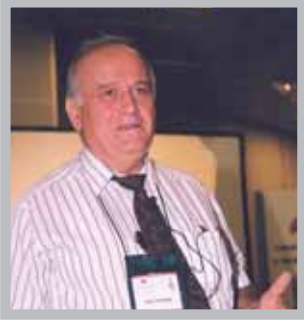
yoksullar değil, varlıklı kişiler bile, böyle bir durumda giderlerini karşılayamayabilirler. Üstelik, hastalık da yoksulluğa neden olabilir. Hizmeti sunanlar açısından ise, ani bir salgın veya savaş halinde artan talep, piyasa koşullarında yapılandırılmış kurumlar veya personel tarafından karşılanamayabilir. Özel sektörün, böyle bir olasılığı dikkate alarak yatırım yapması beklenemez.

Sağlık hizmetleri pozitif ve negatif dışsallıklar içerir. Piyasa koşullarının işlemesi için, üretilen mal veya hizmetin, sadece bedelini ödeyenlerce sahip olunması gerekmektedir. Oysa, tedavi etmediğiniz bulaştırıcı bir tüberküloz hastası, her yıl 10-15 sağlam kişiye tüberkülozu bulaştırır. Ya da kızamık veya çocuk felci aşısı yaptırdığınızda, bundan diğer kişiler de yarar görür. Diğer taraftan hasta, sadece tüketici olmayıp, sağlık hizmetinin üretim sürecine de aktif olarak katılabilmektedir.

Sağlık sektörüne girişin sınırlı olması, sağlığa talebin ekonomik gelişmişlik, eğitim ve sosyokültürel koşullara göre bölgeler arasında değişmesi nedeniyle, hiç olmazsa belirli alanlarda sağlığa tekelleşme kaçınılmaz bir durumdur. Piyasa kuralları içerisinde, sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarının dengeli dağılımının sağlanması, çoğu zaman imkansızdır. Özel sektör, koruyucu sağlık hizmetlerine ilgi duymaz. Daha çok tanı-tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönelir.

Hasta ile hekim arasındaki hukuki ilişki, sıradan bir müşteri-satıcı ilişkisi olarak nitelendirilemez. Hastayla hekim arasındaki ilişki, tüketici sözleşmesi yerine, daha çok vekalet sözleşmesi olarak kabul edilmektedir. Çünkü, hekimin elinde büyük bir güç vardır. Hekim, hem arz hem de talep oluşturma gücüne sahiptir. Tüm tıbbi müdahaleler, asıl olarak hastanın yararı gözetilerek planlanıp yürütülmelidir. Sağlık çalışanlarının ve sağlık kurumlarının çıkar ve beklentileri, hastaya herhangi bir tıbbi müdahalenin yapıp yapılmamasında belirleyici olamaz.

Bütün bu dinamikler dikkate alındığında, sağlığa Devletin aradan çekilerek sağlık hizmetini üretenlerle tüketenleri, pazar koşullarına bırakmasının olası olmadığı açıktır. Ancak bu saptama, sağlığa ekonomi kurallarının dikkate alınmayacağı anlamına gelmez. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri yüksektir ve bu maliyet giderek artmaktadır. Sağlık hizmetlerinde sosyal adaletin sağlanması kadar, hizmetlerin sürdürülebilmesi; etkinlik ve verimliliğinin korunup geliştirilmesi de vazgeçilemez hedeflerdir. Bu nedenle normatif değerler yanında pozitif değerlerin de gözetilmesi gerektiği açıktır.



Prof. Dr. Y. İzzettin Barış

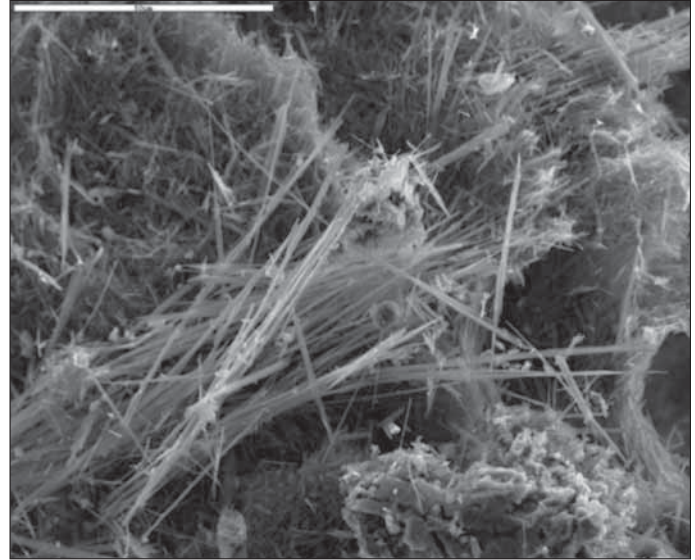
Türkiye’de Malign Mezotelyoma Trajedisi

Türkiye, Malign Mezotelyoma (MM) bakımından çok talihsiz bir ülkedir. Jeolojik yapısı itibarıyla Anadolu asbestin yoğun olduğu bir alandır. İleri ülkelerde iki bin yılının ilk yarısından sonra MM'nin asbest solunmasına bağlı olduğunun gösterilmesine karşın, bizler 30-40 sene sonra bu hastalığı öğrendik. Üstelik ileri ülkelerde meslek hastalığı iken, bizde hem meslek ve hem de çevresel bölgelerde endemik hastalıktır. Asbest yetmemiş gibi, ondan çok daha potent karsinogenik olan fibröz zeolite yani erionite, Göreme bölgesindeki köylerde MM salgınları yapmaktadır. İçinde asbest bulunan beyaz toprağın evlerin iç ve dış duvarına kireç yerine badana niyetine kullanılması veya izolasyon amacıyla çatılara serilmesi, okul bahçelerine veya yollara serilmesi; bu tehlikeli kullanım yollarının yazılı ve görsel medyada gündeme gelmesine rağmen halkın bu alışkanlıktan bir türlü uzak durmaması, tıp fakültelerinde koruyucu hekimliğe önem verilmemesi en önemli nedenlerdir (Resim 1).

MM'nin endemik olduğu yörelere ait haritamız incelendiğinde (Resim 2), Denizli'nin Tavas, Afyon'un Elmadağ, Kütahya'nın Gediz, Aslanapa, Eskişehir'in Mihalliççik, Kay-



Resim 1A. Aktopraktan Sıva



Resim 1B. Aktopraktaki Tremolite Asbest lifleri (Ian Steele'den)

maz, Mahmudiye ve Çifteler, Çankırı'nın Şabanözü, Gümerdiğin, Gürpınar, Kayı, Çaparkayı, Hacıhasan, Konya'nın, Ereğli, Ayrancı, Halkapınar, İvriz, Eskişehir, Yassıkaya, Hatay'ın Reyhanlı, Kırıkhan, Yozgat'ın Sorgun, Çekerek, Urfa Siverek, Adıyaman Besni, Kahta, Diyarbakır'ın Ergani, Çüngüş, Çermik, Malatya'nın Yeşilyurt, Doğanhisar, Tokat'ın Almus, Turhal Yeşilyurt, Erzincan'ın İliç, Ankara'nın, Edige (Elmadağ), Gölbaşı köyleri asbestle ilgili hastalıklar için endemik yörelerdir (2-5). Bu harita, MTA'da Eşref Atabey'in çalışmaları ile ortaya çıkarılan Anadolu'nun asbestli bölgelerinin haritası ile örtüşmektedir (6).

Göreme'nin üç köyü, Karain, Sarıhıdır ve Tuzköy'de ölenlerin %60-80'i MM'den kaybedilmektedir. En büyük yerleşim yeri Tuzköy olduğu için burada ölenlerin sayısı en fazladır. Köy sakinleri bu düşünceyle, yeni açılmış mezarları mezarlıkta hazır tutmaktadır. Sarıhıdır'ın yakınındaki Çökek ve Ulaşlı, Karain'in komşu köyü Karacaören ve Boyalı, Tuzköy'e yakın olan Emmiler, Kızılköy ve Gümüşkent isimli



Resim 2. Anadolu'da MM'nin endemik olduğu yerler (Koyu kırmızı alanlar)

köylerde ve Aksaray'ın Güzelyurt ilçesinin Selime köyünde de sporadik MM olguları çıkmaktadır(3).

Göreme'de bu amansız hastalığa yakalananlar, öteki dünyaya giderken, kendilerini Tıp Şehidi olarak görerek rahat etmek isterler. Ben araştırmaya başlarken, 800 nüfuslu Karain köyünde iki cami varken, ölüm ve göç sebebiyle şimdiki nüfusu 200'ün altına inmiş köye üçüncü bir cami yapılmıştır.

Göreme'deki MM'nin sebebi, milyonlarca yüz yıl önce Erciyes, Hasandağ ve Melendiz dağlarının lavlarının tarihte beyaz atlar ülkesi olarak bilinen Cappadocia'ya, yani Göreme'ye yayılması sırasında o dönemde bulunan tuz gölgelerine akmasıyla volkanik lavların kristalleşme ile oluşan lifsel yapıdaki erionite liflerinin solunmasına bağlıdır. Bu köylerin yapı taşlarının içinde bulunan erionite odaklarından iç ve dış ortama yayılan optimal ölçülerdeki (çapı 0.5 mikrondan küçük, boyu 5 mikrondan uzun) çok sivri, keskin ve akciğerde erimeyen (durabl) yapısı ile hastalık oluşturmaktadır. Akciğerin savunma hücreleri olan pulmoner alveoler makrofajlar (PAM), bu liflerle amansız bir savaşa girerler. Yaralanıp, ölen PAM'lardan açığa çıkan karsinojen reaktif oksijen radikaller, MM'nin başlamasına sebep olmaktadır. MM'li hastaların aile ağaçlarından hastalığın genetik kaynaklı olduğu düşünülmüş ve bu durum önceleri aynı ortamın paylaşılması ile izah edilmişse de şimdiki bilgilerimizle genetik bir yatkınlığın (susceptibility) etkisinin olabileceğine inanıyoruz.

Bize her zaman sorulan bir soru vardır. Fibröz zeolit, yani erionite, dünyanın bir çok ülkesinde, örneğin Yeni Zelanda'da, Japonya'da ve ABD'nin Arizona ve Nebraska eyaletinde bulunduğu halde, neden bu bölgelerde mezotelyoma yayılmamıştır? Bunun cevabı oralarda erionitli kayalardan yapılmış evlerin veya yerleşim yerinin olmamasıdır. 2009 yılında, Kliment ve arkadaşları (7), Amerikalı olmasına rağmen

uzun yıllar Meksika'da yaşamış olan orta yaşlı bir erkek hastada, erionite bağlı akciğer fibrozisi ve plevral plakla beraber malign plevra olgusu yayınladılar. Yakında başka yerlerden de böyle vakaların çıkacağını tahmin ediyoruz.

Hastalık ortalama yaşları 50-55 olan kadın veya erkeklerde görülmektedir. Nadiren çocuklarda ve gençlerde de rastlanılmaktadır. Gelen hastaya, nerede doğduğu, yaşadığı ve çalıştığı yerler sorulması endemik yerlerden gelen hastaları pek memnun etmese bile tanıda çok önemlidir. En önemli yakınmaları, plöretik veya nonplöretik göğüs ağrısı ile birlikte nefes darlığıdır.

Son senelerde MM'nin erken tanısına yönelik markerler üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Hücrelerin adhezyonunda, yani ve haberleşmesinde etkili olan 40 kDa glycoprotein olan "Mesothelin" bunlardan birisidir. Bu markerin hücre duvarına bağlanan veya serbest formları vardır. Bir monoklonal antikor olan OV569 mesotheline, mezotelyoma, over kanseri ve diğer bazı tümörlerin hücrelerine bağlanmaktadır. Mesothelin veya osteopontin gibi solubl proteinler (SMR) malign mezotelyomada marker olarak kullanılmaya başlanmıştır (8,9).

Mezotelyoma'da kemoterapiden fazla yarar sağlanamamıştır. İlaç olarak Pemetrexed (Alimta®) + Cisplatin kombinasyonu kullanılmaktadır. Bu tedavi bazı hastalarda ömrü uzatmaktaysa da, MM'de ortalama yaşam 12 ayı geçmemektedir (10).

Mezotelyomalı hastaların en önemli yakınmaları, hastalığın göğüs duvarına, mediastene, vertebralara ve karına yayılması ile ortaya çıkan çok şiddetli ağrıdır. Bu yüzden bağırıp çağırarak, hane halkını ve komşuları rahatsız eden hastalarımız olmuştur. Hekimin en önemli görevi hastanın ızdırabını durdurmak olduğu halde, MM'nin endemik olduğu yörelerde ağrı tedavisi yapılabilen küçük üniteler bulunmamaktadır. Dayanılmaz somatik ve nöropatik ağrı yüzünden, çatal kullanarak dişini çıkarmak isteyen, yakınlarını kıran hastalarımız olmuştur. Üstelik narkotik analjejikler için gerekli olan kırmızı reçete hekimlerimizin çoğunda yoktur. İsveç'te yaşayan 200'ün üstünde Karain'li vardır. Bunlar da MM olmaktadır. İsveç'teki doktorların verdiği narkotik ağrı dindiricilerden arta kalanları, izinli gelen işçiler, köyde mezotelyomalı hastaların olabileceğini düşünerek, sırf onların ağrısını durdurabilmek için, içinde narkotik hap bulunan çay paketini ev sakinlerinden birisine verirken, "Ağrısı çok olursa bundan sabah ve akşam birer tane içsin. Bu aramızda kalsın, sakın kimseye söyleme!" diye tembih ederler. Bazı hasta yakınları da, doktora kırmızı reçete yoksa "Sen onu beyaz reçeteye yaz. Ben hallederim" der. Bu şekilde içinde narkotik analjejik yazılı reçetenin renkli fotokopisini çekerek işi halletmek isterler. Aslında, bu tür ilaçların sıkı kont-



rolü, uyuşturucu alışkanlığı olanların eczanelere saldırısı gibi nedenler, eczane sahipleri de zor duruma sokabileceği için, onlar da eczanelerinde narkotik ilaçları bulundurmamak istemezler.

Aslına bakarsanız, mezotelyoma gibi kötü bir hastalıktan ölüm bir nevi kurtuluştur.

Bu tür hastalar, devamlı olarak yattıkları yerden kendilerini bir sağa, bir sola atmak isterler.

Malign plevral mezotelyomadaki dayanılmaz göğüs ağrısının sebepleri: tümörün fasya, paryetal plevra ve periost gibi duyarlı dokulara invazyonu; interkostal sinirlerin, bunların köklerinin ve paravertebral ganglionların, pleksüs brakialisin tutulması, kostalara metastaz yapması, mediastendeki damarları tutması ve bunları tıkamasıyla ortaya çıkan iskemik değişiklikler, diafrağmanın ve peritonun tutulması, batın içindeki nöral pleksuslara atlaması olabilir. Göğüs ağrısı ileri dönemde, dayanılmaz derecede çok şiddette olabilmektedir. Bu tip ağrı yüzünden intihar edenler bile vardır (Resim 4).

Mezotelyomalı hastalardaki başka bir önemli yakınma, nefes darlığıdır. Bunun sebebi plevra boşluğunda aşırı su biri-



Resim 3. Malign mezotelyomaya bağlı ağrı nedeniyle kendisini bıçaklayarak öldüren hasta

kimi ile bununla mediasteninin karşı tarafa itilmesi ve kalpten çıkan büyük damarlara baskı, perikard boşluğunda sıvı birimine bağlı olabilir. Tüp drenajı ile sıvının boşaltılması ve plörodezis, hastalarda geçici rahatlama yapar. Eğer ekokardiografide perikartta sıvı varsa ve bu tamponat yapıyorsa, perikardiosentez yapılmalıdır.

Malign mezotelyomalı hastalarda göğüs kafesi kemiklerine metastaz olması halinde, kanda parathormon'a benzeyen bir hormon yükselmesi ile oluşan hiperkalsemi durumunda hastalarda dispne ile birlikte konvüzyon gibi nörolojik yakınmalar olabileceği unutulmamalıdır. Bu durumda, kan kalsiyumunu düşüren ilaçlar kullanılmalıdır.

Kaynaklar

1. Robinson BW, Musk AW, Lake Ra et al. Malignant mesothelioma. Lancet 2005; 366: 397-408.
2. Barış YI. Asbestos and Erionite Related Disease. Semih Offset. Matbaası, 1987, Ankara.
3. Barış Y I, Akay H, Emri S. Türkiye'de Asbest ve Erionite İle İlgili Hastalıklar. Toraks Dergisi, 2007; 8: Ek 1-114.
4. Şenyigit A, Asan E, Büyükbayram H. et al. Dicle Üniversitesi Hastanesin'e müracaat eden Malign Plevral Mezotelyomalı olgularının bölgesel dağılımı. Solunum Hastalıkları 1999; 10: 115-20.
5. Metintaş M. Mezotelyoma. In eds. Akciğer ve Plevra Maligniteleri Tedavisi. Edts Göksel T, Kaya A, Başer S, Şenuzun F. Türk Toraks Derneği Okulu Kitabı. Sentez Matbaacılık, Ankara 2008; pp: 78-11.
6. Atabey E. Dünya'da ve Türkiye'de Lifsel Minerallere (Asbest ve Eriyonit) Bağlı Hastalıklar. MTA yayınları (Baskıda).
7. Kliment CR, Clemens, K, Oury TO. North-America Associated mesothelioma with pleural plaques and pulmonary fibrosis. Int J Clin Pathol 2009; 2 : 407-16.
8. Robinson BW, Creancy J, Lake R et al. Mesothelin-family proteins and diagnosis of mesothelioma. Lancet 2003; 365: 1612-6.
9. Pas HI, Latt D, Lonardo F et al. Asbestos exposure, pleural mesothelioma and serum osteopontin. N Eng J Med 2005; 353: 1564- 73.
10. Emri S. Malign plevral mezotelyomada güncel tedavi ve sorunlar. In Edts. Barış YI, Akay H ve Emri S. Türkiye'de asbest ve erionitle ilgili hastalıklar. Toraks Dergisi. 2007; 8 Ek:105-14.



Prof. Dr. Mustafa Özesmi

Hastanızla Konuşun

Sevgili Meslektaşlarım,

Performansın üniversitelere girmesiyle başlayan olaylar beni yaş haddinden önce, çok sevdiğim öğretim üyeliğinden ayrılmaya yöneltti. Çok iyi etmişim. Çocuklarım ve torunlarıma zaman ayırıp, daha mutlu yaşamaya başladım.

Kayseri Kızılay Hastanesi'nin birlikte çalışma teklifini, tüm şartlarıma evet demeleri üzerine kabul ettim. Keyifli bir çalışma ortamı. Zevkle çalışıyorum. Tabii ki üzümlü burduğum zamanlar yok değil. Bunlar hastaların bizlerden, mesleğimiz uygulamalarından yakındığı anlar. Vizitlerim ve derslerimde defalarca değinip, tartıştığım konular. "Dinlersen unutursun, okursan hatırlarsın, yaparsan öğrenirsin." kuralı gereği yazmak istedim.

Değişen bir şey yok aslında. Evirip söylüyor, çevirip yazıyoruz. Hastamızın aynen kendimiz gibi insan, üstelik muzdarip ve endişeli olduğunu unutuyoruz. Bir iç hastalıkları başvuru kitabında müellif "Hastanızla konuşun." cümlesini üç defa arka arkaya yazmıştı. Almanya'da çalıştığım Klinik St. Blasien 100 yıllık bir sanatoryumdu. Yanı başımızda son derece modern bir sigorta hastanesi %40-50 dolulukta çalışırken, biz hep tam doluyduk. Hastalarımıza neden o hastaneyi değil de, bizim eski hastanemizi tercih ettiklerini sorduğumda; "Orada hasta yok. Bizler o hastanede birer numarayız. Üç numarayı röntgene götürün, Üç numaranın enjeksiyonunu yapın. Üç numarayı.... Bakın sizinle konuşup anlatıyoruz. Bize isimimizle hitap ediyorsunuz." demişti. Hastalarımızdan benzer yakınmaları şimdi ülkemizde dinliyorum.

Yıllık izinlerimde memleketim Ödemiş'e giderdim. Öğrenci iken yanında pratik yapıp, çok şey öğrendiğim iç hastalıkları uzmanı Dr. Muammer Kamalı ağabeyimi ziyaret ederdim. Hastası çok olduğundan hem kahvemizi içer hem de birlikte hasta bakardık. Bir hastanın anamnezini alıp, muayeneye kalktı. Bir teşhise varamayınca bana bakıp ne diyorsun dedi. Hasta bulantı ve kusmadan yakındığı için "En sık görülen hastalıklar teşhiste en fazla olasılığa sahiptirler" ağzından hiç solucan ge-

lip gelmediğini sordum: "Evet doktor bey, iki gün önce geldi" demez mi! Muammer ağabey, "niye söylemedin be kadın" dediğinde, hastanın cevabı "sormadınız ki doktor bey" oldu. 1500 sene evvel ülkemizde yaşamış meşhur doktor Efesli Rufus: "Hastaya sorun hastalığını size söyleyecektir" diye yazmış.

Hemoptizi yakınması olan hasta tüberküloz, bronşektazi, pulmoner tromboemboli yönlerinden tetkik edilip, kumadınize edilmiş. Romatizma geçirdin mi? sorulmamış. Birinci kalp sesi son derece kuvvetli, mitral açılma sesi ve bariz rulman mevcut. Kalbi dinlenmemiş. Toraks BT'de kocaman sol atrium. BT raporunda kalbe ait bilgi yok. İki binli yıllarda Dünya Psikiyatri Derneği Başkanı "Şimdi hekimler hastalarını makinelere gönderiyorlar. Teşhis konamadığında bir diğer makineye sokuyorlar" demiş. Sekiz on sene evvel bir İngilizce makalede "Hastanın MR dahil tüm tetkikleri yapıldığı halde teşhis koyamayınca; bir de hastayı muayene edelim dedik" yazıyordu. Propedötik kitaplarında hastaya bazı şeylerin sorulmamış olması bir dereceye kadar mazur görülebilir. Lakin herhangi bir organın muayene edilmemiş olması tıbbi hatadır diye yazar.

Pnömoni teşhisi konup reçete verilen hastanın ateşi hiç ölçülmemiş. Pek çok poliklinikte bir paragraf dahi anamnez alınmıyor. Hasta dosyalarında meslek, doğum yeri bilgileri dahi noksan, ateş, nabız, tansiyon arteriyal yok, ön tanı yok. Tetkiklerin tamamı yapılmış... Üniversitelerde bazı hocalarımız vizitlerini seminer odasında dosya üzerinden yapıyor. Klinik öğretimi usta-çırak eğitimi değil mi? Nerde kaldı "Hastalık yok hasta vardır." Klinik sanat değil miydi?

Performans uygulayan hastanelerde 80-100 hastaya bakılıyor. 90 hasta baktım diyen bir meslektaşım hakkıyla baktım diyebiliyor. Evet sadece bakıyor!

Hekimler ve eğitimciler olarak özeleştiriyeye ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum.