



dergi



**İDO
Anadolu
Yakası
İrtibat
Bürosu
açıldı**



**Sağlık
hakkına
engel**



**POS Cihazı
kullanım
zorunluluğu
başladı**



**Endodontik
giriş
kavitesinin
hazırlanması**



**ÇÖZÜME
TALİBİZ**

Yeni dönem başlıyor

Mustafa
Düğencioğlu



Değerli Meslektaşlarım;

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giriyor. Sosyal güvenlik kurumları artık tek çatı altında toplanacak. Yasanın olumsuzluklarını başından beri sizlerle paylaştık. Birçok hak kayıplarına neden olan bu yasaya başından itibaren karşı çıktık, karşı çıkmaya da devam edeceğiz. Ayrıca genel sağlık sigortası uygulamalarından olumlu bir sonuç beklemediğimizi belirtmek isterim.

Sevklı hastaların tedavi bedelleriyle ilgili Danıştay kararlarını sizlere açıkladık. Danıştay 2. ve 10. Daire Mahkemeleri kamudan sevk alan hastaların tedavilerini özel sağlık kuruluşunda yaptırdığında tedavi bedellerine ilişkin fark ödemesi kararını verdi. Ardından Maliye Bakanlığı sevklı hastaların TDB Asgari Ücret Tarifesi üzerinden tedavi hizmetlerini alabileceklerini açıklamasına rağmen, Sosyal Güvenlik Kurumu bir açıklama yaparak hastaların hizmet bedellerinin Sağlık Uygulama Tebliği'nde belirtilen fiyatlar üzerinden alabileceklerini açıkladı. SGK bu tutumuyla mahkeme kararlarına karşı çıkmanın yanı sıra sosyal devlet olmanın gereklerini de yerine getirmemiştir.

Bunca yıldır "ağız diş sağlığı hizmetlerine talep yoktur" diyerek dişhekimliği hizmetlerine üvey evlat muamelesi yapan, toplumun ağız ve diş sağlığı sorunlarının hiçe sayan anlayış önümüzdeki süreçte de devam edecektir. Dişhekimleri gittikçe daha zor koşullarda içinde hizmet vermeye çalışmaktadır. Kendi hesabına çalışan meslektaşlarımızın işçileşme süreci başlamıştır. Bu durum muayenehanelerin korunmasının önemi ortaya çıkarmaktadır. Hep beraber muayenehanelerin korunması, kamuda ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan meslektaşlarımızın özlük haklarının korunması ve

halkın ağız, diş sağlığı sorunlarının çözümü için hep birlikte mücadelemizi artıracacağız. Haklarımızı alana kadar eylemlerimizi sürdüreceğiz. Bir arada olursak güçlükleri aşacağımıza inanıyorum.

Sağlık Bakanlığı sözleşmeli statüsünde dişhekimleri atanmasında gayri ciddi bir şekilde, evrak eksiltmeleri yaşandığını belirterek dişhekimi atamalarının iptal edildiğini açıkladı. Bu olay ülkemizde en önemli konumda olan Sağlık Bakanlığı'nın ciddiyetini göstermektedir. Meslektaşlarımızın bu şekilde mağdur edilmesi kabul edilemez.

Yeni dönem başlarken Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Programımız belirlendi. Sizlerden gelen önerileri de göz önüne alarak hazırlanan eğitim programının birçok eksikliğimizi tamamlayacağına inanıyorum.

Değerli Meslektaşlarım,

Anadolu Yakası İrtibat Bürosu açılışına ilişkin bir çok meslektaşım memnuniyetini ifade etti. Oda hizmetlerini Anadolu Yakası'ndaki üyelerimize yakınlaştırdık.

22 Kasım Dişhekimliği Günü'nü de içine alan Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Haftası yaklaşıyor. Bu haftayı bilimsel dişhekimliğinin kuruluşunun 100. yılı içinde kutlayacağız.

Ülkemiz zor günler yaşıyor, dişhekimleri zor günler yaşıyor. Bu zorluklar içinde bir nebze olsun soluk alalım, 22 Kasım Ağız ve Diş Sağlığı Haftası kapsamında düzenlenecek sosyal etkinliklerde buluşalım.

Güzel bir dönem geçirmenizi diliyorum. Dünya Barış Günü'nü ve bayramınızı kutlar, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Sevgi ve saygılarımla,

dergi

Yönetim Yeri ve Adresi

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI
Cumhuriyet Caddesi Safir Ap. No:361 D:3 34367
Harbiye / İSTANBUL
Tel: 0212 225 03 65 - 0212 296 21 05
Faks: 0212 296 21 04
www.ido.org.tr
ido@ido.org.tr
dergi@ido.org.tr

İmtiyaz Sahibinin Adı ve Adresi

Mustafa Düğencioğlu
Cumhuriyet Caddesi Safir Ap.
No: 361 D:3 34367
Harbiye / İSTANBUL

Sorumlu Müdürün Adı ve Adresi

Mehmet Tarık Tuncay
Cumhuriyet Caddesi Safir Ap.
No: 361 D:3 34367
Harbiye / İSTANBUL

Dergi Adı
dergi

Yayın Türü
Yerel süreli yayın
(iki ayda bir yılda altı sayı yayımlanır)

Baskı
Mega Basım
Mega Basım Yayın ve Tic. A.Ş.
Çobançeşme Mah. Kalender Sok. No: 9
34530 Yenibosna/İSTANBUL
Tel: 0212 551 11 19

Basım Yeri ve Tarihi
İstanbul - Eylül 2008

Yayın Kurulu
Gülsüm Ak
L. Yakut Alkaner
Sevil Arslan
Pınar Ezerler İzar
Nesrin Koçer Ülker
Müge Özarı
Süha Sertabiboğlu
Fusun Şeker Karagören

Yazarlar
İlhan İşler
Nilgün Onarıcı

İDO Adına Reklam Koordinatörü
Şebnem Akçıl
sebnem@tetrailetisim.com
Tetra İletişim
Tel: 0212 219 96 76

Fotoğraf
Sinan Kesgin

Redaksiyon
Süha Sertabiboğlu

Yayın Sekreteri
Çağla Oflaş

Teknik Koordinasyon
PUNTO Baskı Çözümleri
Halaskargazi Cad. Sait Kuran İş Mrkz.
No:301/5 34381 Şişli-İstanbul
Tel: 0212 231 30 67
www.puntops.com

Editöryal ve Teknik Üretim
TETRA İletişim Hizmetleri
Halaskargazi Cd. Sait Kuran İş Mrkz.
No: 301/5 34381 Şişli - İstanbul
Tel: 0212 219 96 76
tetra@tetrailetisim.com
www.tetrailetisim.com

122. sayı 6750 adet basılmıştır.
Dergi'de yer alan yazıların hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir.



Tarık Tuncay

ido@ido.org.tr

Yol ayrımında...

Değerli Meslektaşlarım,

Yaz aylarından süregelen gündem yoğunluğu ile sonbahara hızla girdik. Çevremizde ve yurt dışında gelişen siyasi ve ekonomik çalkantının etkisi bilinmez ama mesleki alanda da oldukça hareketli bir zemin ve artçı etkileri gözlemleniyor.

Danıştay'ın açıkladığı son karar çerçevesinde medyada kopan bir fırtına ile aslında yıllardır geliştirilerek verilen hukuki kararlara "uluslararası hukuka" atfı yapılan bir yenisi daha eklendi. Buna uygun düzenlemeler ile idari yönetimin duruma uyum sağlayacağı sanılırken SGK'nın ben bunları tanımam yazısı ile hükümetin ağız dışı sağlığına bakışı belli oldu.

Böylece ortaya çıkan tabloda hizmet sunumunun idari yollardan ziyade siyasi yollardan halledileceği anlaşıyor....

Bugüne kadar geline süreçte masadaki işleşi beğenmeyen ve "ben bunu şahsi çabalarım ile hallederdim" diyenlere de sormak gerekmiyor mu?

TDB ve Odalarının yöneticileri olarak pek çoğumuz aleyhimize yapılmak istenen, kanun teklif ve değişiklikleri başta olmak üzere tüm menfi girişimlere karşı, işin bir ucundan tutup canla, başla çalışırken neredeydiniz?

TDB ve Odalarının, başkanlar toplantıları ve komisyon çalışmaları sonucunda oluşturup

sunduğu teklif paketi örnekleri ve detayları ile yaşanan süreçler hakkında TDB MYK üyeleri Tuncer Taşkın ve Tümay İmre'nin anlatımını ve İDO Başkanımız Mustafa Düğencioğlu'nun konuya genel yaklaşımını sizlere aktarıyoruz.

Son gelişmeleri aktarmak adına yayımını biraz beklettiğimiz DERGİ'mizde ayrıca yeni döneme yönelik eğitim çalışma programını ve kahvaltılı bölgesel toplantılara ait takvimimizi de bulacaksınız.

Ayrıca yeni dönem komisyonlarımızda görev alan arkadaşlarımız ile odamızla ilgili sorun ve taleplerinizde öncelikli olarak başvurabileceğiniz ilçe temsilcilerimizin listesini de bu sayımızda sizlere sunuyoruz.

Bu sayıda İstanbul'da yaşarken gündelik hayatımızda belki de pek farkına varmadığımız ama sanki Osmanlı'dan Cumhuriyet'e değişimi ve tarihi taşıyan bir tanık olarak deniz fenerlerimiz hakkında bilgiler bulacaksınız... Önümüzdeki gündem yoğun

Bu çalkantılı sularda gelecek günler bizlere ve mesleğimize neler getirecek? Bakanlıklar son teklifleri nasıl karşılayacak? Bizim yaklaşımımız ne olacak?

Kasım-Aralık sayımızda buluşmak üzere...



Oda Haberleri	8
Dosya: Çözüme talibiz!	28
Bilimsel: Endodontik giriş kavitesinin hazırlanması	42
İnceleme: SGK sevklerde sağlık hakkına ulaşımı engelledi	50
Hukuki değerlendirme	51
Yakın Plan: Dişten kök hücre elde edildi	52
Bilimsel: Dişhekimliği ve ergonomi	54
Bilimsel: Alzheimer'de dişhekiminin yaklaşımı nasıl olmalı?	60
Röportaj: Doç. Dr. Bekir Karabucak	
"İdeal döner alet sistemi var mı?"	64
Sosyal Sorumluluk: Türkiye Korunmaya Muhtaç Çocuklar Vakfı	66
Röportaj: Dişhekimisi Şahin Filik	
Tıp Olimpiyatlarında şampiyonluk sevinci	68
Sizlerden: Mesleğinizi yaşamınız haline dönüştürün!	71
Sanat Gündemi: Kum Torbası	72
Kitap	73
Sağlık Dünyası	74
Kısa Yolculuk: Deniz Fenerleri	76
Duyuru	78
Kalem Kamil	80

Reklam Dizini

Line Dental	Ön Kapak içi
D-Mar	1
Glaxo Smith Kline	2-59-63
Bahar Dental	4
Güney Dental	7
Güney Diş	17-19
Meditek	41
Metek	47
ADT Dental	48-49
Teknodent	65
EDAD	75
TEB	Arka kapak içi
Sanovel	Arka Kapak

İstanbul Dışhekimleri Odası Anadolu Yakası'nda

İstanbul Dışhekimleri Odası, Anadolu Yakası'ndaki dışhekimlerinin hizmete ulaşımını kolaylaştırmak için Kadıköy'de bir irtibat bürosu açtı. Bu yakadaki dışhekimlerinin yaşadıkları sorunlara daha hızlı yanıt verebilmek, bir araya gelerek aralarındaki iletişimi artırmak, dışhekimlerinin Oda'yla ilişkilerini geliştirmek amacıyla açılan büro, çeşitli platformlarda birlikte hareket eden dört sağlık odasıyla birlikte ortak kullanılacak.

İstanbul Dışhekimleri Odası, Anadolu Yakası'nda çalışan üyelerine artık Kadıköy'deki bürosundan hizmet verecek. Hazırlıkları geçtiğimiz yıl başlatılan irtibat bürosu 13 Ağustos'ta düzenlenen bir kokteyle açıldı. Açılış törenine Türk Dışhekimleri Birliği Genel Başkanı Celal Yıldırım, İstanbul Dışhekimleri Odası Başkanı Mustafa Düğencioğlu, Başkan Vekili Prof. Dr. Serdar Çintan, Genel Sekreteri Aret Karabulut, Sayman Ali Yüksel Çalışkan, Yönetim Kurulu üyeleri Nermin Erdal, Tarık Tuncay, Sevil Al, Songül Yargıcı, Denetleme Kurulu Başkanı Prof. Dr. Turhan Atalay, Denetleme Kurulu üyesi Güler Gültekin ve İDO üyeleriyle İstanbul Veteriner Hekimleri Odası Başkanı Prof. Dr. Murat Arslan, Genel Sekreteri Seyhan Özavcı, Yönetim Kurulu üyeleri İsmet Çolakel ve Kemal Kutlay katıldı.

Sahip olduğu konfor ve donanımıyla dışhekimlerine İDO'nun çalışmalarını daha yakından izleme olanağı sunan büro, aynı zamanda meslektaşlar arasındaki iletişimin de artmasına katkıda bulunacak. İrtibat bürosu Anadolu Yakası'nda çalışan yaklaşık iki bine yakın dışhekiminin Oda çalışmalarına mesafeler ve çeşitli zorluklar sebebiyle sınırlı kalan katkılarını artırmayı hedefliyor. İrtibat bürosu İDO'nun yanı sıra İstanbul Eczacılar Odası, İstanbul Veteriner Hekimleri Odası ve İstanbul



bul Tabip Odası'yla birlikte ortak kullanılacak.

Çeşitli platformlarda birlikte hareket eden dört sağlık meslek odası şimdi aynı mekanda yan yana çalışmanın avantajlarından yararlanacak. Anadolu Yakası'nın en merkezi noktası sayılan Kadıköy'de açılan büro yaklaşık 90 kişilik bir konferans salonuna sahip. Ayrıca diğer meslek örgütleriyle birlikte ortak kullanılan bir de toplantı odası var. Dışhekimlerinin geldiklerinde sohbet edecekleri lokal bölümünde de çay ve kahve servisi yapılıyor. Büronun donanımlarının zamanla genişletilmesi konusunda çalışmalar sürdürülüyor.

Hizmete ulaşmayı kolaylaştıracamız

Kokteylde kısa bir konuşma yapan Dışhekimleri Odası Başkanı Mustafa Düğencioğlu, Kadıköy'de bir büro açmış olmanın sevincini yaşadıklarını söyleyerek, "Bundan böyle Anadolu Yakası'nda çalışan üyelerimizin hizmete ulaşımını kolaylaştıracamız" dedi. Kadıköy'deki büronun açılışının öncelikle bir ihtiyaçtan kaynaklandığını belirten Düğencioğlu, "Anadolu Yakası'nda iki bine yakın dışhekimimiz çalışıyor. Buradaki meslektaşlarımız özellikle İstanbul trafiği yüzünden zamanında ve yeterli hizmet alamıyorlardı. Bu sorunu gidermek için geçen yıldan başlayarak yürüttüğümüz çalışmalar sonuç verdi ve diğer meslek odalarıyla

İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı
Mustafa Dügencioğlu



Dişhekimisi Jale Azizi



Dişhekimisi Nehir Saral Selçuk



la birlikte Kadıköy'de bir irtibat bürosu açmaya karar verdik. Şimdi artık yeni bir buluşma noktamız daha var" dedi.

Dört sağlık meslek odasının bir arada olmasının çok önemli olduğuna da değinen Dügencioğlu, sözlerini şöyle sürdürdü: "Sağlık meslek odalarının hedefleri aynı; halkın sağlık sorunlarıyla ilgileniyoruz. Bu bağlamda yürütülen birçok platformda birlikte çalıştık, diğer sağlık odalarıyla birlikte Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı'na karşı durduk. Güçlerimizi birleştirerek bu birlikteliği devam ettirmek istiyoruz." Kadıköy'deki büronun Anadolu Yakası'nda çalışan dişhekimlerine iyi hizmet vereceğine inandığını belirten Dügencioğlu, buradaki çalışma performansına bakarak ileride Bakırköy'de de bir büro açabileceklerini söyledi.

Odalar arasında güçlü sinerji

Kokteyle katılan İstanbul Veteriner Hekimleri Odası Yönetim Kurulu Başkanı Prof. Dr. Murat Arslan da bu avantaja dikkat çekerek şunları söyledi: "İstanbul Veteriner Hekimler Odası aynı zamanda Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu içinde yer alıyor. Koordinasyon, hükümetlerin çıkardığı sağlık politikalarına yönelik programlar hazırlıyor, eylemler düzenliyor. Birlikte olmanın avantajlarını kullanıyoruz. Aslında Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu'yla ilgili birlikte hareket etme olanağını yakalamıştık.

Ama şimdi mekan olarak da yan yana yız. Birbirini tamamlayan meslekler bir arada. Daha yakın ilişkiler içinde olacağımızı ve bunun çok yararlı olacağını düşünüyorum. Aynı mekanda olmak her faaliyetten haberdar olma olanağı sağladığı gibi, sağlık ve sosyal anlamda da birlikte olmayı, paylaşmayı ve dayanışmayı getirecektir."

Uzaklık tarih oldu

Kokteyle katılan genç Dişhekimisi Nehir Saral Selçuk işyerinin Bahariye'de olduğunu vurgulayarak, Kadıköy'deki büronun kendilerine sağlayacağı en büyük avantajın yakınlığı olduğunu dikkat çekti. Kadıköy'den İDO'nun çalışmalarını izlemek için Harbiye'ye gitmenin zorluğuna ve neden olduğu ciddi bir zaman kaybına değinen Selçuk, "Eğitim, seminer gibi çalışmalara daha kolay katılabileceğiz artık" dedi.

Kırk beş yıldır mesleğini sürdüren Jale Azizi de Kadıköy'deki büronun açılmış olmasından duyduğu memnuniyeti dile getirdi. İDO'nun bütün çalışmalarını yakından izlemeye çalıştığını, ancak ulaşım sorunu nedeniyle hepsine katılamadığını belirten Azizi, "Kadıköy'deki büro sayesinde bu sorun önemli ölçüde giderilmiş olacak" dedi.

Azizi, irtibat bürosu aracılığıyla kendilerini ilgilendiren gelişmelerden daha kolay haberdar olacaklarına inandığını da sözlerine ekledi.

İDO Anadolu Yakası İrtibat Bürosu'nda verilen hizmetler

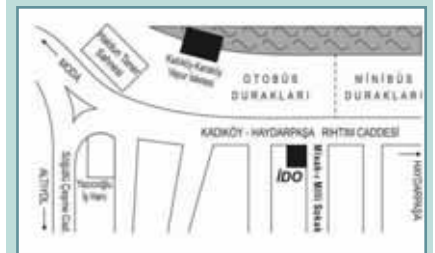
Anadolu Yakası'nda bulunan meslektaşlarımız irtibat bürosundan:

- Üyelik başvurularını yapabilirler.
- Aidatlarını ödeyebilirler.
- Oda kayıt belgelerini alabilirler.
- Önceden haber vermek koşuluyla TDB Kimlik Kartlarını alabilirler.
- Tabela Uygunluk Belgesi başvurusu yapabilirler
- Önceden haber vermek koşuluyla Tabela Uygunluk Belgelerini alabilirler.
- Bağ-Kur formlarını onaylatabilirler.
- Muayenehane açılış, kapanış ve nakil dilekçelerini verebilirler.
- Tıbbi atık poşeti ile kovası, serbest meslek makbuzu ve hasta takip kartlarını temin edebilirler.

İletişim için: 0.216 338 98 93

Faks: 0.216 338 98 96

Adres: Rıhtım Cad. Misak-ı Milli Sok. İdil Han No:4/3 Kadıköy



Meslektaşlarımızı dinliyoruz

Muayenehanelere yaptığımız ziyaretlerde; meslektaşlarımız Odanın yayın organı Dergi'den Sürekli Dişhekimliği Eğitimine, belediyelerle yaşanan tabela sorunlarından kamunun muayenehanelerden ağız ve diş sağlığı hizmetleri satın almasına kadar pek çok konudaki görüş ve önerilerini dile getirdiler.

İDO Yönetim Kurulu üyesi Sevil Al ve İlçe Temsilcileri Komisyonu üyesi Hikmet Bilge meslektaşımız Neşet Güneli'yi (ortada) muayenehanesinde ziyaret etti.



İDO İlçe Temsilcileri Komisyonumuz meslektaşlarımıza İstanbul Dişhekimleri Odası'nın politikalarını ve çalışmalarını aktarmak amacıyla ilçelerdeki muayenehaneleri ziyarete başladı. Sırasıyla 30 Temmuz 2008 tarihinde Kadıköy ilçesindeki meslektaşlarımız B.Metin Yıkılmaz, İsmail H.Bayraktar'la, 13 Ağustos 2008 tarihinde Üsküdar ilçesindeki meslektaşlarımız Kenan Aydın, H. Asım Arslan, Mehmet Akmehmet, Neşet Güneli ve Üsküdar Sağlık Grup Başkanlığı'ndan Ekrem Özgelen'le, 27 Ağustos 2008 tarihinde Bahçelievler ilçesindeki meslektaşlarımız Lütfü Gündoğdu, Yavuz İnal ve 3 Eylül 2008 tarihinde Bağcılar ilçelerindeki meslektaşlarımız Nihal Özçelik, Bahtiyse Özgür, Fatma Taşçı, Ercüment Salt'la görüştük. Toplam 13 meslektaşımızın muayenehanesine yapılan ziyarete İDO Yönetim Kurulu üyesi Sevil Al, Üsküdar Bölge sorumlusu Hikmet Bilge, Kadıköy Bölge sorumlusu M. Bora Öcal ve Bağcılar İlçe Temsilcisi Cengiz Demirtaş katıldı.

Oda çalışmaları hakkında ayrıntılı bilgilendirmenin yapıldığı ziyaretlerde meslektaşlarımız; muayenehanelerinden çıkamayan dişhekimlerini bilgilendirme açısından bu tür ziyaretleri çok olumlu bulduklarını ifade ettiler. Birebir yapılan görüşmelerde meslektaşlarımız; Odanın yayın organı Dergi'den Sürekli Dişhekimliği Eğitimine, belediyelerle yaşanan tabela sorunlarından kamunun muayenehanelerden ağız ve diş sağlığı hizmetleri satın almasına kadar pek çok konudaki görüş ve önerilerini dile getirdiler.

Çalışmalar olumlu

Birçok meslektaşımız oda çalışmalarını olumlu bulduklarını belirtirken, odanın dişhekimleriyle iletişimini daha fazla arttırmasını isteyenler de oldu. Özellikle sözleşmeli hekimlik ve

güncel konulardaki gelişmelere ait bilgilendirmenin daha hızlı aktarılması gerektiği vurgulandı. Ziyaretlerde merkezi yerlerde tıbbi atık sorununun çözümlendiği görülürken, periferilerde bulunan meslektaşlarımız tıbbi atıklarının alınmadığından şikayet ettiler. Tabela standartları hakkında da görüştüğümüz meslektaşlarımız, Odayı aradıklarında Oda sekreteryası tarafından dişhekimlerinin bu konuda ayrıntılı olarak bilgilendirilmesini istediler. İlk dönemlerde meslektaşlarımız tabela uygunluk belgelerini geç almaktan şikayet ediyorlarken, bu ziyaretlerde konuyla ilgili şikayete rastlanmadığı gibi, denetimlerde oda temsilcileriyle de bir sorun yaşanmadığı tespit edildi.

"Her türlü eylemde varım"

Meslektaşlarımızla yapılan görüşmelerde kamunun muayenehanelerden ağız ve diş sağlığı satın alması konusu ağırlıklı gündemi oluşturdu. Mesleğin geleceğiyle ilgili çeşitli kaygılarını

İDO Yönetim Kurulu üyesi Sevil Al meslektaşımız Mehmet Akmehmet'in muayenehanesinde



Erikli Yaylası ve Şelalesi'ne gidiyoruz

26 Ekim 2008, Pazar
Yalova - Çınarcık

İlçe Temsilcileri Komisyonu üyesi
M. Bora Öcal meslektaşımız
İsmail H. Bayraktar'ın muayenehanesinde



paylaşan meslektaşlarımız, hasta kapasitesinin düşmesine bağlı ekonomik sıkıntı yaşadıklarından, yeni açılan ağız ve diş sağlığı merkezlerinin hasta gelişini etkilediğinden şikayet ettiler. Kamunun muayenehanelerden hizmet satın almasıyla ilgili Bağcılar ve çevresinde bulunan bazı meslektaşlarımız muayenehanelerin iflas etme kaygısıyla istemeden de olsa hayatta kalamamak için asgari ücretin altında çalışmayı kabul edecek pek çok dişhekiminin olduğunu söyledi. Ancak pek çok meslektaşımız muayenehanelerin sistem içinde olması gerektiğinin altını çizerek, asgari ücretin altında verilen ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kaliteyi düşüreceğini söylediler. Bu anlamda birçok meslektaşımız mesleğe sahip çıkma adına Oda'nın düzenlediği eylemlere katılacaklarını ifade ettiler.

"Dergiden memnunum"

Yapılan görüşmelerde Oda dergisiyle ilgili görüşlerini sorduğumuz meslektaşlarımız Dergi'yi büyük bir ilgiyle takip ettiklerini ifade ettiler. Meslektaşlarımız, derginin mesleki konulara ağırlık vermesini olumlu bulduklarını söyleyerek ürün tanıtımlarına daha fazla yer verilmesi gerektiğini belirttiler. Dergi'de TDB'nin çalışmaları ve mevzuatla ilgili konular, bilimsel yazılar ve ülke gündemiyle ilgili sosyal konuların da daha ağırlıklı yer alması yönünde öneriler getirdiler.

"Yeterli zaman bulamıyorum"

İDO'nun en önemli etkinlikleri arasında ilk sırada yer alan mezuniyet sonrası eğitim konusuyla ilgili meslektaşımızın da görüşleri alındı. Sürekli dişhekimliği eğitimi programlarını zaman yetersizliğinden takip edemediklerini ifade edenler de oldu. Eğitimlere katılan bazı meslektaşlarımızda periodontoloji ve beyazlatma konusunun programlar da yer alması gerektiğini söyleyerek bilimsel etkinliklerin muayenehane pratiğine yönelik olmasını talep etti.

İDO Sosyal İşler Komisyonu'nun organizasyonu ile Erikli Yaylası ve Şelalesi'ne yürüyüş düzenliyoruz. Yalova Teşvikiye Köyü'nün yukarındaki Erikli Yaylası'ndan başlayan yürüyüşün ilk etabı şelaleye gidiş ve dönüş şeklinde. Öğle yemeğinden sonraki etap ise Teşvikiye Köyü'ne patikadan inişi kapsıyor. Öğle yemeği Erikli Yaylası'nda yeniyor.

Ulaşım: Midibüs ile yaklaşık 2.5 saat.

İstanbul'a dönüş saat 20.00 civarı.

Yürüyüş Süresi: Yaklaşık 3 saat.

Yürüyüş Mesafesi: Yaklaşık 8 km.

Kahvaltı: Poğaçı, açma, meyve suyu.

Öğle Yemeği: Barbekü sucuk, mantar, turşu, helva, meyve, cola, fanta, salatalık, biber, domates ve gofret.

Derece: Orta, herkes katılabilir.

Ekipman: Yürüyüş botu, yağmurluk, yedek giysi, su, küçük sırt çantası.

Fiyat: 60.00 YTL. (Ulaşım, rehberlik, sabah ikramı, öğle yemeği, ikramlar dahil.)

Hareket yer ve saati:

İncirli Boyner Mağazası önü:	Saat: 06.30
Taksim AKM önü:	Saat: 07.00
Beşiktaş Yıldız Üniversitesi Durağı:	Saat: 07.15
Kadıköy Evlendirme Dairesi önü:	Saat: 07.30
E-5 Göztepe Sapağı Durağı:	Saat: 07.40
E-5 Bostancı Sapağı Durağı:	Saat: 07.50

Rehber: Her araçta 2 rehber olacaktır. Rehberlerde ilk yardım ve acil durum malzemeleri (telsiz) bulunmaktadır. Eğer kullandığınız özel bir araç varsa lütfen yanınızda bulundurun.

Bilgi için:

Ferah Ulu GSM: 0. 532 423 87 36

Filiz İskender Muayenehane Tel : 0.212 626 47 12

Erkan Onurlu Muayenehane Tel: 0.216 566 99 73

Kayıt için :

Çağla Oflas 0.212 296 21 06/116 dahili

Ödeme için:

Yapı ve Kredi Bankası Harbiye Şubesi

Şube Kodu : 931 Hesap No: 81802288 havale masrafı alınmayacaktır.



SAĞLIK MESLEK ODALARI KOORDİNASYONU



SMOK çalışmaları devam ediyor

Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu toplantılarının gündemini Anadolu Yakası İrtibat Bürosu ve hükümetin son yıllardaki sağlık politikaları oluşturdu. 27 Ağustos 2008 tarihinde gerçekleştirilen toplantıya katılan koordinasyon temsilcileri, sağlık politikalarının mesleki yansımalarını içeren sunumlar yaptılar.

Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu (SMOK) 23 Temmuz 2008 tarihinde Anadolu Yakası İrtibat Bürosu'nda toplandı. İstanbul Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri Aret Karabulut'un temsil ettiği toplantıya İstanbul Tabip Odası adına Başkan Prof. Dr. Özdemir Aktan, Genel Sekreter Hüseyin Demirdizen, Yönetim Kurulu üyesi Nazmi Algan, İstanbul Veteriner Hekimleri Odası adına Başkan Prof. Dr. Murat Arslan, Genel Sekreteri Seyhan Özavcı, İstanbul Eczacı Odası adına Genel Sekreter Cenap Sarılioğlu ve Sayman Ruşen Dündar katıldı.

Toplantının birinci gündem maddesinde Anadolu Yakası İrtibat Bürosu görüşüldü. İrtibat bürosundaki eksiklikler değerlendirilerek, en kısa zamanda tamamlanmasına karar verildi.

Sağlıkta yaşanan son gelişmelerin de ele alındığı toplantıda, 27 Ağustos 2008 tarihinde İstanbul Dişhekimleri Odası'nda hükümetin sağlık sistemindeki uygulamalarıyla ilgili bir toplantı yapılmasına karar verildi. 5. Dünya Su Forumu'na alternatif olarak yapılan Alternatif Su Forumu hazırlık çalışmalarında SMOK olarak yer alınması konusunda ortak karara varıldı. Forumun yürütme-

sinde SMOK adına İstanbul Tabip Odası bulunacak.

Sağlık Nereye gidiyor?

Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu toplantısında hükümetin sağlık politikalarının hekimlere etkileri tartışıldı. 27 Ağustos 2008 tarihinde gerçekleştirilen toplantıya İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Düğencioğlu, Genel Sekreteri Aret Karabulut, Yönetim Kurulu üyeleri Fatma Balpetek, Tarık Tuncay, İstanbul Tabip Odası Genel Sekreteri Hüseyin Demirdizen, İstanbul Veteriner Hekimleri Odası Genel Sekreteri Seyhan

Özavcı, Yönetim Kurulu üyeleri İsmet Çolakel ve Kemal Kutlay katıldı.

Toplantının başında Denttürk Futbol Takımı Kaptanı Dişhekim-i Şahin Filik, Sağlık Çalışanları Spor Kulübü çalışmaları hakkında bilgi verdi. Kulüp çalışmalarının kurumsallaşması ve sağlık meslek odaları üyelerine yaygınlaştırılması için destek istedi. Aynı noktadan hareketle odaların dergilerinde spor sayfası hazırlaması teklifi kabul edildi.

Toplantıya katılan sağlık meslek örgütleri temsilcileri son yıllardaki sağlık politikalarının mesleki yansımalarını içeren sunumlar gerçekleştirdiler. Hükümetin son altı yıldır uyguladığı politikaların sağlık çalışanlarına etkisinin irdelediği toplantıda ilk sözü alan İDO Genel Sekreteri Aret Karabulut, çalışma şekillerine göre İstanbul'da dişhekimlerinin dağılımı ve yıllara göre ağız-diş sağlığı poliklinik ve merkezlerinin açılış sayıları hakkında bilgi verdi. Kamuda ve serbest çalışan dişhekimlerinin çalışma ve yaşam standartlarını aktaran Karabulut, kamuda çalışan meslektaşlarımızın özlük haklarıyla ilgili sorunlarına değindi. Aret Karabulut, hükümetin ağız diş sağlığına bakışını şu başlıklar halinde özetledi;

- Diş ve dişeti hastalıkları hükümet tarafından sağlık sorunu olarak kabul edilmiyor.
- Toplumun dişhekimliği hizmetlerine talebi olmadığını ifade edilerek sağlığa temel bir hak olarak değil, piyasacı bir anlayışla yaklaşıyor.
- Kamu bütün ağırlığını tedavi edici hizmetlerden yana koyarak koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerini ihmal ediyor.
- Coğrafi dağılımı ve hizmete erişimi sağlayacak düzenlemeleri gerçekleştirilmeden izlenen yatırım ve istihdam politikaları muayenehaneleri zor durumda bırakıyor.
- Hizmet alımında merkez, poliklinik, hastane ve muayenehane ayrımı yaparak dişhekimlerinin bütünlüğünü zayıflatmak istiyor.
- Kamuda çalışan dişhekimleri performans dayalı ücret politikasıyla köle düzeninde çalıştırıyor.
- Uygulanan politikalar sonucunda, kamu ve özelde çalışan dişhekimleri haklarının karşılığını alamayan birer işçi durumuna düşürülüyor.
- Hekimlerin üzerinden siyasi rant elde ediliyor.

Sorunlar aynen devam

İstanbul Tabip Odası Genel Sekreteri Hüseyin Demirdizen de gerçekleştirdiği sunumda, çalışma şekillerine göre İstanbul'da hekimlerin dağılımı hakkında bilgi verdi ve hükümetin "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı eleştirdi. Son yıllardaki sağlık politikalarının birinci basamak sağlık hizmetlerini zayıflatıldığını, bunun sonucunda da özel hastanelerin sayısının arttığını belirterek, "bunun tam tersi olması lazım" dedi. Sağlık harcamalarındaki yükselişe de dikkat çeken Demirdizen sağlıkta tekelleşme sürecine girildiğini söyledi.

Ardından kısa bir konuşma yapan İstanbul Veteriner Hekimleri Odası Genel Sekreteri Seyhan Özavcı da kamuda ve özelde çalışan veteriner hekimler hakkında bilgi verdi ve veteriner hekimlerin özlük hakları sorunlarını aktardı.

KISA KISA...

SÖZLEŞMELİ DİŞHEKİMLERİ ÜCRETLERİ

Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu 23 Haziran 2008 tarihli toplantısında, özel kurum ve işyerlerinde sözleşmeli çalışan dişhekimlerinin ücretlerini 1 Temmuz 2008 tarihinden geçerli olmak üzere, yılın ikinci altı ayı için net olarak;

Tam gün çalışanlarda 2.975 YTL,
Yarım gün çalışanlarda 2.065 YTL,
Saat ücretini ise 105 YTL olarak belirledi.

FERDİ KAZA VE İŞ GÖREMEMEZLİK SİGORTASI YENİLENDİ

Türk Dişhekimleri Birliği ve New Life Sigorta A.Ş. arasında imzalanan protokol gereği, meslektaşlarımızın Ferdi Kaza ve İş Görememezlik Sigortası teminatı yenilendi. Buna göre, sigortalılık süresi 13 Temmuz 2008 tarihinde başlayıp, 13 Temmuz 2009 tarihinde sona erecek.

İstanbul Dişhekimleri Odası 2004 yılından itibaren tüm üyelerine Ferdi Kaza Sigortası, 2005 yılından itibaren de Ferdi Kaza Sigortasına ek olarak, çalışan ve kamuda + serbest çalışan üyelerine iş görememezlik sigortası yaptırmaktaydı. Bu yıl TDB'nin yaptığı anlaşma sonucunda İstanbul Dişhekimleri Odası "sadece kamuda çalışan" üyelerimizi de İş Görememezlik Sigortası kapsamına dahil etti. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgiye www.ido.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Ferdi Kaza Sigortası Teminatı

Kaza sonucu vefat: 15.000 YTL

Kaza sonucu maluliyet: 15.000 YTL

Kaza sonucu tedavi masrafları: 1.500 YTL

Kaza Sonucu İş Görememezlik Sigortası Teminatı

Kaza sonucu iş görememezlik sigortası teminatı 75.00 YTL

İş görememezlik yıllık azami gün sayısı 200 gün/kişi

POS Cihazı bulundurma ve kullanma zorunluluğu başladı

Gerekli şartları taşımayan POS cihazlarını kullananlara, 2008 yılı için 1.490 YTL özel usulsüzlük, POS cihazlarında belirli özellikleri taşımayan kağıt ruloları kullanan veya günlük kapanış raporu almadığı tespit edilen mükelleflere ise her bir tespit için ayrı ayrı olmak üzere, 25 YTL ikinci derece usulsüzlük cezası kesilecek.



Dişhekimlerinin POS cihazı bulundurma ve kredi kartı ile yapacakları tahsilat makbuzlarının serbest meslek makbuzu sayılması uygulaması 1 Eylül 2008 tarihinde başladı. Kredi kartı POS cihazı dışında (Nakit, Çek, Senet, Havale) yapılan ödemeler için eski gibi serbest meslek makbuzu düzenlenecek. Adi ortaklık, Kolektif şirket, Adi komandit şirket olarak faaliyet gösteren dişhekimleri veya Adi ortaklık, Kolektif şirket, Adi komandit şirket şeklinde "ağız-diş sağlığı polikliniği", "ağız-diş sağlığı merkezi" faaliyeti gösteren dişhekimleri serbest meslek erbabı sayılır ve bunlar POS cihazı bulundurmamak zorundadır ve POS cihazlarıyla yapılan tahsilatların makbuzları serbest meslek makbuzu yerine geçer. Limited veya Anonim şirket şeklinde "ağız-diş sağlığı polikliniği" veya "ağız-diş sağlığı merkezi" faaliyeti gösteren dişhekimlerinin POS cihazı bulundurma zorunluluğu yoktur. Bunlar yine eski gibi, yaptıkları hizmetlerin karşılığında fatura düzenleyeceklerdir.

Hekimlerce kullanılacak POS cihazları ve bunlar tarafından üretilen belgelerin, aşağıda sayılan özelliklere haiz olması gerekmektedir.

Belge üzerinde mükellef bilgileri, tarih, saat, sıra no, hizmetin cinsi, vergi dahil tutarı vb. bilgiler ve "Bu belge V.U.K. uyarınca serbest meslek makbuzu yerine geçen belge hükmündedir" ibaresi yer alacaktır. Gelir Stopaj/Tevkifat Seçeneği kurumlara hizmet verildiğinde hesaplanacaktır. Dişhekimleri genelde doğrudan "kişi"ye hizmet verdiği için Gelir Stopaj hesabı yapmayacaktır. Ancak talep edilmesi halinde stopaj hesabı yapılabilir. Stopajlı POS fişi/makbuz talep edenler de genelde yaptıkları ödeme-yi gider olarak göstererek vergiden düşebilecek olan kuruluşlardır. Öte yandan detay açıklama istenen banka ve kurum sevklerinde ise Maliye Bakanlığı Gelir İdaresi Başkanlığı'nın 29.08.2008 tarihli yazısına göre; kredi kartı ile yapılan ödemelerde POS makinesinden çıkan belgenin yanı sıra serbest meslek makbuzu

da düzenlenebilir. Bu durumda POS belgesinin tarih ve numarası kesilecek olan serbest meslek makbuzuna yazılmalıdır. POS belgesinde yer alan toplam tahsilat tutarı ile kesilen serbest meslek makbuzundaki tahsilat tutarının aynı olması gerekmektedir. Bu şekilde düzenlenen POS belgesinin bir nüshasının kesilen serbest meslek makbuzunun altına eklenerek hastaya verilmesi gerekmektedir. POS belgesi ile birlikte serbest meslek makbuzu düzenlendiğinde bu iki belgeden sadece bir tanesi gelir olarak dikkate alınacaktır.

POS cihazları kullanılmak suretiyle düzenlenen belgelerdeki bilgiler tam (anlaşılabilir kısaltmalar olabilir) ve açık olacak, silik ve okunaksız belge verilmeyecektir.

POS cihazlarında kullanılacak kâğıt ruloların;

- a)** Türk Standartları Enstitüsü'nce onaylanmış,
- b)** Arka ortasına birbirinden en fazla 50

POS Cihazı Kullanımıyla İlgili Sıkça Sorulan Sorular ve Cevapları

Üyelerimizden Odamıza sorulan sorular üzerine
okurlarımızı bilgilendirme gereği duyduk.

milimetre aralıkta ve rulo uzunluğu boyunca, kağıdı üreten firmanın logosunun (kısa adı veya baş harfleri) ve kağıdın numarasının basılmış,

c) Yine arkasında ve kağıdın kenarına 20 milimetreyi geçmeyen aralıklarla aşağıdaki sıra dahilinde,

- Onaylayan kurumun kısa adının (en fazla 4 karakter),

- Onayın tarih ve sayısının,

- Başına "Son Kullanma Tarihi (SKT)" işareti konularak, yedi yıldan az olmak üzere son kullanma tarihinin (ay/yıl) yazılmış olması gerekmektedir.

Mükelleflerin söz konusu termal kağıt rulolarını, belgelerin muhafaza ve ibraz mecburiyetine ilişkin yükümlülüklerinin de gereği olarak, ısısı +35 dereceli geçmeyen, nem oranı %80'in altında olan ortamlarda, ışık geçirmeyen ve kağıda zarar vermeyen kutularda saklamaları gerekmektedir.

POS cihazlarından alınan belgenin birinci nüshasının dişhekiminde kalması durumunda, hastaya verilen ikinci nüsha, vergi uygulamalarında asıl belge gibi mütalaa edilecektir.

Hekimler, POS cihazlarını kullanmak suretiyle hizmet ifasında bulundukları her günün sonunda kapanış raporu almak ve bu raporları gerektiğinde Maliye Bakanlığı görevlilerine ibraz etmek üzere muhafaza etmek zorundadırlar.

Her POS belgesinin "Serbest Meslek Kazanç Defteri"ne işlenmesi gerekir.

Dişhekimlerinin belirtilen özelliklere haiz POS cihazlarını iş yerlerinde bulundurmamaları veya iş yerinde bulundurmamakla beraber Tebliğde öngörülen şartları taşımayan cihazları kullandıkları tespit edilenlere, 2008 yılı için 1.490 YTL özel usulsüzlük, Tebliğde belirtilen özellikleri haiz POS cihazlarını kullanmakla birlikte bunlarda yukarıda belirtilen özellikleri taşımayan kağıt ruloları kullandığı veya günlük kapanış raporu almadığı tespit edilen mükelleflere ise her bir tespit için ayrı ayrı olmak üzere, 25 YTL ikinci derece usulsüzlük cezası kesilir.

*İDO Mali Danışmanı.

POS cihazı bulundurma ve kullanma zorunluluğu hangi tarihten itibaren geçerlidir?

01.09.2008 tarihinden itibaren POS cihazı bulundurma ve kredi kartıyla yapılan ödemelerde kullanma zorunluluğu getirilmiştir.

Kimler POS cihazı bulundurmak ve kullanmak zorundadır?

Mesleğini "serbest" olarak icra eden, yani Gelir Vergisi mükellefi olan meslektaşlarımız POS cihazı bulundurmak ve hastanın kredi kartıyla yaptığı ödemelerde kullanmak zorundadır.

Müşterek muayenelerinde her bir dişhekimini POS cihazı bulundurmak zorunda mıdır?

Evet, müşterek muayenelerinde dişhekimleri Gelir Vergisi mükellefiyseler her bir dişhekimini için ayrı ayrı POS cihazı bulundurma ve kullanma zorunluluğu bulunmaktadır.

Kurumlar vergisi mükellefi olan dişhekimleri de POS cihazı bulundurmak ve kullanmak zorunda mıdır?

Hayır, böyle bir zorunlulukları yoktur.

Kredi kartıyla ödeme yapan herkese serbest meslek makbuzu kesme zorunluluğu var mı?

Yasal olarak böyle bir zorunluluk yoktur. Talep edilmesi durumunda banka hastaları, özel sağlık sigortası bulunan hastalar gibi "kurum hastalarına" serbest meslek makbuzu da kesilmelidir (Kurumun hastaya yapılan tedaviyi ayrıntılı olarak görmek istediği durumlar). Ancak hasta ile dişhekimini arasında anlaşmazlık doğması halinde dişhekiminin mağduriyet yaşamaması için yapılan işlemlerin gösterilmesi açısından POS belgesinin yanı sıra her hastaya serbest meslek makbuzu düzenlenmesini tavsiye ederiz.

POS belgesiyle birlikte serbest meslek makbuzu da kesildiğinde her ikisinin aynı hastaya ait olduğu nasıl anlaşılacak?

Düzenlenen pos belgesinin tarih ve numarasının serbest meslek makbuzuna da yazılması gerekmektedir. Bu durumda Maliye bu iki belgeden sadece bir tanesini gelir olarak dikkate alacaktır.

POS belgesiyle birlikte kesilen serbest meslek makbuzunun tutarları aynı mı olmalıdır?

Evet, POS belgesinde yer alan toplam tahsilat tutarıyla kesilen serbest meslek makbuzunda yer alan tahsilat tutarının aynı olması zorunludur.

POS belgesiyle birlikte serbest meslek makbuzu da kesildiğinde hastaya POS belgesi mi serbest meslek makbuzu mu verilecek?

Her ikisi birlikte verilecektir. POS belgesinin birinci nüshasının kesilen serbest meslek makbuzunun altına eklenerek hastaya verilmesi ve dişhekiminin de POS belgesinin ikinci nüshasını serbest meslek makbuzunun kendisinde kalan nüshasına ekleyerek saklaması gerekmektedir. (Eskiden olduğu gibi bu belgelerin de 5 yıl saklama zorunluluğu bulunmaktadır.)

POS belgesiyle birlikte serbest meslek makbuzu da kesildiğinde hangisinin serbest meslek kazanç defterine yazılması gerekiyor?

Serbest Meslek Kazanç Defteri'ne serbest meslek makbuzunun tarih ve numarası ile yazılması gerekiyor.

POS cihazından çıkan POS belgesinde protokol numarası yer almıyor. Protokol numarası yazılmayacak mı?

Protokol numarası yazma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu nedenle POS belgesi üzerine Protokol numarasının el ile yazılması gerekmektedir.

POS belgesiyle birlikte serbest meslek makbuzu da kesildiğinde protokol numarası hangi belgeye yazılacak?

Bu durumda her iki belgeye de yazılmasını tavsiye ediyoruz.

Her gün "gün sonu" alınacak mı?

Hayır, POS cihazlarıyla işlem yapıldığı günlerde "gün sonu" almak zorunludur. Kredi kartıyla ödeme yapılmayan günlerde "gün sonu" alınmayacaktır.

"Gün sonu" raporlarını saklamak gerekiyor mu?

Evet, tüm mali belgelerde olduğu gibi bunların da 5 yıl saklanması gerekiyor.

Doğrudan "kişi"ye hizmet verildiği durumlarda gelir stopaj hesabı yapılacak mı?

Hayır. Dişhekimleri genel olarak doğrudan kişiye hizmet verdiklerinden çoğunlukla gelir stopaj hesabı yapılmasına gerek kalmamaktadır. Ancak kurumların aracılığıyla hizmet verilmesi durumunda talep edilmesi halinde stopaj hesabı yapılabilir. Bu durumda özellikle kesilen stopajın vergi dairesine ödendiğini gösteren yazı ilgili kurumdan istenmeli. Stopajlı belge talep edenler de yaptıkları ödemeyi gider olarak gösterebilecek kuruluşlardır.



Kira ödemelerine banka veya PTT ile ödeme zorunluluğu

Konutlarda 500 YTL üzerindeki kiralara ve işyerlerine ait tüm kira bedelleri 1 Kasım 2008 tarihinden itibaren banka veya PTT yoluyla ödenecektir.

Gelir Vergisi Kanunun 268 seri no.lu Genel Tebliği ile

• Gayrimenkulunu Konut olarak kiraya verenlerde, her bir konut için aylık 500 YTL ve üzerinde kira geliri elde edenlerin,

• Gayrimenkulunu İşyeri olarak kiraya verenlerde, işyerini kiraya verenler ile kiracıların, kiraya ilişkin tahsilat ve ödemelerinin 1.11.2008 tarihinden itibaren Banka veya PTT Genel Müdürlüğü tarafından düzenlenen belgelerle ödenmesi ve tahsil edilmesi zorunluluğu getirilmiştir. Konut kira gelirlerinde yalnız kira gelirini elde edenlere zorunluluk getirilmiştir. Kira ödeyenlerin her hangi bir cezai sorumluluğu yok. Gayrimenkulun işyeri olarak kiralanması halinde kira geliri elde eden ve kira ödeyene de cezai sorumluluk getirilmiştir. Öte yandan konut kiralarda 500 YTL ve üzerindeki kiralara banka ve PTT ile tahsil edilme zorunluluğu getirilmiştir. İşyerlerinde limitsiz tüm kiralara banka

veya PTT ile tahsil etme ve ödeme zorunluluğu getirilmiştir.

Ödemeler mutlaka belgelenmeli

Banka veya PTT ile ödemelerde dekont, hesap cetveliyle belgelenmesi yeterlidir. Bu nedenle ödemenin havale, hesaptan virman, kredi kartı, internetten havale şeklinde yapılması mümkündür. Çek veya senetle yapılan ödemelerde çek veya senedin fotokopisinin saklanması da cezai işlemle karşılaşmama açısından faydalıdır.

Öte yandan her bir konut için 500 YTL'nin altındaki konut kira gelirleri, mahkeme ve icra yoluyla tahsil edilen konut ve işyeri kira gelirleri ve aynı mal veya hizmet karşılığı yapılan kira ödemeleri bu zorunluluk kapsamında değildir.

Konut ve işyeri kira gelirlerinin tahsilinde ve ödenmesinde bu zorunluluğu uymayanlara 2008 yılı için

- Birinci sınıf tüccarlar ve serbest meslek erbabı (Dışhekimleri) için 1490 YTL'den,
- İkinci sınıf tüccarlar, defter tutan çiftçiler ile kazancı basit usulde tespit edilenler için 680 YTL'den,
- Diğerlerinden 320 YTL'den, az olmak şartıyla her bir işlem için bu işleme konu tutarın %5'dir.

2009 ve sonraki yıllara ilişkin olarak, Vergi Usul Kanununun Mükerrer 414. maddesi uyarınca bu yıllar için belirlenecek asgari ceza tutarları dikkate alınacaktır. Öte yandan işyerlerinde ücretli çalışan personelin ücret ödemelerinin de Banka veya PTT ile ödenmesi zorunluluğu getirilecektir. Şu aşamada Sosyal Güvenlik Kurumu, Maliye Bakanlığı, Hazine bu konu üzerinde çalışmalarını sürdürmektedirler. Henüz uygulama konusuna her hangi bir karar yoktur.

İDO Mali Danışmanı Hikmet Kabuk

Dışhekimliğinde kullanılan malzeme ve cihazlarda %8 KDV uygulanacak

Maliye Bakanlığı'nın "Mal ve Hizmetlere Uygulanacak Katma Değer Vergisi Oranlarının Tespitine İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar"ı 19.07.2008 tarih, 26941 sayılı Resmi Gazete'de yayınlandı. Buna göre, Dışhekimliğinde kullanılan malzeme ve cihazlarda 20.07.2008 tarihinden itibaren %8 KDV uygulanacaktır. Bu oran ilgili makine ve cihazların kiralanması halinde de %8 KDV'ye tabi olacaktır. Ayrıntılı bilgiye www.ido.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

22 Kasım Dışhekimliği Günü kutlamaları

İstanbul Dışhekimleri Odası, her yıl olduğu gibi bu yıl da 22 Kasım Dışhekimliği Günü etkinlikleri kapsamında, mesleğinde 25, 40 ve 50. yılını dolduran meslektaşlarımız için Plaket Töreni düzenleyecektir. Bu nedenle 1983, 1968 ve 1958 yılı mezunu meslektaşlarımızın 0.212 296 21 05/06 no.lu telefonlardan Oda'mıza müracaat etmeleri gerekmektedir.

2008-2010 DÖNEMİ İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI KOMİSYONLARI

22 Kasım Komisyonu

Nermin Erdal	Yönetim Kurulu Sorumlusu
Aret Karabulut	Genel Sekreter
	0.212 572 48 08
Ali Yüksel Çalışkan	Sayman
	0.212 563 76 71
Nermin Erdal	0.212 581 53 76
Prof. Dr. Figen Seymen	0.212 414 20 20
N. Zeynep Aktaş	0.216 444 44 84
Berna Aytac	0.212 281 82 12
Tuğba El Cevvadi	0.216 334 51 01
Zerrin Doyranlıoğlu	0. 542 437 31 80
H. Şahin Filik	0.212 272 36 39
Güler Gültekin	0.212 594 96 81
Ümit Güneysu	0.212 281 24 29
Hayrettin Gündüz	0.216 414 57 54
Filiz İskender	0.212 626 47 12
Reyhan Oytun Ögüt	0.212 561 27 14
Erkan Onurlu	0.216 566 99 73
Ali Reha Sezgin	0.212 240 33 32
F. Evin Şay	0.212 881 16 85
A. Ulvi Uçar	0.212 322 47 00
Ferah Ulu	0.532 423 87 36

Sosyal Komisyon

Nermin Erdal	Yönetim Kurulu Sorumlusu
Nermin Erdal	0.212 581 53 76
Berna Aytac	0.212 281 82 12
Bora Bilgili	0.212 264 08 20
H. Şahin Filik	0.212 272 36 39
Ümit Güneysu	0.212 281 24 29
Hayrettin Gündüz	0.216 414 57 54
Filiz İskender	0.212 626 47 12
Erkan Onurlu	0.216 566 99 73
Ferah Ulu	0. 532 423 87 36

Afet ve Çevre Komisyonu

Güler Gültekin	Yönetim Kurulu Sorumlusu
Reyhan Oytun Ögüt	Başkan
Reyhan Oytun Ögüt	0.212 561 27 14
Güler Gültekin	0.212 594 96 81
İnan Ünal Albayrak	0.216 611 40 93
Kamil Güçlü Arı	0.212 217 88 99
Tuğba El Cevvadi	0.216 334 51 01
Neşe Elmas	0.212 727 35 79
Çağlar Gürbüz	0.216 523 04 49
Filiz İskender	0.212 626 47 12
Abuzer Gaffari Öner	0.216 314 79 73
Çiğdem Şahin	0.212 632 85 86

Eğitim Komisyonu

Prof. Dr. Serdar Çintan	Y. K. Sorumlusu
Prof. Dr. Serdar Çintan	0.212 414 20 20

Prof. Dr. Özen Doğan Onur	0.212 414 20 20
Prof. Dr. Ender Kazazoğlu	0.216 363 60 44
Prof. Dr. Bahar Kuru	0.212 231 91 20
Prof. Dr. Figen Seymen	0.212 414 20 20
Yar. Doç. Dr. Bilge Gökçen Röhlig	0.212 414 20 20
Yar. Doç. Dr. Hakkı Sunay	0.216 363 60 44
Dr. Duygu İlhan	0.212 414 20 20
Dr. Ayşe Koçak	0.532 316 57 59

İlçe Temsilcileri Komisyonu

Sevil Al	Yönetim Kurulu Sorumlusu
Ohan Güldemir	Başkan
Sevil Al	0.212 441 37 63
Ohan Güldemir	0.212 233 90 66
Hikmet Bilge	0.216 492 79 24
Yahya Çelik	0.212 597 86 68
Turgay Emekli	0.212 516 54 68
D. Ersun İşgüder	0.216 473 32 74
Köksal Kahraman	0.212 653 33 33
Aysun Karataç Azim	0.212 644 19 46
Handan Korkut	0.216 328 88 15
Metin Bora Öcal	0.216 418 64 84
Gül Öz Çalışkan	0.212 538 97 71
F. Evin Şay	0.212 881 16 85
Yıldız Tansuker	0.212 242 47 11
Funda Türkbay Fazlıoğlu	0.212 503 63 09

Genç Dişhekimleri Komisyonu

Sevil Al	Yönetim Kurulu Sorumlusu
Sevil Al	0. 212 441 37 63
Nazlı Zeynep Aktaş	0.216 444 44 84
Jülide Ağılönü	0.216 464 52 20
Ayşe Koçak	0. 532 316 57 59
Değer Özyazgan	0.533 364 11 62

Mali Komisyonu

Ali Yüksel Çalışkan	Sayman
Ali Yüksel Çalışkan	0.212 563 76 71
Tuğba El-Cevvadi	0.216 334 51 01
Salih Yazıcı	0.212 253 26 27

Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Komisyonu

A. Songül Yargıcı	Y. K. Sorumlusu
A. Songül Yargıcı	0.212 251 69 10
Yasemin Akyüz	0.216 414 33 90
Melek Bosut	0. 533 459 82 65
Zerrin Doyranlıoğlu	0. 542 437 31 80
Zozan Gölbaş	0.212 320 31 15
Havva Gülşan	0.212 244 40 44
Akgül Gürerk	0.216 414 51 00
Reyhan Oytun Ögüt	0.212 561 27 14
Arife Özgül	0.212 320 31 15

Güler Sel	0.212 361 45 25
Çiğdem Şahin	0.212 632 85 86
Aysel Tağtekin	0.212 571 80 70
Özgür Tutucu	0.216 532 56 43
Özgül Ünsal Bozkurt	0.212 575 52 91

Tüketici Hakları Komisyonu

G. Neslihan Yamalıoğlu	Y.K. Sorumlusu
Remzi Ülgen	Başkan
G. Neslihan Yamalıoğlu	0.216 334 50 59
Remzi Ülgen	0.216 361 75 47
Hikmet Bilgi	0.216 492 79 24
E. Sema Ribar	0.216 651 63 26

Basın Yayın Komisyonu

M. Tark Tuncay	Y. K. Sorumlusu
M. Tark Tuncay	0.212 543 25 60
Prof. Dr. Gülsüm Ak	0.212 414 20 20
L. Yakut Alkaner	0.212 441 53 12
Pınar Ezerler İzar	0.212 274 02 82
L. Nesrin Koçer	0.212 632 76 97
Eğlem Merdoğlu Gülmez	0.212 462 88 88
Müge Özarı	0.212 529 29 14
Süha Sertabipoğlu	0.216 361 64 62
Sevil T. Arslan	0.212 279 57 55
Y. Füsun Şeker Karagören	0.216 339 06 94
Damla Zenar	0.216 561 80 72

Etik Kurul

G. Neslihan Yamalıoğlu	Y.K. Sorumlusu
G. Neslihan Yamalıoğlu	0.216 334 50 59
Prof. Dr. Canan Alatlı	0.212 414 20 20
A. Aydın Demirer	0.216 338 68 79
Zişan Kızıl	0.212 347 06 25
Nevin Özey	0.212 577 50 68

Özlük Hakları Komisyonu

Fatma Balpetek	Yönetim Kurulu Sorumlusu
Fatma Balpetek	0.212 293 91 24
Meltem Güneysu	0. 542 584 95 17
Hüseyin Güngör	0.216 418 71 19
Harun Koca	0.212 615 38 38
Cengiz Morgil	0.505 641 75 17
Rana Topak	0.505 446 74 44
Duygu Yaman	0.216 651 71 71

Web Sitesi Komisyonu

M. Tark Tuncay	Yönetim Kurulu Sorumlusu
M. Tark Tuncay	0.212 543 25 60
Güler Gültekin	0.212 594 96 81
M. Bora Öcal	0.216 418 64 84
Hikmet Bilge	0.216 492 79 24

2008-2009 DÖNEMİ İLÇE TEMSİLCİLERİ

ARNAVUTKÖY

YAHYA ÇELİK 0212 5978668

ATAŞEHİR

ABDULLAH KUNDAK 0216 3854566

MEHMET KARAASLAN 0216 5720509

AVCILAR

AYTEN AYDEMİR 0212 4282020

N.İRFAN YAZICI 0212 5931968

BAKIRKÖY

RAMİZ NAHCİVAN 0212 5839927

FİGEN AYDIN 0212 5437265

EROL ÇINAR 0212 5732170

PERVİN BİLGİNER 0212 5593460

ANTRANİKÇAKIR 0212 5438030

SÜREYYA UZUN 0212 5427795

MURAD EKMEKÇİOĞLU 0212 5721183

BAĞCILAR

CENGİZ DEMİRTAŞ 0212 4332809

AHMET ÜNSALAN 0212 6343769

BAŞAKŞEHİR

HÜSEYİN DEMİRTAŞ 0212 5089993

BORA İMAMOĞLU 0212 8723030

BEYKOZ

ARMAĞAN ÖMÜR 0216 3235682

CANAN MERTOĞLU 0216 4252397

NUSRET BARLAS 0216 3233414

BEYLİKDÜZÜ

NEDİM GÜZEYLİ 0212 8806186

BEŞİKTAŞ

AHMET DÖRTKÖŞE 0212 3275363

DİLEK BERBERLER 0212 3520343

BORA BİLGİLİ 0212 2640820

BERNA EVRENOL 0212 2835790

BERNA YÜKSEL 0212 2366650

BEYOĞLU

YEŞİM YILDIRIM 0212 2512309

AHMET AKKIRMAN 0212 2408893

ERKAN GÜN 0212 2509026

GÜLER SEL 0212 3614525

NEBİHE AKSOY 0212 2970708

ADNAN MÜDERRİSOĞLU 0212 2493095

HAVVA GÜLŞAN GÜLTEKİN 0212 2444044

BAYRAMPAŞA

NEVİN ÖZEY 0212 5775068

HATİCE DÖĞER 0212 4373727

BAHÇELİEVLER

PINAR ÖZBİLGİN 0212 6397764

DERYA İVGİN 0212 4417299

ERDİNÇ BEKÇİ 0212 5550210

RIFAT ÇINAR 0212 6538758

YASEMİN VURAL 0212 6544943

SEÇKİN ÖZERALP 0212 5554444

B.ÇEKMECE

GÖNÜL ÇAĞLAR 0212 8730024

MUHTEŞEM AKIN 0212 8837625

ÇATALCA

ARZU GENÇ ÇAKIR 0212 7891718

ÇEKMEKEÖY

ABUZER GAFFARİ ÖNER 0216 3147973

ESENLER

İNCİ TOPÇU 0212 6299375

EYÜP

FİLİZ UZ 0212 6264712

TOLGA KARAKÖSE 0212 3223828

ALİ ERCÜMENT SUCU 0212 3603310-11

FATİH

HÜSEYİN MUTLU 0212 5295125

HALUK ELÇİOĞLU 0212 5315678

HÜLYA YAĞIZ 0212 5293429

ZERRİN ALADİNLER 0212 5305975

AYHAN ÖZTÜRK 0212 5267172

AGOP ÇEKMEN 0212 5175975

GAZİOSMANPAŞA

AHMET DÜKKANCI 0212 5635955

ÖNDER ÇALIŞKAN 0212 5381709

GÜNGÖREN

ŞENOL YILMAZ 0212 5561517

KAĞITHANE

HÜSEYİN ERDOĞAN 0212 2690736

İBRAHİM TAN 0212 2943814

MURAT KARAKAŞ 0212 2823501

KADIKÖY

GÜLBİN ÖZÇALIŞKAN 0216 3854745

SEVGİ ŞAHİNKAYA KÜÇÜK 0216 4108076

EMEL BAKAN 0216 3628148

T. EMRE İMAMOĞLU 0216 4503057

NECİB ŞEN 0216 3633888

BURÇİN YILDIZ ARAZ 0216 5664498

HÜSEYİN ÖNER 0216 3866949

AYŞİN KIZILKAYA 0216 3487208

HALE TAŞKAYA 0216 3636587

AYTEN EKŞİOĞLU 0216 3841231

SEMRA BABATÜRK 0216 4166113

HEDİYE ÇALIŞKAN 0216 4286455

HADİCE PINAR BAŞARAL 0216 3691201

NURCAN ÖZTÜRK 0216 4492861

KARTAL

NECATİ AL 0216 4886446

ERDİN YANIK 0216 4888972

K.ÇEKMECE

GÖKHAN HALLAÇ 0212 5921352

BİLGİHAN NESİRİ HANÇER 0212 5407741

ALPTEKİN ÇAKICI 0212 6960606

MALTEPE

CANAN AKKAYA 0216 3670821

ALPER GÜRHAN 0216 3716160

PENDİK

KEMAL KISACIK 0216 3904458

NİHAT KAÇAR 0216 3900365

SİLİVRİ

NEŞE ELMAS 0212 7273579

SARIYER

SIDIKA DEMİR 0212 2999730

GÜRSEL DEMİRCİ 0212 2239410

SANCAKTEPE

ALPASLAN FALAKALI 0216 6209139

SULTANBEYLİ

ESEN DURAK LYMAN 0216 4192676

SABRİ CENGİZ TOLUNGÜÇ 0216 4192676

SULTANGAZİ

MUSA KILIÇ 0212 5364956

YASEMİN AĞIR AVCI 0212 5363333

ŞİLE

HANDAN ÖZÇEKİÇ 0216 7115362

ŞİŞLİ

ALİ İHSAN KABAOĞLU 0212 2465189

ERDAL SALİHOĞLU 0212 2484435

FARUK ERDİL 0212 2485141

ERAY AKYILDIZ 0212 2328168

NERİMAN ŞAHİN 0212 2313063

TEVFİK SAYMAN 0212 2217777

SEZGİN EKREN 0212 2342978

AYHAN SARI 0212 2347571

İŞİN ALİPAÇA 0212 2242239

KAMİL GÜÇLÜ ARIĞ 0212 2178899

MÜMİN GÜNEŞ 0 212 2756161

TUZLA

HÜLYA ARİFOĞLU 0216 3956070

ÜSKÜDAR

TARKAN ÖZTAY 0216 3912543

MUSTAFA DEMİR 0216 3425105

FUNDA ESİN 0216 3154032

TUNCAY ERTEKİN 0216 3243619

TUĞBA EL CEVVADİ 0216 3345101

AGAŞ CAN 0216 3262785

ÜMRANİYE

GÜLŞEN ÇOLAK 0216 6115136

DERYA TÜRKER DOĞAN 0216 3357341

NİLGÜN GÜRER KAHRAMAN 0216 6412191

ELİF KARATAŞ 0216 3158444

SERHAT KÖKEN 0216 5278141

ZEYTİNBURNU

GÜLİZAR ÖZDEMİR 0216 6645931

REYHAN YIKILMAZ 0216 5467751

YALOVA İL TEMSİLCİLERİ

ÖZCAN ÇAKIR 0226 8142802

ERKAL IŞIK 0226 8131262

S. ÇİĞDEM GÜRKÖK KEKLİK 0505 6320247

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI 16-22 KASIM 2008
AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HAFTASI
ETKİNLİK PROGRAMI*

16 KASIM 2008 PAZAR

- 13:00-17:00 BİLİMSEL TOPLANTI
Konu: **Baştan Sona Endodonti**
Yer: **Hyatt Regency / Taksim**
Konuşmacılar: **Prof. Dr. Seçkin Dindar**, Endodontinin Gelişimi
Prof. Dr. Tayfun Alaçam, Kök Kanallarının Şekillendirilmesi ve Doldurulması
Prof. Dr. Kemal Çalışkan, Kanal Tedavisi Ne Zaman ve Nasıl Yenilenir?
Prof. Dr. Sema Belli, Endodontik Tedavili Dişlerin Restorasyonunda Konservatif Yaklaşımlar

17 KASIM 2008 PAZARTESİ

- 10:00 TAKSİM ATATÜRK ANITI'NA ÇELENK KONULMASI
12:00 BASIN TOPLANTISI
Yer: **İstanbul Dişhekimleri Odası Prof. Dr. Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi/Harbiye**
19:00 TOPLUM AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KOMİSYONU EĞİTMEN DİŞHEKİMLERİ TOPLANTISI
Yer: **İstanbul Dişhekimleri Odası Prof. Dr. Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi/Harbiye**

18 KASIM 2008 SALI

- 19:00 GELENEKSEL PLAKET ve SERTİFİKA TÖRENİ
Yer: **İş Sanat Kültür Merkezi - İş Kuleleri/ Levent**

19 KASIM 2008 ÇARŞAMBA

- 11:00-17:00 İLÇE TEMSİLCİLERİNİN BÖLGELERİNDEKİ GENÇ DİŞHEKİMLERİNİN MUAYENEHANELERİNİ ZİYARETİ
20:00 İDO ÖĞRENCİ KOLU VE DİŞHEKİMLERİ BOWLING TURNUVASI
Yer: **Profilo Alışveriş Merkezi Bowling Salonu/Mecidiyeköy**

20 KASIM 2008 PERŞEMBE

- 10:00 TOPLUM AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KOMİSYONU'NUN ŞHÇEK ÜMRANIYE TOPLUM MERKEZİ ZİYARETİ VE AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI EĞİTİMİ
19:00-22:00 KONFERANS
Konu: **Hasta-Hekim İlişkileri**
Yer: **İstanbul Dişhekimleri Odası Prof. Dr. Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi/Harbiye**
Konuşmacı: **Psikiyatr Dr. Tahir Özakkaş**

21 KASIM 2008 CUMA

- 14:00-16:00 MİNİ FUTBOL TURNUVASI (İÜDF.-MÜDF.-YÜDF- İDO)
Yer: **BJK Akatlar Spor Kompleksi/Etiler**

22 KASIM 2008 CUMARTESİ

- 10:00 DİŞHEKİMLERİ FUTBOL TURNUVASI FİNALİ ve KUPA TÖRENİ
Yer: **Marmara Üniversitesi Spor Akademisi / Anadoluhisarı**
20:00-24:00 100.YIL YEMEĞİ (GELENEKSEL DİŞHEKİMLERİ YEMEĞİ)
Yer: **Sürmeli Otel, Gayrettepe**

KALBİNİZİ KONTROL ETTİRDİNİZ Mİ?

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI TÜRK KALP VAKFI 100. YIL İŞBİRLİĞİ

Bilimsel dişhekimliğinin 100. yılında “**Ağız Diş Sağlığı Haftası**” etkinlikleri çerçevesinde İstanbul Dişhekimleri Odası - Türk Kalp Vakfı işbirliği devam edecek. 1-30 Kasım tarihleri arasında Odamız üyesi meslektaşlarımız geçen yıl olduğu gibi bu yıl da yalnızca sağlık karneleriyle, ek ücret ödemeden Türk Kalp Vakfı'nda **check-up** yaptırabilecekler.

- Lütfen randevu alınız.
- Türk Kalp Vakfı, **0212 212 07 07**
- Başvuru sırasında "dişhekimi" olduğunuzu belirtiniz.



Bilgi için;

İstanbul Dişhekimleri Odası

Cumhuriyet Cad. Safir Ap. No:203 D:3 Harbiye / İstanbul
0212 296 21 05-06
www.ido.org.tr

Türk Kalp Vakfı

19 Mayıs Caddesi No:8 Şişli / İstanbul
0212 212 07 07
www.tkv.org.tr



GÖZÜNÜZE İYİ BAKIN

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI

GÖZ NURUNU KORUMA **VAKFI**
100. YIL İŞBİRLİĞİ

Bilimsel dişhekimliğinin 100. yılında “Ağız Diş Sağlığı Haftası” etkinlikleri kapsamında, Odamız üyesi meslektaşlarımız 1-30 Kasım tarihleri arasında yalnızca sağlık karneleriyle ek ücret ödemediği Göz Nurunu Koruma Vakfı’nın hastane ve merkezlerinde **göz muayenesi** yaptırabilecekler.

- Lütfen randevu alınız.
- Başvuru sırasında "**dişhekimi**" olduğunuzu belirtiniz.
- Randevu için;

Göz Nurunu Koruma Vakfı Hastanesi ve Merkezleri

Bayrampaşa Göz Hastanesi : 0212 674 02 02

İdealtepe Göz Merkezi : 0216 417 20 21

Göztepe Göz Merkezi : 0216 355 00 00

* Bursa Yıldırım Göz Merkezi : 0224 364 91 00

* Yalova'daki üyelerimiz için

Bilgi için;



İstanbul Dişhekimleri Odası

Cumhuriyet Cad. Safir Ap. No:203 D:3

Harbiye / İstanbul

0212 296 21 05-06

www.ido.org.tr

GÖZ VAKFI

Göz Nurunu Koruma Vakfı

www.gozvakfi.com info@gozvakfi.com

0212 493 38 68 - 69

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI FUTBOL TURNUVASI

**Futbol oynamayı seviyorsanız,
bireysel veya takımınızla
sizleri de futbol turnuvarımıza
bekliyoruz.**

**Turnuva 7'şer kişilik takımlar halinde
oynayacaktır ve her takım en fazla
10 kişiden oluşabilir.**

**Maçlar çime eşdeğer suni çim sahada
oynanacaktır.**

SON MÜRACAAT: 4 Kasım 2008

İLETİŞİM:

Dışhekim Hayrettin Gündüz

Tel: 0 216 450 55 97/98

GSM: 0 541 211 52 48/0 533 211 52 48

e-mail: dentisthg@gmail.com

Dışhekim H. Şahin Filik

Tel: 0 212 272 36 39

GSM: 0 533 747 67 15

e-mail: sahinfilik@hotmail.com

ORGANİZASYON:

**İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI
SAĞLIK ÇALIŞANLARI GENÇLİK VE
SPOR KULÜBÜ DERNEĞİ**

Güngören saldırısı kınandı

İstanbul Dışhekimleri Odası, Güngören'de yaşanan bombalı saldırıyı kınayan bir basın açıklaması yaparak, saldırıda hayatını kaybeden vatandaşlarımızın yakınlarına başsağlığı, yaralılara acil şifalar diledi. İDO Yönetim Kurulu yaptığı açıklamada "Masmum insanlara yönelik bu tür saldırılar ülkemizde korkuyu egelemen kılmayı, kargaşa ve çatışma ortamı yaratarak demokrasi dışı eğilimleri güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Korkunun hükümdarlığına geçit vermemek için hepimizin soğukkanlı ve sağduyulu hareket etmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle, tüm farklılıklarımıza rağmen barış içinde bir arada kardeşçe yaşama kararlılığımız terörün amacına ulaşmasını engelleyecektir" dedi.



Buluşmalara devam



İDO İlçe Temsilcileri Komisyonu'nun ilçelerde düzenlediği Kahvaltılı Bölge Toplantıları bu dönem de devam edecek. Toplantıların tarihi ve yeri aşağıda yazılı olup, toplantı yeri ve saatleri SMS aracılığıyla meslektaşlarımıza bildirilecektir.

15 Ekim 2008	Ümraniye-Şile (Bel-Tur Çamlıca Sofa Köşkü) Saat: 09.30-12.30
12 Kasım 2008	Bakırköy, Bahçelievler, Güngören, Esenler, Zeytinburnu
17 Aralık 2008	Gaziosmanpaşa, Eyüp, Fatih, Eminönü, Bayrampaşa
14 Ocak 2009	Kartal, Pendik, Tuzla
25 Şubat 2009	Üsküdar, Beykoz
11 Mart 2009	Şişli, Beyoğlu, Kağıthane, Beşiktaş, Sarıyer
22 Nisan 2009	Kadıköy
13 Mayıs 2009	B.Çekmece, K.Çekmece, Silivri, Çatalca, Avcılar

Bir hatırlatma

Herhangi bir nedenle aidat ödemelerini yapmayan meslektaşlarımız 0.212 296 21 06 no.lu telefonumuzdan aidat borçlarını öğrenip, aynı gün içinde aşağıda belirtilen banka hesap numaralarına yatırabilir ya da aşağıdaki kredi kartı formunu doldurup 0.212 296 21 04 no.lu faksımıza göndererek ödeyebilirler.

Ödemeler:

Banka Havalesiyle yapılacak ödemelerde

Yapı ve Kredi Bankası

Harbiye Şubesi Şube Kodu : 931

Hesap No: 81802288

Havale masrafı alınmayacaktır.

Ali Yüksel Çalışkan
İstanbul Dişhekimleri Odası
Saymanı

Aidatınızı ve birikmiş aidat borçlarınızı 0212 296 21 05/06 no.lu telefondan öğrenip aşağıdaki şekillerde ödeyebilirsiniz.

KREDİ KARTI BİLGİLERİ (KREDİ KARTIYLA YAPILACAK ÖDEMELERDE)

VISA ☐

MASTER ☐

EUROCARD ☐

KART SAHİBİNİN

ADI SOYADI :

ADRESİ :

POSTA KODU :

ŞEHİR :

İL / İLÇE :

CEP TEL :

KART NUMARASI :

SON KULLANMA

TARİHİ :

Yukarıda belirttiğim tutarın VISA, MASTERCARD, EUROCARD hesabına borç kaydedilerek Yapı Kredi Bankası Harbiye Şubesi nezdindeki ilgili hesabınıza Yapı Kredi Bankasıyla İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI arasında yapılan anlaşma koşulları çerçevesinde alacak kaydedilmesini kabul ediyorum.

LÜTFEN HESABIMDANYTL tahsil ediniz.

TARİH :

İMZA :

İDO 2008-2009 YILI SÜREKLİ

Merkezi Bilimsel Toplantılar*

Tarih	Saat	Konu	Konuşmacı	Yer
16 Kasım 2008 Pazar	13.00-17.00	Baştan Sona Endodonti Endodontinin Gelişimi	Prof. Dr. Seçkin Dindar	Hyatt Regency Otel, Taksim
		Kök Kanallarının Şekillendirilmesi ve Doldurulması	Prof.Dr. Tayfun Alaçam	
		Kanal Tedavisi Ne Zaman ve Nasıl Yenilenir?	Prof. Dr. Kemal Çalışkan	
		Endodontik Tedavili Dişlerin Restorasyonunda Konservatif Yaklaşımlar	Prof. Dr. Sema Belli	
15 Mart 2009 Pazar	13.00-17.00	Multidisipliner Bakışla İmplantoloji Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümleri	Prof. Dr. Aslan Yaşar Gökbuğet Prof. Dr. Bülent Katipoğlu Prof. Dr. Yasemin Özkan Doç. Dr. Mehmet İlğü	Hyatt Regency Otel Taksim

*Kayıt zorunludur.

2008-2009 Yılı Merkezi ve Bölgesel Bilimsel Toplantı Programı'na katılım ücretsiz olup, Abdi İbrahim İlaç A.Ş.'nin katkılarıyla gerçekleşecektir.



İDO PROF. DR. YILMAZ MANİSALI EĞİTİM MERKEZİ'NDE

İDO & DENTSPLY Bilimsel Toplantıları*

Tarih	Saat	Konu	Konuşmacı
6 Ekim 2008, Pazartesi	19.30-22.00	Endodonti Pratiğinde Ergonomi	Doç. Dr. Hale Cimilli
3 Kasım 2008, Pazartesi	19.30-22.00	Periodontal Tedavide Ultrasoniklerin Çalışma Süresine, Sahasına ve Tedavi Sonuçlarına Etkisi	Prof. Dr. Tunç İlgenli
2 Şubat 2009, Pazartesi	19.30-22.00	Estetik Kompozit Restorasyonlarda Bitirme ve Cilanın Önemi	Doç. Dr. Şebnem Türkün
2 Mart 2009, Pazartesi	19.30-22.00	Endodontide Tedavi Tekrarı	Doç. Dr. Jale Tanalp

* Kayıt zorunlu olup, katılım ücretsizdir.

İDO & Güney Dental Bilimsel Toplantıları*

Tarih	Saat	Konu	Konuşmacı
24 Ekim 2008, Cuma	10.00-13.00	Üst Çene Posterior Bölgede Alternatif İmplant Uygulamaları	Doç. Dr. Selim Ersanlı
26 Aralık 2008, Cuma	10.00-13.00	Cam İyonomerlerde Güncel Yaklaşımlar	Doç. Dr. Arlin Kiremitçi
20 Şubat 2009, Cuma	10.00-13.00	Endodontide Yaşanan Komplikasyonlar ve Çözümleri	Yrd. Doç. Dr. Baybora Kayahan
20 Mart 2009, Cuma	10.00-13.00	Beyazlatmada Güncel Yaklaşımlar	Prof. Dr. Sevil Gürkan

*Kayıt zorunlu olup, katılım ücretsizdir.

DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİ PROGRAMI

Bölgesel Bilimsel Toplantılar*

Tarih	Saat	Konu	Konuşmacı	Yer
13 Ekim 2008 Pazartesi	19.00-22.00	Karar Vermekte Zorlanılan Çekim Kararları ve Travma Olgularının İyileşmesinde Çevre Dokularla İlgili Değerlendirmeler	Prof. Dr. Koray Gencay	Marriot Hotel Asia Kadıköy
10 Kasım 2008 Pazartesi	19.00-22.00	Multidisipliner Bakışla TME Sorunları ve Çözümleri	Prof. Dr. Tamer Erdem Prof. Dr. Serhat Yalçın Doç. Dr. Tonguç Sülün	Polat Renaissance Bakırköy
15 Aralık 2008 Pazartesi	19.00-22.00	Dişhekiminin Karşılaştığı Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları ve Öneriler	Prof. Dr. Ayşegül Çakmak	Polat Renaissance Bakırköy
9 Şubat 2009 Pazartesi	19.00-22.00	Problemlili Anterior Bölgelerde Kozmetik Periodontal İşlemler ve Multidisipliner Tedavi Yaklaşımları	Prof. Dr. Bahar Kuru	Marriot Hotel Asia Kadıköy
9 Mart 2009 Pazartesi	19.00-22.00	Genel Tıpta Kullanımı Yaygınlaşan İlaçların Dişhekimliği Uygulamalarına Getirdiği Zorluklar ve Alınması Gereken Önlemler	Prof. Dr. Özen Doğan	Green Park Otel Merter
13 Nisan 2009, Pazartesi	19.00-22.00	Kuron Restorasyonlarda Basamaklı Diş Kesiminde Minimal İnvazif Yaklaşımlar	Prof. Dr. Çetin Sevrük	Marriot Hotel Asia Kadıköy

* Katılım ücretsiz olup kayıt yaptırmak zorunlu değildir.

DÜZENLENECEK BİLİMSEL TOPLANTI PROGRAMI

İlk Yardım Kursları*

Tarih	Saat	Konu	Konuşmacı
3 Kasım 2008 Pazartesi	10.00-17.00	İlk Yardım Kursu	Dr. Mehmet Koşargelir ve Ekibi
1 Aralık 2008 Pazartesi	10.00-17.00	İlk Yardım Kursu	Dr. Mehmet Koşargelir ve Ekibi

*Katılım 20 kişiyle sınırlı olduğundan kayıtlar başvuru sırasına göre yapılacaktır. Ücretlidir

Katılım ücreti: 90.00 YTL

Kurs bitiminde katılımcılara sertifika verilecektir.

Kayıt İçin: Çağla Oflas 0212 296 21 05-06/116 dahili

İDO Prof. Dr. Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi: Halaskargazi Cad. Hidayet Sok. No: 4, Giriş Katı, Harbiye

* İDO 2008-2009 Yılı Sürekli Dişhekimliği Eğitim Programı Türk Dişhekimleri Birliği Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Yüksek Kurulu tarafından kredilendirilmiştir. Programa yapacağımız ilave bilimsel etkinlikleri www.ido.org.tr adresinden takip edebilirsiniz. Etkinliklerimizden zamanında haberdar olmanız için GSM numaralarınızı ve e-mail adreslerinizi güncellemeniz gerekmektedir.

Çözüm talibiz!

**HÜKÜMETE ÇAĞRI
VATANDAŞIN
MAĞDURİYETİ
SON BULMALIDIR!**

**HEKİM SEÇME
ÖZGÜRLÜĞÜ
DİŞ LAFTA MI KALACAK?**

Toplumsal ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi ve herkesin daha iyi sağlık hizmetlerine, kolay ulaşabilmesi ve hekim seçme özgürlüğünün kamuyla sınırlı olmaması için kamu, başta muayenehaneler olmak üzere, özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın almalıdır.

Sağlık hakkı temel insan hakkıdır. Devletin tüm vatandaşlarına sağlıklı ortamlarda, eşit sağlık hizmeti sunması anayasal görevidir. Ülkemizde genel sağlığın bir parçası olan ağız ve diş sağlığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz uygulanması nedeniyle diş ve dişeti hastalıkları çok yaygındır. Kamu, toplumumuzun ağız ve diş sağlığı tedavi ihtiyacını tek başına karşılayamamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini vermek yerine tedavi hizmetlerinin verilmesi sağlık harcamalarında israfa ve bütçeden yararlanan kişi sayısının sınırlı kalmasına neden olmaktadır. Toplumun ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi ve herkesin daha iyi sağlık hizmetlerine, eşit şekilde ulaşabilmesi için kamu, başta muayenehaneler olmak üzere, özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın almalıdır.

Türk Dişhekimleri Birliği ve dişhekimleri odaları kuruluştan itibaren toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanması, koruyucu dişhekimliğinin uygulanması için, başta muayenehaneler olmak üzere, özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alınması gerektiğini hükümetler nezdinde ve her türlü platformda savunmaktadır. TDB ve Dişhekimleri Odaları bugüne kadar yaptıkları konuyla ilgili çalışmalarını 30 Haziran-3 Temmuz 2008 tarihlerinde gerçekleştirilen Meslek Sorunları Sempozyumu'nda tartıştı. En son 3 Eylül 2008 tarihli Başkanlar Konseyi toplantısında bir araya gelen TDB ve 33 Dişhekimleri Odasının Başkan ve Yönetim Kurulu üyeleri, koruyucu dişhekimliği hizmetlerine öncelik veren, muayenehaneleri kapsam içinde tutan, sürdürülebilir bir ağız ve diş sağlığı sistemi için yapılması gerekenlerden oluşan projeyi ve eylem programını şekillendirdi. Dergi'nin baskıya hazırlandığı tarihlerde TDB muayenehanelerden hizmet alımına ilişkin somut teklifini Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na sundu. Biz de bu teklifin arkasını ve eylem programını TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Komisyonu Sorumlusu Tümay İmre, TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyesi, Dişhekimliğinde İnsan Gücü Planlaması Komisyonu Sorumlusu Tuncer Taşkın ve İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu'yla konuştuk.

TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Tuncer Taşkın:



"Red cevabı bizi yolumuzdan alıkoyamaz"

Türkiye’de kamunun çekincelerini yok edecek, vatandaşın ağız ve diş sağlığı hizmetlerine kolayca erişimini sağlayacak muayenehanelerin atıl durumda olmasını önleyecek, dişhekimlerini daha verimli kullanabilecek bir sistemin mutlaka kurulması gerekiyor. Aksi takdirde dişhekimleri kamunun veya özel sermayenin emrinde çalışan işçileşme sürecine hızla girecek.

Gündeme getirdikleri projeyle toplumun ağız diş sağlığını Avrupa standartlarına ve normlarına götüreceklerine inandıklarını ifade eden Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu üyesi Tuncer Taşkın, konuyla ilgili sorularımızı yanıtladı.

TDB’nin ve dişhekimleri odalarının kamunun muayenehanelerden hizmet satın almasını istemesinin arkasında yatan gerekçeler nelerdir?

Sağlık hizmetlerinin toplumun en doğal hakkı olduğu ve toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğinin artması düşüncesiyle, bu hizmetlerin muayenehanelerden de alınmasını talep ediyoruz. Aslında bu talebimiz yeni değil. TDB’nin kuruluşundan başlayan, 1990’lı yılların başından itibaren yoğunlaşan ve bugüne kadar gelen bir süreç. Ağız diş sağlığı hizmetlerini kamunun tek başına vermesinin de mümkün olmayacağı çok net ortada.

Türkiye’nin her yerinde halkın ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğinin artması, vatandaşın istediği hekime gitmesi, Sağlık Bakanlığı’nın ifade ettiği “Hekim seçme özgürlüğünün” sadece kamu sağlık kuruluşlarıyla sınırlı olma-

yıp, başta muayenehaneler olmak üzere özel sağlık kuruluşlarını da kapsamı öncelikli hedefimiz. Maalesef bugüne kadar mevcut iktidarlar ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ihtiyaç olmadığı gerekçeyle bu yöndeki talepleri geri çevirdi. Artık hem kaliteli ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin verilmesi, hem de maliyetin ülke kaynakları yararına düşürülmesi için özelden dişhekimliği hizmetlerinin alınması kaçınılmaz hale geldi.

Ağız diş sağlığı göstergelerinin kötü olduğu ve dişhekimliği hizmetlerine ulaşılabilirlik sorunlarının yanında uzun bir eğitim döneminin ardından büyük maliyetlerle muayenehane açan dişhekimlerinin verimli çalışmaması sonucu sıkıntılar giderek artmaktadır.

Halkın ve dişhekimlerinin yararına olacak, ülkenin kaynağı olarak değerlendirilen muayenehanelerin işlevli hale gelmesini sağlayacak bir açılım yapılmalıdır.

Bugüne kadar dişhekimliği hizmetlerinin sunum ve finansmanı konusunda yaptığımız çalışmalarımızı, değişik parametrelerdeki verilerimizle birleştirdik ve 3 Eylül 2008 tarihinde yaptığımız Başkanlar Konseyi Toplantısı’nda tüm Oda başkanlarıyla değerlendirdik. Ortaya çı-

kan mutabakat sonucunda bir eylem programı hazırladık. Bu programın en büyük ayağını kamunun başta muayenehaneler olmak üzere özel sağlık kuruluşlarında çalışan dişhekimlerinden hizmet satın alması oluşturuyor.

Muayenehanelerin bu sistemin içinde olması yönünde somut öneriniz nedir?

Sağlık Bakanlığı’nın, Maliye Bakanlığı’nın ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun sunduğu çeşitli gerekçeler var. Bu gerekçelerle varmak istedikleri nokta; özelden hizmet satın alınması söz konusu olduğunda muayenehanelerin sistem dışında bırakılması. Bunun olmaması gerektiğini, dişhekimliği hizmetlerinin genel tıp hizmetlerinden farklı olduğunu, genel sağlık hizmetleri özel hastanelerden alınabilecekken dişhekimliği hizmetlerinde muayenehanelerin sistem dışında kalmasının mümkün olmadığını anlatmaya çalışıyoruz.

Maalesef Türkiye’de kamu tarafından verilen ağız diş sağlığı hizmetlerinin ne kadara mal olduğunu şu anda devlet bilmiyor. Devletin sunamayıp, dışarıya sevk ettiği ağız diş sağlığı hizmetlerinin tedavi bedellerinin ne olduğu konusunda da bir bilgi yok. Bu yüzden kamu, mu-

Sistemde yer alması önerilen girişimsel işlemler ve bedelleri (KDV Hariç)

Birinci Bölge fiyatları ile örnek tablo

TEDAVİLER	TDB AÜT (2007)	TEKLİF EDİLEN FİYAT	KAMU TEDAVİ BEDELİ (YTL)	KATKI PAYI (YTL)
DİŞHEKİMİ MUAYENESİ	21	17	13	4
DİŞ RÖNTGEN FİLMİ	15	12	9	3
DİŞ ÇEKİMİ	44	35	27	8
KOMPLİKASYONLU DİŞ ÇEKİMİ	80	64	50	15
AMALGAM DOLGU (BİR YÜZLÜ)	42	34	26	8
AMALGAM DOLGU (İKİ YÜZLÜ)	58	46	35	11
AMALGAM DOLGU(ÜÇ YÜZLÜ)	75	60	46	14
KOMPOZİT DOLGU(BİR YÜZLÜ)	49	39	30	9
KOMPOZİT DOLGU(İKİ YÜZLÜ)	63	50	38	12
KOMPOZİT DOLGU(ÜÇ YÜZLÜ)	82	66	51	15
KANAL TEDAVİSİ (BİR KANAL)	57	46	35	11
KANAL TEDAVİSİ (İKİ KANAL)	101	81	62	19
KANAL TEDAVİSİ(ÜÇ KANAL)	151	121	93	28
TEK PARÇA DÖKÜM KRON	122	98	75	23
DETERTRAJ (TEK ÇENE)	51	41	32	9
TOTAL PROTEZ	522	418	321	97
HAREKETLİ PROTEZ	629	503	387	117
YER TUTUCU	106	85	65	20
FİSSÜR SEALENT	24	19	15	4

İkinci Bölge fiyatları ile örnek tablo

TEDAVİLER	TDB AÜT (2007)	TEKLİF EDİLEN FİYAT	KAMU TEDAVİ BEDELİ (YTL)	KATKI PAYI (YTL)
DİŞHEKİMİ MUAYENESİ	23	18	14	4
DİŞ RÖNTGEN FİLMİ	14	11	8	3
DİŞ ÇEKİMİ	43	34	26	8
KOMPLİKASYONLU DİŞ ÇEKİMİ	72	58	45	13
AMALGAM DOLGU (BİR YÜZLÜ)	41	33	25	8
AMALGAM DOLGU (İKİ YÜZLÜ)	56	45	35	10
AMALGAM DOLGU(ÜÇ YÜZLÜ)	68	55	42	13
KOMPOZİT DOLGU(BİR YÜZLÜ)	48	39	30	9
KOMPOZİT DOLGU(İKİ YÜZLÜ)	62	50	38	12
KOMPOZİT DOLGU(ÜÇ YÜZLÜ)	79	63	48	15
KANAL TEDAVİSİ (BİR KANAL)	52	41	32	9
KANAL TEDAVİSİ (İKİ KANAL)	91	73	56	17
KANAL TEDAVİSİ(ÜÇ KANAL)	137	109	84	25
TEK PARÇA DÖKÜM KRON	117	94	72	22
DETERTRAJ (TEK ÇENE)	46	36	28	8
TOTAL PROTEZ	513	410	315	95
HAREKETLİ PROTEZ	584	467	360	107
YER TUTUCU	96	77	59	18
FİSSÜR SEALENT	23	19	15	4

Not: Türk Dişhekimleri Birliği tarafından hazırlanan, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na sunulan bu tabloda birinci ve ikinci bölge illerdeki fiyatlar örnek alınmıştır. Hesaplamalarda kesirli rakamlara yuvarlama işlemi uygulanmıştır.

ayenehaneler sisteme dahil olduğunda yıllık maliyetine ilişkin endişe duyuyor. Ellerinde bir veri olmadığı için bu endişeleri duymakta haklı olabilirler. Biz onlara muayenehanelerin sistem içinde olduğunda kamuya yıllık maliyetin ne olduğunu açıkça gösteren bir proje sunuyoruz. Bu projeyle beraber devletin çekincelerini ortadan kaldıracığımıza inanıyoruz.

Türkiye’de kamunun bu çekincelerini yok edecek, vatandaşın ağız ve diş sağlığı hizmetlerine kolayca erişimini sağlayacak, muayenehanelerin atıl durumda olmasını önleyecek, dişhekimlerini daha verimli kullanabilecek bir sistemi mutlaka kurmak zorundayız. Aksi takdirde dişhekimleri kamunun veya özel sermayenin emrinde çalışan işçileşme sürecine hızla girecek.

Proje hakkında bilgi verebilir misiniz?

Hazırladığımız proje tamamen koruyucu dişhekimliği hizmetlerini içeriyor. Protetik tedavi kalemlerini sistem içerisine çok fazla almak istemiyoruz. Bunlar maliyetleri yüksek tedaviler. Özellikle koruyucu hizmetleri, belirlenmiş fiyatlarla vermek istiyoruz. TDB maliyet analizine göre bilimsel bir çalışma yaptık. Bu çalışmada dişhekiminin bir gün içinde yapmış olduğu te-

davi kalemlerinin sayısı ile bu kalemlerin bedelleri arasında ciddi bir ilişki olduğunu saptadı. Dişhekimlerinin gün içinde yaptığı tedavi hizmet sayısı arttığı zaman tedavi bedellerinde belli oranda düşmeler oluyor. Biz kamuya, “Siz bizimle anlaşma yapar, hasta yoğunluğumuzu arttırmayı taahhüt ederseniz, bu maliyet analizindeki tedavi bedellerinde oluşabilecek indirimleri göz önüne alarak size tedavi paketi hazırlar ve bu hizmeti veririz,” dedik. Projemiz öncelikle koruyucu dişhekimliği hizmetlerinin verilmesiyle ilgili. Bu projeyle genel sağlık hizmetlerinde olduğu gibi sevk zinciri olmadan, vatandaşın sağlık karnesiyle yani TC Kimlik numarasıyla muayenehanelere başvurmasını ve ağız ve diş tedavilerinin yapılmasını öneriyoruz.

Bu proje tüm özel sağlık kuruluşlarını kapsıyor mu?

Projemiz başta muayenehaneler olmak üzere; müşterek muayenehane, poliklinik, ağız diş sağlığı merkezleri ve özel hastaneleri kapsıyor. Muayenehaneleri kapsam dışında bırakacak bir sistemi TDB ve Dişhekimleri Odaları kabul etmez. Biz buna karşıyız. Sağlık Bakanlığı 2003 yılında üç ay süren böyle bir uygulama yaptı. Biz o zamanda bunun yanlışlığını ifade et-

**Çalışma ve Sosyal Güvenlik
Bakanlığı'na sunulan
Tanımlanmış Tedavi Kalemleri
ve Kullanım/Yenilenme Süreleri**

örnek tablo

SUT KODU	TEDAVİLER	TEDAVİ MİADLARI
401.010	DİŞHEKİMİ MUAYENESİ	Her 6 ayda 1 kere
401.050	DİŞ RÖNTGEN FİLMİ	
	ACİL MÜDAHALE	
405.010	DİŞ ÇEKİMİ	
405.020	KOMPLİKASYONLU DİŞ ÇEKİMİ	
402.010	AMALGAM DOLGU (BİR YÜZLÜ)	3 yıl
402.020	AMALGAM DOLGU (İKİ YÜZLÜ)	3 yıl
402.030	AMALGAM DOLGU (ÜÇ YÜZLÜ)	3 yıl
402.100	KOMPOZİT DOLGU (BİR YÜZLÜ)	3 yıl
402.110	KOMPOZİT DOLGU (İKİ YÜZLÜ)	3 yıl
402.120	KOMPOZİT DOLGU (ÜÇ YÜZLÜ)	3 yıl
402.150	KANAL TEDAVİSİ (BİR KANAL)	1 kere
402.152	KANAL TEDAVİSİ (İKİ KANAL)	1 kere
402.153	KANAL TEDAVİSİ (ÜÇ KANAL)	1 kere
404.170	TEK PARÇA DÖKÜM KRON	5 yıl
406.020	DETERTRAJ (TEK ÇENE)	Yılda 1 kere
404.010	TOTAL PROTEZ	5 yıl
404.020	HAREKETLİ PROTEZ	5 yıl
403.040	YER TUTUCU	Yılda 1 kere
403.010	FİSSÜR SEALENT	

tik. Muayenehaneleri kapsamayan bir sistem dişhekimliği hizmetlerinde kabul edilemez. Dünyadaki örnekleri de incelendiğinde bu sistemin muayenehane temelli bir hizmet alımı modeli olduğu görülecektir.

Muayeneler merkez ve hastanelere oranla dezavantajlı değiller mi? Proje uygulanmaya başladığında, muayenehaneleri avantajlı hale getirmek isterken, tam tersi bir durumun meydana gelme riski yok mu?

Tabii ki, bu ihtimal var. Toplu çalışma yerlerinde maliyetler düşüktür. Ancak dünyadaki muayenehanelerle ilgili örnekler bakıldığında verilerimiz o kadar güçlü ki: Dünyada muayenehaneleri dışarıda bırakan bir sistem yok. Avrupa ülkelerinde, ABD’de hizmet satın alımı muayenehane temelinde. Ancak dünyada ağız diş sağlığı hizmetlerini sınırsız bir şekilde sunan bir ülke de yok. Değişik sınır sistemleri var. Bu sınır işlem veya sayısal olabilir. Tabi bugüne kadar dünyada muayenehaneleri dışarıda bırakan bir model olmamasına rağmen yetkililer “ben böyle yapıyorum” diyebilirler. Bu karar siyasi olur ve

Sınırlı kaynaklarla öncelik koruyucu dişhekimliği

Dişhekimlerinin muayenehanelerindeki çalışma saatlerinin belli bir bölümünü bu sistem içerisindeki hastaların tedavilerine ayırmasını istiyoruz. Bu zaman diliminde dişhekimleri yapmış olduğu tedavileri paket içinde belirlenmiş fiyatlardan verecekler. Ancak devletin kaynaklarının sınırsız olmadığını hepimiz biliyoruz. Bu mantıktan yola çıkarak dişhekimlerine aylık bir kota uygulayacağız. Bu kotayı bir puan sistemi ile koymayı düşünüyoruz. Dişhekimleri yapmış oldukları tedavi karşılığında bir puan alacaklar ve dişhekimine aylık bir puan sınırı konulacak. Dişhekimleri bu puanı doldurduktan sonra sistemden yeni hasta kabul edemeyecek. Bunun iki türlü faydası var. Birincisi: Dişhekimleri arasında adil bir hasta dağılımını sağlanacak. Çünkü yeni mezun bir dişhekim muayenehanesinde boş otururken, 20-25 yıllık bir dişhekim yılların getirdiği tecrübe ve hasta birikimiyle daha verimli çalışıyor. Bizim amacımız işte bu tecrübeli ve yıllardır çalışarak birikim yapmış hekimlerimize aşırı hasta yönelimini durdurmak ve yeni mezun arkadaşlarımıza hasta dağılımını sağlamak. İkincisi: Kamu yıllık ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kaçama olacağını hesap edemediğini söylüyor. Dişhekimine kota konularak, aylık yapacağı puan ve alacağı maksimum para tespit edilebiliyor. Yıllık ağız diş sağlığı hizmetlerinin özelden alınmasıyla ilgili kaynağınız ortaya çıkıyor. Örneğin: Türkiye’de 15.000 dişhekim bu sisteme girerse ve aylık belli bir rakam verirsiniz, aylık ve yıllık bu sistem için ayıracağınız tedavi gideriniz belli oluyor. Bu durumda kamunun gerekçesi de ortadan kalkmış durumda oluyor.

sağlıklı olmayan bir karar olur. Bu durumda dişhekimleri olarak buna karşı durmalı, durdurmak için de siyasi otoriteye karşı gücümüzü göstermeliyiz. Bu konuda da en büyük desteği kamuoyundan almamız gerekiyor.

Hükümetler ağız ve diş sağlığı hizmetlerini genel sağlığın bir parçası gibi düşünmeyip, bu hizmetleri önemsemiyor mu?

Bu dediğiniz kısmen doğru. Yetkililerle yaptığımız görüşmelerde maalesef bunu tespit ediyoruz. Konuşmaların içinde bir yerde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine önem verilmediği karşımıza çıkıyor. Aslında toplumdaki ağız diş sağlığına verilen önem neyse, bizi yönetenlerin bakış açısı da birbirine benzer. Bu eksikliğin giderilmesi için TDB yoğun bir şekilde ağız ve diş sağlığının önemini vurgulayan, topluma bunun bir sağlık sorunu olduğunu anlatmaya çalışan projeler üretiyor.

Projelerle ilgili de bilgi verir misiniz?

Bildiğiniz gibi 2008 yılını dişhekimliğinin bilimsel kuruluşu-

İsrafi önleyeceğiz

Bu sistem içinde yer alan tedavilerin belli bir garanti süreleri olacak. Şu an kamudaki sistemde bir dolgu yapılıyor. Bu dolgu bir süre sonra düştüğünde, tekrar bir dolgu yapılıyor ve bu birkaç kez fiyatlandırılıyor. Böyle olmamalı. Kamu kaynaklarının daha verimli kullanılması için tedaviyi yapan hekimin de bir garanti süresi içerisinde tıbbi sorumluluğunu karşılaması gerekir. Bu anlamda sistem içinde yer alan tedavi kalemlerinde garanti süreleri de kapsam içine alıyoruz. Belirlenen süreler içinde bir sorun yaşanırsa, tedaviyi yapan dişhekimini de bu sorunu gidermekle yükümlü olacak. Bu durumda kamunun herhangi bir kaynağı buraya tekrar aktarılmayacak.



Acil dişhekimliği hizmetleri

Projede iki yeni uygulama var. Şu anda tedavi kalemlerinde yer almayan iki açılım getiriyoruz. Genel sağlık hizmetlerinde “acil vaka” diye bir tanımlama var. Doğal olarak acil vakalarda sözleşmesi olsun olmasın, herkes bu vakalara bakmak zorunda. Kamuyla anlaşma yapmamız durumunda “Acil dişhekimliği hizmetleri” diye bir tanım ortaya çıkacak. Buraya hangi tedavi kalemlerini koyacağımızı da belirledik. Bunun dışında şu anda mevzuatta BUT ve SUT’ta geçerli olan 5-15 yaşındaki çocukların özel muayenehanelere sevgiyle ilgili bir madde var. Biz kazanılmış haklardan geri adım atmak ve zamanında yapılacak çok basit ortodontik tedavilerle ileride ortaya çıkabilecek büyük sorunların önlenebileceği düşüncesiyle “koruyucu ve önleyici ortodontik girişimler” diye bir paket hazırladık. Bu paket 8-12 yaş dilimini kapsıyor. Yaş oranı değişebilir. Bu yaş dilimi arasındaki çocuklara yapılacak basit tedavilerle ileride ortaya çıkabilecek çapraşıklara bağlı ağız diş sağlığı sorunlarının önlenmesiyle ilgili bir paket hazırladık. Bu iki uygulamayı da kapsam içine sokmayı düşünüyor ve öneriyoruz.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na sunulan Acil Müdahale Paketi

örnek tablo

SUT KODU	TEDAVİLER
405.080	KANAMA MÜDAHALESİ
402.300	EXTİRPASYON
405.190	APSE DİRENAJİ
405.070	ALVEOLİT CER. TED.
405.210	REİMLANTASYON
	ÇENE KIRIĞI
404.090	PROTEZ TAMİRİ
404.260	DÜŞMÜŞ KURON SİMENTASYONU

nun 100. yılı olarak kutluyoruz. TDB toplumun ve yönetenlerin ağız ve diş sağlığını koruması yönünde bilinçlenmesi için çok geniş kapsamlı bir çalışma başlattı. Türkiye’nin her yerinde billboardlarda, TV kanallarında, sinema salonlarında, hazırladığımız afiş ve kısa metrajlı filmlerle, halkımıza ağız ve diş sağlığının önemini vurgulayan mesajlar vermeye çalışıyoruz. Eğer ağız diş sağlığı sorunlarının öncelikli sorunlar halinde algılanmasını sağlayabilirsek, eminim kamuoyu ilaç ve genel sağlık hizmetlerinde gösterdiği tepkiyi gösterecektir. İşte bu tepki oluştuğunda Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı gibi ilgili bakanlıklar dişhekimliği hizmetlerine ikinci sınıf tedavi gözüyle bakamayacaklar. O zaman “halkın talebi yok onun için ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yeterli kaynağı ayırmıyoruz” gibi gerekçeler sunamayacaklar.

Projenin ana teması nedir?

Dergi’nizin basıma girdiği tarihlerde TV kanallarıyla ilgili bir çalışmamız yürürlüğe girecek. TV kanallarının en çok izlenen bölümlerinde yine bu bilgilendirme çalışmalarına yer vereceğiz. Kasım ayına kadar vatandaşlarımıza yoğun bir şekilde sağlık haklarını hatırlatacağız. Bunun dışında “tedavi hakkını kullan” sloganıyla çıkan bir çalışmamız var. “Tedavi hakkını kullan” başlıklı bu kampanyamızda vatandaşlarımıza mevzuattan doğan haklarını hatırlatacağız. Burada amacımız Sosyal Güvenlik Kurumu’na bağlı kişilerin ve bakmakla yükümlü oldukları fertlerin ağız diş sağlığıyla ilgili sorunlarının tedavi edilmesi için ilgili yerlere başvurmasını sağlamak. Bu da bir nevi halkın ağız ve diş sağlığı hizmet talebini artırmaya yönelik bir çalışma. Kamunun şu andakinden daha fazla bir talebi karşılaması mümkün değil. Kamuda çalışan dişhekimleri performans uygulamasından doğan sorunlarla boğuşmakta. “Te-



davi hakkını kullan” çalışması talebi arttırdığı zaman eminim kamudan özele sevkler başlayacak. Kamunun ağız ve diş sağlığı hizmetlerini yeterince üretemediği noktada da özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alması gündeme gelecek.

Görüldüğü kadarıyla bir eylemlilik süreci başlamış ve devam ediyor. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’yla görüşmelerinizde bu projeniz kabul edilmediğinde TDB nasıl bir yol izleyecek?

Olumlu cevap vermeme ihtimali sürekli var. Biz toplumun ağız diş sağlığını koruyacak, ileride tedavi giderlerini azaltacak, yani protez yapımını engelleyecek bir sistem ortaya koyuyoruz. O çerçevede Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yanı sıra bu projemizi kamuoyuyla paylaştık. Kamuoyunu “sizin on sene sonraki ağız diş sağlığınızı garanti altına alan projemiz varken, bunu gerçekleştiriyoruz” diye bilgilendirme yapacağız. Bu arada görüşmelerimiz tabii ki ikna metoduyla devam edecek. Biz bu projenin, toplumun ağız diş sağlığını Avrupa standartlarına ve normlarına götüreceğine inanıyoruz. Onun için de inandığımız projeyi de red cevabıyla rafa kaldırmayı düşünmüyoruz. Bu projenin uygulanması yönündeki talebimizi kamuoyuna yansıtmak, ikna etmek, derdimizi vatandaşlarımıza, diğer meslek örgütleri ve sendikalara anlatmak için bir dizi görüşmeler yapıyoruz.

Bu projemizi ve planlarımızı Başkanlar Konseyi Toplantısı’nda mutabakatla kararlaştırdık. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı’na yönelik bir dizi eylem planı yaptık. Ama umuyorum ki projemiz görüşmeye açılır. Karşılıklı birbirimizi ifade etmeye başlarız ve bu eylem sürecine gerek kalmaz.

Sendikalar ve diğer meslek örgütlerine yönelik yaptığınız çalışmalardan da bahsedebilir misiniz?

Bu çalışmanın sadece dişhekimlerinin değil, aynı zamanda toplumun talebi olması yönünde büyük önem taşıdığına inanı-

45 yaş üstü protez kapsam içinde

Proje 45 yaş üzerindeki vatandaşlarımızın protez ihtiyaçlarını kapsıyor. Çünkü Genel Sağlık Sigortası Kanununda 45 yaş üstünde protez yapılmasıyla ilgili bir madde var. Ayrıca 50 yaşında bir vatandaşın total dişsizlik vakası sonucu beslenme ve sosyal ihtiyaçlarını gidermesi için proteze ihtiyacı göz ardı edilmemelidir. Bu mutlaka sistem içinde olmalı. Ancak önerdiğimiz sistemin ruhu koruyucu hekimlik üzerine olduğu için dişhekimlerin ağırlıklı koruyucu hekimlik çalışmalarına yönelmeleri amacıyla şöyle bir kural düşünüyoruz: Bir ay içinde yapılan protetik tedaviler toplamı, o ay içinde yapılan girişimsel işlemler toplamının %30’unu aşamaz. Tabii bu sistemin doğru bir biçimde uygulanabilmesi ve sürdürülebilir olması için tıbbi ve mali kontrollerin yapılması gerekiyor. Denetimin olmadığı noktada her meslek grubunda yaşanabilecek suistimaller olacaktır. Onun için tıbbi ve mali kontrollerin yapılmasını öneriyoruz. Bu konuda alternatifli çözüm önerilerimiz olduğunu ve TDB ile Dişhekimleri Odaları’nın da sorumluluk almaya hazır olduğunu yetkililerle paylaşıyoruz.

Muayenehaneler kamusal alanda

Biz bu projede özellikle protetik tedavi kalemlerini sistem içinde alınmasını önermiyoruz. Dişhekimisi sistem dışındaki zaman diliminde bu tedavileri yapabilir. Buradaki fiyatlandırma tamamen TDB Asgari Ücret Tarifesi üzerinden yapılacak. Yani hekim iki bölümde çalışacak. Günün belli bölümünde kamuya hizmet verecek. Bu durumda kamunun verdiği bedelin yanında hastadan katkı payı alacak. Aynen şu an genel sağlık hizmetlerinde olduğu gibi. Ve diğer bölümde de özel çalıştığı alanda da şu an nasıl çalışıyorsa Asgari Ücret Tarifesi üzerinden çalışarak kazanç elde edecek.

yoruz. Az önce ifade ettiğim “Tedavi hakkını kullan “ projemizi diğer sağlık meslek örgütleriyle, sendikalar ve sivil toplum kuruluşlarıyla paylaştık. Bu talebin sadece dişhekimlerinin değil, toplumun talebi haline gelmesi lazım. Eğer dişhekimliği hizmetlerine ulaşma talebini topluma yaygınlaştıramazsak bu çok cılız ve geçici bir talep haline gelecektir. Bu düşünceden hareketle son aylarda sendika ve sivil toplum kuruluşlarıyla görüşmeler yaptık. Projemize büyük destek verdiler. Şu anda birçok sendikamız ve meslek örgütümüz bu çalışmalarımızı destekliyor. Konuyla ilgili afiş ve broşürlerimizin altına TDB’nin yanında kendi isimlerini yazdırdılar. Bu sağlık hakkını talep etme ve sağlık hakkına sahip çıkmak Türkiye’de geniş bir taban bulma açısından çok önemli bir gelişme.

Eylem programı

Projemizi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na, aynı zamanda SGK'na sunduk. Biz çalışmalarımızı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'yla yürütürken, Sağlık Bakanlığı'yla ilgili bilgilendirme ve yönlendirme çalışmalarını yapıyoruz. Bu çalışmadan olumsuz bir yanıt alırsak az önce ifade ettiğim gibi bunları basın ve kamuoyuyla paylaşacağız. Daha sonra planlandığı gibi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'na yönelik yapacağı bir dizi eylem yapacağız. Eğer bunlardan bir sonuç elde edemezsek İstanbul'da bir miting düzenleyeceğiz.



mayan söylemler var. Özellikle siyasetlerin birlikteliğimizi bozmak için doğru olmayan bu ifadelerini çok sıkça duyuyoruz. Biz meslektaşlarımıza mümkün olduğunca ulaşmaya çalışıyoruz. TDB'nin web sitesi son yıllarda büyük aşama kaydetti. Tüm gelişmeleri ve bilgileri anında güncelleyerek meslektaşlarımıza ulaştırmaya çalışıyoruz. Eğer toplum sağlığı adına bir kazanım sağlayacaksa, bunun sadece yöneticilerin çabalarıyla olması mümkün değil. 22.000 dişhekiminin yöneticilerimizin arkasında güçlerini göstermeleri ve desteklerini vermeleri gerekiyor. Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı veya herhangi bir kurumun TDB'ye özelden hizmet satın almasıyla ilgili teklifi olmamıştır. TDB çok değişik projelerle bakanlıklara gitmiştir. Değişik alternatiflerle onların çelişkilerini ve tereddütlerini ortadan kaldıracak tüm çalışmaları yapmıştır. Ancak bu güne kadar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'yla bu konuda açılım getirecek bir ortak çalışma yürütülememiştir. TDB, Sağlık Bakanlığı'nın tüm çekincelerini giderecek bir projeyi ortaya koymuştur. TDB bu projeyi Dişhekimleri Odaları Başkanlarıyla ve dişhekimleriyle paylaştı. Her kesimden bu projenin doğruluğuna yönelik cevaplar geldi. Biz bu projeye güveniyoruz. Dişhekimlerinin de bu projenin gerçekleşmesi için yapacağımız tüm girişimlerin arkasında olmalarını ve desteklerini vermelerini istiyoruz. Çünkü bu proje sadece mesleğini yürüten bizler için değil, şu anda dişhekimliğini fakültesine yeni girmiş, dişhekimliği fakültesinde okuyan ve ileride de dişhekimisi olmak isteyen gençlerimiz için. Her ne şart altında olursa olsun, bugünkü sistemden memnun olsun, olmasın, yeni mezun, tecrübeli olsun, ne olursa olsun TDB çatısı altında toplanan tüm meslektaşlarımızın bu mücadelede bizlere destek vereceğine yürekten inanıyorum.

Son olarak meslektaşlarımıza ne söylemek isterseniz?

Türkiye'de 22.000 dişhekimisi var. Zaman zaman dişhekimlerine bizden veya dişhekimlerinden kaynaklanan nedenlerle ulaşmakta sorun yaşıyoruz. Bu da iletişim sorunlarına neden oluyor. Bu sorun sadece TDB ile dişhekimleri arasında değil, odalarımızla dişhekimleri arasında da olabiliyor. Değişik yerlerde, değişik platformlarda TDB'nin Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan tekliflere olumsuz yanıt verdiği yönünde hiç doğru ol-



TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Tümay İmre:



"Sistemde tüm taraflar optimum fayda sağlamalıdır"

Muayenehanelerden hizmet satın almak sağlığın özelleştirilmesi demek değildir. Tam tersine muayenehanelerin kamusal hizmet vermeye başlamasıdır. Özel sektörün de kamusal alana çekilmesidir. Hizmeti ister kamu ister muayenehane versin, bizim için temel prensip, öncelikle halkın ağız diş sağlığı seviyesini yükseltilecek ağız diş sağlığı politikalarının geliştirilmesidir.

Kamudaki dişhekimliği hizmetlerinde performans uygulamalarının halkın ağız diş sağlığı hizmetine erişimine etkilerini değerlendirir misiniz?

Performans uygulamasını "insanların çalıştığı kadar bir prim alması" şeklinde tarif edebiliriz. Bu daha çok özel sektörde karşılaşılan bir uygulama. Bu uygulama çalışanla çalışmayanı ayırmayı ya da herkese çalıştığı kadar kazanma fırsatı vermeyi hedefliyor. Ama bu amaca her zaman hizmet etti mi? Bu tartışılabilir tabii.

Kamuda ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde performans uygulamaları genel sağlık hizmetleriyle birlikte başladı. Birkaç etkisi oldu bunun. Performans uygulamalarından önce insanlar tedavi olmak için aylarca, hatta bazen yıllarca sıra bekliyorlardı. Şu anda insanlar çok kısa zamanlarda tedavilerini yaptırmaya başladılar. Bu yönüyle halk bu uygulamalardan memnun. Burada şöyle bir sıkıntı yaşandı. İş yoğunluğunun normalin üzerinde artmasından dolayı tedavi hizmetleri kalitesinde bir takım düşmeler yaşanmaya başladı. Çok kısa sürelerde tedaviler yapılmaya başlandığından, hizmet kalitesine ilişkin insanlar birtakım sıkıntılar yaşıyorlar. Ancak eskiden hiçbir sağlık hizmeti olanağına kavuşamayan bu insanlar, birtakım sıkıntılar yaşamasına rağmen ağız ve diş sağlığı hizmetlerine kavuştukları için ses çıkarmıyorlar.

Performans uygulamalarıyla ilgili Dişhekimleri Odaları'na gelen şikayetler var mı?

Tabii, hem şikayetler, hem de elimize geçen belgeler var. Öyle abartılı yapılan işlemler var ki; bunu sadece ağız diş sağlığı

hizmetlerinde değil, genel sağlık hizmetlerinde de gözlüyoruz. Daha önceki uygulamalarla karşılaştırma yaptığımızda bazı uygulamalar kat kat arttırılmış durumda. Örneğin: Daha önce yılda ortalama 10 adet yapılan işlem, şimdilerde ortalama 100 adet yapılmaya başladı. Veya hastaların %10'una uygulanan tedavi %40'ına uygulanmaya başladı. Bu tabii performans uygulamasının kötü bir sonucu. Performans uygulamalarının çıkış noktası doğru olmakla birlikte denetim çok önemli. Kamu şu anda bunu yapmıyor. İşin garip tarafı yapmak da istemiyor. Bu konuda Sağlık Bakanlığı yetkililerini uyardığımız halde görmezden geliyor. Hatta bize "Siz meslektaşlarınıza haksız bir eleştiride bulunuyorsunuz" diyorlar. Çünkü Sağlık Bakanlığı için poliklinik veya yapılan iş sayısının artmış olması önemli. Siyaseten bunu oya dönüştürmek gibi bir sonucu var. Bu konuda da bir miktar başarılı olduklarını kabul etmek gerekiyor.

Kamunun ağız ve diş sağlığı hizmetlerini muayenehanelerden satın alması için TDB'nin izlediği yol ve politikalar hakkında bilgi verebilir misiniz?

TDB ve Dişhekimleri Odaları çok uzun bir süredir kamunun muayenehanelerden hizmet satın alması gerektiğini söylüyor. Burada bir şeyin altını çizmek istiyoruz: Muayenehanelerden hizmet satın almak sağlığın özelleştirilmesi demek değildir. Tam tersine muayenehanelerin kamusal hizmet vermeye başlamasıdır. Özel sektörün de kamusal alana çekilmesidir. Burada önemli olan hizmetin kimin tarafından verildiğinden çok hizmetin hangi amaçlarla, hangi erk tarafından planlandığıdır.



Bunu planlayacak olan kamusal erktir. Hizmeti ister kamu kurumu verir, ister muayenehane verir. Bizim için temel prensip öncelikle halkın ağız diş sağlığı seviyesini yükseltilecek ağız diş sağlığı politikalarının geliştirilmesidir. Ve bunun içinde bunu yapmaya gücü olmayan kamunun muhakkak özel sektörden de yani muayenehanelerden de yararlanmasıdır.

Peki bu konuda TDB bugüne kadar neler yaptı?

Öncelikle belirtmeliyim: Bir kere ağız diş sağlığı hizmetlerine halkın çok fazla talebi yok. İnsanlar alışmış yıllardır cebinden para vererek ağız diş sağlığı hizmetlerini almaya. O yüzden kamu bunu çok önemsemiyor. Tabi böylece ağız ve diş sağlığı hizmetlerine bütçe ayırmaktan kurutuluyor. Bunu sosyal devletin bir kazancı olarak görüyor bazı bürokratlar. Oysa bu sosyal bir devletle bağdaşmayacak bir yaklaşım.

Biz bu işe başlarken madem kamu maliyetlerden bu kadar korkuyor. O zaman biz önce ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin gerçek ve bilimsel anlamda maliyetlerini hesaplayalım dedik ve bu konuda bir ça-

Genel olarak hükümetin politikalarına baktığınızda liberal politikalar izliyorlar. Ama sağlık alanında son derece devletçi bir yaklaşımları var. Bu kendi içinde siyaseten tartışılabilir ama bunca muayenehane atıl bir şekilde dururken Sağlık Bakanlığı neden yeni ağız diş sağlığı merkezleri açıyor?

alışma yaptık. Bu çalışma Sağlık Bakanlığı'nda çok büyük bir yankı buldu. Sağlık Bakanlığı da hemen akabinde bizim yaptığımız çalışmanın çok benzerini yaptı ve gördüler ki; bizim rakamlarımız gerçekçi, hiç de abartılı değil. Çünkü tedavi süreleri, malzeme ve giderleri açısından hemen hemen aynı rakamlara ulaştık. Sadece fiyatlandırma konusunda birtakım farklılıklarımız oldu. Mesela Sağlık Bakanlığı bazı giderleri gider olarak görmüyor. Ya da koca koca hastaneler kiralanıyor, binalar kiralaniyor. Onların kira-larını gider olarak görmüyor. Yardımcı personelin maaş vb. giderlerini, ilk yatırım maliyetlerini, devlet memurlarının ve ailelerinin sağlık giderlerini hesaba

katmıyor. Tabi bunları gider olarak görmezseniz rakam değişiyor. Biz maliyet analizinden başladık. Sağlık Bakanlığı'nın önüne muayenehanelerden hizmet almanın uygulanabilir bir şey olduğunu, aslında korkulacak bir şey olmadığını hatta kamunun kendi maliyetlerinden zaman zaman daha ucuz bir maliyete denk geleceğini gösteren bir rapor hazırladık. Onu da önümüzdeki günlerde kamuya sunacağız.

Peki Sağlık Bakanlığı'nın bu politikalar karşısındaki tutumu ne oldu?

Aslında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın yasallaşmasından sonra bu konuda yasal aç-

dan belirleyici unsur Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Ancak yasal açıdan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı yetkili görünse de henüz Sağlık Bakanlığı daha etkili. Bu alışkanlık henüz değişmemiş durumda.

Sağlık Bakanlığı da bizim gibi bir hizmet sunucu. Yani Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı olan insanlara hizmet veren bir kurum. Bakanlık sanırım muayenehaneleri bir anlamda rakip görüyor. Aynı taraftaymış gibi ama aynı zamanda da rekabet içine girilmesi gereken bir rakip olarak görüyor. Tabi muayenehaneleri sistem içine alınmazsa Sağlık Bakanlığı tek başına ağız diş sağlığı hizmetlerini sunmaya devam edecek. Oysa genel sağlık hizmetlerinde durum böyle değil. Kamu özel hastaneler, poliklinikler, merkezlerden sağlık hizmeti satın alıyor. Hatta muayenehanecilik anlamında; "aile hekimliği" adı altında hizmet alıyor. Ancak kamunun muayenehanelerden ağız diş sağlığı hizmetlerini almak konusunda Sağlık Bakanlığı'ndaki bazı bürokratların kafalarının karışık olduğunu düşünüyorum. Biz de onları bu konuda netleştirmeye çalışıyoruz. Kamuda özelden ağız diş sağlığı hizmetlerini satın alınması söz konusu olsa bile "Biz bunu hastaneler gibi büyük kuruluşlardan alırız" gibi bir eğilim var. Biz de onlara ağız diş sağlığı hizmetlerini hastanelerden alınmasının şart olmadığını, ağız, diş sağlığı hizmetlerinin genel tıp hizmetlerinden farklı olduğunu, hastanede verilen dişhekimliği hizmetleriyle, muayenehanede verilen dişhekimliği hizmetleri arasında hiçbir farkı olmadığını açıklamaya çalışıyoruz.

Bu kadar çok muayenehane mevcut ve atıl durumda bekliyorken, Sağlık Bakanlığı neden bünyesinde ağız diş sağlığı merkezleri ve hastaneler açmakta ısrar ediyor?

Çok iyi bir noktaya değindiniz. Genel olarak hükümetin politikalarına baktığınızda liberal politikalar izliyorlar. Ama sağlık alanında son derece devletçi bir yaklaşımları var. Bu kendi içinde siyaseten tartışılabilir ama bunca muayenehane atıl bir şekilde dururken Sağlık Bakanlığı neden yeni ağız diş sağlığı mer-

Mesele siyasi

Sevklı hastalarla ilgili Danıştay 2. ve 10.

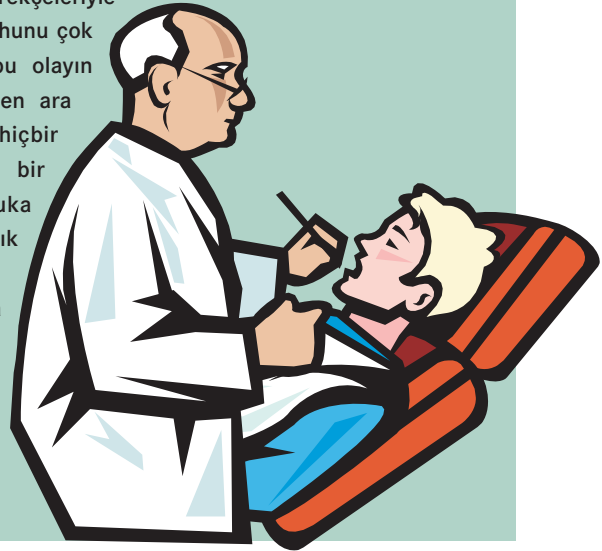
Dairelerinin hasta lehine aldığı karar neticesinde SGK ardından da Maliye Bakanlığı bir açıklama yaptı ve sevklı hastaların TDB Asgari Ücret Tarifesi üzerinden tedavi hizmetlerini alabileceklerini açıkladı. Ancak ardından SGK yeni bir açıklama yaptı ve devlet bütçesini korumak adına Sağlık Uygulama Tebliği EK-7'deki fiyatlar üzerinden karşılanacağını belirtti. SGK'nın bu tutumu sizce sürece nasıl bir ışık tutuyor?

Danıştay'ın kararları olumlu. Ancak Danıştay'ın kararlarını dişhekimlerinin sorunlarını çözecek bir gelişme olarak görmemek gerekir. Çünkü Danıştay hukuki bir yorumda bulunuyor. Dişhekimlerinin hizmetlerini nasıl, hangi şartlarda, hangi önceliklerde sunulacağı hukuki olmaktan çok siyasi bir meseledir. Bu siyasi kararı alacak olan da siyasi erktir. Ve bu hakkı kullanacak olan insanların siyaseten bu konudaki talepleri ve tepkileridir. Hukuk kurumlarından bu sorunu çözecek bir siyasi mekanizma yaratmasını beklemek çok doğru değil bana kalırsa. Ama bu siyasi sürece ulaşmaya giderken önemli bir kazanım Danıştay kararı. Danıştay idariye diyor ki, "Sen sosyal devlet olarak halkın sağlık sorunlarını çözmekle yükümlüsün, bunu çözerken de kendi kafana göre, şu kadar paradan alma şansın yok". Bu kamunun bizimle anlaşma yapmak konusunda elimizdeki bir done. Öncelikle bu konuyu böyle yorumlamak lazım.

Bu karar sonrasında SGK ve Maliye Bakanlığı Genelgesinde "Ben buna uyacağım" dedi. Akabinde Sağlık Bakanlığı tarafından sevklar birçok yerde durduruldu ya da çok azaltıldı. Yani pratikte işimize yaradı mı? Buradan düşünülen açılımın zannedildiği gibi olmayacağını hep birlikte gördük. Burada doğru zamanlama ve iyi bir eylem planıyla Danıştay kararlarından da yararlanabiliriz.

SGK'nın şöyle bir hatası var: SGK mahkemeye götürülen metin içinde yer almayan, Sağlık Uygulama Tebliği'nin bir yerindeki bir cümleyi bahane ederek, "eski fiyatlarla ödemeye devam ederim" diye bir mantık yürütüyor. Bunun karşısında hemen Danıştay'a dava açtık. O cümleyle ilgili de dava açtık.

Aslında bize göre Danıştay gerekçeleriyle birlikte olayın felsefesini ve ruhunu çok güzel açıklamıştır. SGK'nın bu olayın felsefesini ve ruhunu reddeden arayollar aramaya çalışması, hiçbir kamu idaresine yakışacak bir davranış değildir. Bu hukuka tamamen saygısızlıktır. Ne yazık ki Türkiye'de böyle şeyler oluyor. Yargının bu konuda vermiş olduğu emsal karar olduğu için yeni yargı sürecinin daha kısa olacağını düşünüyorum.





Sağlık harcamaları daha da artmalı.

Ama nerelere kaynak aktarıldığı önemli. Kamu kaynaklarıyla birileri zengin edilmeye mi çalışıyor, yoksa halkın sağlık sorunları mı çözülüyor? İşte bizim uğraşacağımız yer burası.

kezleri açıyor?

Yanlış hatırlamıyorsam bundan üç yıl önceydi Sağlık Bakanı'yla yaptığımız bir görüşmede aynen şunu demişti: "Ben şu anda dişhekimliği hizmetlerinin yaklaşık %15'ini veriyorum. Ben yüzde %15'ini verirken, muayenehanelerden

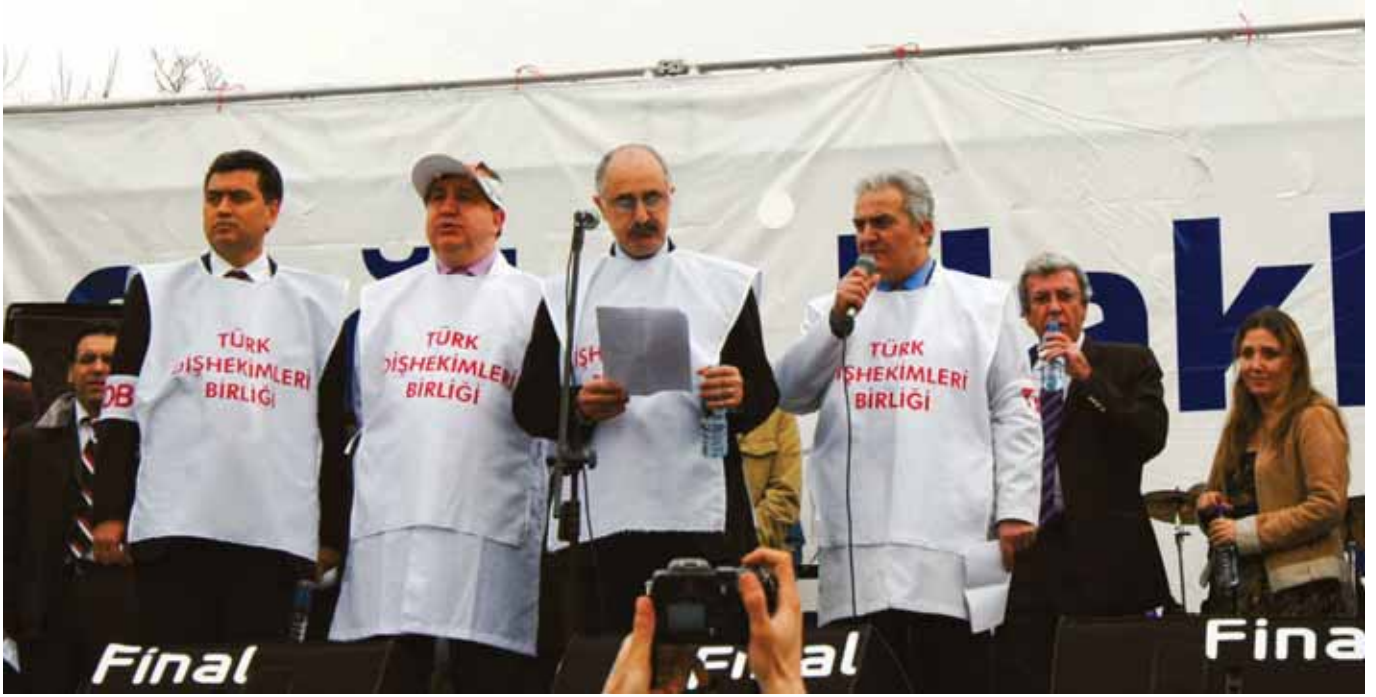
hizmet satın almam mümkün değil. Çünkü muayenehaneler olarak piyasaya o kadar hakimsiniz ki, benim size bir şey dayatma şansım yok. Siz bana istediğinizi, istediğiniz fiyatlardan, istediğiniz şartlarda yaptırabilirsiniz. O yüzden benim ilk önce kamunun hizmet verme ka-

pasitesini artırmam lazım. Hizmet kapasitemi yaklaşık üçte bir çıkartmam lazım." Aslında bugün dişhekimlerinin aşağı yukarı üçte biri kamuda çalışıyor. Yani Sağlık Bakanlığı o gün söylediği hedeflere ulaştı. Burada duracaklar mı? Bunu göreceğiz. Ama bence bundan sonra, bu hızla devam etmeyecekler. Çünkü özelden hizmet alacaklarına ilişkin birtakım veriler de var elimizde. Ama bu hizmetleri muayenehanelerden mi alacaklar, yoksa büyük sermaye kuruluşlarından mı alacaklar? Onu göreceğiz.

Kamunun muayenehaneler aracılığıyla ağız diş sağlığı hizmetinin verilmesiyle ilgili takındığı tutum ve bu konudaki gelişmeler neler?

Muayenehaneler konusunda son zamanlarda bir gelişme var. Sağlık Bakanlığı bürokratları daha önce muayenehaneleri kesinlikle kapsam içine almayacaklarını söylüyordu. Son günlerde "Yahu biz ağız diş sağlığı hizmetleri konusunda acaba yanlış mı yapıyoruz?" gibi laflar dillendirilmeye başlandı. Sağlık Bakanlığı içindeki bürokratlar tıpkı genel sağlıkta olduğu gibi "Aile Dişhekimliği" adı altında bir uygulamaya girebilir miyiz?" diye tartışmaya başladılar. Sadece Sağlık Bakanlığı'nda değil, diğer ilgili bakanlıklardaki bürokratlar da bu konuyu tartışmaya başladılar. Bizimle de tartışıyorlar. Biz de bu konudaki düşüncelerimizi söylüyoruz. Halkın ağız, diş sağlığı seviyesini yükseltecek, koruyucu hekimlik uygulamalarına öncelik veren ve yaş grupları saptanmış olmalı bu hizmet alımının. Bunun adı "Aile Dişhekimliği" de olabilir başka bir şey de. Hizmetin alımında kamuya getireceği maliyet açısından hizmetin rakamında sınırlar çizilebilir. Kişilerin alacağı hizmet açısından sınırlandırmalar getirilebilir. Ama muhakkak bu hizmetin önceliği koruyucu hekimlik uygulamalarına yönelik olacaktır. Örneğin: bir protez öncelikli olmayacaktır. İçinde protez olmayacaktır demiyorum ama öncelik protez değildir.

Genel sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına Tabip Odalarının sağlık çalışanlarının, çalışma koşulları ve özlük hakları açısından ciddi iti-



razları var. Dişhekimliğinde aile dişhekimliği uygulamasına geçildiğinde bu tür sorunların yaşanma riski yok mu?

Dünyadaki örneklerine baktığınızda aile hekimliğini çok iyi uygulayan ve çok kötü uygulayan ülkeler var. Sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlardır. Sağlık hizmetleri sevk zinciriyle sağlık ocaklarından başlar. Sağlıkta sosyalizasyon sisteminin bizde çok kötü bir uygulaması vardı. Ama bunun iyi uygulandığı yerler de var. Aile dişhekimliği öncelikler iyi saptanırsa gayet iyi uygulanabilir.

Ancak aile hekimliği uygulamalarında sağlık çalışanlarının özlük hakları sorunları olduğu, çok yoğun çalışma saatlerinin olduğu doğru. Bu sorunlar kamunun bünyesinde kurulan ağız diş sağlığı merkezlerinde de yaşanıyor. Burada belirleyici olan sağlık çalışanlarının göstereceği dirençtir. Eğer bizler dişhekimleri, hekimler, hemşireler, bütün sağlık çalışanları olarak kendi çıkarlarımız konusunda, kamusal çıkarlarla örtüşecek bir şekilde direnç gösterebilirsek bu sorunları aşabiliriz diye düşünüyorum.

Muayenehanelerin sisteme dahil edilmesini öncelikli ve çok önemli bir adım olarak görüyorsunuz.

Çok doğru, bunun bir kere bir yerden başlaması gerekiyor. Örneğin: Bakın kaç yıldır eczanelerden hizmet alınıyor. Bugün hükümet eczaneleri devre dışı bırakmak istese vatandaş ayağa kalkar. Çünkü insanlar için hemen mahallesindeki, kapısının karşısındaki veya köşeyi dönünce sağdaki eczaneden ilacını alması büyük bir rahatlık. Yeniden gidip SSK ya da devlet hastanesinde saatlerce ilaç kuyruğunda beklemek çok büyük bir eziyet olacaktır. Buradan geri dönmek mümkün değil. İşte kamu da muayenehanelerden bir şekilde hizmet satın alınmaya başlarsa bir daha geri dönülemez. Zaman içinde şartları hem hekimler, hem de hastalar için iyileştirmeye çalışırız.

Ama bir şekilde bir yerlerden başlayıp, kapıdan içeriye adımımızı atmamız gerekiyor.

Kamunun ağız diş sağlığı hizmetlerine harcamalarında bir artış söz konusu mu?

Kesinlikle artıyor. Burada bir paradoks var. Bazı çevreler sağlık harcamalarının artmasını eleştiriyorlar. Eğer hizmeti artırırsanız, tabii ki harcamalar da artacak. Biz senelerdir dişhekimleri odaları, TDB ve Tabip Odaları aynı şeyi söylüyoruz: “Sağlığa ayrılan pay artırılmalı”. Niçin artırılmalı? Çünkü hizmetler, yeterince ve doğru biçimde verilmiyor. O hizmetlerin doğru verilmesinin bir bedeli var. Hükümetlere de bu bedeli bütçelerinden ayıracaktır. Biz sağlığa yapılan harcamaların artmasını eleştirmemeliyiz. Bu paranın harcanış biçimine müdahil olmalıyız. Biz harcanan paranın büyümesinden rahatsız olmamalıyız. Aksine kişi başına düşen sağlık harcamaları hala çok düşük. Bunun artmasından rahatsız olmak solculuk filan değil. Bu yanlış bir bakış açısı. Sağlık harcamaları daha da artmalı. Ama nerelere kaynak aktarıldığı önemli. Kamu kaynaklarıyla birileri zengin edilmeye mi çalışıyor, yoksa halkın sağlık sorunları mı çözülüyor? İşte bizim uğraşacağımız yer burası.

Hekimlerin ekonomik sorunlar yaşamadan hayatlarını idame ettirebilmesi ve halkın ağız ve diş sağlığını korumak için nasıl bir politika izlemesi gerekiyor.

Bütün tarafların optimim yararlanması; amaç budur. Sürdürebilir ağız diş sağlığı sistemin temeli budur. Kimdir taraflar; Hizmeti finanse eden kurum: Sosyal Güvenlik Kurumu Hizmeti alan taraf: Hastalar. Hizmeti veren taraf: Sağlık çalışanları. Bu üç taraf eğer bu hizmetten yeterince yararlanıyor, fayda sağlıyorsa üç taraf da optimum yararlanıyorsa sürdürülebilir bir sistemi yaratmışız demektir.

İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Düğencioğlu: "Üzerimize düşeni yapmaya hazırız"

Ağız diş sağlığında hizmetin; halkımızın hekim seçme özgürlüğünü koruyan, her yerden eşit ulaşılabilir ve kolay uygulanabilir olması gerekir.

Sosyal devlet, sağlık hakkını vatandaşlarına gereksindikleri ölçüde verebilmelidir. Oysa son dönemlerde devlet, sosyal olma özelliğini bir kenara bırakarak, başta koruyucu hizmetler olmak üzere sağlık hizmetlerinden elini yavaş yavaş çekmeye çalışmaktadır. Sağlık harcamaları nüfus artışı ve toplumsal ihtiyaçlar nedeniyle her geçen yıl daha da katlanarak artmaktadır, artmaya da devam edecektir. Ancak ihtiyaç artışı devam ederken, kamunun sağlık harcamalarındaki payının gittikçe azaldığını görüyoruz. Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcaması 600 USD’dir. Bu birçok ülkenin çok altındadır.

Muayenehaneler kıskaç altında

Kamu payının gittikçe azaldığı ülkemizde bu artış özel sağlık yatırımcılarının iştahını kabartıyor. Bir yandan özel hastane ve merkezler açılırken, kamunun ağız ve diş sağlığı merkezlerini ihtiyacı olan yerlere değil, rekabet ortamı yaratacak yerlere açması düşündürücüdür. Bu bağlamda muayenehaneler kıskaç altında kalmaktadır. Sağlık alanında tekelleşmeye karşı hekim bağımsızlığını korumak için, muayenehaneler yok edilmemelidir. Sürdürülebilir ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde halkımızın her yerden eşit şekilde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşımı kolay ve hekim seçme özgürlüğü olması gerekir.

Ayrıca dişhekimliği hizmetleri ister hastanelerde, ister merkezlerde, isterse muayenehanelerde olsun her yerde aynı ve birebir verilen sağlık hizmetleri olduğunu vurgulamak gerekir. Hizmet sunumunda birimleri birbirinden ayrı tutmak doğru değildir. Birimleri ayırarak, hizmeti merkez, poliklinik ve hastanelerden alıp, muayenehaneleri dışarıda bırakmak tekelleşmeye neden olacaktır.

Zaten zor durumda olan muayenehanelerin kapanmasını hızlandıracaktır. Ayrıca hizmet alıcılarının hekim seçme özgürlüğü kısıtlanacaktır. Toplumun ağız ve diş sağlığı seviyesinin gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşabilmesi için öncelikle tüm birimlerin birincil paket olarak koruyucu hizmetleri sunması gerekir. Vatandaşların ağız ve diş sağlığına hizmet alıcıların ulaşabilmesi için coğrafi dağılımı düşünüp, ağız ve diş sağlığı merkezlerini dişhekimlerinin olmadığı yerlerde açıp, ülkenin tamamını düşünen bir sistemin olgunlaştırılmasını bekliyoruz. Buradan hareketle muayenehaneleri de diğer birimler gibi kabul ederek, kamu tüm özel sağlık kuruluşlarında çalışan dişhekimlerinden ağız, diş sağlığı hizmeti satın alınmalıdır.

Bir yerden başlamalı

Sağlık Bakanlığı "talep yokluğu" savını ortaya atarak dişhekimliği harcamalarını minimumda tutmak istemektedir. 2006 yılında ilaç harcamaları genel sağlık giderlerinin %47’siyken, ağız ve diş sağlığı harcamaları binde 3,5’dir. Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılı raporlarına göre Türkiye’de sağlık harcamaları 30 milyar dolardır. Ağız ve diş sağlığı harcamalarına ayrılan bu miktar hükümetin işine gelmektedir. Sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki vatandaşlar primlerini ödedikleri halde ağız ve diş sağlığı hizmetlerini yeterince alamamaktadırlar. Halkımız son ihtiyaç noktasında olarak ağız ve diş



sağlığı hizmetleri için cebinden harcama yapmaktadır. Bu alışkanlık siyasilere "ağız diş sağlığına talep yok" sözcüğünün yerleşmesine neden olmuştur. Ülke kaynaklarını iyi kullanmak gerekir. Bu nedenle %85 oranında tedavi ihtiyacı olan, diş çürüğü ve periodontal sorunları olan kişilerin tedavilerinin yapılmasına kamuyla ortak bir yerden başlamak gerekmektedir. Sağlıksız olmanın taleple ilgisi olmamalıdır. Dişhekimleri olarak, halkımızın ağız ve diş sağlığını korumak için kamuyla birlikte halkımıza ağız ve diş sağlığı hizmetlerini ve koruyucu dişhekimliği hizmetlerini vermeyi üstleniyoruz. Bu hizmetlerin doğru bir şekilde sunulması için Dişhekimleri Odaları olarak denetlenmesi görevini üstleniyoruz. Taleplerimizin karşılanmadığı noktada halkın ağız ve diş sağlığını korumak, dişhekimlerinin bağımsızlığı için mücadeleye devam edeceğiz.

Toplumun ağız ve diş sağlığı seviyesinin gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşabilmesi için öncelikle tüm birimlerin birinci paket olarak koruyucu hizmetleri sunması gerekir.

Endodontik giriş kavitesinin hazırlanması

Giriş kavitesinin hazırlanması kök kanal tedavisinin en önemli basamağıdır. Bunun ideal bir şekilde yapılması kök kanal dolgusunun başarısını sağlar. Yetersiz uygulamalar kök kanallarının şekillendirilmesi ve temizlenmesinde problem yaratır, kök kanal dolgusunu takip eden dönemde sorunlara yol açar.

Giriş kavitesinin hazırlanması kök kanal tedavisinin en önemli basamağıdır. Bu aşama ne kadar iyi yapılırsa, temizleme, şekillendirme ve doldurma işlemleri o kadar başarılı olur ⁽²⁴⁾. Yetersiz giriş kavitesi hazırlanması, kanal içindeki aletlerin ve kullanılan materyallerin uygulanmasını da zorlaştırmaktadır. Bu hazırlığı yaparken üç önemli nokta üzerinde dikkatle durmalıyız:

- 1- Kanallara doğrudan girişin sağlanması, ^(5, 16)
- 2- Diş yapısının korunması, ⁽¹¹⁾
- 3- Pulpa odasının tavanının kaldırılması. ^(3, 20)

Bu uygulamalar yapılırken, her dişin kendine has anatomik yapısı olduğu unutulmamalıdır.



Şekil 1

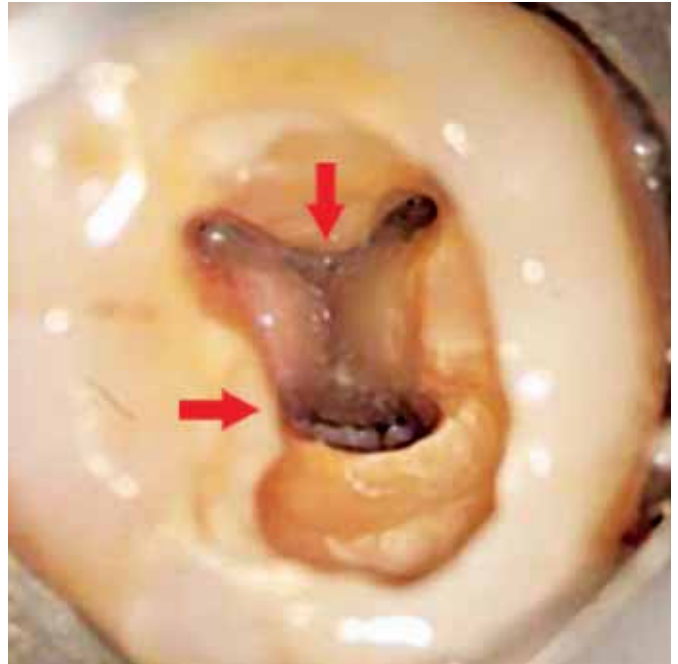
1. Kanallara doğrudan girişin sağlanması

Kanala girişi, kanal içine uygulanan aletlerin pulpa odasının duvarlarına temas etmeden ve kanalın düz olan giriş kısmında kıvrıma gerek kalmadan ilerleyebilmesi olarak açıklayabiliriz. Bilindiği gibi, kanalın apikal üçte birinin kıvrımına uygun olacak şekilde, alette kıvrım yapılır. Kanal girişi uygun olursa aletin ilk kıvrımı da kökün apikal 1/3' lük kısmında sağlanmış olacaktır. ⁽²⁶⁾ (Şekil-1)

Bu şekilde, kullandığımız kanal aletinin daha kontrollü (a), doldurma işleminin daha iyi (b), hataların da en az düzeyde (c) olmasını sağlamış oluruz. Kanal girişinin uygun olması

için de dişin bazı bölgelerinden uygun miktarlarda madde kaldırılması gerekir.

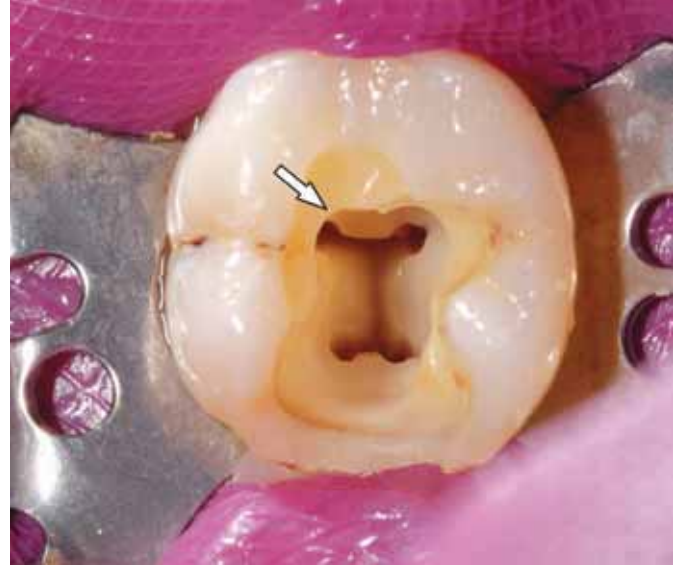
Kanala doğrudan girişin sağlanması için mine ve dentinin bazı bölümlerinin uzaklaştırılması gerekmektedir. Ön dişlerde, kole hizasında kanalın dil tarafında bir dentin çıkıntısı vardır; bunun kaldırılması gerekir. Açılan kavitenin kesici kenara paralel olan kenar yüzeyindeki mine çentiği düzleştirilir. Arka dişlerde ise dentin kuronun periferinde yer alan tüberküle yakın sahalardan uzaklaştırılmalıdır ⁽⁶⁾. Ancak mineye göre dentin kılıfının uzaklaştırılması, doğrudan girişin sağlanmasında daha önemli bir yer tutmaktadır. Kök kanal sisteminin preparasyonu sırasında, buradaki doku ve debrisin uzaklaştırılma-



Şekil 2: İdeal bir giriş kavitesi için uzaklaştırılması gereken dentin kısmı.



Şekil 3: Pulpa odasının temizlenmesini önleyerek ikincil bir enfeksiyona sebep olabilecek dentin dokusu.



Şekil 6: Yetersiz dentin uzaklaştırılmasından dolayı kanala doğrudan girişin engellenmesi.

sı için kullanılan aletin kanal duvarına ideal şekilde temas etmesi gerekmektedir. Eğer kanal ağzlarındaki darlıktan yeteri kadar dentin kaldırılmazsa bazı bölgeler temizlenmeden kalarak, dişin doldurulmasını takip eden dönemde sorunlara yol açmaktadır. (Şekil 2-3)

a) Doğrudan girişin alet kontrolüne etkisi:

Kanal içinde kullanılan aletlere ne kadar az eğim verirse kanalın anatomisini az değiştirir, o kadar çok bölgeye ulaşmış oluruz ⁽⁹⁾. Nikel-titanyum kanal aletleri, paslanmaz çelik aletlere göre daha az esnektir, büyük numaralarda (25 no. ve üstü) kırılma oranı daha düşüktür. Aletin cinsi ne olursa olsun eğri kanallarda alet kendini düzeltmeye çalışır ^(28, 29). Özellikle büyük numaralı kanal aletleri, kendini düzeltirken dentin direncini aşarak eğim dışında madde kaybına sebep olurlar. Buradaki madde kaybı, aletin büyüklüğü ve eğimin dere-

cesine göre değişir. Sonuç olarak, gelişmiş alet kontrolü ledge, zip ve foramenin taşınması gibi istenmeyen durumları engelleyerek kök kanal sisteminin daha iyi temizlenmesini ve şekillendirilmesini sağlamaktadır.

Direkt giriş aynı zamanda, kanal ağzlarına daha kontrollü giriş ve genişletme sağlayarak, kanal aletlerini pulpa odasının tabanında gereksiz yere dolaşmasını engellemektedir.

b) Doldurma işlemine etkisi: Kanalin doldurulması sırasında kullanılan spreader veya plugger'ların, kökün apikal 1/3 kısmına kadar ulaşması, dolgunun iyi yapılmasını sağlayan kritik bir noktadır. Bunu da, kanal ağzlarını iyi genişleterek ve apikal bölgeye minimum eğimle ulaşarak doğru kanal boyu tespitiyle gerçekleştirebiliriz ⁽²⁶⁾. (Şekil 4-5)

c) Hataların önlenmesi: Aletin bükü-

mü ne kadar fazla olursa meydana gelebilecek hata da o kadar fazla olmaktadır ⁽¹¹⁾. Çünkü cinsi ne olursa olsun kanal içindeki aletlerin hepsi kendi orijinal formuna dönmek isteyecektir. İşte bu noktada, düz hat girişi, kanal içindeki eğimi en aza indirerek, daha iyi alet kontrolü sağlamaktadır (Şekil 6). Eğer kanala giriş iyi sağlanmazsa, üç temel hata meydana gelmektedir.

C-1 Ledge oluşumu: Kanalin içindeki alet, kök kanal kıvrımına geldiğinde, buradaki eğimi aşamaya kanal ekseninin dışına çıkmaktadır. Genelde esnek olmayan, keskin uçlu aletlere rotasyon hareketinin yaptırılmaya çalışılması ve seçilen aletin çalışma boyundan kısa kullanılması buna sebep olmaktadır ^(8, 15). Bu duruma geldikten sonra oradaki eğimin tamamen şekillendirilip, doldurulması neredeyse imkansızdır.

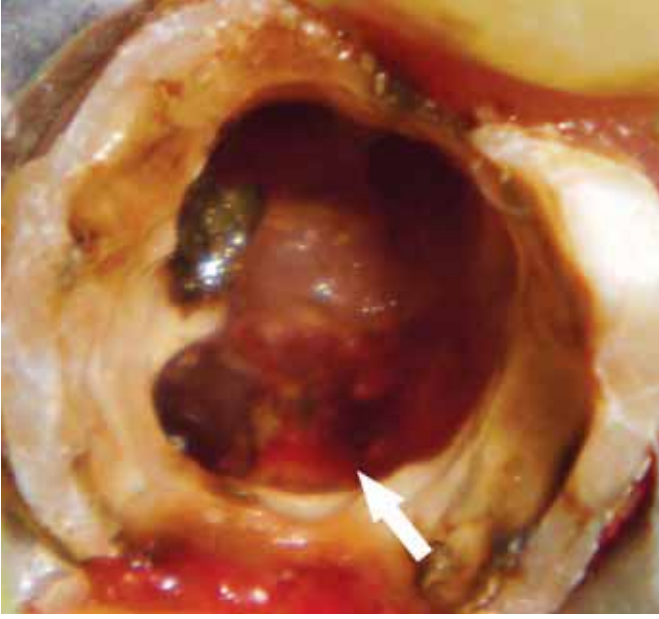
C-2 Zip/Fermuar: Daha önceden değinildiği gibi, kanal içindeki aletlerin kendini düzeltme, ilk haline dönme eğilimi vardır. Bu sebeple eğri bir kök kanalında bulunan alet, eğriliğin dış kısmı boyunca aşırı genişletmeye sebep olarak kök kanalının taşınmasına ve orijinal aksından sapmasına neden olmaktadır ⁽³¹⁾. Kök kanalının sızdırmaz bir şekilde doldurulmasını engellediği için prognozu, en kö-



Şekil 4



Şekil 5



Şekil 7: Kavite tabanında meydana gelmiş perforasyon sahası.



Şekil 8: Başka bir dişte perforasyon sahasının intermediate Restorative Material (IRM) ile kapatılması.

tü olan hata sınıfına girmektedir. Şekillendirme esnasında kullanılan aletlere hakim olarak çalışmak, bu hatayı azaltılabilecek bir durumdur.

C-3 Perforasyon: Perforasyon, kök sementinin hasarıyla ortaya çıkan, periodontal ligamentte iritasyonla beraber enfeksiyona sebep olan bir hatadır. Eğer dişhekimi kanal içindeki alete baskı uygular ve eyleme işleminde ısrar ederse, perforasyon kaçınılmaz olacaktır. Bu delinmeler, köklerin birleşme noktasında (furkasyon) olabildiği gibi kök ucunda veya kanalın herhangi bir bölgesinde de meydana gelebilmektedir.

C-3-a Furkal perforasyon: Aletlerin pulpa odasının tabanına aşırı baskısı sonucu, kavite tabanında telafisi mümkün olmayan, hatta uzun dönem çalışmalarda, iyileşmenin zor olduğunun gözlemlendiği bir durum ortaya çıkmaktadır.

C-3-b Strip perforasyon: Eğri bir kök kanalında, eğriliğin iç kısmının aşırı genişletilmesiyle ortaya çıkan delinmeye ise "strip perforasyon" denilmektedir. Strip perforasyonda, kağıt konun orta kısmında kan lekesi gözlenir. Döner aletler de direkt girişin sağlanmasına rağmen bu duruma sebep olabilir.

Burada kanal aletlerinin furkasyona yakın sahalarda kullanımına oldukça dikkat etmek gerekir.

C-3-c Apikal perforasyon: Kök kanal sisteminin apikal kısmında, istenmeyen bir yerden delinmesi anlamına gelmektedir. Kağıt konun ucundaki kan lekesi bize yanlış bir noktada olduğumuzu gösterir.

2. Diş yapısının korunması

Mine ve dentin dokusundan fazla miktarda madde kaldırılması, dişin yapısını zayıflatarak perforasyon veya kırılma riskini arttırmaktadır ⁽²¹⁾. Genel olarak doğrudan girişin sağlanması için uzaklaştırılan madde miktarı çok fazla olmakla beraber, burada asıl önemli olan konu hangi bölgelerin uzaklaştırılması gerektiğidir. Uygun giriş kavitesinin sağlanması sırasında olan madde kaybı, dişin direncini çok az değiştirmektedir.

Madde kaybının miktarı: Büyük aza dişlerinde kanal ağzlarının lokalizasyonu, dişlerin periferiye doğru genişletilmesinin gereksiz olduğunu göstermektedir. Tüberküller, altlarındaki dentin dokusuyla beraber dişlerin yanak-damak yönündeki gücünü oluşturmaktadır. Bu nedenle doğru olan, bu dokulara değmeden

mümkün olan preparasyonun sağlanmasıdır (Şekil 7). Kanal ağzlarının devamında yer alan dentinin uzaklaştırılması agresif bir şekilde yapılırsa, dikey kök kırık riski artmaktadır ^(25, 30). Tabii burada postların yerleştirilmesi esnasında veya kondansasyon sırasında oluşan yatay kuvvetler etkili olurken, esas etkenin kalan dentin kalınlığıyla doğrudan ilişkili olduğunu bilmemiz gerekir ⁽¹²⁾. Dişten ne kadar fazla madde kaldırılırsa kök kanal dolgusunu takiben yapılacak restorasyon da o kadar büyük olacaktır ⁽²¹⁾. Gereksiz madde kaybı dikey kök kırıkları kadar ciddi hasara sebep olan perforasyonları da beraberinde getirmektedir.

3- Pulpa odasının tavanının kaldırılması

Pulpa odasının tavanının kaldırılması, kanal ağzlarının görülmesi ve girişin sağlanması açısından oldukça önemli bir konudur. Bu işlem aşağıda belirtilen durumları sağlamaktadır.

a) Maksimum görüş: Oklüzal yüzeyde hazırlanan kavitenin yetersiz olması, pulpa odasına az ışık gelmesini sağlayarak görüş alanını daraltmaktadır. Özellikle arka dişlerde görüş

Şekil 9: Mine kaldırılırken tüberküllerin korunması.



oldukça önemlidir. Bu dişler kanal ağzlarının tespiti açısından diğer dişlere göre biraz daha çalışması zor olan dişlerdir ⁽⁴⁾. Bu nedenle kavite hazırlığı dişi zayıflatmayacak kadar az, net bir görüş alanı sağlayacak kadar da çok olmalıdır.

b) Kanalların lokalizasyonu: Pulpa tavanının kaldırılması kanal ağzlarının bulunması açısından oldukça önemlidir. Bazı dişlerin kanal ağzları kanalın orijinal yerinden farklı bir noktada yer almaktadır. Örneğin, üst ve alt büyük azı dişlerin mesiobukkal kanalları oldukça periferde, MB tüberkülün altında bulunmaktadır ^(18, 27). Ayrıca üst molar dişlerin mesiobukkal kökünde yer alan 2. kanal (mesiolingual) da çoğu zaman dentin ile örtüldüğü için bulunması oldukça zor olan bir kanaldır ⁽¹⁵⁾. Bu sebeple özellikle bu dişlerin kanal ağzları aranırken dentin ve pulpa tavanı daha özenle kaldırılarak geliştirilmiş düz-hat girişi sağlanmalıdır.

c) Pulpa boynuzlarının uzaklaştırılması: Bütün dişlerde pulpa boynuzlarının uzaklaştırılması önemli iken ön dişlerde estetik kaygılardan dolayı daha bir önem taşımaktadır. Pulpa boynuzları, içerdikleri debris ve sahip oldukları girintili yapılarıyla sealer kalıntılarını saklamaya meyillidirler ⁽²³⁾. Burada kalan maddeler, kanal dolgusu yapıldıktan

sonra, enfeksiyona sebep olabildikleri gibi dişlerin renk değişimine de yol açmaktadırlar.

Özel durumlarda giriş kavitesinin hazırlanması

Kök kanal tedavisi ihtiyacı olan dişlerin çoğunda çürük, restorasyon, kırık, atrisyon ve bunun gibi dentin depozisyonunu arttıran değişiklikler olur. Bu nedenle giriş kavitesi hazırlanırken her zaman "ideal" bir preparasyondan bahsedemeyiz. Tedaviyi yapacak olan dişhekiminin bu durumu dikkate alarak hareket etmesi çok önemlidir.

Çürükler, içersinde bakterileri barındıran bir yapı olduğu için, giriş kavitesi hazırlanırken pulpa odası açılmadan önce bütün çürüğün temizlenmiş olması oldukça önemlidir. Böylece çürükle pulpa odasının ve kanalların kontaminasyonu önlenmiş olur. Ancak eğer çürük temizlenmesi esnasında dişetinde hasar (yırtilma) meydana gelecekse ufak bir miktar çürük temizlenmeden bırakılabilir. Dişeti sınırındaki bu miktar kök kanal tedavisinin tamamlanmasına kadar, kanal dolgusunu takiben temizlenmek üzere burada kalabilir. Ancak bu istisnai bir durumdur ve gerçekte istenen bu değildir. Dişteki madde kaybı rubber-dam uygulamasını zorlaştırdığı durumlarda gerekirse duvarlar restore edilerek çalışılır.

Kalıcı restorasyon varsa;

İdeal olan, kök kanal tedavisine başlarken bir dişte restorasyon varsa (amalgam dolgu, kuron...) bunun tamamen kaldırılmasıdır. Ancak subgingival bölgeyle izolasyonun sağlanması ve varsa kuronun tekrar kullanılmak istenmesi, dişte bulunan dolgunun ve kuronun tamamen sökülmesini önlemektedir. Tedaviye başlamadan önce hastayla konuşarak bu durumun belirlenmesi gerekir. Kuronların ağızda tutulması halinde, sağlıklı olan diş dokusundan fazla maddede kaldırılabilmesi ve görüşün iyi olmasından dolayı, perforasyon gibi hataların ortaya çıkabileceği hastaya anlatılmalıdır. Gerekiyorsa hastadan, bu durumun sorumluluğunu üzerine almayı kabul eden bir imza alınmalıdır. Bütün bunlar önemsiz gibi görünmesine rağmen, yapılan hata sonucunda dişin çekime gitmesi, hastaların beklenmedik tepkiler vermesine neden olmaktadır. Verilen karar sonucunda, eğer restorasyon çıkarılmıyorsa o zaman giriş kavitesi daha iyi bir görüşün ve direkt girişin sağlanması için biraz genişletilmelidir. Tabii bu genişletme sınırı görüş alanının geniş, restorasyonun tedavi bitiminde tamirini sağlayacak kadar az olmalıdır. Kök kanal tedavisine başlanacak dişte bulunan restorasyonun sağlamlığı, eğer ağızda tutulacaksa giriş kavitesi açıldıktan önce mutlaka dikkatle incelenmeli-

dir. Burada amacımız bir sond yardımıyla restorasyonun sınırlarını kontrol edip, ikincil çürüklerin veya dış-restorasyon arasında boşluğun olup olmadığına bakmaktır. Çünkü eğer restorasyonda bir problem varsa ve biz giriş kavitesini açtıysak, pulpa odası ve kök kanalının kontaminasyonunun engellenmesi için oldukça geç kalmış oluruz.

Geçici restorasyon varsa; burada da kalıcı restorasyon prensiplerinin aynısı uygulanır. Dolgunun tamamının çıkarılması istenen bir durumdur. Eğer hepsi çıkarılmayacaksa iyi bir görüş alanının sağlanması için normalden daha fazla madde kaldırılır. Genelde, özellikle proksimal duvarın bir kısmı izolasyonun sağlanması için bırakılabilir.

Geçici kuron varsa; tedaviye başlamadan önce koşulsuz çıkarılır. İster geçici olsun ister kalıcı, dolgu veya kuronların çıkarılması işlemleri mutlaka pulpa odasının açılmasından önce yapılmış olmalıdır. Böylece restorasyonlardan açığa çıkan partiküllerin kaviteye düşmesi ve kanalları tıkaması önlenmiş olur. Eğer pulpa odasının tavanı kaldırıldıktan sonra restorasyonun biraz daha uzaklaştırılması gerekirse, kanal ağzlarının korunması için pulpa odasının tabanı mutlaka pamuk peletle kapatılmalıdır.

Dişin değişmiş iç yapısı, dıştan gelen uyarılar ve yaşlılık pulpa boşluğunun morfolojisini değiştirmektedir ⁽¹⁷⁾. Dentindeki restorasyonlar ve dentine yerleştirilen pinler, düzensiz sekonder dentin yapımını uyarak dişin iç yapısını değiştirmektedir. Bu durum da kanal ağzlarının bulunmasını güçleştirdiği için tedaviye başlamadan önce radyografi alınarak, giriş kavitesinin dişin sahip olduğu bu değişik duruma göre planlanması daha doğrudur.

Kanalların bulunmasında karşılaşılan güçlükler

Klinik olarak kök kanal sisteminin karışık yapısının anlaşılabilmesi için pulpa odasının iyi bir şekilde muayenesi ve kanal ağzlarının yerlerinin doğru olarak belirlenmesi önemlidir ⁽¹²⁾. Burada sahip olunan morfoloji bilgisi kanal lokalizasyon tespitini kolaylaştırarak perforasyon gibi hataları minimuma indirmektedir.

Örneğin pulpa odasında tek bir kanal varlığından söz edilebilmesi için kanalın giriş kavitesinin tam ortasında yer alması gerektiği unutulmamalı. Kök kanalı girişi tek, fakat kökün ortasında değilse başka bir kanal ağzının varlığından şüphelenilmelidir. İki kanal ağzı arasındaki ilişki kök kanal sisteminin ne kadar karışık olduğu hakkında ipucu verir. Kanal ağzları ne kadar yakın olursa iki kanalın birleşme olasılığı o kadar fazladır. Yerleştirilen kanal aleti dudak ya da dil tarafına eğimli ise ikinci kanal varlığından şüphelenilmelidir ⁽²⁾.

Kanalların bulunması sırasında görüş alanının netliği de oldukça önemlidir. Giriş kavitesi gereken miktarda mine ve dentin kaldırılarak hazırlanmalı, radyografilerle kökün doğrultusu tespit edilerek, küçük kanal aletleriyle kanal ağzları aranmalıdır.

Giriş kavitesinin açılma tekniği

Giriş kavitesinin iyi hazırlanmış olması endodontik başarı için şarttır. Giriş kavitesini iyi hazırlayarak; kanal ağzlarının yerlerini tam olarak belirleyebilir, apikal foramene direkt ulaşım sağlayabiliriz ⁽⁷⁾.

İdeal bir giriş kavitesinin hazırlanma aşamaları

- 1- Giriş kavitesi, pulpa odasına yakın olacak şekilde yüksek devirli bir aletle hazırlanır. Minenin uzaklaştırılması için aeratör, dentinin uzaklaştırılması için ise mikromotor kullanılması şarttır. Dentin dokusunun aeratör frezleriyle kaldırılması istenmeyen bir durumdur.
- 2- Gerekli dentin dokusu ve pulpa odasının tavanı, 2 No veya 4 No yuvarlak frezle kaldırılarak, pulpa odasının tamamı temizlenir.
- 3- Kavitenin yan duvarları fissür frezle düzeltilir. Bu düzeltme işleminden sonra, yan duvarlardan kanal duvarlarına geçiş, düz olmalıdır.
- 4- Endodontik sond yardımıyla kanal ağzları bulunur. Bulunan kanal ağzları küçük file'lerle (15no -

25no) kontrol edilir.

- 5- Eğer kanalların bulunmasıyla ilgili bir şüpheniz varsa kanal aletiyle açılı bir radyografi alabilirsiniz.
- 6- Kesici dişlerin kanal ağzında bulunan dentin çıkıntısı, uzun shaftlı fissür frez veya ufak bir rond frez yardımıyla kavite tabanına dokunmama ya özen göstererek kaldırılır.
- 7- Eğer kanal ağzları yeterli genişlikte değilse, düz hat girişi sağlanmadan önce küçük numaralı aletlerle pasif step back kullanılarak genişletilir.
- 8- Böylece çelik gates glidden frezlerin kullanımına uygun hale getirilmiş olur.
- 9- Gates glidden frezlerin 2-3-4 numaraları kullanım için daha güvenlidir. 1 no oldukça ince olup kırılma riski varken 5 ve 6 no.lar fazlasıyla geniş olup perforasyona sebep olmaktadır.
- 10- Bu frezler yatay hareket ettirilmeden ve zorlanmadan kullanılmalı ve direkt girişin oluşturulmasında 2 ve 3 no.ların kullanımından sakınılmalıdır.
- 11- Doğrudan giriş, 4 numaralı gates glidden frezlerle yapılabilir ancak bu frezlerin kullanımında özellikle büyük azı dişlerinde furkasyon bölgesinden uzak olmaya dikkat edilmelidir. Ön dişlerde lingual yüzeyde, arka dişlerde ise kökün dış duvarında kullanılırsa tehlikeli bölgeden uzak durmuş oluruz. Böylece stripping perforasyona sebep olmayız.

Bütün bu bilgiler bize, giriş kavitesi hazırlığının endodontik başarı için ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Giriş kavitesinin ideal bir şekilde hazırlanmasının yanında, tedaviyi yapacak dişhekiminin kök kanal morfolojisini çok iyi bilmesi de yapılacak olan tedavinin iyi olmasını sağlamaktadır. Dikkatle ve sabırla hiçbir aşamanın atlanmadan uygulanması endodontik tedavi başarısının anahtarıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Abou-Rass M, Jastrab RJ. The use of rotary instruments as auxiliary aids to root canal preparation of molars. J Endod 1982; 8: 78.
- 2- Çalışkan MK, Yeşim Pehlivan, Figen Sepetçioğlu, Murat Türkün, Saliha Şeyma Tuncer. Root canal morphology of human permanent teeth in a Turkish population J Endod 1995; 21: 200-204.
- 3- Chogle S, Mickel AK, Self M, Bogle J, Wright A. A correlation study of occlusal and pulp chamber anatomy: The maxillary first molar. Gen Dent. 2007; 55: 218-20.
- 4- Christie WH, Thompson GK. The importance of endodontic access in locating maxillary and mandibular molar canals. J Can Dent Assoc. 1994; 60: 527-32, 535-6.
- 5- Cohen S, Burns RC. Pathways of the pulp. 8th ed. St Louis: Mosby, 2002:94, 242-52, 530, 870, 910-6.
- 6- Deutsch AS, Musikant BL. Find canals faster through basic research. NY State Dent J 2006; 72: 47-9.
- 7- Druttman AC. Apical problems—coronal solutions: how changes in access cavity design can prevent and overcome problems with curved canals. Refuat Hapeh Vehashinayim. 2004; 21: 7-16, 95.
- 8- Eleftheriadis GI, Lambrianidis TP. Technical quality of root canal treatment and detection of iatrogenic errors in an undergraduate dental clinic. Int Endod J 2005; 38: 725-34.
- 9- Garala M, Kuttler S, Hardigan P, Steiner-Carmi R, Dorn S.A comparison of the canal wall thickness remaining following preparation using two nickel-titanium rotary systems. Int Endod J. 2003; 36: 636-42.
- 10- Hartwell G, Bellizi R. Clinical investigation of in vivo endodontically treated mandibular and maxillary molars. J Endod 1982; 8: 555-7.
- 11- Hill AV Jr. Efficient endodontic access: Rapid pulpotomy with a safe-ended Diamond. Gen Dent. 1997; 45: 38-40.
- 12- Howe CA, McKendry DJ. Effect of endodontic access preparation on resistance to crown-root fracture. J Am Dent Assoc. 1990; 121: 712-5.
- 13- Ibarrola JL, Knowles KI, Ludlow MO, McKinley IB Jr. Factors affecting the negotiability of second mesiobuccal canals in maxillary molars. J Endod. 1997; 23: 236-8.
- 14- Janik JM. Access cavity preparation. Dent Clin North Am. 1984 Oct;28(4):809-18
- 15- Kapalas A, Lambrianidis T. Factors associated with root canal ledging during instrumentation. Endod Dent Traumatol 2000;16:229 -31.
- 16- La Turno SA, Zillich RM. Straight-line endodontic access to anterior teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985; 59 : 418.
- 17- Lundberg M, Cvek M. A light microscopy study of pulps from traumatized permanent incisors with reduced pulpal lumen. Acta odontol Scand 1980; 38: 89-94.
- 18- Maggiore C, Gallotini L, Resi JP. Mandibular first and second molar. The variability of roots and root canal system. Minerva Stomatol 1998; 47: 409-16. Review.
- 19- Michael Hülsmann, Ovea Peters and Paul M.H. Dummer. Mechanical preparation of root canals: shaping goals, techniques and means. Endodontic Topics 2005; 10: 30-76.
- 20- Mickel AK, Chogle S, Bingham R, Self M, Bogle J. A correlation study of occlusal and pulp chamber anatomy: The mandibular first molar. Gen Dent. 2007; 55: 221-3.
- 21- Mulvay PG, Abbott PV. The effect of endodontic access cavity preparation and subsequent restorative procedures on molar crown retention. Aust Dent J 1996 ; 41: 134 9.
- 22- Nagy CD, Bartha K, Bernath M, Verdes E, Szabo J. The effect of root canal morphology on canal shape following instrumentation using different techniques. Int Endod J 1997; 30: 133- 40.
- 23- Nielsen CJ, Shahmohammadi K. The effect of mesio-distal chamber dimension on access preparation in mandibular incisors. J Endod. 2005 Feb;31(2):88-90.
- 24- Patel S, Rhodes J. A practical guide to endodontic access cavity preparation in molar teeth. Br Dent J. 2007 Aug 11;203(3):133-40.
- 25- Pecora JD, Capelli A, Guerisoli DM, Spanó JC, Estrela C. Influence of cervical preflaring on apical file size determination. Int Endod J 2005; 38: 430-5.
- 26- Schroeder KP, Walton RE, Rivera EM. Straight line access and coronal flaring: effect on canal length. J Endod 2002; 28: 474-6.
- 27- Smadi L, Khraisat A. Detection of a second mesiobuccal canal in the mesiobuccal roots of maxillary first molar teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Endod. 2007; 103: 77-81.
- 28- Weine F, Kelly R, Lio P. The effect of preparation procedures on original canal shape and on apical foramen shape. J Endod 1975: 1: 262-266.
- 29- Weine F, Kelly R, Bray K. Effect of preparation with endodontic handpieces on original canal shape. J Endod 1976: 2: 298-203.
- 30- Weller RN, Hartwell GR. The impact of improved access and searching techniques on detection of the mesiolingual canal in maxillary molars. J Endod 1989; 15: 82-3.
- 31- Wilcox L, Roskelley C, Sutton T. Relationship of root canal enlargement to finger-spreader induced vertical fracture. J Endod 1997; 23: 533.
- 32- Zmener O, Spielberg C, Olmos J. Effectiveness of two different methods for preparing curved root canals. Endod Dent Traumatol 1994; 10: 215-9.

* Yeditepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Endodonti AD Araştırma Görevlisi

** Yeditepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Endodonti AD Yrd. Doç. Dr.

*** Yeditepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Endodonti AD Başkanı Prof. Dr.

YAZIŞMA ADRESİ

Yeditepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Endodonti AD

Bağdat Cad. No:238 81060 Göztepe-İstanbul

Tel: 0216 363 60 44 – Fax: 0216 363 62 11

E-Posta: esrapamukcu@gmail.com

Bu yazı Dişhekimliğinde Klinik Dergisi Ocak 2008 Cilt 22'den alınmıştır.



METEK TEKNİK
Diş Hekimliği Cihazları ve Malzemeleri San. ve Tic. Ltd. Şti.

YENİ ŞUBEMİZ İSTANBUL'DA HİZMETİNİZDE...



Türkiye'nin neresinde olursanız olun, airtor başlıklarınızı ve diğer el aletlerinizi **MNG** kargo vasıtasıyla teknik servisimize gönderebilirsiniz. Tek yapmanız gereken tamir gerektiren ürününüzü karşı taraf ödemiş olarak adresimize göndermek. **KARGO ÜCRETİ BİZDEN!** Teknik servisimize ulaşan her cihaz, en geç 24 saat içinde tamir edilip tarafınıza gönderilmek üzere kargoya verilir.

Siz değerli hekimlerimize daha hızlı ve kaliteli hizmet vermek adına, **İSTANBUL**'da yeni şubemizi faaliyete geçirmiş bulunmaktayız.

İstanbul Şube: Tel:0.212 531 27 85 Fax:0.212 531 27 84
Oğuzhan Caddesi Akkoyunlu Sok. No:13 Zemin Giriş
Fındıkzade - İstanbul / TÜRKİYE
e-mail: info@metektekni.com.tr

Merkez: Tel: +90 232 459 41 40 - 459 73 74
Faks: +90 232 433 15 61
Sanat Caddesi No:18 Çamdıblı - İZMİR/TÜRKİYE
e-mail: info@metektekni.com.tr

SGK sevklerde sağlık hakkına ulaşımı engelledi

SGK'nın 4 Eylül 2008 tarihli genelgesi vatandaşların sağlık haklarını engelleyici niteliktedir.

Geçen yıl Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'un 8.2. maddesi, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında yer alan hastaların, diş tedavileri için belirlenmiş süreler aşıldığında kamu sağlık kurumundan sevk almak kaydıyla özel sağlık kuruluşlarına ve serbest dişhekimlerine başvuru şartlarını düzenlemektedir. Dolgu tedavisi için 30 gün, protez tedavisi için 90 gün, diğer diş tedavileri için 45 gün içerisinde kamu sağlık kurumunda tedavisine başlanamayan hastaların, talep etmeleri durumunda özel sağlık kuruluşlarına sevk edilmeleri gerekmektedir.

Kamu sağlık kurumlarından sevk alarak özel sağlık kuruluşlarına ve serbest dişhekimlerine tedavi için giden hastalara SGK tarafından yapılacak ödemeler Sağlık Uygulama Tebliği'nin Ek-7 listesinde gösterilmiştir. Bu listeye göre, tek çenede 150 YTL, alt-üst çenede yapılan tüm kuronlar dahil protez fiyatı 300 YTL olarak belirlenmiştir. Tüm tedavilerde ücretler, TDB'nin belirlediği Asgari Ücret Tarifesi'nin çok altında tutulmuştur. Diş tedavilerini yaptıran hastalar aradaki ücret farklarını ceplerinden ödemektedirler.

Açılan davalar sonucunda Danıştay 2. Ve 10. Daireleri, özel sağlık kurumlarında tedavi olan sevkli hastaların tedavi ücretlerinin TDB Asgari Ücret Tarifesi üzerinden ödenmesi gerektiğine karar vermiştir. Bu gelişme üzerine SGK, bir genelge yayınlayarak yargı kararlarının duyurusunu yapmıştır. Ancak bu kararlar doğrultusunda işlem yapılmamış, tersine, 4 Eylül 2008 tarihli genelgeyle SUT'un Ek-7 listesinin iptal edilmemiş olduğu belirtilerek, ödemelerin eskisi gibi bu liste üzerinden yapılacağı bildirilmiştir. SGK'nın yargı kararlarını hiçe sayan bu yaklaşımı, vatandaşların sağlık haklarından yararlanmalarını engelleyici niteliktedir.

İstanbul Dişhekimleri Odası, vatandaşların ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşmasını güçleştiren bu uygulamayı kınamaktadır. Üyelerinin haklarını korumanın yanında, ülkemizde ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapan meslek örgütümüz bu konuda da halkı bilgilendirmeye devam edecektir. Sağlık hakları konusunda toplumu aydınlatmaya yönelik çabalarımız başta sendikalar olmak üzere tüm meslek örgütleri ve sivil kuruluşlarla işbirliği içerisinde geliştirilerek sürdürülecektir.

*İDO Özlük Hakları Komisyonu Yönetim Kurulu sorumlusu



Sevk şartları

* Protezde 90, dolguda 30, diğer tedavilerde 45 gün içinde kamu sağlık kurum ve kuruluşunda tedaviye başlamazsa serbest dişhekimine sevk yapmak zorundadır.

* %40 ve üzerinde özürli kişiler, diş tedavileri için özürlülük durumunu belgelendirmek suretiyle, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına veya serbest dişhekimlerine doğrudan başvurabilirler.

* Yeşil Kart, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur mensubu; 5-15 yaş grubundaki çocukların, yer tutucu ve ortodontik tedavileriyle, 6 ve 12 yaş (1. ve 2. daimi büyük ağız) dişlerinin tedavileri (mühürsıra kanal tedavisi, dolgular) için, sözleşmeli resmi sağlık kurum veya kuruluşundan, bu maddenin üçüncü fıkrasında belirtilen süre şartı aranmaksızın sevk edilmesi halinde serbest dişhekimliklerine, sözleşmesiz resmi sağlık kurum veya kuruluşlarına veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarına başvurulabilir. Bu durumda, yapılması gereken tedavinin sevk yapan dişhekimini tarafından, ayrıntılı olarak belirtilmesi ve sonrasında da sevk yapan sözleşmeli resmi kurum veya kuruluşdaki dişhekimlerince tedavinin yapıldığının onaylanması gerekmektedir.

*Serbest dişhekimlerinde veya kurumla sözleşmesi olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan kron ve proteze ilişkin bedeller, her bir kron için 40 YTL olmak üzere;

1- Tek çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 150 YTL'yi,

2- Alt-Üst çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 300 YTL'yi, geçmemek şartıyla ödenir.

Hukuki değerlendirme...

Bütçe Yasası'nın sağlık harcamalarıyla ilgili olarak nasıl uygulanacağını gösteren tebliğ niteliğindeki hukuksal düzenlemeler yıllardır Maliye Bakanlığı tarafından yayımlanır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) kuruluşu ile birlikte, çalışan memurlar ve yeşil kartlı hastalar dışında kalan bütün toplum kesimlerinin sağlık harcamalarında geri ödeme kuruluşu olması sebebiyle bu görev önemli ölçüde SGK'ya devredilmiştir.

Yürütmeyi durdurma kararı

2005 yılında Maliye Bakanlığı tarafından yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatı'na karşı Türk Dişhekimleri Birliği tarafından açılan davada, bu davaların kaybedilmesini önlemek amacıyla, Devlet Memurları Yasası'nın 209. maddesinde yapılan değişikliğin Anayasa'ya aykırılığı ileri sürülmüş, bu iddia Danıştay tarafından da 'ciddi' bulunarak Anayasa Mahkemesi'ne yürütmenin durdurulması istemiyle başvurulmuştur. Anayasa Mahkemesi yürütmenin durdurulması istemini reddetmiş ise de davayı halen esastan inceleyerek karara bağlamış değildir. Anayasa Mahkemesi'ne yapılan başvuruların beş ay içinde karara bağlanmaması durumunda Mahkeme önündeki uyumsuzluğu mevcut düzenlemelere göre karara bağlar. Bu kural uyarınca Danıştay 2007 yılında, 2005 yılı Bütçe Uygulama Talimatına ilişkin davayı görüşmüş ve esas olarak davanın kabulüne karar vermiştir. Söz konusu kararda, resmi kurumlarda tedavi edilemedikleri için özel dişhekimliklerine sevk edilen hastaların doğacak fiyat farkını kendilerinin ödemelerine ilişkin ibarenin iptali istemine ilişkin olarak, Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) tarafından hazırlanan ve Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Dişhekimlerinin Yapacakları Muayene ve Tedavilere Uygulanacak Ücretlerin Asgari Hadleri Hakkında Tebliğ" in resmi tarife niteliğinde olduğu, bu Tebliğ'de belirtilen miktarların altında ücretle diş tedavisi yaptırılmayacağı vurgulanarak, söz konusu ibaredeki fiyat farkından "Dişhekimlerinin Yapacakları Muayene ve Tedavilere Uygulanacak Ücretlerin Asgari Hadleri Hakkında Tebliğ" de belirtilenin üstündeki fiyat farkının anlaşılması gerektiği gerekçesiyle istemin reddine karar vermiştir.

İlgililerin hukuka ve belirtilen yargı kararlarına aykırı bu fiili uygulama karşısında kendilerine yapılan ödemeleri 'ihtirazi kayıtla' fazlaya ilişkin haklarının saklı olduğunu belirterek almaları, 60 gün içinde de eksik ödenen miktarın ödenmesi için İdare Mahkemesi'nde dava açmaları gereklidir.



Bağlayıcı kararlara rağmen...

Danıştay kararıyla birlikte, TDB tarafından hazırlanan Tarife'nin özelde yaptırılan bütün tedavi işlemleriyle ilgili bağlayıcılığı ortaya konulmuş ve sevk usullerine uyularak özel dişhekimliklerinde yaptırılan tedavilerin giderinin anılan Tarife'de belirtilen bedelle sınırlı olmak kaydıyla devletten talep edilebileceği hususu kabul edilmiştir.

SGK ve Maliye Bakanlığı tarafından, 2007'de yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği ve Tedavi Yardımı Tebliği'yle ilgili açılan davalarda da, Danıştay 2. ve 10. Daireleri tarafından, bireylerin sağlık hakkına vurgu yapılarak, davadaki istemle sınırlı kalınmış ve protez işlemleriyle ilgili sınırlama ve diğer diş tedavilerinde Tebliğ ekindeki Ek 7 listesinde belirtilen fiyatların geçerli olduğu hususunda yürütmenin durdurulmasına karar verilmiştir. Bu kararlardan sonra, ilgili idareler olan Maliye Bakanlığı ve SGK tarafından birer genelge yayımlanarak yargı kararları uyarınca işlem yapılması istenmiş ise de yapılacak işlemin ayrıntısı gösterilmemiştir. SGK tarafından 4 Eylül 2008'de yayımlanan bir duyuruyla da Sağlık Uygulama Tebliği'nin özelde yaptırılan diş tedavileriyle ilgili olarak Tebliğ ekinde yer alan Ek 7'de belirtilen liste uyarınca ödeme yapılacağına ilişkin hükmün iptal edilmemiş olmasına dayanarak ödemelerin bu tarife uyarınca yapılacağı belirtilmiştir. SGK'nın bu duyurusu isimsiz idari işlem olarak nitelenmiş ve dayanağı gösterilen Tebliğ'in 8.2 maddesinin 8. fıkrasının iptali için TDB tarafından dava açılmıştır.

60 gün içinde dava açılmalı

Gelinen aşamada SGK, resmi sağlık kurumlarında tedavileri yapılamayan hastaların özel dişhekimliklerine sevk edilmelerinde kendi belirlediği tarife üzerinden ödeme yapacağını belirtmiştir. İlgililerin hukuka ve belirtilen yargı kararlarına aykırı bu fiili uygulama karşısında kendilerine yapılan ödemeleri 'ihtirazi kayıtla' fazlaya ilişkin haklarının saklı olduğunu belirterek almaları, 60 gün içinde de eksik ödenen miktarın ödenmesi için İdare Mahkemesi'nde dava açmaları gereklidir.

**TDB Hukuk Danışmanı*

Dişten kök hücre elde edildi

Kocaeli Üniversitesi'nde dört ay önce kurulan Kök Hücre ve Gen Tedavileri Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (KOGEM) bilim insanları Türkiye'de ilk kez dişten kök hücre elde edip üretti. Süt dişi ve gömük yirmi yaş diş pulpasından elde edilerek üretilen hücreler gelecekte çürük bir dişin tedavisinde, hatta yeni bir dişin oluşumu için kullanılabilir.

Modern tıbbın tedavi edemediği sağlık problemlerini gelecekte kök hücre, doku, organ mühendisliği teknolojilerini kullanarak tedavi etmek için gerekli bilgi birikimine ulaşarak evrensel bilime katkı sağlamak amacıyla kurulan KOGEM'in Müdürü Prof. Dr. Erdal Karaöz'le genel tıp ve dişhekimliği gelişimine önemli bir katkı olan dişten kök hücre elde edilmesini konuştuk.

Hangi dişlerden kök hücresi elde edebiliyorsunuz?

Şimdiye kadar neonatal diş, süt dişi ve gömük yirmi yaş diş pulpasından kök hücre elde ettik. Bunun yanında periodontal ligamentten de kök hücre elde etmeyi, uzun süre kültürde çoğaltmayı ve farklı vücut hücrelerine, sinir, kıkırdak, kemik, yağ ve kas hücresine farklılaştırmayı başardık. Son olarak, çürük diş pulpa dokusundan kök hücreleri elde ettik.

Her diş bu işlem (kök hücre eldesi) için uygun mu?

Teorik olarak evet. Biz çürük diş pulpasından da elde etmeyi başardık. Önemli olan, dişin bize enfekte olmadan gelmesi.

Yaptığımız araştırmalarda çoğalım potansiyeli yönünden natal ve süt dişlerinden elde ettiğimiz kök hücreler insanın diğer kaynaklarından elde edilenlerine oranla (örneğin kemik iliği, yağ dokusu gibi) daha iyi sonuçlar verdi.

Diş veya perifer dokularından hangileri kök hücre barındırıyor? Örneğin dentin, pulpa veya dişeti (periodontal) dokusunda bu hücreler varsa, bu hücreler ömür boyu bulundukları ortamda kalıcı olarak bulunuyorlar mı, yoksa zaman içerisinde yok mu oluyorlar?

Dental epitelyal kök hücreleri, periodontal ligaman kök hücreleri, dental follikül öncül hücreleri, apikal papilla kök hücreleri ve dental pulpa kök hücreleri olarak sınıflamak olası. Ancak, insanlarda dental epitelyal kök hücreleri diş sürmesinden sonra kaybedilmektedir. Bu nedenle, diş gelişimiyle ilgili çalışmalar için uygun olmadıkları belirtilmektedir.

Dental pulpadan ise, farklı özelliklere sahip üç farklı kök hücre izolasyonu gerçekleştirildi. Bu hücreler farklı immunofenotipik özelliklere sahip ve farklılaşma potansiyelleri de farklı-



lıklar göstermekte. Kök hücreler bulundukları doku ya da organlarda yaşam boyu bulunmaktadır.

Ancak, yapılan bazı çalışmalarda zamana bağlı olarak sayılarında azalma olduğu bildirilmektedir. Fakat, asla tamamen kaybolmamaktadırlar ve bulundukları doku ve organların rejenerasyonundan (yenilenmesinden) sorumludurlar. Yani, yıkım ve yapım arasındaki denge devam etmektedir. Ne zaman, yıkım artmakta ve devamlılık göstermekte, o zaman dokuda yerleşik kök hücreleri, hatta gerektiğinde kemik iliğimizden hareketlenip hasarlı dokuya göç eden kök hücreler yetersiz kalmakta ve hastalık tablosuyla karşılaşmaktayız.

Dişten elde edilerek üretilen kök hücrelerden hangi tip dokuları elde edebiliyorsunuz; örneğin yeni bir diş üretilmesi söz konusu olabilir mi?

Kocaeli Üniversitesi Kök Hücre ve Gen Tedavileri Araştırma ve Uygulama Merkezi laboratuvarlarında, natal, süt, 20 yaş diş pulpası ve periodontal ligamandan elde ettiğimiz kök hücrelerden şimdiye kadar beş farklı doku hücre tipi (mezodermal ve ektodermal kökenli) elde ettik. Kıkırdak, kemik, kas, sinir ve yağ dokuları üretmeyi başardık ve bunların karakterizasyon çalışmaları bitti. Özellikle kemik ve sinir dokusu üretiminde, diş kaynaklı kök hücreler oldukça aktifler. Bunun yanında, embriyonik kök hücrelere özgün bazı genleri taşımaları bu hücreleri daha da önemli kılmakta. Çalışmalarımızda gördük ki, diş pul-

Kemik ve sinir dokusu üretiminde diş kaynaklı kök hücreler oldukça aktifler. Ayrıca embriyonik kök hücrelere özgün bazı genleri taşımaları bu hücreleri daha da önemli kılar. Çalışmalarımızda gördük ki, diş pulpası ve periodontal ligaman dokusu oldukça zengin bir kök hücre kaynağı.

pası ve periodontal ligaman dokusu oldukça zengin bir kök hücre kaynağı. Şayet yeterli desteği bulabilirsek hem canlı dışında hem de canlıda kök hücreden diş üretmeyi başarabiliriz, ki başta Japon bilim adamları olmak üzere birkaç laboratuvar bunu başardı. En azından farelerde. Bunun yanında, biz gelecekte, dişten elde edilen kök hücrelerin yalnızca diş ve eklerini ilgilendiren hastalıkların tedavisinde değil, yenileyici tıbbın tüm alanlarında hizmet edebilecek oldukça önemli bir kaynak olduğuna inanmaktayız. Bu inanç doğrultusunda çalışmalarımızı yoğun bir şekilde sürdürmekteyiz.

Dişle ilgili çalışmalarınızda hangi kişi/kurumlarla (diş hekimliği fakültesi ve/veya bölümleri gibi) ortak çalışma yürüttünüz ve/veya yürütmeye devam ediyorsunuz?

Dişle ilgili çalışmalarımızı esas itibarıyla İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Figen Seyman ve Dişhekimisi Aslı Patır Münevveroğlu ile birlikte yürütüyoruz. Nitekim, 10-12 Eylül tarihleri ara-

sında Londra'da gerçekleştirilecek uluslararası bir kongrede (International Association For Dental Research -IADR- 4th Meeting Of The Pan European Federation) diş pulpası ve periodontal ligamanla ilgili daha önce de ödül alan bu çalışmamız sözlü bildiri olarak sunulacak. Ayrıca, Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı ile de çalışmalarımız devam ediyor. Bununla birlikte, merkezimiz tüm araştırmacılara açıktır. Herhangi bir kaynaktan fonunu bulan her projeyi gerçekleştirebilecek altyapıya sahibiz ve bu altyapıyı bu alanda araştırmalar yapmak isteyen herkesle de paylaşmaya hazırız. On araştırmacının görev yaptığı ve yedi farklı laboratuvarından (insan ve hayvan kök hücre kültür lab., moleküler, akım sitometri, immunohistokimya, kriyoprezervasyon ve mikroskopi laboratuvarlarından) oluşan merkezimizde son olarak periodontal ligaman kaynaklı kök hücreler ve yapı iskeleleri (scaffold) kullanarak üç boyutlu kemik dokusu üretmeyi başardık. Gelecekteki hedefimiz üç boyutlu dişin sert dokusunu yapabilmek.

Dişhekimliği ve Ergonomi

Dişhekimlerinde mesleğe bağlı boyun, omuz, üst ekstremit ve bacak ağrısı sıklıkla rastlanılan sorunlardır. Üniversite eğitiminin, kemik gelişiminin henüz tamamlandığı 18-20 yaşlarında başladığı ülkemizde mezunlar meslek gereği belirli pozisyonda durarak kötü postür kas iskelet sistemi-nin aşırı yüklenmesi sonucu bu rahatsızlıklara davetiye çıkarırlar.



Şekil 1: Dişhekimliğinde kötü çalışma pozisyonu

Günümüzde insanın varlığını sürdürebilmesi, hangi tarzda olursa olsun üretime katılmasıyla mümkündür. Üretimin artmasıyla bireyin ekonomik gücü de artar. Günümüz teknolojisi, her alanda üretimin artmasına büyük katkıda bulunmuştur. Ancak insan faktörü her zaman ilk sıradaki yerini korumaktadır. Bu durumda makine, kullanan insan ve bütün bunların yer aldığı ortam (çevre) önem kazanmaktadır. İşte bu üçlü arasındaki uyumluluğun tamamına ergonomi denilir.

Ergonomi, insanların çeşitli iş ve çevre koşullarına ilişkin bedensel ve ruhsal özelliklerini, eğilimlerini, yeteneklerini, sınırlılıklarını araştıran, elde ettiği veriler ile geliştirdiği ilkeleri makinelerin, makine sistemlerinin, iş ve çevre koşullarının tasarımına ve düzenlenmesine uygulayan bir bilim dalıdır.

Bu bilim dalının temel amacı bir iş kolunda insan ögesinin güvenliğini, üretkenliğini arttırmak ve iş koşullarını iyileştirmektir. Üretim, ulaşılmak istenen amaç olduğuna göre bir işin üretilmesinde iki farklı kriter ortaya çıkar.

- Çalışan insana zarar vermemek, az enerji kullanarak insan sağlığını korumak, insanın çalışmasını engelleyecek her

şeyi ortadan kaldırmak.

- En üst düzeyde verim elde etmek, çalışan insan ile makineler arasındaki uyumu sağlamak.

Bu iki kritere birlikte ulaşmak, ergonomiyle sağlanabilir.

Meslek hastalıklarında riskli grup

ABD’de yapılan istatistiklere göre, 2001 yılında bu ülkede işe bağlı hastalıklara yakalanan 333.800 kişi bildirilmiştir. Bu hastaların %65’i kas iskelet sistemi yakınına sahiptir. Bu yakınımlarda fiziksel, psikolojik, sosyokültürel bazı risk faktörleri olmakla beraber en önemli risk faktörleri şu şekilde sıralanmıştır;

- Uzun süre öne eğik postür
- Eğilmek ve dönmek
- Vibrasyon
- Tekrarlayan hareketler

Bu faktörlerin çoğuna sahip dişhekimlerinde mesleğe bağlı boyun, omuz, üst ekstremit ve bacak ağrısı sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de üniversite eğitimi yaklaşık 18-20 yaşlarında başlamaktadır. Bu yaşta

Tablo 1- Dişhekimliği öğrencilerinde ağrı sıklığı (N=280)

BÖLGE	SIKLIK
Sırt - Bel ağrısı	28.50%
Boyun ağrısı	13.00%
Bacaklarda ağrı	10.90%
El bileği ve elde ağrı	4.70%
Baş ağrısı	13.50%
Ağrı yok	53.40%

*Birden fazla cevap nedeniyle toplam 100% değil

henüz kemik gelişimi tamamlanmamıştır. Bu dönemden itibaren meslek gereği belirli pozisyonda durmak ve kötü postür kas iskelet sisteminin aşırı yüklenmesine neden olmaktadır. Ayrıca henüz mesleğe tam adapte olmamış olmak, yalnız çalışma ve ödev stresi dişhekimliği öğrencilerinde bu sorunları arttıran faktörler arasında yer almaktadır.

Dişhekimleri, çalışma pozisyonları nedeniyle meslek hastalıkları açısından en riskli gruplardan birisini oluşturmaktadır. Kullanılan eldivenlere bağlı ortaya çıkan kontakt dermatitler, strese bağlı psikolojik sorunlar, ayakta durmaya bağlı varisler, kanla ve tükürükle temas etmeye bağlı enfeksiyöz hastalıklar yanında en sık karşılaşılan yakınım, kas iskelet sistemine ait yakınımlardır. Danimarka'da yapılan bir araştırmada, dişhekimlerinin %59'unda bel, %65'inde omuz ve boyun ağrısı yakınımı olduğu bildirilmektedir. Dişhekimlerinin erken emeklilik nedenleri arasında %29.5 ile kas iskelet sistemi yakınımı birinci sırayı almaktadır. 2003 yılında Rucker ve ark, dişhekimi ve yardımcılarının %75'inde mesleki KISH olduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Tezel ve arkadaşları, solak dişhekimlerinde yakınımın daha fazla olduğunu ve ergonomik düzenlemelerin yapılması gerektiğini bildirmişlerdir.

Desteksiz oturma aşırı yük bindirir

Yapılan çalışmalarda boyunun fleksiyonda (öne eğik pozisyonda) tutulmasının, kasların uzun süre statik pozisyonda

kullanılmasının önemli risk faktörleri arasında olduğu bildirilmiştir. Çalışma süresinin %75'inde 15° fleksiyonda çalışmanın risk oluşturduğu bildirilirken, dişhekimlerinin zamanlarının %82'si 30° üzerinde boyun fleksiyonunda geçmektedir (Şekil 1).

1960'lara kadar ayakta çalışan dişhekimleri, 1960'lardan sonra oturarak çalışmaya başlamışlardır. Ancak desteksiz, dik pozisyonda oturma da zorlukları vardır. Bu pozisyonda durmak, bel bölgesindeki omurlara, ayakta durmaya göre 5.9 kez fazla yük bindirir. Desteksiz oturma pozisyonunda kalça kemiği arkaya doğru döner, bu durum bel çukurluğunun azalmasına neden olur. Bel çukurluğunun azalması ise, omurlar arasındaki disklerin öne kayması, aşırı yüklenmesi ve faset eklemlerin gerilmesiyle sonuçlanır. Boyun ise öne doğru uzandığı için kas aktivitesi çok artmıştır. Kolların gövdeden uzak tutulması, aşırı, statik yüklenmeye bağlı omuzda kas yırtılmaları, dirsekte tenisçi dirseği, el bileğinde karpal tünel sendromu ile sonuçlanır. Bu nedenle dişhekimliği kas iskelet sistemi yakınımı açısından riskli bir meslek grubunu oluşturmaktadır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada dişhekimliği fakültesi öğrencilerinde klinik çalışmalara başladıkları yıllarda kas iskelet sistemi yakınımı değerlendirilmiştir (Tablo 1). Bu çalışma ilk yıllardan itibaren sırt ve bel ağrılarının toplum ortalamalarının üzerine çıkmaya başladığını göstermektedir.

Bütün bu veriler hastalıklardan korun-

manın önemini vurgulamaktadır. Dişhekimlerinin daha sağlıklı, ağrısız ve verimli olabilmeleri için alınması gereken önlemler kısaca özetlenmiştir;

1- Postür değiştirin: Çalışma saatleriniz içinde arada oturup kalkarak farklı postürlerde çalışmak statik kas yorgunluğunu azaltır,

2- Destekleri kullanın: Ayakta veya oturarak desteksiz çalışmayın. Oturduğunuzda arkanıza dayanın, ayak desteklerinden yararlanın, ayakta çalışırken kolunuzu destekleyin.

3- Uzanmayın: Hastaya yakın çalışıp, en fazla kullandığınız aletleri 50 cm. mesafede tutun. Daha uzaktaki aletler için yardım alın.

4- Düzgün kol pozisyonu: Çalışırken dirseğiniz gövdeye yakın olmalıdır. Elin bilekten kıvrılarak çalışılması, el bileğinin aşırı yüklenmesi anlamına gelir.

5- Ergonomik malzeme kullanın: Çalışırken ağır olmayan, kola ve omurgaya fazla yük bindirmeyen, hafif ve ergonomik aletler kullanılmalıdır. Aşağıda özetlenen temel ergonomi prensiplerine uyun.

6- Zamanı iyi kullanın: Uzun randevulardan kaçınmak ve randevular arasına kısa dinlenme süreleri koymak kas yorgunluğunu azaltmak için önemlidir.

7- Düzenli egzersiz yapın: Özellikle boyun ve sırt adalelerini germeye, kolları güçlendirmeye ve duruşu düzeltmeye yönelik egzersizler düzenli olarak yapılmalıdır.

Dişhekimleri hangi rahatsızlıklardan şikayetçi?

Servikal diskopati (Boyun fıtığı)

Sıklıkla genç yaşta görülür. Özellikle boynun döndürüldüğü ve öne eğik çalışma pozisyonu, kronik mikrotravma, hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Ailede boyun fıtığının varlığı da genetik eğilim nedeniyle bir risk faktörüdür. Fıtık, vertebralar (omurlar) arasında yer alan diskin dışarıya doğru taşarak, omuriliği sıkıştırmasıyla ortaya çıkar. Genellikle boynun en fazla hareket ettiği, en çok eğildiği seviye olan 5. ve 6. boyun omurları arasında meydana gelir. Hastalar genellikle boyundan sırtta, kola, ele doğru yayılan ve bazen uyutmayacak ka-



Şekil 3: Boyun kireçlenmesi

dar şiddetli ağrıdan yakınır. Ağrıyla beraber uyuşukluk, karıncalanma, iğnelenme olabilir. Eğer hastalık ilerlemişse ele alınan cisimler düşürülebilir. Ağrının şiddeti yorgunlukla artar, istirahatla ve genelde sıcak uygulamayla rahatlar. Stres, hapşırma, boynun ağrıyan tarafa çevrilmesi ağrının artmasını tetikleyen faktörlerdir.

Tanı servikal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile konulur. MRG’de iki boyun omuru arasından taşarak sinirlere veya omuriliğe doğru uzanan diskin (fıtığın) görüntüsü her zaman klinik bulgular ile uyumlu olmayabilir. Sinirin etkilenmesi, ufak bir fıtıkta bile şiddetli olabilir. EMG sinirlerin etkilenmesini göstererek daha kesin bilgi verir.

Boyun fıtığının tedavisi, cerrahi tedavi aşamasına gelmeden önce düzgün duruş, egzersizler ve fizik tedavidir. Ağrının şiddetli olduğu dönemde nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar kullanılır. Boyunlukla boyun hareketleri sınırlandırılabilir.

Erken servikal dejenerasyon (Kireçlenme)

Vücudumuz kullanılmaya bağlı olarak yaşla beraber yıpranır. Bu değişiklikler özellikle çok kullanılan bölgelerimizde daha erken yaşta ortaya çıkar. Boyun kemiklerinde kireçlenmenin 13 yaşından itibaren başladığı bildirilmiştir, ancak yaptığımız işe bağlı olarak 40 yaşından sonra yaygınlaşır. 70 yaşındaki kişilerin %70’inde mevcuttur. Hastalık temel olarak; omurgayı oluşturan kemiklerin yıpranması, “osteofit” denilen kireç parçalarının oluşması ve kemiklerin arasındaki

diskin suyunu kaybetmesi nedeniyle kemikler arasındaki yüksekliğin azalması olarak tanımlanabilir. (Şekil 3)

Dişhekimlerinin devamlı öne eğik pozisyonu, başın eğilerek tutulması boyun bölgesinin daha fazla statik travmaya maruz kalmasına; başın ileriye uzanmasıyla boyun eklem ve kaslarının aşırı yüklenmesine ve bu bölgede daha erken yaşta kireçlenmenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Genellikle sabah kalkınca kötü olan, hareketle biraz azalan ancak akşama doğru tekrar artan ağrı en temel yakınımıdır. Beraberinde kollara yayılan uyuşma, hissizlik olabilir. Baş ağrısı eşlik edebilir. Boyun hareketleri sırasında çıtırtılar hissedilir. Genellikle yakınımalar iki kol da beraberdir. İleri durumlarda, osteofitlerin omuriliği sıkıştırmasıyla boynun altında, tüm bedende karıncalanma, denge kaybı ve felç ortaya çıkabilir.

Tedavide boyunluk, antiinflamatuar ilaçlar, egzersizler ve hastalık ilerlemişse cerrahi olarak omurilik üzerindeki baskının kaldırılması önerilir.

İmpingement sendromu, Rotator kaf lezyonu

Omuza ait patolojiler arasında en sık görülen impingement (sıkışma) sendromudur. Hatalı tedavi veya tedavisizlik sonrasında tam veya kısmi rotator kaf yırtığı ile sonuçlanabilir. Hastaların %75’i sıkışma sendromu, %10’u kronik aşırı kullanım, %5’i akut zorlanma, %10’u intrinsek tendon patolojileri nedeniyle omuz ağrısı yaşamaktadırlar.

Kolumuzu yana doğru kaldırırken omuzumuzu 90°’den yukarıda tutmak ve bu pozisyonda çalışmak, kolu yukarıya kal-

ran adalelerin omuz bölgesindeki akromioklavikuler eklem altında sıkışmasına neden olur (Şekil 4). Özellikle ilerleyen yaşlarda travma ve/veya yıpranmayla bu eklemden kireçlenme gelişmişse baskı daha düşük açılarda daha kolay gerçekleşir. Bu sıkışma uzun sürerse, adalelerin ezilmesi, zedelenmesi ve kendilerini besleyen kan damarlarının sıkışması nedeniyle omuz ağrısı başlar. Ağrı özellikle omuzun arkasında ve dış yanındadır. Kolun yukarıda durduğu pozisyon devam ederse zaman içinde adale ve kireşi yıpranır ve basit bir travmayla kopar (Rotator kaf yırtığı). Adale yırtıldıktan sonra kolun kaldırılmasında zorluk ve yük taşıyamama gibi durumlar ortaya çıkar, çıplak muayene edildiğinde o taraf omuzun adalelerinde erime gözlenir.

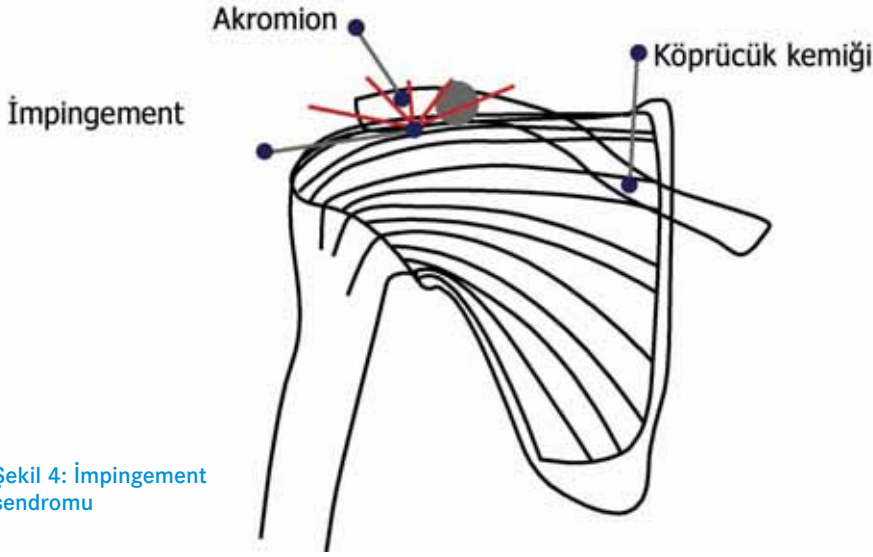
İmpingement sendromunu düşündüren en tipik yakınım, omuzu ağrıyan bir hastanın omuzu üzerine yatamamasıdır. Omuz adalesini besleyen adale gün içinde zorlandıysa, gece üzerine yatılarak damarların sıkıştırılması şiddetli ağrıya neden olur ve hasta uyanır. Ancak kesin tanı ultrason veya MRG ile konulabilmektedir.

Tedavide omuz adalelerinin güçlendirilmesi, ağrı kesiciler ve ödem çözücüler ile o bölgenin onarımına yardımcı olmak önemlidir. Hasta 60 yaşından genç ve aktif çalışıyorsa tam yırtıklarda cerrahi olarak adalenin dikilmesi önerilmektedir.

Lateral epikondilit (Tenisçi dirseği)

El bileğini yukarıya kaldıran dorsifleksör kasların yapıldığı lateral epikondilde ortaya çıkan, devamlı zorlanmayla bağlantılı inflamasyon lateral epikondilit olarak tanımlanmaktadır. Özellikle el bi-

Dişhekimleri, çalışma pozisyonları nedeniyle meslek hastalıkları açısından en riskli gruplardan birisini oluşturur. Kullanılan eldivenlere bağlı ortaya çıkan kontakt dermatitler, strese bağlı psikolojik sorunlar, ayakta durmaya bağlı varisler, kanla ve tükürükle temas etmeye bağlı enfeksiyöz hastalıklar yanında kas iskelet sistemine ait yakınımalar, en sık karşılaşılan rahatsızlıklardır.



Şekil 4: İmpingement sendromu

leğinin dorsifleksiyonda dirence karşı çalıştığı durumlarda görülür. Hastalar ellerinde bir şey sıkınca dirseklerinden ön kol boyunca yayılan bir ağrı hissediler. Özellikle ağır taşıma ve sıkma hareketleri ağrılıdır. Dirsek dış yanına dokunulduğunda veya dirsek sert bir yere değince ağrı oluşur (Şekil 5). Tanı klinik muayeneyle konulur.

Tedavide öncelikle dirsek, bandajla veya atelle sarılarak istirahata alınır. Gerekirse ağrılı bölgeye kortizon enjeksiyonu yapılır. Tedaviye dirençli vakalarda çözüm cerrahidir.



Şekil 5: Tenisçi dirseği muayenesi

Karpal tünel sendromu

Üst ekstremitelerde yer alan, en sık görülen sinir tuzaklanmasıdır. Bu patolojide basınca duyarlı N. Medianus'un duysal ve/veya motor liflerinin tuzaklanması söz konusudur. N. Medianus, avuç içinden başparmak tarafının motor, ilk üçbuçuk parmağın duysal innervasyonunu sağlar. El bileği seviyesinde tuzaklanan sinir için en yüksek basınç el bileğinin fleksiyonda ve radial deviasyonda (başparmak tarafına çevrilerek) tutulması, en rahat pozisyon ise ekstansiyonda (20°) ve ulnar deviasyonda (10°) durustur. Basıncın artışı sinir içindeki damarların kapanmasına ve N. Medianus'un iskemisine yol açar. Uzun süre uygun olmayan pozisyonda çalışmak sinir kılıfında inflamasyona yol açarak basıncı daha da artırır.

İlk şikayetler, özellikle uzun çalışma saatleri sonrasında başlayan, gece uykudan uyandıran, elde, ilk üç parmakta uyuşma, karıncalanma ve şişkinlik duygusudur. Uykudan uyanıp el hareket ettirilince şikayetler rahatlar. Süre uzadıkça uyuşukluk ve karıncalanma gün boyu devam eder hale gelir ve elin sıkma ve taşıma gücü azalır.

Tanı klinik muayene ve EMG ile konulur. Tedavide duysal ve/veya motor liflerin tutulumuna bağlı olarak medikal tedavi (nonsterooid antiinflamatuvar ilaçlar), fizik tedavi, el bileğinden steroid enjeksiyonu veya cerrahi olarak basıncın kaldırılması uygulanır.

Myofasiyal ağrı sendromu

Hastalık her yaş ve cinste görülür. Özellikle sedanter yaşayan genç-orta yaşlı kadınlarda semptom verir. Kronik ağrı sendromlarının en sık nedenlerindendir. Vücudumuzu saran çizgili kasların uzun süre sabit pozisyonda zorlanması sonucu ortaya çıkan; kaslar içinde "kulunç" denilen kas sertleşmeleriyle ortaya çıkan şiddetli ağrılı bir sendromdur. Özellikle postür kasları denilen ve vücudumuzu dik tutmaya yarayan kasların aşırı zorlanması sıkça görülür. Ağrı ağırlıklı olarak boyun, omuzlar ve sırttır. Dişhekimlerinin hasta üzerinde öne eğik pozisyonda çalışmaları bu hastalığı tetikler. Öne eğik pozisyonda çalışıldığında gövde üst kısmının öne düşmesini engellemek için sırt orta kasları aşırı yüklenir ve kürek kemikleri arasında belgin sırt ağrısı oluşur. Gün boyu çalışma sonucu, omuzlar, boyun, sırt ve kollar gergin olarak hissedilir. Üzerine yatınca ağrı azalır. Germe egzersizleri kısmen rahatlatır.

Tedavide medikal tedavi, kas gevşetici-

En sık rastlanan rahatsızlıklar

Dişhekimlerinde mesleğe bağlı eklem ve kas zorlanmasının ortaya çıkarttığı hastalıklar genel olarak şu şekilde sınıflanabilir;

- **Üst ekstremitelerde gözlenen yakınımalar:**
 - Servikal diskopati (Boyun fıtığı)
 - Erken servikal dejenerasyon (Kireçlenme)
 - Rotator kaf lezyonu (Omuz adalesi yırtığı)
 - İmpingement sendromu (Omuz adalesinin zorlanması ve ağrısı)
 - Lateral epikondilit (Tenisçi dirseği)
 - Karpal tünel sendromu
 - Myofasial ağrı sendromu
- **Sırt, bel ve alt ekstremitelerde problemleri**
 - Lomber diskopati (Bel fıtığı)
 - Erken lomber dejenerasyon (Kireçlenme)
 - Postür bozuklukları, skolyoz
 - Varisler
 - Pes planus (Düz tabanlık)

ler, masaj ile kasılı kaslar gevşetilir rahatlatıldıktan sonra düzenli egzersiz ile güçlendirilmeleri önerilmektedir.

Bel ağrısı

Lomber diskopati (Bel fıtığı)

Bel omurlarının temel görevleri omuriliğe destek olmak, korumak, gövdeyi taşımak ve gövde hareketini oluşturmaktır. Bel ağrısı, gelişmiş toplumlarda en sık doktora başvuru nedenleri arasında yer almaktadır. Kişilerin %60-80'i hayatlarının bir döneminde bel ağrısı deneyimi yaşar. Bu ağrıların büyük çoğunluğu postür bozukluğuna bağlı, daha azı disk hernilerine bağlıdır.

Lomber diskopati, özellikle öne eğik çalışan, dönmeli hareketler yapan ve ağır kaldıran kişilerde olur ve aktif çalışmanın en yoğun olduğu 30-40 yaşları en sık başlangıç yaşıdır.

Klinik olarak hastaların en önemli yakı-



ve bazen belden ses duyulur. Eğer kireçlenme ilerlerse, omurilikte sıkışmaya neden olarak, yürüme sırasında bacağa giren şiddetli ağrılara, birkaç yüz metrede bir durup oturma ihtiyacına ve daha ileride idrar ve büyük abdestini tutamamaya kadar ilerler.

Tanı direkt grafiyle konulur. Tedavide korunma, medikal tedavi ve egzersiz ön plandadır.

Postür bozuklukları, skolyoz

1960'lara kadar ayakta çalışan dişhekimleri, 1960'lardan sonra oturarak çalışmaya başlamışlardır. Ancak desteksiz, dik pozisyonda oturma da zorlukları vardır. Bu pozisyonda durmak, bel bölgesindeki omurlara, ayakta durmaya göre 5.9 kez fazla yük bindirir. Desteksiz oturma pozisyonunda kalça kemiği arkaya doğru döner, bu durum bel çukurluğunun azalmasına neden olur. Bel çukurluğunun azalması ise, omurlar arasındaki disklerin öne kayması, aşırı yüklenmesi ve faset eklemlerin gerilmesi ile sonuçlanır.

Özellikle ayakta dururken veya otururken omuzların öne doğru geldiği, gevşek pozisyonda oturmak sırt ve bel kaslarını zorlayarak ağrı oluşumuna neden olur. Radyolojik olarak değerlendirildiğinde herhangi bir problem saptanamaz ancak uzun oturma ve ayakta durma sonrasında sırttan bele, kalçalara doğru vuran bir ağrı ortaya çıkar. Ağrı istirahatla azalır. Ancak postür bozukluğu devam ettiği takdirde giderek sırtta kalıcı kamburlaşma (kifoz) veya sırtta eğrilik (skolyoz) ortaya çıkar.

Temel Egzersizler

Hekimler, özellikle uzun çalışma saatleri sonucunda ortaya çıkan kas gerginliğini azaltmaya yönelik olarak düzenli germe ve postür egzersizlerini yapmalıdır. Bu egzersizler özellikle bir vücut bölgesinde ağrı ortaya çıkmışsa o bölgeye özel olacağı gibi, genel olarak ağrısız kişilerin de yapabileceği egzersizlerdir. Egzersizler haftanın beş günü günde bir kez yapılmalı ve her hareket beş kere tekrarlanmalıdır.

* İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Hekimler, özellikle uzun çalışma saatleri sonucunda ortaya çıkan kas gerginliğini azaltmaya yönelik olarak düzenli germe ve postür egzersizlerini yapmalıdırlar. Egzersizler haftanın beş günü günde bir kez yapılmalı ve her hareket beş kere tekrarlanmalıdır.

nımı lokalize bel ağrısıdır. Yavaş yavaş gelişen yaygın, batıcı, hareketle artan, istirahatla azalan, belde ve etkilenen sinir kökünün anatomik dağılımına uygun olarak bacağa yayılan bir ağrıdır. Öne eğilme veya arkaya dönme gibi ters bir hareket sonrası ani olarak başlayabilir, en küçük bir hareketle şiddetlenip, kilitlenme veya bel tutulmasına yol açabilir. Ağrı, oturmakla, ayakta durmakla, öksürmekle, ıkmakla, araba kullanmakla, öne eğilmeyle artar. Yatmakla, belin desteklenmesiyle hafifler.

Tedavide tüm hastalıklarda olduğu gibi koruma önemlidir. Hastalık başladıktan sonra medikal tedavi, fizik tedavi ve egzersiz tedavisi, bu tedavilerle ağrı geçmeyen, kas güçsüzlüğü ortaya çıkan veya var olan kas güçsüzlüğü artan hastalarda cerrahi tedavi önerilmektedir.

Erken lomber dejenerasyon (Kireçlenme)

Omurgayı oluşturan eklemlerden en önemlilerinden birisi olan faset eklem, özellikle eğilip doğrulma hareketleri sırasında eklem kayarak yağlanması prensibiyle çalışır. Dişhekimlerinin öne eğilip dönerek aldıkları pozisyonu uzun süre hareketsiz kalarak korumaları eklem beslenmesini, yağlanmasını etkileyerek erken yaşta yıpranmanın (dejenerasyonun) başlamasına neden olur.

Kireçlenme, sabah uyanıldığında birkaç dakikada geçen tutukluk, belden doğrulmada zorluk ile ortaya çıkar. Çok ayakta kalınca, çok oturunca belden kalçalara doğru yayılan ağrı ve sertleşme hissi olur. Ağrı kalçalardan aşağıya iner ama sıklıkla dizden aşağıda hissedilmez. Eğilip doğrulmak özellikle sabahları zordur

Alzheimer'de dişhekiminin yaklaşımı nasıl olmalı?

Dejeneratif bir beyin hastalığı olan Alzheimer, insan ömrü uzadıkça daha fazla oranda karşılaşılabilecek bir hastalık olabilir. Bu durumda dişhekimlerinin de buna karşı hazırlıklı olmasında yarar var. Yapılan araştırmalar Alzheimer hastalarının %75'inin dental açıdan dikkate alınması gerektiğini gösteriyor.



Dejenereatif bir beyin hastalığı olan Alzheimer, insan ömrü uzadıkça daha fazla oranda karşılaşılabilecek bir hastalık olabilir. Bu durumda dişhekimlerinin de buna karşı hazırlıklı olmasında yarar var. Yapılan araştırmalar Alzheimer hastalarının %75'inin dental açıdan dikkate alınması gerektiğini gösteriyor.

Alzheimer, hafıza, öğrenme, karar verme, iletişim kurma ve günlük aktivitelerini yerine getirme yeteneğini yavaş yavaş hasara uğratan, ilerleyici, dejeneratif bir beyin hastalığıdır ^(3, 9).

Alzheimer hastalığı, ilerleyişine göre belirli evrelere ayrılmıştır:

- 1. evre:** Zekâ fonksiyonları sağlamdır. Bu başlangıç evresi daha çok bilişsel azalma semptomlarıyla karakterizedir. Santral sinir sisteminde devam eden önemli patolojik proseslerin olduğu varsayılır.
- 2. evre:** Kişi cüzdan, anahtarlık, gözlük, ilaç şişeleri gibi bazı özel objelerin nerede olduğunu unutmaya başlar. Bu safhada kişi hala çevresindekilerle iyi iletişim kurabilme yeteneğine sahiptir.
- 3. evre:** Kelime seçemezler, aile fertlerinin isimlerini hatırlamakta zorlanırlar. Kişi sık sık önemli objeleri koyduğu yeri unuttur ve plan yapmakta, sıralı aktivitelerde ve yaşamını organize etmekte

güçlük çeker.

4. evre: Bu evrede kişi ciddi, kısa süreli hafıza kayıpları yaşamaya başlar, kişisel olayları unutmaya başlar ve sosyal açıdan toplumdan kendini geri çeker.

5. evre: Artan bilinçsizlik vardır ve soruları tam olarak yanıtlanamamaya başlar. Benzer objeleri ayırt edemez. Bu safhada hasta duş, giyinme, tuvalet, yeme, içme gibi günlük aktivitelerinde kesinlikle yardım almalıdır.

6. evre: Artık kişi kötüye gitmeye başlamıştır. Yardımcı olmadan kesinlikle yaşayamaz. İdrar ve feçes kaçırmaya başlar.

7. evre: Boş ve anlaşılabilir konuşmalar,

yutkunmada ciddi güçlük başlar ve hasta müşahede altında tutulmalıdır ^(5, 6).

Etyoloji

Alzheimer hastalığının etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber çeşitli risk faktörleriyle ilişkilidir. Yaş, cinsiyet, aile hikayesi, kafa travmaları, kromozom defekti gibi genetik faktörler, kalp-beyin ilişkisi, immunolojik defektlerle ilişkilendirilebilir. Fakat çevresel ve genetik faktörlerin ya da her ikisinin hastalığın patogenezinde çok etkili olduğu belirtilmiştir ⁽⁹⁾.

Epidemiyoloji

Alzheimer hastalığının prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Prevalansın %3'ü 65-74, %19'u 75-84 yaşlar arasında, %4'ü 85 yaş ve üstünde görülür. Alzheimer hastalığı insidansı Afrika ve Amerikan ırklarında daha yüksektir ^(6,19). Amerika'da 4,5 milyon insanın bu hastalığa sahip olduğu, popülasyona bakıldığında yaşlı insanlarda 3 kat daha fazla görüldüğü ve önümüzdeki 30 yıl içinde Alzheimer hastalarının daha da artacağı düşünülmektedir. Alzheimer hastalarının %50'si kişisel bakımında mutlaka yardım alırken, 1/3'ü hastane bakımı gerektirmektedir ^(6, 7).

Teşhis

Çoğunlukla hastanın klinik semptomlarına bakılır ve bazı kriterlerin birleştirilmesiyle teşhis konur ^(6, 8). Hafıza kaybı, konuşma bozuklukları, motor aktiviteleri yerine getirme yeteneğinde bozulma, ailesini tanıyamama, basit şeyleri anlayamama gibi yakınmaları olan hastalarda Alzheimer düşünülmelidir. Teşhiste teknolojik diagnostik yöntemler iyi bir klinik muayenenin alternatifi değildir. Alzheimer hastalığında serebral korteks, hipokampus ve bazal gangliyonda amiloid plakların birikimi görülür. Hastalığın olası ayırıcı tanısı miksedem, pernisiyöz anemi, depresyon gibi tedavi edilebilen ya da geriye dönebilen durumlar ve serebrovasküler hasar, beyin tümörleri, nörosifiliz gibi ilerleyici ya da geriye dönüşü olmayan durumlarla yapılır.

Tedavi

Tedavi hatasız bir tanıya dayanmalıdır. Tedavide asetilkolinesteraz inhibitörleri

ve diğer kolinerjik ajanlar, antioksidanlar, antienflamatuar ilaçlar, hormon tedavileri, antiamiloid tedavileri ve nörotrofik ajanlar kullanılmaktadır. Kolinerjik ajanlar en popüler olanıdır. Zaten diğer farmakolojik ajanlar da kolinerjik kayıpları önlemede kullanılır. Tek başına kullanıldığında tedavide en başarılı olarak ACE inhibitörleri kullanılmaktadır. Ama bu ajanların hastalığı tamamen iyileştirdiği ya da durdurduğu söylenemez; sadece hastalığın gidişatını iyileştirir ve ilerlemesini engeller ⁽⁹⁾. Fakat bu ilaçların kullanımı kusma, diare, bradikardi, anoreksia, kilo kaybı, kas krampları, kalp krizi, senkop gibi, tedaviye izin vermeyen sonuçlar da ortaya çıkarabilir ^(6, 20).

En yaygın ve şu an kabul gören farmakoterapi, ACE inhibitörleri ile memantindir. Memantin, bellek ve düzeltmeyi içeren işlemlerde beyin özel kimyasal ileticisi olan glutamatın aktivitesini düzenler ^(6, 10). Yan etki olarak memantin baş dönmesi, baş ağrısı ve hipertansiyona neden olabilir ^(6, 16).

Çoğu araştırmacılar bazı durumlarda memantin ile antikolinesteraz inhibitörlerinin beraber kullanıldığında bilişsel fonksiyonu arttırdığı ve hastanın davranışsal semptomlarının sıklığını azalttığını savunmuştur ^(6, 15). Bazen bu tedavilere ek olarak E vitamini verilir. E vitamini beyindeki nöronları korumaya yardımcı olur ^(6, 16).

Bunların dışında antipsikotik ajanlar; halüsinasyon, ajitasyon ve sanrıları tedavi etmede kullanılır. Seratojenik nörotransmitter sistemle iletişime geçerek etkisini gösterir ^(6, 11).

Antipsikotik, anksiyolitik ve antidepresan kullanımına bağlı çeşitli değişik davranışlar görülebilir. En son ve genel sonuç ise hastanın yatalak hale gelmesidir.



Beslenme nasogastrik ya da gastrointestinal tüplerle yapılır. Genellikle pulmoner aspirasyon ya da enfeksiyon sebebiyle ölüm gerçekleşir ⁽⁹⁾.

Oral Bulgular

Alzheimer'ın tedavisinde kullanılan kolinerjik inhibitörleri bulantı hissi ve si-aloriye, memantin ise kulak uğultusu ve görmede bulanıklığa yol açabilir. Atipik antipsikotik ajanlar kserostomi, stomatit ve tat duyusunda bozukluğa neden olur. Bu antipsikotik ajanlardan Haloperidol de ağız kuruluğu yapar. Bununla birlikte çigneme kaslarında spazma yol açar ve bu spazmlar ise TME sorunlarını ortaya çıkarır. Tardiv diskinezisi gelişir, yani mandibula kontrolsüz şekilde hareket ettiğinden, hareketli protezlerin oynamasına ve bunun sonucu olarak ise mukozal ülserlere, orofasiyal ağrılara yol açar. Haloperidol ayrıca, bukkomukozal ülserler ve kandida enfeksiyonlarına sebep olur, bunun oluşumu ise lökopeni ve granülositoz oluşturmaya bağlanır ⁽⁶⁾. Tedavide kul-

Alzheimer hastaları, yabancı olduğu ortamlarda ya da anlayamadığı açıklamalarla karşılaştığında çok sinirli ya da irrite hale gelebilir. Dişhekimi ve personeli telefon, televizyon, tükürük emici, ünit sesleri gibi dental ofis seslerini en aza indirgeyerek bunu gerçekleştirebilirler.



lanılan antidepresanlar ise gingivitis, stomatit, glossit ve kserostomi oluşturur. Alzheimer hastaları ilerlemiş oral bozukluklarla mutlaka karşılaşır. Kaybedilmiş biliş, apati (kayıtsız kalma) ve apraksi (hareketi istenilen şekilde yapamama) uygun oral hijyen tekniklerini uygulayamamasına sebep olur ^(1, 6).

Hasta günlerce protezini ağzından çıkarmayı unuttur ve altında yemek birikir. Proksimal ve servikal alanlarda plak oluşur. Yaşlılıkla beraber görülen kserostominin yanında Alzheimer hastalarında ilaç kullanımına bağlı olarak da kserostomi görülür ^(6, 18). Hiposalivasyon, azalmış antibakteriyel, antiviral ve antifungal aktiviteye, tamponlama kapasitesinin düşmesine, plağın dental ve oral mukozadan uzaklaştırılamamasına neden olur. Bunların sonucunda gingival kanama, periodontal hastalıklar, fissürlü diller ve dudaklar, kuronal ve servikal çürükler artar ^(6, 9).

Dental Yaklaşım

Tüm çalışmalar Alzheimer hastalarının %75'inin dental açıdan dikkate alınması gerektiğini göstermiştir. Alzheimer hastalarında dental tedavinin klinikte, hastanede ya da evde uygulanacağına, hastalığın evrelerine göre karar verilir ⁽¹⁷⁾. Fakat öncelikle uygun ve rahat bir dental tedavi için dişhekimi hastanın doktoruyla konsültasyon yapmalıdır ^(6, 13).

Alzheimer hastaları, yabancı olduğu ortamlarda ya da anlayamadığı açıklamalarla karşılaştığında çok sinirli ya da irrite hale gelebilir ⁽⁶⁾. Dişhekimi ve personeli telefon, televizyon, tükürük emici, ünit

sesleri gibi dental ofis seslerini en aza indirgeyerek bunu gerçekleştirebilirler. Hasta güvende olduğunu hissetmelidir. Dişhekimi tüm konuşmalara kendini tanıtarak başlamalı ve tüm prosedürleri uygulamadan önce anlatmalıdır. Basit kelimeler kullanmalı, gülümsemeli, direkt göz teması kurmalı ve dokunarak onun güvende olduğunu hissettirmelidir ^(6, 14). Hastalar dental tedavi ağrılarına hekim 'evet şimdi şunu yapıyorum' diye anlatıldığı müddetçe tolerans gösterebilirler.

Hastalığın orta evrelerinde çoğu restoratif tedaviler ve dental bakım minimal modifikasyonlu tekniklerle yapılabilir ^(4, 9). Hastanın bakıcısının önemli payı vardır. Bakıcısı, oral ve yazılı açıklamalarla düzgün fırçalamayı, diş ipi kullanımını ve klorheksidinli glukonatin nasıl uygulanacağını göstermelidir. Dişhekimi kserostomi sıkıntısını azaltmak için yapay tükürük ürünleri önermelidir. Hastayı 3 ayda bir periyodik kontrollere çağırmalı, oral profilaksi ve florid jel uygulamaları yapmalıdır.

Hastalık son evrelerine yaklaştıkça hasta bilişsel becerilerini kaybetmiş fakat fiziksel olarak sağlıklıdır. Uygulanacak tedavi potansiyel ağrıyı ve enfeksiyonu azaltacak şekilde olmalı, sesi hastayı korkutup, irkiltebileceğinden dolayı ultrasonik kazıyıcılardan kaçınılarak el aletleri kullanılmalıdır. Bu evrelerde hasta dental ağrıyı değişik algılar ve ağrının hangi dişinden kaynaklandığını bilemez ^(6, 12).

Tedavide lokal anestezi kullanırken vazokonstriktör içeren lokal anesteziler kullanılmamalıdır. Çünkü epinefrin muskarinik ve alfa-adrenerjik reseptörleri bloke eder, kardiovasküler etkilere sebep olur ^(6, 21).

Yeni olan her şeye alışmadıkları için (mutlaka gerekmiyorsa) yeni bir protez yapmak yerine eski protezlerini onarmak daha iyi bir seçenek olabilir, çünkü hasta bunu kolay kabullenir ^(2, 6).

İnsan ömrünün uzamasıyla Alzheimer hastalarının sayısında artış olduğu ve önümüzdeki yıllarda bu sayının daha da artacağı öngörülmektedir. Bu nedenle dişhekimleri muayenehanelerinde bu hastalarla daha sıklıkla karşılaşabilirler.

KAYNAKLAR

1. Arai K, Sumi Y, Uematsu H, Miura H. Association between dental health behaviours, mental/physical function and self-feeding ability among the elderly: a cross-sectional survey. *Gerodontology* 2003;20(2):78-83.
2. Carr-Hosie MA. Treatment considerations for the dental professional for patients with Alzheimer's disease. *J Okla Dent Assoc* 1993;83(3):36-42.
3. Doran M. Diagnosis of presenile dementia. *Br J Hosp Med* 1997;58:105-10.
4. Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Gerodontology* 2000;17(1):8-16.
5. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996;8(supplement 3):497-500.
6. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME. Alzheimer's disease: Psychopathology, medical management and dental implications. *JADA*, 2006 Sep; 137(9): 1240-51.
7. Hebert LE, Scherr PA, Bienias JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census. *Arch Neurol* 2003;60(8):1119-22.
8. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence based review). Report of the quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56(9): 1143-53.
9. Kocaelli H, Yaltrık M, Yargic LI, Ozbaş H. Alzheimer's disease and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93(5):521-4.
10. Miguel-Hidalgo JJ, Alvarez XA, Cacabelos R, Quack G. Neuroprotection by memantine against neurodegeneration induced by beta-amyloid(1-40). *Brain Res* 2002;958(1):210-21.
11. Mintzer JE. Underlying mechanisms of psychosis and aggression in patients with Alzheimer's disease. *J Clin Psychiatry* 2001;62(supplement 21):23-5.
12. Moody GH, Drummond JR, Newton JP. Alzheimer's disease. *Br Dent J* 1990;169(2):45-7.
13. Nordenram G, Ryd-Kjellen E, Ericsson K, Winblad B. Dental management of Alzheimer patients: a predictive test of dental cooperation in individualized treatment planning. *Acta Odontol Scand* 1997;55(3):148-54.
14. Ostuni E, Mohl G. Communicating more effectively with the confused or demented patient. *Gen Dent* 1995; 43(3): 246-6.
15. Reisberg B, Doody R, Stöffer A, Schmitt F, Ferris S, Möbius HJ. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2003;348(14):1333-41.
16. Sano M, Ernesto C, Thomas RG, et al. A controlled trial selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *N Engl J Med* 1997;336(17):1216-22.
17. Scully D, Dios PD, Kumar N. Special Care in Dentistry: Handbook of Oral Health Care. Churchill Livingstone Elsevier: 2007.
18. Ship JA, DeCarli C, Friedland RP, Baum BJ. Diminished submandibular salivary flow in dementia of the Alzheimer type. *J Gerontol* 1990;45(2):M6-16.
19. Tang MX, Cross P, Andrews H, et al. Incidence of AD Americans, Caribbean Hispanics, and Caucasians in northern Manhattan. *Neurology* 2001;56(1):49-56.
20. Thompson S, Lancot KL, Herrmann N. The benefits and risks associated with cholinesterase inhibitor therapy in Alzheimer's disease. *Expert Opin Drug Saf* 2004;3(5):425-40.
21. Yagiela JA. Adverse drug interactions in dental practice: interactions associated with vasoconstrictors, part V of a series. *JADA* 1999;130(5):701-9.

*İÜ Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD. Çapa, İstanbul

İdeal döner alet sistemi var mı?

Piyasada dişhekimlerine sunulmuş birçok kanal sistemi var. Bu döner kanal aletleri dişhekimlerinin daha önceleri sorun yaşadıkları kurvaturlu köklerin daha kolay temizlenmesini sağlamaktadır. Ama unutmamak lazım ki, farklı sistemlerin farklı avantaj ve dezavantajları söz konusu. Kullanmadan önce bu farkları bilmekte yarar var.

İstanbul'da 3-5 Temmuz 2008 tarihlerinde gerçekleşen Yüzyıl Kongresi'nde "ideal döner alet sistemi var mı?" başlıklı bir sunum gerçekleştiren Pennsylvania Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Endodonti Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Bekir Karabucak, dişhekimliğinde kullanılan döner aletlerle ilgili sorularımızı yanıtladı.

Neden döner alet?

Döner aletler genelde nikel titanyumdan yapılmıştır. Esnek yapılarından dolayı kurvaturlu kanalların genişletilmesi sırasında kanalın orijinal yapısını korur. Döner aletlerdeki taper (çap artışı) daha geniş olduğu için kanal genişletilmesindeki stepback'i ortadan kaldırarak çalışma hızını artırır. Aynı zamanda, aletin rotasyonu sırasında kesici bıçaklar oluşan dentin parçacıklarını kök ucuna itmek yerine kanaldan dışarı çıkartır. Bu da kanal uçlarının bloke olmasını önler.

Sırf döner alet yeterli olabiliyor mu? Yoksa klasik el aletiyle de çalışabiliyor muyuz?

Kanal genişletilmesinde sırf döner alet yeterli değil. Döner kanal aletleriyle kanal genişletilmesine başlamadan önce el aletleri ile kanalın kök ucuna kadar açıklığı kontrol edilmeli. Ve kanal en az 20 numaralı el aletiyle genişletilmeli. Bu işlem döner aletin kök ucuna daha çabuk ulaşmasını sağlayacak ve alet kırılmalarını minimuma indirecektir.

Peki bu irrigasyon (yıkama) olayı için ne diyebilirsiniz?

Kanal irrigasyonu kanal tedavisinin önemli etaplarından biridir. Basitçe anlatmak gerekirse, kanal yüzeyindeki mikroorganizmaları öldürür ve genişletme sırasında ortaya çıkan dentini kanaldan dışarıya çıkartır. Döner alet veya el aletleriyle yapılan genişletme sırasında aynı şekilde uygulanmalıdır.

Dezavantajları ya da avantajları nelerdir?

Avantajları kanalın orijinal yapısının korunması ve kanalların daha seri şekilde genişletilmesini olanaklı kılmasıdır. Bu aletler kanal genişletmesini kolaylaştırdığı için diş doktorunun yorgunluğunu azaltacaktır. En büyük dezavantajı ise aletin kanal içinde kırılması durumunda kırılan parçanın kanalı bloke edip temizliği engellemesidir *için*



Doç. Dr. Bekir Karabucak



Yeni başlayacak olanların nasıl bir yol izlemesi gerekir?

Döner alet kullanımını öğreten kurslar var. Bu kurslara katılmalarını tavsiye ederim. Ama en önemli şey pratik yapmak. Bu aletleri hasta üstünde uygulamaya geçmeden önce, çekilmiş dişlerde gerçek kanal tedavisi yapar gibi pratik yapmalarını öneririm. Ben üniversitede öğrencilerimden bazı kanalları el aletleri, bazı kanalları döner aletlerle genişletip-doldurup, sonra da sonuçları karşılaştırmalarını istiyorum. Bu tarz egzersizlerle aletler hakkında çok şey öğreniyoruz çünkü.

Yeni başlayanlar için herhangi bir sistem önerebiliyor musunuz?

Önerebileceğim tek bir sistem yok. Pennsylvania Üniversitesi'nde bütün sistemleri öğretiyoruz. Sanırım önerebileceğim en iyi şey olabildiğince sistem deneyip kendiniz için en uygun olanı bulmak.

Siz hangi sistemi daha çok tercih ediyorsunuz?

Ben birden çok sistemin değişik aletlerini kullanıyorum. Seçimimi etkileyen faktörler çalıştığım diş ve kök yapısı.

Son olarak ne söylemek istersiniz?

Döner kanal aletleri endodonti konusunda son dönemin en önemli gelişmelerinden biridir. Hasta üzerinde kanal tedavisinin biyolojik prensipleri unutulmadan uygulanmalıdır.



50x12=Kurtarılmış bir hayat

Türkiye Korunmaya Muhtaç Çocuklar Vakfı yıllardır yüzlerce çocuğun hayatında bir fark yaratıyor, özlem duydukları sıcaklığı ve yuvayı onlara sunuyor, koruyor, kolluyor ve hayata hazırlıyor. Hiç soruyor muyuz kendimize, biz onlar için ne yapıyoruz diye? İşte fırsat, her ay 50 YTL ile bir yıl boyunca yapacağınız ödemelerle siz de bir çocuğun hayatını değiştirebilirsiniz.

i DO Dergi'den, sivil toplum kuruluşları ve gönüllülük üzerine sayfa hazırlamam istendiğinde çok sevindim. Dergi'nin yüksek okuma kapasitesi sayesinde meslektaşlarımın, birçoğumuz için zor ve üzücü gelen sorunlara kendini adanmış kurum ve kişileri tanımlarını sağlayacağım. İlk yazımda 1996 yılında tanıdığım, destekleyicisi olduğum, tüm çalışanlarına saygı duyduğum, yıllardır büyük bir özveriyle, yüzlerce korunmaya muhtaç çocuğu



topluma kazandırmış olan Türkiye Korunmaya Muhtaç Çocuklar Vakfını (TKMÇV) tanıtacağım.

Yaşama tutunmaları için tek şans

Vakfın İstanbul Gaziosmanpaşa ilçe sınırlarında olan Bolluca Çocuk Köyü'nde 81 çocuk ikamet ediyor. Kapasitesi 100 çocuk olan köyde, gerekli destek bulunursa 19 çocuk daha bu yıl aileye katılacak. Çocuk köyünü 10.00-18.00 saatleri arasında, her gün ziyaret edebilirsiniz.



Her hafta bir çocuk evinin konuk evi olduğu köyde, çocukların misafir geldiğinde duydukları sevinç görmeye değer bir tablo oluşturuyor. Kimi utangaç, kimi daha sosyal duruyor. Çocukların yanında saatlerin nasıl geçtiğini anlamıyorsunuz bile. Bolluca Çocuk Köyü 1992 yılında hizmete başlamış. Köyde 0-23 yaş arası kız ve erkek çocuklar yaşıyor. 11 aile evi, 2 erkek gençlik evi, 1 kız gençlik evi, idari bina, 2 lojman, oyun parkı ve spor salonu 52 dönümlük arazi içinde yerleştirilmiş. TKMÇVO, 1996 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile imzalanan protokol çerçevesinde hizmet veriyor. Her aile evinde 6-7 çocuk, anne ve abla statüsündeki profesyonel kişilerce, gerçek anne sevgisini tadarak yaşıyor. Çocuk köyündeki kardeşleriyle büyüyen, ergenlik çağına gelmiş çocuklar gençlik evine geçiyorlar. Çocuk köyünde anne şefkatiyle büyüyen çocuğun sorumluluk üstlenmeyi öğrendiği yer olan gençlik evinde, pedagojik eğitim almış, çocuklara yol gösteren gençlik liderleri bulunuyor. Çocuklar öğrenim hayatlarının sonuna kadar gençlik evinde kalıp, meslek sahibi olunca ayrılıyorlar. Eğitim hayatı biten, meslek sahibi olan gençler yarı bağımsız aşamayla destekleniyor. 2-3 kişi için tutulan evlere verilen destekle çocukların birlikte yaşayarak hayata katılmaları sağlanıyor. Tam bağımsız aşamaya geçen gençlerle iletişim ise hayat boyu sürüyor.

Onlar için ne yapıyorsunuz?

Bolluca Çocuk Köyü “korunmaya muhtaç çocukları” aile düzenninde büyüterek topluma kazandırıyor. Ülkemizde “korunmaya muhtaç” olan yüz binlerce çocuk olduğu, bu çocuklara zamanında destek sağlanmadığında, eğitimsiz kalarak, fiziksel ve sosyal birçok olumsuzluk yaşayacakları göz önüne alındığında, bu tür kurumlara verilecek desteğin önemi anlaşılabilir.

Her yıl eğitim yılının başlama döneminde yardıma daha fazla ihtiyacı olan köyü ziyaret ettiğinizde, paylaşmanın verdiği coşkuyu en içten şekilde hissedeceksiniz. Erhan, Yunus, Kader, Efe, Cansel ya da Bulut sizin ya da çocuğunuzun en yakın arkadaşı olabilir.

Hayatı daha anlamlı kılabilmek dileğiyle, sevgiyle kalın.....



Destek olmak için; “Çocuklarımızı Korumak Geleceğimizi Korumaktır” kampanyasına katılarak 1 yıl boyunca ayda 50 YTL ile bir çocuğun eğitim-sağlık-beslenme giderlerine katkıda bulunabilirsiniz.

Telefon: 0 212 274 95 45 - 0 212 685 03 83

Ayrıntılı bilgi için: www.bollucacocukkoyu.com



Almanya'da düzenlenen 29. Dünya Tıp Olimpiyatları'nda (Medigames), kadrosunda dişhekimlerinin de yer aldığı Denttürk futbol takımı mücadele ettiği kategoride namağlup unvanla şampiyon oldu. Takım kaptanı Şahin Filik, "Denttürk ve Sağlık Çalışanları Spor Kulübü olarak amacımız ülkemizde sağlık çalışanlarının katıldığı sürekli bir futbol organizasyonunu hayata geçirmek" diyor.

28 takımın, 4500 sağlık çalışanının mücadele ettiği 29. Dünya Tıp Olimpiyatları'nda bu yıl Türkiye'yi temsilen mücadele eden Denttürk Futbol Takımı şampiyon oldu. Kadrosunda dişhekimlerinin olduğu Denttürk, daha önce de katıldığı Tıp Olimpiyatlarında altıncılık ve üçüncülük gibi dereceler elde etmişti. Takımın kurucusu ve oyuncusu Dişhekimisi Şahin Filik, "Bu yıl çok yoğun çalıştık, ipi göğüsleyeceğimize inanıyordum; arkadaşlarım da bu inancı paylaştı. Ülkemizi başarıyla temsil ettiğimiz için çok mutluyuz" diyerek duygularını özetledi. Denttürk'ün ortaya çıkış hikayesi futbolu gönül vermiş ama profesyonel kariyerlerinden ötürü bu sevgilerini bastırmak zorunda kalmış bir avuç sağlık çalışanının yeniden meşin yuvarlağa amatör ruhla dönüşlerini ifade ediyor. Her biri meslek-

lerinde belli noktalara gelmiş takım oyuncuları Denttürk forması altında tek bir amaç için top koşturuyor; o da kazanmak. Geçtiğimiz günlerde İstanbul Dişhekimleri Odası'nı da ziyaret eden Denttürk ekibini temsilen Şahin Filik'le bir araya geldik ve takımın kuruluş öyküsünü, olimpiyat macerasını ve bundan sonraki hedeflerini konuştuk.

Denttürk ne zaman kuruldu?

2004 yılında Sağlık Çalışanları Spor Kulübü ve buna bağlı derneğimizi kurduk. Takım ağırlıklı olarak dişhekimlerinden oluştuğu için adını Denttürk koyduk. Denttürk'ü geliştirirken kendimizi de sporun içinde bulduk. Aile ve iş hayatını kurduktan sonra tekrar aktif sporun içine girmek çok daha keyifli. Bu, başka bir olgunluk ve değer katıyor. Gençlik yıllarında spor yaparken hayata dair sorun-

larla sporun size kattığı ve kazandırdığı artıları tam anlamıyla algılayamıyordunuz. Belli bir yaşanmışlıktan sonra hayata bakış gibi, sporu algılayış da değişiyor, daha içi dolu bir yorumlama oluyor. Ekibimizin başarılı olmasında bu yaklaşımın büyük etkisi olduğunu düşünüyorum. Çünkü hepimiz geçmişte yapmak isteyip de yapamadığımız bir hayalin peşindeyken bir araya geldik. Şimdi bunları yapabilecek durumdayız. Çünkü gerçekleştirmek için çaba sarf ettik, fedakarlıklarda bulunduk.

Futbol sevdası hiç bitmemiş anlaşılan. Yıllar sonra bir küçük kıvılcımla yeniden harekete geçmiş.

Aynen, Denttürk o kıvılcım oldu işte. Denttürk hem güçlü bir arkadaşlık ortamı yarattı hem de gerçekten spor yapmak isteyen meslektaşlarımızı ve sağlık

çalışanlarını bir araya getiren platform oldu. Takımın kurulmasından sonra başarılı olmak için kendimize bir eylem planı hazırladık. Öncelikle, liglerde top koşturan aktif sporcuları da takıma entegre etmemiz ve takımı gençleştirmemiz gerekiyordu. Dişhekimliği fakülteleriyle irtibata geçerek genç yetenekler aradık. Bu tarama süreci iki yıl kadar sürdü. Hem disipline hem de motive olmak için yıllık program çıkarttık ve tüm çalışmalarımızı bu plana göre yürütmeye başladık. Örneğin son dört yıldır Denttürk Futbol Turnuvası adıyla düzenlediğimiz ve sağlık sektörü çalışanlarının katıldığı bir organizasyon var. Turnuvada konuk takım statüsünde sadece avukatlardan oluşan bir takım da mücadele ediyor.

Epey hummalı bir çalışma temposu...

Öyle olmak zorunda, şampiyonluklar başka türlü gelmez çünkü. Bu anlattıklarım aynı zamanda Medigames'e hazırlık sürecimizin de kısa bir özeti. Denttürk Futbol Turnuvası'nın yanı sıra liglerde yer alan amatör futbolcular ya da profesyonel sağlık sektörü futbolcuları da aralıklarla bizimle antrenmanlara çıkıyorlar. İki sene dir oynadığımız bir hazırlık ligi var. Hazırlık liginde diğer sektörlerden oluşan takımlarla maçlar yapıyoruz. Böylece bir yandan Medigames öncesi hazırlık maçlarını yapmış oluyor, diğer yandan takıma girecek yeni oyuncularını deniyoruz. Oyun anlayışının oturması, takım üyeleri arasında uyumun sağlanması gibi pek çok amaca da hizmet ediyor bu karşılaşmalar. Neticede Medigames aylara yayılan bir lig yarışı değil, bir hafta süren bir organizasyon. Yani çalışma temposu uzun ve rahat ama sonuç kısa sürede ve yoğun bir mücadele sonrasında geliyor. Fiziksel performans ve zihinsel manada buna hazır olmaları gerekiyor.

Bağımsız bir yapı olarak kurulduunuz. Kamusal destek almadınız mı hiç?

Denttürk üç yıl önce İstanbul Gençlik Spor'a bağlandı, iki yıldır da Amatör Spor Kulüpleri'ne üyeyiz. Bu sene Futbol Federasyonu ve Spordan Sorumlu Devlet Bakanlığı ile iletişime geçtik. Futbol Federasyonu bize kamp konusunda yardımcı oldu ve malzeme desteği verdi. Milli ta-

kım tesislerinde kamp yaptık. Saha desteği ciddi bir motivasyon yarattı.

Medigames önemli uluslararası organizasyonlardan biri. Sağlık çalışanlarının Euro 2008'i olarak bile adlandırılıyor. Ülkemizi temsil eden tek takımınız. Neler hissettiniz?

Medigames 29 senedir düzenlenen, birçok farklı kültürü buluşturan büyük bir sportif organizasyon. Yarışmalar ve konferanslar dizisinden oluşuyor. Türkiye'den giden tek takım bizdik ve ülkemizin en iyi şekilde temsil edilmesi gerektiğine inandık. Bize milli takım statüsü verilmese bile sonuçta yurtdışında yapılan bir organizasyonda ülkemizi temsil etme görevini üstlendik. Görevi başarıyla tamamladığımıza inanıyorum. Oyuncu ve taraftarlardan oluşan 46 kişilik bir ekip-tik. Ekipteki 29 futbolcu, 11'li ve 6'lı olmak üzere iki branşta mücadele etti.

Takımda kaç tane dişhekimi var?

Aktif oyuncularımızdan altısı dişhekimi, dördü dişhekimliği fakültesi öğrencileri.

Denttürk'ün gelecek projelerinden söz edelim. Bayrağı gençlere devredecek misiniz?

Eninde sonunda. Çünkü bizim de taşıyabileceğimiz yük sınırlı. Bu oyunlara hazırlanırken ana kategoriye geçtiğimizde üç sene gibi bir hedef koymuştum kendim için. Üçüncülük ve altıncılık derecelerinden sonra oyunlara katılımının üçüncü yılında şampiyonluğu göğüsledik. Biz bu işi ciddiye alan ve iyi hazırlanan ekiplere göre genç bir ekiptik. Bunun avantajını iyi kullandık. Önümüzdeki yıl da bu takımın finalleri oynayabileceğini düşünüyorum. Hatta oyunlara ev sahipliği bile yapabiliriz. Bunun için başvuruda da bulunduk. Ancak Medigames pek çok kurumun bir araya gelmesini gerektirecek denli büyük çaplı bir organizasyon. Yaklaşık 4500 kişi katılıyor, 28 branşta yarışmalar yapılıyor.



22 Kasım Dişhekimliği Günü etkinlikleri kapsamında düzenlenen futbol turnuvasıyla ilgili ilanımızı Dergi'nin sayfalarında bulabilirsiniz.





Şahin Filik

Aslen Gaziantep'li olan, 1972 doğumlu Şahin Filik, biraz uzatarak da olsa 1996 yılında Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. İş hayatı, evlilik derken futboldan uzak kaldı. 2004'te Denttürk'ü kurduğundan beri futboldan ayrı kaldığı günlerin acısını çıkartıyor. Üstelik büyük başarılarla imza atarak...

Daha fazla Türk takımının Medigames'e katılması için neler yapılabilir?

Öncelikle ülkemizde sağlık çalışanlarının katılabildiği sürekli bir organizasyonu hayata geçirmek gerek. Bugüne kadar yapılmamış ama bundan sonra neden olmasın ki? Spor tabanlı meslek odalarıyla bunu olgunlaştırabiliriz. Ayrıca biz bu kulvarda tek takım olmak istemiyoruz. Kendi içimizde tatlı bir rekabet ortamının yaratılması için önyak olmak istiyoruz. Bunun için İDO bünyesinde futbol turnuvası düzenliyoruz.

Sponsorluk desteği aldınız mı?

Hep kendi çabamızla yürüdük diyebiliriz. Görüşmelerimiz çok oldu. Hatta üç sene önce Anadolu Sağlık Merkezi'nden sadece öğrenci oyuncularımız için küçük çaplı bir sponsorluk aldık. Ama süreç bizi bir hayli yordu, bu yüzden de sponsorluğa şimdilik mesafeli duruyoruz. Gerçi Medigames'de mücadele eden takımların çoğunun önemli sponsorları vardı. Bunu her tur atlayışlarında sponsorlarıyla hatıra fotoğrafı çektirmelerinden anlıyoruz.

Mütevazı bir bütçeyle hareket ettiniz o zaman.

Aynen ama ciddi maliyetler söz konusu. Finansman yaratabilmek için futbol turnuvası düzenliyoruz. Hazırlık liginde az da olsa kaynak yaratabiliyoruz. Geri kalanını da aidat sistemiyle bir havuz oluşturarak karşılıyoruz. Öğrencilere yüklenemiyoruz. Çünkü hepimiz öğrenciliğin zorluklarına vakıfız. Ancak özellikle genç arkadaşlarımızın oyunlara katılmasını çok istiyoruz. Bu yıl 29 sporcudan 16'sının tüm masraflarını kulüp olarak karşıladık.

Siz kısıtlı olanaklarla şampiyon olurken, Pekin Olimpiyatları'nda başarısızlığınızı neye bağlıyorsunuz?

Devşirme sporcularla başarı bekledik. Demek ki bizim bir spor altyapımız ve spor kültürümüz yok. Aslında anlık planlardan çok, geleceğe yönelik planlar yapmak gerekiyor. Sporla ilgilenen herkesin bu çabaya ortak olması gerekiyor.

Spor yapmak isteyenlere iyi bir örnek teşkil ediyorsunuz. Genç meslektaşlarınıza neler önerirsiniz?

Sosyal olmalarını öneririm. Mesleğimiz gerçekten çok zor, fiziksel anlamda da manevi olarak da böyle. Dolayısıyla bu sektörde çalışan insanların hayattan kopmamaları, kendi sağlıklarını da ön planda tutmaları lazım. Zihnen ve fiziksel olarak ne kadar dinç olurlarsa mesleki hayatlarında hem o kadar uzun ömürlü hem de çok daha iyi performans gösterebilirler.

Biz bu kulvarda tek takım olmak istemiyoruz.

Kendi içimizde tatlı bir rekabet ortamının yaratılması için daha fazla takımın ortaya çıkması gerek. Bunun için İDO bünyesinde futbol turnuvası düzenliyoruz.

Medigames hazırlıkları iş zamanınızdan da epeyce çalmışa benziyor.

Evet, haftada dört gün antrenman yaptık. Diğer hazırlıklar derken bütün bunlar ciddi bir iş kaybı ve yorgunluk yaratıyor. Özellikle son iki yıldır çok disiplinli hareket ediyor, antrenman ve hazırlık maçlarından taviz vermeksizin çalışıyoruz. Meyvelerini bu yıl topladık. Bundan son-

raki süreçte Sağlık Meslek Odaları'nın da desteğiyle daha geniş çaplı organizasyonlar yapılmasını arzu ediyoruz. Spor kulübümüzün bu anlamda değerlendirilmesini ve faal olmasını istiyoruz.

Siz üniversite yıllarında profesyonel futbolcuydunuz. Futbol mu dişhekimliği mi ikileminde kalmadınız mı hiç?

Üniversiteye girdiğim yıllarda Beşiktaş Spor Kulübü'nde futbol oynuyordum. Üniversitede üçüncü sınıfa gelinceye kadar profesyonel futbol hayatıyla eğitim hayatı arasında çok bocaladım. O dönemde neden dört yıllık bir branşı tercih etmedim diye serzenişlerim olmuştu. Klinik dersleri başladıktan sonra bir tercih yapmak zorundaydım ve mesleğimi tercih ettim. Pişman olmadım. Ben de bazen acaba sadece sporla uğraşsaydım ne olurdu diye merak ediyorum. Benimle aynı devreden Sergen Yalçın var, şimdi spor yorumculuğu yapıyor. Çoğu sporcu arkadaşım antrenör oldu ama baba ocağına dönenler de yok değil. Şimdi baktığımda çok parlak bir gelecek görünmüyor. Yani doğru karar vermişim mesleğimi tercih ederek. Ayrıca futbol heyecanını Medigames sayesinde yeniden yaşıyorum.

Medigames'le nasıl tanıştınız?

İstanbul Dişhekimleri Odası'ndan bir grup arkadaş söz etti. Bir grup oluşturarak Medigames'e katılmak istemişler. Oyuncu arayışları sırasında adım günde-

me gelmiş. Böylece ilk Medigames deneyimimi 2000 yılında Fransa'nın Cannes şehrinde yaşadım. Biz çok veteran (emekli sporcu) bir takımdık. Üstelik ben çok geç katılmışım aralarına. Doğru düzgün antrenman bile yapamadık. Dolayısıyla başarılı olamadık, ancak organizasyonu tanımış olduk. 2004'te Denttürk'ü kurana dek bu grupla oyunlara katıldım.



Mesleğinizi yaşamınız haline dönüştürün!

Mesleğimi seviyorum demek dilde kalmamalı... Koşullar ne olursa olsun, hastalarımız bizim misafirlerimiz gibi olmalı. Çünkü biz sadece dişhekimi değiliz, aslında pek çok şeyin karışımı gibiyiz. Bizi biz yapan da ortaya çıkan bu sentez.

Mesleğimizde sabrın önemini daha üniversitedeyken gördük. Çoğumuz tam olarak bilincine varamadık, pek az meslektaşımız farkında olmadan sabretti, belki bir iki meslektaşımız farkında olarak mesleğini yaşam biçimi haline getirdi. Ve mutlulukla, emekli olmadan, sağlıklı elverdikçe hâlâ devam ettiriyor.

Mesleğimi seviyorum demek dilde kalmamalı.

Koşullar ne olursa olsun, hastalarımız bizim misafirlerimiz gibi olmalıdır. Sabah geldiğimde asistanıma şunu sorarım: “Bugün kaç misafirimiz var?” Muayenehanemi evim gibi kabul ederim.

Zaman zaman hepimizin bunaldığı, meslekten sıkıldığı anlar olabilir. İnsanla uğraşıyoruz. İnsanla uğraşmak yıpratıcıdır. Kendi çocuklarımızın, eşimizin, ailemizin nazını çekemiyoruz, ilk defa karşılaştığımız, ağrıyla veya diş yaptırma isteğiyle gelen hastaların nazını nasıl çekelim? Diye düşünebiliriz... Ancak bu mesleği biz seçmedik, meslek bizi seçti. Çünkü bizler bu işin altından kalkabilecek düzeyde yetenekli, sabırlı ve olgun insanlarız.

Uzun ve yorucu bir eğitimden sonra meslek hayatımıza atılıp daha da yorucu bir yaşam serüveni yaşıyoruz.

İşletme eğitimi görmeden muayenehane adlı çok kapsamlı bir işletmenin yöneticisi konumunda buluyoruz kendimizi. Bunlar öncelikle bizde şok yaratıyor. Kendimizi yetersiz hissediyor,

bu hisle de mesleğimizin gerektirdiği sorumlulukları bir yük gibi görüyoruz. Aslında böyle değil...

Hiçbir meslek erbabı bizim kadar şanslı değil. Bizler, öncelikle hekimiz. Sarrafız. Değerli alışimlarla çalışıyoruz. Bilimadamyız. Uzun teknolojisinde kullanılan malzemeleri kullanıyoruz. Yeni teknolojileri ilk biz tanıyor ve takip ediyoruz.

Psikolog olmak zorundayız. Hastalarımızın koçu olmak durumundayız.

Yöneticiyiz. Yanımızda çalışan veya çalışanlar var.

Lideriz. Takımımızı oluşturuyoruz.

Halkla ilişkiler uzmanıyız. Hastalarımız ve çevremizle iç içe her gün diyalog halindeyiz. Her türlü sosyal ortamda kartviziti istenen tek meslek grubuyuz.

Eğitmeniz. Her hastamıza sözlü, yazılı veya interaktif biçimde diş sağlığı eğitimi veriyoruz.

Yazarız. Çalışmalarımızı kağıda dökabilen, vaka arşivleri oluşturabilen, dosyalama ve raporlamayı bilen insanlarız.

Fotoğrafçıyız. Makro çekimlerde üstümüze yok. Hastalarımızın önce ve sonra fotoğraflarını boş kaldığımızda da doğayı ve insanları fotoğraflarız...

Öğrenciyiz. Bizler kadar öğrenmeye açık başka bir meslek grubu var mı?

Biz aslında bir meslek yapmıyoruz. Biz yaşıyoruz. Sadece, farkında değiliz.

Farkında olmaya ne dersiniz arkadaşlar?



KUM TORBASİ

“Tuzla Tersanesi’ndeki filika kazasında hayatını kaybeden Ramazan Ergün geride dört çocuk bıraktı: Sümeyye (11), Fatmanur (9), Muhammet Talha (5), Ahmet Enes (1)...”

Hava kararmak üzereyken evin tahta kapısına tak tak diye vuruldu. Tak tak sesi ölüm sessizliğinin sürdüğü evde büyük bir gürültüyle yankılandı. Sümeyye kapıyı açtı, kapının önünde duran kardeşine baktı, içi burkuldu. Babalarının ölüm haberini aldıklarından bu yana hiç ağlamamıştı. Hatta yüzünde belli belirsiz bir gülümseme bile vardı. O uğursuz günden beri sabah erkenden evden çıkıyor, hava kararmaya yüz tutmuşken dönüyordu. Ayakkabı ve cepleri kum dolu oluyordu. Hiç konuşmadan bir şeyler yiyip yatıyordu. Uyurken gülümsemesinin yerini alan derin acı Sümeyye’nin ağlamasına neden oluyordu.

Küçük çocuk ertesi sabah erkenden uyandı. Kendini yorgun hissediyordu, çok yorgundu. Bugün son gün diye düşündü. Ellerine baktı, tırnaklarının içi kum doluydu. Bugün her şey düzelecekti. Hasan Amca, “Tamam ulan, götürürüm, ağlama artık” demişti. Helal olsun Hasan Amca’ya. Gerçi çok ağlamış, çok yalvarmıştı ama sonunda kabul etmişti işte. Önce kabul etmemişti, “Olmaz, başıma dert olur” demişti, yine de dayanamamıştı ağlamalarına. “Tamam, götürürüm” demişti. Bugün her şey düzelecekti.

Yataktan kalkar kalkmaz evden dışarı fırladı. Koşa koşa Hasan Amca’nın evine vardı. Hasan Amca döküntü kamyonete binmiş onu bekliyordu. Nefes nefese oturdu koltuğa, kamyonet yola koyuldu. Hasan Amca göz ucuyla baktı küçük oğlana, yüzündeki gülümseme daha belirgindi bugün. Küçük çocuk, “Sayende bugün her şey düzelecek” dedi. “Kum torbası hazır, iyice doldurdum” diye ekledi. Hasan Amca’nın yüreği ürperdi. İyi mi etmişti el kadar çocuğun aklına uymakla? Dayanamamıştı

ağlamasına, yalvarmasına. Biraz oyalanır, sonra unuttur gari-ban diye düşünmüştü ama oğlan yamandı, unutmamıştı. Şimdi ne olacaktı? İş ciddiye binmiş, bu deli oğlan vazgeçmemişti. Kamyonet sonunda deniz kenarına geldi.

Oğlan kamyonetten atlayıp kumsalda koşmaya başladı. İleride kum yığınının orada durdu, içi içine sığmıyordu. Günlerdir bu çuvalı kumla dolduruyordu. Hasan Amca usulca yanına geldi, bir kum dolu çuvala bir oğlanın yüzüne baktı. Oğlanın gözleri ıslı ıslı. “Bu iş olmaz, vazgeçelim” dedi. Oğlanın gözleri söndü, yanaklarından göz yaşları süzüldü. Öyle de sessiz ağlardı ki, değil Hasan Amca kimse dayanamazdı. “Ölümü gör Hasan Amca, ne olur götür” diye yalvarmaya başladı. “Tamam, tamam” dedi Hasan Amca ve kum dolu çuvalı kamyonete yükledi. Tuzla’ya doğru yola koyuldular. Tersaneye gelene dek tek kelime etmediler. Oğlanın yüzünde gülümseme, adamın midesinde koca bir yumruk vardı. Tersane kapısında görevli durdurdu. Hasan Amca tek kelime edemedi, oğlan “İşte kum torbası, alın, bana babamı verin” dedi. Görevli Hasan Amca’ya döndü, “El kadar çocuğun aklıyla mı iş yapıyorsun? Hadi torbayı da, çocuğu da al git. Başını derde sokma” dedi. Küçük oğlan şaşkındı. Ağlayamadı. Babasını geri alamayacağını anlamıştı. Ölüm buydu.

Tersane ondan babasını sonsuza dek almıştı.

Küçük omuzlarında babasızlığın, adaletsizliğin, tek başınalığın ağır yüküyle kamyonete bindi. Yol boyunca konuşmadı. Arabadan inerken, “Hasan Amca, sağolasın” dedi.

Evin kapısını tak tak çaldı. Kapı açıldı. Sessizliğe girdi. Yüzünde derin bir acıyla anasının yanına oturdu.



100.YILA ARMAĞAN

*Editörler: Arın Namal
Öztan Öncel
Ayşegül D. Erdemir
Nobel Tıp kitapçevleri*

“Ülkemizin İlk Dişhekimliği Okulu İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi 100. Yıl Armağan” adlı kitap, Nobel Tıp Kitapevi tarafından basıldı. Türkiye’de ilk Dişhekimliği Okulu’nun kuruluşunun 100. yılı anısına basılan kitapta ayrıca 1. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi ve 10. Ulusal Türk Tıp Tarihi Kongresi’nde yer alan, Türkiye’de ilk Dişhekimliği Okulu’nun Kuruluşu’nun 100. yıl sekiyonunun bildirileri de bulunuyor.

Prof. Dr. Öztan Öncel, Doç. Dr. Arın Namal ve Prof. Dr. Ayşegül Demiran Erdemir’in editörlüğünü yaptığı bu kitapta, Türkiye’de ilk Dişhekimliği Okulu’nun faaliyet gösterdiği binalar olan “Kadırga’dan Çapa’ya”, dişhekimliği mesleğinin kurucuları ve gelişimine katkıda bulunan bilim insanlarının biyografilerine yer verilmekte. Kitapta, Türkiye’de dişhekimliği tarihini konu alan araştırmaların yanında, bazı Oda ve fakültelerin de gelişimi aktarılmakta. Türkiye’de dişhekimliğinin kurucusu Halid Şazi Kösemihal’i ve ülkemizdeki dişhekimliğinin 1909-1933 yılları arasındaki gelişim sürecini anlatan kitap, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Okulu’nda çalışan yabancı hocalara, okulun ilk kadın asistanları, ilk kadın dişhekimlerimizden Ayşe Şadiye Yusuf (Güvendiren) ile İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi’nin ilk kadın öğretim üyesi Prof. Dr. Necla Timoçin, fakültenin ilk kadın dekanı Prof. Dr. Altan Gülhan Özerkan’a geniş yer vermekte. “Fakülte ve Meslek Tarihimiz (Prof. Dr. Nuri Mugan)”, “Türk Dişhekimliği Tarihi (Prof. Dr. Ahmet Efeoglu)”, “Ortaçağ’da Anadolu’da Periodontoloji” (Prof. Dr. İlter Uzel) gibi pek çok kıymetli bilim insanımızın “100. Yıla Armağan” makalelerini de bulacağınız bu kitapta Türk Dişhekimliği’nin 100 yıllık serüvenini okuyacaksınız.



EYLÜL VE DİŞ DOSTLARI

*Yazan : Ahmet Özdikmenli
Resimleyen: İbrahim Bilgen*



EYLÜL’ÜN PIRIL PIRIL DİŞLERİ

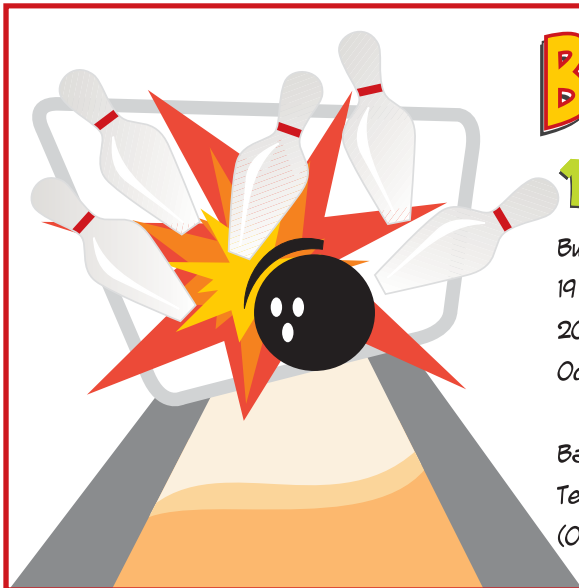
*Yazan : Ahmet Özdikmenli
Resimleyen: İbrahim Bilgen*

Çocuklar için ağız ve diş sağlığı öyküleri

Uzun yıllar kamu kuruluşlarında ve serbest dişhekimisi olarak çalışan Uzun yıllar kamu kuruluşlarında ve serbest dişhekimisi olarak çalışan Ahmet Özdikmenli 2004 yılında yayımlandığı “Damla’nın Düşü” ve “Eylül ve Diş Dostları” adlı öykü kitaplarını çocuklar için yazmış. Çocuklara okullarda ve kreşlerde ağız ve diş sağlığı bilgileri verdiği zamanların, mesleğini yaparken en mutlu olduğu anları olduğunu söyleyen Dikmenli, çocukların ağız ve diş bakımı için yapması gerekenleri keyifli bir okuma haline getirmiş. Ayrıca, meslektaşımızın hazırladığı “Eylül’ün pırlıl pırlıl dişleri” adlı boyama kitabı da çocuklar için hem oyun hem de ağız ve diş sağlığı eğitimi kılavuzu niteliği taşıyor.

Üç Korner Bir Penaltı

Meslektaşımız Ahmet Özdikmenli’nin 2008 yılında yayınlanan bir diğer öykü kitabı da “Üç Korner Bir Penaltı”. Öyküyü 1967 yılı ilkbaharında arkadaşlarıyla yaptığı bir mahalle maçından esinlenerek yazan meslektaşımız, öyküsünde mahalle ve okul arkadaşlarının gerçek adlarını ve o günlerde çekilen fotoğraflarını kullanmış. Meslektaşımız geçmişe duyduğu özlemle yazdığını söylediği öyküsünde, çocukları için oyunun ve spor yapmanın ne kadar önemli olduğunu hatırlatıyor.



Bowling turnuvası

19 Kasım 2008 Çarşamba

Bu yıl 22 Kasım kutlamaları çerçevesinde yapılacak Bowling Turnuvası 19 Kasım 2008, çarşamba akşam düzenlenecektir. Turnuvaya katılmak isteyen 2003-2008 yıl mezunu genç meslektaşlarımızın 1 Kasım 2008 tarihine kadar Odamıza başvurmasını rica ederiz.

*Başvuru için: Sibel Miralay
Tel: 0.212 296 21 05/06
(09.00-13.00 saatleri arasında)*



Bunamaya karşı kolesterol ilacı

Statinler olarak bilinen ve kandaki kolesterol düzeyini azaltmak için kullanılan ilaçlar son 10 yıldır, kolesterol ve kalp hastalıklarıyla mücadelede en önemli ilaçlar arasında bulunuyor.

ABD’de yaklaşık 1700 kişi üzerinde yapılan bir araştırmaya göre “mucize ilaçlar” olarak adlandırılan statinler yüksek kolesterol, şeker, obezite ve yüksek tansiyon gibi rahatsızlıkların ardından ortaya çıkabilen erken bunama riskini azaltabiliyor.

Statinler, beyindeki “protein kalıntıları” ve “sorunlu sinir uçları”nın sayısını azaltarak bunamaya yol açan şartları en aza indiriyor. 60 yaşın üzerindeki her üç kişiden birinde bunama görüldüğünü belirten uzmanlar, statinlerin henüz kesin bir tedavisi bulunamayan bu hastalıklar için umut olabileceğini söylüyorlar.



İlacın karaciğer ve kaslar üzerinde yan etkileri var. Bazı hastalar depresyon yaattığından şikayetçi ama doktorlar bu yönde bir kanıt olmadığını söylüyorlar.

Kaynak: AA

Performansa bağlı ücretlendirmede çarpıcı sonuç!

5350 doktor ve 4 milyon hasta üzerindeki araştırma, performansa dayalı ücretlendirmenin sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmadığını ortaya koydu!

ABD'nin Massachusetts eyaletinde yapılan geniş ölçekli bir çalışmanın sonuçları birinci basamakta hizmet veren doktorlara yapılan performansa dayalı ödemenin hastaların bakım kalitesini arttırmadığını ortaya koydu.

Performansa dayalı ödemenin hasta bakımı kalitesini arttıracığı iddiasını destekleyen yeterince çalışmanın olmadığını fark eden araştırmacılar (Steven D. Pearson, Eric C. Schneider, Ken P. Kleinman, Kathryn L. Coltin, Janice A. Singer) 2001-2003 yılları arasındaki dönemde birinci basamak sağlık hizmeti veren 5350 doktoru ve yaklaşık 4 milyon hastayı kapsayan bir çalışma planladılar. Doktorlar arasında dahiliyeciler, aile

doktorları, çocuk hastalıkları uzmanları ve bazı hastalara birinci basamak sağlık hizmeti veren uzmanlar da vardı. Hizmette kalite artışı olup olmadığı Ulusal Kalite Güvencesi Komitesi'nin belirlediği 13 performans standardı kullanılarak değerlendirildi.

Health Affairs dergisinde (2008;27:1167-76) yayınlanan çalışmanın sonuçları anılan yıllar içinde performansa dayalı ücret alan doktorlarla maaşlı doktorların verdiği hizmetler arasında kalite bakımından farklılık bulunmadığını ortaya koydu. Uzmanlar ülkemizde henüz böyle bir çalışmanın yapılmadığını da ifade ettiler.

Kaynak: Sağlık Sesi

Dişhekimliğinde anamneze dikkat!

27 ilde bine yakın dişhekimi üzerinde yapılan araştırma, dişhekimlerinin anamnezde daha dikkatli olmaları gereken yönleri ortaya çıkardı.

TDB’nin Yüzyıl Kongresi’nde düzenlenen “İlaç Kullanımı” konulu panelde konuşan Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Farmakoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Şükran Atamer Şimşek, dişhekimlerinin hastaları hakkında yeterli anamnez almadığını ifade etti. Prof. Dr. Şimşek “27 ilde bine yakın dişhekimine ulaştım. Bunlara dayanarak şunu söyleyebilirim ki dişhekimlerinin çoğunun yazdığı reçeteler okunmuyor ve büyük kısmı da ilaç ve enzimlerle etkileşimleri bilmiyor” dedi.

Zaten ilaç indekslerinde yazılan ilaçların bir kısmının Türkiye’de satılmadığını ama reçetelere yazıldığını belirten Prof. Dr. Şimşek, “Dişhekimi, anamnez konusunda sadece, ‘Diyabetin var mı?’ vb gibisinden beş soru soruyor. Halbuki geniş bir anamnez alınması tedavi-deki başarıyı da etkiler. Aslında dişhekimliğinde de, uzman hekimlikte de yazılan ilaçları toplasanız 40 taneyi geçmez. Bu 40 tane ilacın adının, özelliklerinin, etkileşimlerinin bilinmesi gerekir” dedi. Prof. Dr. Şimşek, hastaya yazılan ilacın tadının, kokusunun, görünümlünün, tablet mi kapsül mü olduğunun bilinmesi gerektiğini ifade etti. Dünya Sağlık Örgütü’nün, hekimin hastasını verdiği ilaç, yazdığı reçete konusunda bilgilendirmesi gerektiğini bildirdiğini söyleyen Şimşek, ülkemizdeki 18 dişhekimliği fakültesinden ancak sadece iki tanesinde farmakoloji bölümü bulunduğunu belirtti.

Kaynak: Sağlık Sesi



İstanbul'un göz kırpan sadık bekçileri:

Deniz fenerleri

Önceleri bekçiler ışık tutmuş gemilere boğazın iki yakasından. Sonra işi korsanlığa dökenler çıkınca üzerinde ateş yanan kuleler devreye girmiş. Mum derken yağ kandilleri, ardından gazyağı fenerlerin aydınlatmalarına vesile olmuş. Günümüzde fenerler Edison'un icadı elektrikle gemilere kılavuzluk ediyorlar.

İstanbul'un çevresindeki denizlerde geceleri gemilere yön vermeye yarayan bu ışıklı kulelerin Bizans devrinde beri varlığı biliniyor. Bizans'ın kıyı köylerinde yaşayan bekçilerin bazılarının geceleri yanlış ışık vererek gemilerin karaya oturmasını sağladıktan sonra soygun yaptıkları da bilinen bir gerçek. Bizans bu suçu işleyenleri kazığa oturarak cezalandırmış ve bu korsanlığı böylece önlemeye çalışmış. İstanbul'a gelen gezginlerin seyahatnamelerinde yazdıklarına göre, XVI. yüzyılda kentin hem Marmara Denizi'ne bakan güneydeki dış kesimlerinde hem de Karadeniz'den Boğaz'a giriş noktalarında, üzerlerinde ateş yanan yüksek kuleler bulunuyordu. Önceleri ışık için mum kullanılan fenerler ve yağ kandilleri daha sonra da gazyağıyla çalıştırılmış, hatta bir ara asetilen bile kullanılmış. Günümüzde ise fenerler elektrikle aydınlanıyor.

İstanbul Boğazı'nda 1800'lü yıllardan sonra çoğalan gemi geçişlerinde kaza olasılığının artması üzerine irili, ufaklı deniz fenerleri inşa edilmeye başlanmış. Boğaz'daki fener sayısı 37. Bunların büyük kısmı da çakaralmaz şeklinde, bir bölümü mendirek uçlarındaki fenerler, bir bölümü de tarihi kule fenerleri.

Yeşilköy'ün de simgesi Yeşilköy Feneri

Yeşilköy'de bulunan ve eski adı Ayastefanos Feneri olan bu fener, Marmara Denizi'nden İstanbul Boğazı'na girişi yapacak gemilere yol göstererek emniyeti sağlamak üzere Abdülmecid tarafından yaptırılmış. Padişah tarafından görevlendirilen Fransız mühendislerin 1856'da taş bir kule olarak inşa ettiği fener, 1945, 1971 ve 1988'de önemli onarım geçirmiştir.

Marmara Denizi'nden İstanbul'a girecek gemilere yol gösteren bu çakar fener 15 deniz mili mesafeden görülebilir. 10 saniyede bir iki gruplu ışık yayan fener sisli havalarda da 30 saniyede bir sis düdüğü çalar.

Anadolu Feneri (Beykoz)

İstanbul Boğazı'nın Anadolu yakasında, Boğaz'ın Karadeniz'e açılan kuzey ucundaki Yon (Hrom) burnu üzerindeki küçük bir tepecikte yer alan Anadolu Feneri, 1855'deki Kırım Savaşı sırasında gemilerin rahatça Karadeniz'e girip çıkabilmesi için karşısındaki Rumeli Feneri ile birlikte inşa edilmiştir. İki fener arasındaki uzaklık 2 deniz mili.

Osmanlı devrinde ahşap olan fenerden ilk defa 1755'de İstanbul'a gelen Macar asıllı Fransız Mühendisi Baron de Tott bahsetmiş. 1790'da ise İngiliz Doktor Olivier Boğaz'ın bu iki yakasındaki fenerleri an-

latıyor hatıralarında. 1666 ve 1793 tarihli iki ayrı İtalyan haritasında da Boğaz'ın iki yakasında yer alan fenerler açık bir şekilde gösterilmiş. 1814'de Karadeniz yoluyla İstanbul'a gelen Polonyalı Kont Edward Raczyński anılarında "Kaptanımız 9 Ağustos günü sabaha karşı Boğaz'ın iki yakasında yanan fenerleri görmüştü" diye yazıyor.

Kule kısmını Fransızların inşa ettiği fener 100 yıllık bir imtiyazla 15 Mayıs 1856'da hizmete sokulmuş. Fransa İmparatoriçesi Eugene'yi İstanbul'a getiren geminin kaptanı Marius Michel ve saatçi Bernard Camille Pollas'a, Fenerler İdaresi tarafından hâsılâtın %28'ini devlete bırakmaları koşuluyla fenerin işletme hakkı verilmiş. 1937'de Fransızlara 500.000 TL tazminat verilerek imtiyazları iptal edilmiş ve işletme Cumhuriyet idaresine geçmiş.

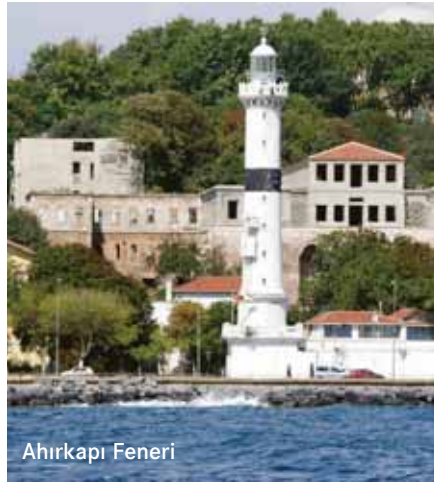
Ahırkapı Feneri (Eminönü)

İstanbul'da Osmanlı döneminde yapılan ilk fener olup, Boğaz girişinde meydana gelen önemli bir deniz kazasının ardından inşa ediliyor.

1755'de Mısır'a ticari eşya götüren Hacı Kaptan idaresindeki bir kalyon, gece önünü göremediğinden Kumkapı'da karaya oturmuş. Sultan III. Osman bu olayı haber alınca Sadrazamı Said Paşa'yı olayı araş-



Anadolu Feneri



Ahırkapı Feneri



Şile Feneri

tırması, gemi ve gemicilerin kurtarılması için görevlendirmiş. Bu sırada kurtarılan gemicilerden birinin “Eğer buradaki surda bir fener yapılıp, her gece kandiller yansarsa böylece uzağa giden gemiler ışığı görüp yollarını bulur, kazaya da uğramazlar” demesi üzerine Sultan III. Osman, Kaptan-ı Derya Süleyman Paşa’ya Marmara surlarının Otluk Kapısı Mevkiindeki burcun üzerinde bir fener yapılması emri vermiş.

İlk yapıldığında ahşap olan fenerin bakımı ve işletmesini Bostancı Ocağı karşılıyordu. Kandillerinde yakılacak yağ ise Topkapı Sarayı’ndan gönderiliyordu. Bu fener bölgede çıkan yangınlarda birkaç defa yanmış, 1857’de Sultan Abdülmecit tarafından yeniden, taştan yaptırılmıştır.

Fenerbahçe Feneri (Kadıköy)

İstanbul Kadıköy ilçesinde, semte adını veren Fenerbahçe Burnu’ndaki bu fenerin tarihi Bizans dönemine kadar iner. Burada tanrıça Hera’ya atanmış bir tapınak olup, Hera ve İreas diye adlandırılan kayalıklara yakın bir yerde olduğu rivayet edilmiştir. Bu kayalıkların üzerine bir ateş kulesi yapılmış. Osmanlı dönemi kaynaklarında bunun “Bağçe-i fener” adıyla 1570 senelerinde kullanıldığı yazılıdır. Bugün Fenerbahçe Burnu dediğimiz o zamanki (Kalemiç) Burnu’nda çalışan bir fener olmadığı ve ilk defa Kanuni Sultan Süleyman zamanında inşa edildiği anlaşıyor. Kömürciyan 1661’de yazdığı “İstanbul Tarihi” isimli kitabında buradan, “...denizin içine atılmış metin bir temel üzerinde yekpare bir heykel gi-

bi yükselen kulenin tepesinde yanan ve gemileri kayalara çarpmaktan korumak için her gece sabaha kadar bir yıldız gibi parlayan” diye bahseder.

XVII. yüzyıl vakanüvistlerinden Râşid 1720-1721’deki tarihinde bu feneri yeni yapılacak fenerlere örnek olarak gösterir. Hüseyin Ayvansarayî de Hadîkatü’l-Cevâmî isimli eserinde “Fenerbahçesinde bir mahsus kule vardır ki sefinelerin gecelerde mürûr ve ubûrları için bâlâsından kebir kandil yanar” diye buradan bahseder. XVIII. yüzyıla ait tarihlerde ise, sadrazam ve devlet ricalinden kişiler sürgüne gönderildiklerinde kısa bir süre burada tutulduklarını yazar. 1707’de III. Ahmed’in kubbe veziri olan Seyyid Firârî Hasan Paşa Fenerbahçe Feneri’nin fenerci odasında, fenere çıkan kapının dibinde boğdurulmuş ve başı kesilerek vücudu buradan denize atılmıştır.

Bugünkü Fener binası 1837’de II. Mahmut zamanında yenilenmiş ve daha sonra da zaman zaman tamir edilmiştir.

Rumeli Feneri (Sarıyer)

İstanbul Boğazı’nın Rumeli yakasında, Boğaz’ın Karadeniz’e açıldığı kuzey ucundadır. Çeşitli efsanelerde adı geçen bu fenerin önündeki kayalıklarla ilgili en eski mitolojik öykü Argonotlar’a dayanır. Mitolojiye göre, altın postu bulmak için Karadeniz’e doğru kürekli gemilerle yola çıkan Argonotlar buraya da uğramışlardır. O çağda kıydan 100 m. kadar açıkta yer alan, çarpışan kayalıklar diye bilinen Simplegat kayaları aralarından geçen gemileri birbirlerine çarparak yutarlarmış. Argonotlar bu kayalıklardan geçmek için

yanlarında getirdikleri kuşları kayalara yaklaşıncaya serbest bırakmışlar, kuşların hareketinde çarpışan kayalıklar bir daha açılarak birbirlerine vurmak üzereyken Argonotlar gemilerini bu kısa andan yararlanarak geçirmişler. Yine mitolojiye göre onlara bu fikri bugünkü Garipçe’de oturan ve lanetlenmiş Kral Phineas, kendisini Harpilere karşı savundukları için vermiştir.

Osmanlı deniz haritalarının en eskilerinden biri olan 1567 tarihli Ali Macar Reis haritasında bu fenerin yeri işaretlidir. Rumeli Fenerinden ilk bahsedenlerden biri olan P. Gyllius’un tanımlaması ise şöyle: “Faros ucunda her gece denizciler için ışık yayan bir feneri taşıyan sekizgen bir kulenin adıdır. Bu kule her yönde camlı pencerelerle kaplıdır ve bunlar alçıyla değil kurşunla birleştirilmişlerdir, bu da bunun Türklerin değil de Hristiyanların eseri olduğunu gösterir. Paneion Burnu’nun tepesinden her yöne doğru enine boyuna Karadeniz gözüktür.”

Şile Feneri

İstanbul’un Şile ilçesinde bulunan ve İstanbul Boğazı ile Karadeniz’e hizmet veren deniz feneridir. Türkiye’nin en büyük, dünyanın da ikinci büyük feneri Karadeniz’deki kıyı emniyetini sağlayan iki fenerden biri olan Şile Feneri, diğer büyük fenerler gibi, Osmanlı İmparatorluğu zamanında verilen imtiyazlar sonucunda, Fransız Fenerler İdaresi’nce 1859 yılında yaptırılmış. Fener, 1968 yılında elektrikle çalışmaya başlamıştır. Bugün müzeye çevrilen Şile Feneri’nin 150 yıllık bir geçmişi vardır.

ARAMIZA HOŞ GELDİNİZ

**İstanbul Dişhekimleri
Odası'na Temmuz-
Ağustos aylarında üye
olan meslektaşlarımıza
"Aramıza
hoş geldiniz" diyoruz.**

Zeynep Lale Akatay
Nazlı Zeynep Aktaş
Zeynep Ambar
Ayşegül Aydın
Selda Bayram
Murat Bektaş
Yavuz Selim Bilgiç
İlida Sinem Birdal
Tuğba Candemir
Kenan Çavdar
Hüseyin Gökhan Çelen
Merve Arıman Demir
Emrullah Duryılmaz
Çağla Pınar Eren
Pınar Gence
Mümin Güneş
Gözde Gürses
Tonguç Kavasoglu
Orkun Kavukcu
Derya Kaymak Şahan
Argir Liaje
Osman Nursal
Tuğba Özeran
Emine Suna Özfıdan
Çağatay Özyıldırım
Can Par
Asif Sakarya
Tolga Sandıkcı
Burcu Saydam
Adlen Sönmez
Senem Sucu
Tuğçe Sümer
Ayşe Özlem Süslen
Nazlı Tirelioğlu
Ali Tuna
Zeynep Turşucu
Murat Urgur
Mehmet Ünal
Nihat Yavuz
Sertan Yılmaz

Vefat

- Meslektaşlarımız Ergun ve Ümit Karabacak'ın babaları Ferahim Karabacak 7 Ağustos 2008 tarihinde,
 - Meslektaşımız Nalan Dilaver Alacalıoğlu'nun kardeşi Hakan Alacalıoğlu 12 Ağustos 2008 tarihinde,
 - Meslektaşımız Hülya Özoğlu'nun annesi Müjgan Özoğlu 09 Eylül 2008 tarihinde vefat etmiştir.
- Meslektaşlarımızın acılarını paylaşır, başsağlığı dileriz.**

Mutluluklar dileriz

- Çevre ve Afet Komisyonu üyemiz Çağlar Gürbüz ile meslektaşımız Tuğba Alaybeyoğlu 6 Ağustos 2008 tarihinde evlendi.
- Kendilerini kutlar, mutluluklar dileriz.**

Hoş geldin bebek

- İDO Saymanı Ali Yüksel Çalışkan ile İlçe Temsilcileri Komisyonu üyesi Gül Öz Çalışkan'ın 19 Eylül 2008 tarihinde "Ali Can" adını koydukları oğulları oldu.
 - Meslektaşlarımız N. Sinem Öztaş ve Evren Öztaş'ın 8 Temmuz 2008 tarihinde adını "Sinan" adını koydukları bir oğulları oldu.
 - Ümraniye İlçe Temsilcimiz Nilgün Gürer Kahraman ve eşi Dr. Turgay Kahraman'ın 20 Ağustos 2008 tarihinde, adını "Can" adını koydukları bir oğulları oldu.
 - Meslektaşımız M. Bülent Torun ve Özlem Tarcan Torun'un 9 Eylül 2008 tarihinde "Ahmet Efe" adını koydukları bir oğulları oldu.
- Meslektaşlarımızı kutlar, küçük Alican, Sinan, Can, Ahmet Efe'ye uzun ve sağlıklı bir ömür dileriz.**

Dişhekimi aranıyor

- Sarıgazi'de bulunan tıp merkezine dişhekimi aranıyor
Tel: 0 216 621 43 63/64
Faks: 0 216 621 43 66

Satılık muayenehane cihazları

- Tayin nedeniyle satılık çok temiz muayenehane cihazları
GSM: 0 536 779 04 04

Kiralık muayenehane

- Dersane Sok. No:10, D.4 Harbiye adresindeki işyeri muayenehaneye kiralıktır.
Tel: 0 216 414 51 00
GSM: 0 552 335 64 61
- Ergenekon Cad. Pangaltı, Şişli'de aletleriyle birlikte muayenehane kiralıktır.
Tel: 0 212 233 71 73
GSM: 0 535 712 71 69
- Yer değişikliği nedeniyle aletleriyle birlikte kiralık muayenehane
Tel: 0 212 570 45 99
GSM: 0 532 523 46 26

Devren kiralık

- Devren kiralık ağız ve diş sağlığı polikliniği
Tel: 0 212 222 93 93
GSM: 0 533 336 13 32
0 532 263 60 28
e-mail: ferzank@superonline.com

Devren muayenehane

- Üsküdar'da bulunan muayenehane, aletleriyle beraber kiralık veya satılıktır.
GSM: 0 533 245 57 03

Kiralık müşterek muayenehane

- Bağdat Cad., Şaşkınbakkal'da genel cerrahi ve kulak, burun, boğaz hizmetlerinden oluşan müşterek muayenehanemizi dişhekimiyle paylaşmak istiyoruz.
GSM: 0 532 317 89 43
e-mail: uyasar@taniteestetik.com

Satılık

- Satılık komple muayenehane cihaz ve gereçler
GSM: 0 555 466 58 26



Balıkesir Dişhekimleri Odası Bilimsel Etkinliği

18-19 Ekim 2008
Ayvalık Haliç Park Otel

Kayıt Başvuru için: Balıkesir Dişhekimleri Odası
Tel: 0 266 243 34 29



Ege Bölgesi Dişhekimleri Odaları 10. Uluslararası Bilimsel Kongre ve Sergisi

28-30 Kasım 2008
E. Ü. Atatürk Kültür Merkezi-İzmir

Ayrıntılı bilgi için: www.dishek.org



68 Kuşağı Buluşuyor

İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'ne 1964 yılında giren ve bu yıl mesleğinde 40. yılını kutlayacak olan meslektaşlarımızın dişhekimi Kazmir Pamir'e başvurmalarını rica ederiz.

Tel: 0 212 243 20 27
e-mail: kazmirpamir@gmail.com



Bursa Dişhekimleri Odası 18. Uludağ Sempozyumu

16-18 Ocak 2009
Kartanesi Otel
Uludağ-Bursa

Ayrıntılı bilgi için:
www.bursadishekimleriodasi.org



1983 İÜDF Mezunları buluşuyoruz

Bu yıl mesleğimizin 25. yılını çeşitli etkinliklerle kutlamayı planlıyoruz. Lütfen bizi arayın.

Dişhekimi Ümit Güneysu
Tel: 0212 281 24 29/268 19 61
GSM: 0 532 264 54 42

Dişhekimi Berna Aytaç
Tel: 0 212 281 82 12
GSM: 0.542 533 06 53

KALEM KÄMİL

İisler1@yahoo.com

UAAAYH...TATİL DÖNÜŞÜDE
CANIM HİÇ ÇALIŞMAK İSTEMİYOR
BİRAZ DAHAMI UYUKLASAM
ACABA?



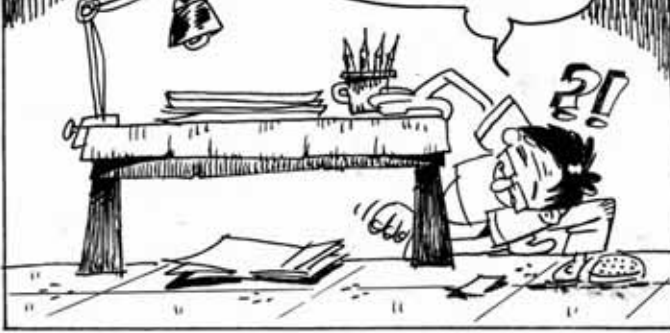
O HA!... AĞUSTOSUN 15'Sİ
VE SİZGİ DAHA ORTADA
YOK... HALBUKİ ÇAĞLA
AYIN 18'DE İSTİYOR...



KÄMİL'DE BENİ UYARMA
DI... AAA... NEREDE
BU KALEM?... KUTUSUN-
DADA DEĞİL...



NEREYE GİTTİ ACABA?... AŞAĞIMI DÜŞTÜ...
BU... BU GAZETELERDE NEYİN
NEST....



NE ÖRGÜTÜ!... NE LİDERİ!...
NEDEMEK ŞİMDİ BU!...



DEMEK Kİ KÄMİL'İN
TARİH BİLGİSİ, SEVGİSİ...
NİN NEDENİ
BÜYÜŞ...



NE DİYORUM BEN YAHU...
KAFAM KARIŞTI., SACMALAMAYA
BAŞLADIM...



AMAANN.. BOŞVER YAHU BANANE
BUNLARDAN... ZATEN DAHA KENDİME
GELEMEDİM... BİRAZ DAHA UYUYAYIM...
SONRA UYANIRIM...



★ SEVGİLİ TURGAY AKGÜN... ASSOS'DA AKROPOLE SIKARKEN, BASTONUNU YEME PAHASINA FOTOĞRAFLA-
DİĞİN YAŞLI SATICI AMCA'I, BİRDHAĞKI SAYIYA UYURKEN ÇİZİCEM... TABİ KALEM KÄMİL GERİ DÖNERSE...
Hoşçakalın 16.08.08.
725.