



Meslek Sorunları Sempozyumu yapıldı



Yüzyıl Kongresi sona erdi



Seramik ve fiberlerle güçlendirilmiş mil sistemleri



Kırım-Kongo Kanamalı

## *Muayenehanelerimiz yaşam hakkı...*





Mustafa  
Düğencioğlu

## Mücadeleye devam

Değerli Meslektaşlarım,

Türkiye, Cumhuriyet tarihinin en zorlu dönemlerinden birini geçiyor. Cumhuriyetin ve demokrasinin temel kurumlarının yıpratıldığı, toplumsal kutuplaşmanın arttığı, tehlikeli bir süreç yaşanıyor.

Küresel ekonomik krizin etkilerinin her geçen gün daha fazla hissedildiği, sosyal güvenlik sisteminin neredeyse yok edildiği, temel hak ve özgürlüklerin önündeki sorunların hâlâ çözümlenmediği bir ortamda geniş halk kesimleri, yapay bir tercihe zorlanmaktadır.

Varlığı demokrasinin varlığına bağlı olan bir meslek örgütü olarak, şeriat ve darbe arasında bir tercih yapmayı reddediyoruz.

Çözüm, laik, demokratik ve sosyal hukuk devleti anlayışının hayata geçirilmesidir.

Hukukun üstünlüğü, kanun önünde eşitlik ve yargının bağımsızlığı bu çözüm sürecinin en temel unsurudur.

Dişhekimliği de birçok sorunu yaşamağa devam ediyor. Fakülte kontenjanlarının artırılmasını, yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasını, tekelleşmeye neden olacak sağlık politikalarını ve dayatmacı “Tam Gün” Yasası’nı reddediyoruz.

Muayenehaneler bu ülkenin kaynaklarıdır. Muayenehanelerimizin korunması için, halkımızın ağız ve diş sağlığı hakkına kolayca ulaşabilmesi için, dişhekimlerinin işçileşmesini önlemek için mücadeleye devam.

Dişhekimliğinin 100. yılı kutlanmaya devam ediyor. Bugüne kadar yapılan birçok etkinliğin yanı sıra Yüzyıl Kongresi sona erdi. Birçok güzelliği bir arada yaşadığımız bu görkemli kongreye emeği geçen herkese ve katılan meslektaşlarımıza teşekkürler; 2009’da yeniden İstanbul’da buluşmak dileğiyle.

Değerli Meslektaşlarım,

İnsan sağlığını koruyan kişiler olarak insan sevgimiz, hoşgörümüz ve mücadelecî yönümüz çok fazladır. Bu nedenle içimizdeki güzel duygular ve geleceğe dair umutlarımız hiçbir zaman kaybolmayacaktır.

Yaz tatilinizin iyi geçmesini diliyorum.

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

Istanbul - Temmuz 2008

## Yayın Kurulu

Gülsüm Ak  
L. Yakut Alkaner  
Sevil Arslan  
Pınar Ezerler İzler  
Nesrin Koçer Ülker  
Müge Özarı  
Süha Sertabiboğlu  
Füsün 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 Oflas

## 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

## Editorial 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

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



Tarık Tuncay

ido@ido.org.tr

# Sıcak gündeme doğru

Değerli Meslektaşlarım,

Temmuz, Ağustos aylarının gelmesiyle birlikte artan sıcaklar bu yaz ülkemiz gündeminde de yoğun bir biçimde hissedilmeye başlandı.

Ülkemiz gibi, mesleğimiz açısından da sıcak günler geçireceğimiz bir döneme giriyoruz. Kamunun muayenehanelerden hizmet satın alması için oluşturulan eylem planı, 30 Haziran - 2 Temmuz 2008 tarihlerinde yapılan ve 33 Oda Başkanının katıldığı TDB Başkanlar Konseyi toplantısında görüşüldü ve uygulanmasına karar verildi. Eylemlilik süreci, topluma, siyasi parti yöneticilerine, çeşitli sivil toplum örgütleri, meslek örgütleri ve sendikalara yönelik bilgilendirme kampanyalarıyla başlayacak. Yine bu süreçte, randevu alınarak bakanlardan Cumhurbaşkanına kadar ilgili ve yetkili tüm kişi ve kurumlara konu bütün ayrıntılarıyla anlatılacak. Tatmin edici bir gelişme sağlanamadığı takdirde, sizlere de duyuracağımız gibi, dişhekimleri olarak hep birlikte demokratik yollardan hak arama eylemleri gerçekleştirilecek.

Bu sayımızda, Dişhekimliğinin bilimsel kuruluşunun 100. yılı nedeniyle organize edilen Yüzyıl Kongresi için ülkemize gelen Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI) Gelecek Dönem Seçilmiş Başkanı Dr. Roberto Viena, Avrupa Dişhekimleri Konseyi (CED)

Başkanı Orlando Monterio Da Silva ve Bulgaristan Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr. Nikolai Sharkov ile yapılan röportajlarımızı özellikle okuyacağınızı tahmin ediyorum.

Dişhekimliği alanının bu önemli isimleri Yüzyıl Kongresi'ne katılarak sevincimizi bizlerle paylaşırken, Sağlık Bakanı'nın kongreye gelmeyişi de siz değerli meslektaşlarımızın takdirlere sunuyorum.

Dergimizde, son yıllarda giderek artan ve korku yaratan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığı ve hastalığı bulaştıran KENE hakkında bilmemiz gerekenlere ve ilgili meslek odalarının görüşlerine yer verdik. Ayrıca, dünyanın ünlü futbol hakemlerinden Dişhekimci Marcus Merk'in "Karar Anı" başlıklı konuşmasından bir özetle, Ahırkapı Orkestrası'yla röportajımızı ve yakın yerler köşemizde ise, hoş bir mekan olarak Piyer Loti'yle ilgili yazımızı okuyabilirsiniz.

Yine bu sayımızda "Sağlık Turizmi" ile ilgili bir inceleme yazısını ve sağlık meslek odası yöneticilerinin SSGSS Yasası ve uygulanan sağlık politikaları hakkındaki değerlendirme yazılarını bulacaksınız.

Daha iyi bir Türkiye ve mesleğimizde daha da iyi olmak dileğiyle, bir sonraki sayıda görüşmek üzere.

Saygılarımla,



Oda Haberleri	08
Dişhekimleri eylem hazırlığında	24
Yüzyıl Kongresi rüzgar gibi geçti	32
Röportajlar: Avrupa Dişhekimleri Konseyi (CED) Başkanı	
Orlando Monterio Da Silva	40
FDI Seçilmiş Gelecek Dönem Başkanı Dr. Roberto Vienna	41
Bulgaristan Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr. Nikolai Sharkov	42
Gündem: "Tam Gün" Yasası'yla hekimler işçileştiriliyor	44
Bilimsel: Dişhekimliğinde kullanılan muayene lupları	46
Bilimsel: Seramik ve Fiberle Güçlendirilmiş Mil Sistemleri	50
Dosya: Sağlık turizmi ve dişhekimliğine etkileri	54
SSGSS: Hekimlerin isyanı!	62
Bilimsel: Periodontal kemik defektlerinin tedavisinde yönlendirilmiş doku rejenerasyonu ile yalnız veya mine matris protein türevi ile beraber sığır kaynaklı ksenogreft kullanımının klinik karşılaştırılması	66
Afet ve Çevre: Üretimden tüketime tehlikeli atıklar	70
Gündem: Hastalar sağlık haklarını biliyorlar mı?	72
İnceleme: Dişhekimliği öğreniminin sorunları	73
Gündem: Ölmek kaderimiz olmasın!	74
Sağlık Dünyası	78
Sizlerden: Tabelamı seviyorum	80
Spor: Avrupa Kupası'nın ardından...	82
Sanat Gündemi: Şair Metin Altıok anısına...	86
Röportaj: Ahırkapı Orkestrası	88
Kaçılacak Mekan: Pierre Loti ve kahvesi	90
Kalem Kamil	92

### Reklam Dizini

Line Dental	Ön Kapak İçi
D-Mar	1
Glaxo Smith Kline	2-9-13
Doğa Okulları	4
İndem	7
Teknodent	15
Rf Sistem	17-19
Güney Diş	31-49
ADT Dental	60-61
Bahar Dental	69
Güney Dental	77
YKB	85
Ağaoğlu	Arka kapak içi
Sanovel	Arka Kapak



# Doç. Dr. Tonguç Görker'i kaybettik

**Dişhekimliği camiasının saygın ismi, değerli büyüğümüz, Yüzyıl Kongresi konuşmacısı, Türk Tabipleri Birliği Başkan Vekili (1975-1977) ve Sağlık Bakanlığı eski müsteşarı (1978-1979) Doç. Dr. Tonguç Görker'i 1 Temmuz 2008 tarihinde kaybettik.**



**M**esleğimize büyük emeği geçen kıymetli büyüğümüz Doç. Dr. Tonguç Görker'i kaybetmenin üzüntüsü içindeyiz. Büyük kaybımızı tüm camiamızla paylaşıyoruz. Sevgili büyüğümüz son yolculuğuna 4 Temmuz 2008 tarihinde Levent Camii'nden uğurlandı. Cenaze törenine Türk Dişhekimleri Birliği Genel Başkanı Celal Yıldırım, TDB Genel Sekreteri Murat Ersoy ve TDB Merkez Yönetim Kurulu üyeleri ile İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu, İDO Genel Sekreteri Aret Karabulut, İDO Yönetim Kurulu üyesi Tanık Tuncay, İDO 9. ve 10. Dönem Başkanı Rıfat Yüzbaşıoğlu ve İDO üyeleri katıldı. Tonguç Görker'in cenazesi Topkapı'daki aile kabristanına defnedildi.

## Mesleğe adanmış bir hayat

Doç. Dr. Tonguç Görker, öğrenciliği sırasında İstanbul Üniversitesi Talebe Birliği Başkanlığı, Türkiye Milli Talebe Federasyonu Genel Yönetim Kurulu üyeliği, Kı-

zılay İstanbul Üniversitesi Şubesi Genel Sekreterliği görevlerini yürüttü. İstanbul Üniversitesi'nin resmi toplantılarında söz hakkı verilen ilk üniversite öğrencisi olma onurunu 1954 yılında Fen Fakültesi salonunda yaptığı konuşmayla kazandı.

Kamu görevleri sırasında beş dönem Devlet Planlama Teşkilatı 5 yıllık planlarında Sağlık Özel İhtisas Komisyonu üyelikleri yaptı. 25 yıl süreyle meslek örgütlerinde hizmet verdi. SSK Hekim Sendikaları Genel Başkanı, Türk Diş Tabipleri Cemiyeti Genel Başkanı, Türk Tabipleri Birliği Başkan Vekili olarak çalışmaları yönetti.

Üst yönetim görevlerinde sağlıkla ilgili birçok yasanın hazırlanması ve savunması görevlerini üstlendi. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarı ve Dışişleri Bakanlığı Londra Sağlık Danışmanı olarak hizmetler verdi. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 Cenevre Genel Kurul top-

lantısına Türk Delegasyonu üyesi olarak, aynı örgütün aynı yıl Alma Ata'daki Olağanüstü Genel Kurul toplantısına Türk Delegasyonu Başkanı olarak katıldı. Sosyalleştirme ilkelerinin bu toplantıda benimsenmesini sağladı.

## "Sürekli Eğitim" in öncüsü

Üniversite öğrenciliği sırasında yayımladığı Üniversite Gazetesi'ni iki yıl süreyle devam ettirdi. 1965 yılından başlayarak Milliyet, Akşam, Cumhuriyet gazetelerinde makaleleri yayımlanmaya başladı. 1980 yılından sonra yalnızca Cumhuriyet Gazetesi'nde devam eden sosyal içerikli makaleleri, çeşitli dergilerde yayınlanan benzerleriyle birlikte devam etti.

1984 yılında Meslek Teknolojisine dair (konusunda ilk olan) ders kitabı yayınlandı. Eğitim hastanelerinde görevli olduğu yıllarda 300 dolayında bilimsel toplantı düzenledi. Kendisinin de konuşmacı olarak yer aldığı bu toplantılar, hekimlikte sürekli eğitimin ülkemizdeki başlangıcı oldu.

Kendi isteğiyle emekliye ayrıldıktan sonra İstanbul Üniversitesi'nde beş yıl süreyle sözleşmeli olarak ders verdi. Dokuz yıl önce İstanbul Üniversitesi'nin "Aydınlanma Söyleşileri" organizasyonunu üstlendi. 2004 - 2005 döneminden itibaren, söyleşilerini bu kez Yönetim Kurulu üyesi olduğu İstanbul Üniversitesi Mezunları Derneği görevlisi olarak düzenlemeye başladı.



# Dişhekimi Sevinç Özgüner'i andık

**Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi üyesi "Barış ve Demokrasi Savaşçısı" Dişhekimi Sevinç Özgüner, ölümünün 28. yılında mezarı başında anıldı.**



**T**ürk Tabipler Birliği Merkez Konseyi üyesiyken 23 Mayıs 1980 tarihinde barış ve demokrasi düşmanları tarafından katledilen dişhekimi Sevinç Özgüner ölümünün 28. yılında mezarı başında anıldı. Anmada kızı Işıl Özgüner, kardeşi Nariñ Tanık, yakın dostu İlhan Berktaş, İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu, İTO Yönetim Kurulu üyesi Nazmi Algan, İTO İnsan Hakları Komisyonu üyeleri Metin Günay ve Hüseyin Yaman ile sevenleri hazır bulundu.

## Sevenleri yanı başında

Kardeşi Nariñ Tanık yaptığı konuşmada Sevinç Özgüner'in insanın hayatını nasıl kolaylaştırdığını anlatırken, İTO

adına konuşan Nazmi Algan ise İstanbul Tabip Odası'nın sekiz yıldır Sevinç Özgüner'in anısına İnsan Hakları, Barış ve Demokrasi Ödülü verdiğini hatırlattı. İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu da dişhekimi Sevinç Özgüner'in Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi'nde görev yaptığını, o dönemde dişhekimlerinin de tabip odalarında örgütlendiğini anımsatarak, "Sevinç Özgüner'in mücadeleci kişiliğini her zaman meslektaşlarımıza an-

latıyoruz" dedi. Düğencioğlu, o günden bugüne ülkenin koşullarında değişen bir şey olmadığını, hâlâ mücadele edilmesi gereken sorunlar olduğunu kaydederek, Sevinç Özgüner adına her yıl ödül verdiği için İstanbul Tabip Odası'na ve ailesine teşekkür etti.

Yakın dostu İlhan Berktaş'ın Özgüner'le ilgili bir anısını aktarmasının ardından mezarı başındaki anma töreni sona erdi.

## İnsan Hakları, Barış ve Demokrasi Ödülü

İstanbul Tabip Odası tarafından her yıl dişhekimi Sevinç Özgüner anısına verilen "İnsan Hakları, Barış ve Demokrasi Ödülü" bu yıl, 23 Mayıs 2008 tarihinde düzenlenen bir törenle, Tuzla Tersane İşçileri ve Peyruzhan Altoę arasında paylaşıldı. Tuzla işçilerinin ödülü, Tersane İşçileri Birliği Derneği Başkanı Zeynel Nihadioęlu ve Limter-İş Sendikası adına Cem Dinç'e verildi. Cem Dinç'in katılmadığı törende Zeynel Nihadioęlu ödülünü İTO Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan'dan, Peyruzhan Altoę ise ödülünü İDO Yönetim Kurulu üyesi Fatma Balpetek'ten aldı.



# Sevinç Özgüner davasında İçişleri Bakanlığı suçlu bulundu

**Yerel mahkemede Sevinç Özgüner'in davasıyla ilgili ikinci kez görülen davada İçişleri Bakanlığı, Sevinç Özgüner'in öldürülmesi olayında ihbarı değerlendirmemek ve katilleri bulamamaktan ikinci kez suçlu bulundu.**

**D**işhekimi Sevinç Özgüner, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi üyesi iken bir süredir ölüm tehdidi alıyordu. Dönemin Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Erdal Atabek 21 Mayıs 1980'de İstanbul Valiliği'ne başvurarak Özgüner'in "bir süredir ülkücü bir gruptan tehdit aldığını, hayatının korunmasına ilişkin gereken tedbirin alınmasını" istedi. Herhangi bir koruma işlemi yapılmayan Özgüner, başvurudan üç gün sonra, 23 Mayıs 1980'de Mecidiyeköy'deki evine zorla giren saldırganlar tarafından öldürüldü. Katiller bulunamazken, 20 yıl boyunca çözilemeyen cinayet zaman aşımına uğradı. Özgüner'in kızı Alev Özgüner ve avukatı Ömer Kavilli, zaman aşımının ardından 16 Kasım 2000'de bu kez İstanbul 2. İdare Mahkemesi'ne başvurdu. Dilekçede, ölümünden üç gün önce İstanbul Valiliği'ne "Özgüner'in hayatının korunması" amacıyla başvuruda bulunulduğu, ancak asla koruyucu hizmet yapılmadığı, "cinayette kamu görevlilerinin ağır hizmet kusurunun bulunduğu" savunularak, İçişleri Bakanlığı'ndan tazminat talep edildi. İstanbul 2. İdare Mahkemesi de tazminat talebini yerinde bularak 30 Eylül 2002'de İçişleri Bakanlığı'nı 3 milyar lira manevi

tazminat ödemeye mahkûm etti. İçişleri Bakanlığı da kararı temyiz etti. Danıştay 10. Dairesi, 23 Aralık 2005'te bozma yönünde görüşünü bildirerek dosyayı yerel mahkemeye iade etti. Danıştay da tümüyle reddedilmesi gerektiğini bildirdiği davayı esaslan bozdu.

## **Devlet yaşam hakkını koruyamadı**

Yerel mahkemede ikinci kez görülen davayla ilgili, 28 Eylül 2006 tarihinde verilen kararda şöyle denildi: "Devletin temel görevlerinden biri, en temel kişilik hakkı olan yaşam hakkını korumaktır. 20 yıllık zaman aşımı süresince failer yakalanamamıştır. Bu tarihten sonra yakalansalar dahi yargılanamayacaklar ve ceza verilemeyecektir. Burada İçişleri Bakanlığı'nın hizmet kusurunun açık olduğu görülmektedir. Bu sonuç vatandaşın ve toplumun, devlete ve hukuka duyduğu güveni sarsacak ve manevi zarara yol açacak niteliktedir." Bu dava Sevinç Özgüner'in kızları lehine sonuçlandı. Takdirde, yakınlarını faili meçhul cinayetlere kurban vermiş olanlara büyük bir umut ışığı olacak, benzer davalarda emsal karar oluşturacak.

## Devir teslim töreni yapıldı

İstanbul Dişhekimleri Odası'nın 1986 yılından beri düzenlediği geleneksel devir teslim töreni bu yıl 14 Mayıs 2008 tarihinde, İDO Prof. Dr. Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi'nde gerçekleştirildi. İDO tarafından 19-20 Nisan 2008 tarihinde yapılan 12. Olağan Genel Kurulu ve seçimler sonucunda seçilen Yönetim Kurulu, 11. dönemde Yönetim, Denetleme ve Disiplin Kurullarında çalışan 27 meslektaşımıza plaketlerini vererek teşekkür etti.

TDB Merkez Yönetim Kurulu'nda görev alan İstanbullu meslektaşlarımızın da katıldığı törende konuşan İDO Başkanı Mustafa Dügencioğlu, geçmiş dönemlerde İDO çalışmalarına katkısı olan Prof. Dr. Metin Alatlı, Prof. Dr. Mehmet Beyli ve Prof. Dr. Yılmaz Manisalı'yı andı. Dayanışma, birlik ve ekip ruhuyla geçen iki yıllık çalışma döneminin meslektaşlarımız üzerindeki etkilerine ilişkin anlamlı konuşmaların yapıldığı törende, meslek örgütleri içinde devir teslim töreninin yalnızca İDO'da yapıldığı da belirtildi.

**İDO'nun 22 yıldır düzenlediği geleneksel devir teslim töreninde Yönetim Kurulu, 11. dönem Oda organlarında çalışan meslektaşlarımıza teşekkür etti.**





# Yeni dönemde İDO'dan beklentiler

**İ**DO İlçe Temsilcileri Komisyonu'nun organize ettiği, kahvaltılı bölge toplantısı 21 Mayıs 2008 tarihinde Bahçelievler Piramit Garden Cafe'de yapıldı. Bakırköy, Bahçelievler, Güngören ve Bağcılar ilçelerinden 57 meslektaşımızın katıldığı toplantıda İDO Genel Sekreteri Aret Karabulut, Sayman Ali

Yüksel Çalışkan, İDO Yönetim Kurulu üyesi Sevil Al ile İlçe Temsilcileri Komisyonu üyeleri hazır bulundu. Toplantıda yeni dönemde İDO'dan beklentiler ve öneriler üzerine konuşuldu ve meslektaşlarımıza "Beklenti" anketi yapıldı. İDO çalışmalarını üzerine görüş ve önerilerin alındığı toplantıda ayrıca 8 Mayıs

2008 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası, 1 Haziran 2008 tarihinden itibaren yürürlüğe giren POS cihazı bulundurma zorunluluğu ve dişhekimlerinin vergi beyannamelerini elektronik ortamda bizzat verebilmesi hakkında bilgi verildi.

## SMOK'un gündemi: Anadolu Yakası İrtibat Bürosu

Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu (SMOK) yeni dönemin ilk toplantısını 21 Mayıs 2008 tarihinde gerçekleştirdi. İstanbul Dişhekimleri Odası (İDO)'da yapılan toplantıya İDO adına Başkan Mustafa Düğencioğlu, Genel Sekreter Aret Karabulut, Yönetim Kurulu üyesi Fatma Balpetek, İstanbul Tabip Odası adına Başkan Prof. Dr. Özdemir Aktan, Genel Sekreter Hüseyin Demirdizen, İstanbul Veteriner Hekimleri Odası adına Başkan Prof. Dr. Murat Arslan, Genel Sekreter Seyhan Özavcı, Sayman İsmet Çolakel, Yönetim Kurulu üyeleri Vet. Dr. Kemal Kutlay, Vet. Dr. Fevzi Karaağaç, İstanbul Eczacı Odası adına Başkan Semih Güngör, Genel Sekreter Cenapsarılioğlu, Sayman Ruşen Dündar katıldı.



Toplantının ilk gündem maddesinde 10 Nisan 2008'de açılan Anadolu Yakası İrtibat Bürosu'nun dört sağlık meslek odası arasında iç işleyişiyle ilgili hazırlanacak protokolün esasları konuşuldu. Toplantıda Tuzla Tersanesi'ndeki gelişmelerle ilgili bir değerlendirme yapılarak, 23 Mayıs 2008 tarihinde konuyla

ilgili yapılan basın açıklamasına SMOK'un katılacağı bilgisi verildi. Toplantıda ayrıca 23 Mayıs 2008 tarihinde öldürülen Dişhekimisi Sevinç Özgüner anısına yapılacak anma töreni hakkında bilgi verildi. Bundan sonraki toplantının da Anadolu Yakası İrtibat Bürosu'nda yapılmasına karar verildi.



## Bir tiyatro oyunu: Sivas'93

**İstanbul Dişhekimleri Odası 2 Temmuz 1993 yılında Sivas Madımak Otelinde yakılan 33 sanatçının anısına oynanan oyuna destek verdi.**

İDO, 15 yıl önce Sivas Madımak Otelinde yaşanan katliamı gündemde tutmak ve hatırlatmak amacıyla Dostlar Tiyatrosu'nda sahnelenen "Sivas'93" adlı oyuna destek verdi. 10 Mayıs 2008 tarihinde sahnelenen oyunu İDO Sosyal İşler Komisyonu organizasyonu ile 59 meslektaşımız izledi. Yazar ve yönetmenliğini Genco

Erkal'ın yaptığı, müziği Fazıl Say'a ait olan belgesel oyunda, yakın tarihimizde meydana gelen en önemli olaylardan birine ışık tutuldu. Oyunu izleyen meslektaşlarımız oyundan çok etkilendiklerini belirterek, katliamın örgütleyicilerinin ve elebaşlarının bugüne kadar bulunamamış olmasından üzüntü duyduklarını belirttiler.



# Ağız ve Diş Sağlığı eğitimleri sürüyor

**İDO Toplum Ağız ve Diş Sağlığı (TADS) Komisyonu'nun dört yıldır organize ettiği, Balıkesir, Kütahya, Amasya, Bolu'daki eğitim çalışmalarıyla gelenekselleşen etkinlikleri Edirne ve Çanakkale'de devam etti.**



**İ**stanbul Dişhekimleri Odası TADS Komisyonu'nun organize ettiği ağız diş sağlığı eğitim gezisi 23-25 Mayıs tarihleri arasında Edirne-Çanakkale yöresine yapıldı. İlköğretim öğrencileri ve öğretmenlerinin ağız diş sağlığına farklı bir gözle bakmalarını sağlayan eğitimde, eğitmen dişhekimleri edindikleri deneyimleri Edirne'deki meslektaşlarıyla paylaştılar. Onlar da bölgelerinde gerçekleştirdikleri çalışmalar hakkında konuk meslektaşlarını aydınlattılar.

## 1786 öğrenci bilgilendirildi

Programın eğitim bölümünde yedi okula dağıtılan 12 eğitmen dişhekimisi 1.786 ilköğretim öğrencisine ağız ve diş sağlığına yönelik bilgi verdi. Eğitim çalışmasının yapılacağı okullar seçilirken İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden alınan bilgiler doğrultusunda, göreceli olarak eğitime daha fazla ihtiyaç gösteren, merkeze uzak bölgeler tercih edildi. Eğitimde birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerine çocuk sunumu, üst sınıf öğrencilerine ise eriş-

kin sunumu yapıldı. Eğitim, fırçalama teknikleri, diş ipi kullanımının model üzerinde gösterilmesi ve bakteri plağı boyama çalışmasıyla devam etti. Öğrencilerin soruları, bundan sonraki eğitimlerde dikkate alınmak üzere not edildi.

Eğitim bitiminde öğrencilere diş fırçası, macunu ve eğitim broşürleri dağıtıldı. Okul kütüphanelerinde korunmak üzere, 2005 yılında İDO TADS Komisyonu "Özel Bakım Gerektiren Hastalarda Kanıtı Dayalı Dişhekimliği Çalışma Grupları" tarafından hazırlanan, "Diyabet Hastaları için Ağız Diş Sağlığı Rehberi" ve "Özel İlgi Gerektiren Bireylerde Erişkin Eğitim Broşürü" bırakıldı. Bazı köy okullarına da İstanbul'dan getirilen kitaplar teslim edildi.

Gezinin sosyal bölümünde ise rehber eşliğinde Edirne, Çanakkale, Assos, Behramkale bölgelerindeki kültür mirasları ziyaret edildi.

## Geniş katılım, yoğun paylaşım

İlköğretim öğrencilerinde ağız diş sağlığıyla ilgili farkındalık yaratmak amacıyla taşıyan eğitimde Edirne İl Millî Eğitim Müdür Yardımcısı Hüseyin Çakır, Edirne Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri Ayten Eren gözlemci olarak yer aldı. İDO Yönetim Kurulu Üyesi TADS sorumlusu A. Songül Yargıcı, Yönetim Kurulu Üyesi Nermin Erdal, Denetleme Kurulu Üyeleri Neslihan Yamaloğlu ve Güler Gültekin, TADS Komisyonu Üyeleri Çiğdem Şahin, Yasemin Pipanlar Akyüz, Özgül Ünsal Bozkurt, Akgül Gürker, Arife Özgül, eğitmen dişhekimleri Turgay Akgün, Mükerrrem Özgül ile Melek Dolu Gedikoğlu da eğitmen olarak çalışmaya katıldılar. Toplum Ağız ve Diş Sağlığı düzeyinin artması konusundaki desteklerinden dolayı Edirne İl Millî Eğitim Müdürlüğü'ne ve Edirne Dişhekimleri Odası'na teşekkür ediyoruz.

**Yeşil Kart, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur mensubu; 5-15 yaş arası çocuklarının ortodonti, yer tutucu ve daimi azı dişlerinin tedavilerini kamu sağlık kurumundan alacağın sevk ile istediğin serbest çalışan dişhekimine yaptırabilirsin.**

**BUNLARI BİLİYOR MUSUN?**



# Minik ressamlardan "Gülen Dişler" yorumu

**İstanbul Dişhekimleri Odası "Gülen Dişler" konulu resim yarışmasında İstanbul'da dereceye giren öğrenciler için 4 Haziran 2008 tarihinde, İDO Prof. Dr. Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi'nde ödül töreni düzenledi.**

TDB tarafından 100. etkinlikleri kapsamında, toplumdaki ağız ve diş sağlığı bilincini arttırmak için yurt genelinde, ilköğretim 5. sınıf öğrencileri arasında düzenlenen resim yarışmasına İstanbul'dan 250 resim katıldı. Jüri değerlendirmesi sonucunda Gürpınar İlköğretim Okulu'ndan Gamze İbiş birinci, Özel Fatih İlköğretim Okulu'ndan Nefise Arıt ikinci, Beylikdüzü Okyanus Koleji'nden Rozerin Konuklu üçüncü oldu. Yalova İlköğretim Okulu'ndan Oya Baki ise jüri özel ödülüne layık görüldü. İstanbul birincisi Gamze İbiş, Türkiye genelinde yapılan seçmelerde de Türkiye üçüncüsü oldu.

İstanbul elemelerinde dereceye giren öğrenciler için düzenlenen törene İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu, İDO Başkan Vekili



İDO yöneticileri, yarışmada dereceye giren öğrenciler ve velileriyle birlikte.

Prof. Dr. Serdar Çintan, İDO Genel Sekreteri Aret Karabulut, İDO Saymanı Ali Yüksel Çalışkan, Yönetim Kurulu üyeleri Sevil Al, Nermin Erdal, A. Songül Yargıcı, Fatma Balpetek, Denetleme Kurulu Üyesi Güler Gültekin, TDB Yönetim Kurulu üyesi Tat-yos Bebek, geçmiş dönem İDO Başkanları, yönetim kurulu üyeleri, İDO aktivistleriyle, dereceye giren öğrenci ve velileri katıldı. Törende derece alan ve jüri özel ödülü kazanan öğrencilere İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu ve İDO Başkan Vekili Prof. Dr. Serdar Çintan birer saat hediye etti.



1.



2.



3.



Mansiyon



## Sahte dişhekimleri yine kaçamadı

Mersin Dişhekimleri Odası'nın ihbarı üzerine yakalanan sahte dişhekimleri Bilal Fansa ve Menderes Atalay'ın dişhekimliği mesleğini icra etmekte kullandığı malzemelere el konuldu. Sahte dişhekimleri hakkında görülen dava sonucunda her iki sanığın da 1219 sayılı Yasa'nın 41. mad-

delerinde yer alan suçları işlediği tespit edildi. Mahkeme Bilal Fansa'nın iki yıl altı ay hapis ve 833 YTL para cezasıyla, Menderes Atalay'ın da iki yıl altı ay hapis, 750 YTL para cezasıyla cezalandırılmasına karar verdi. Mahkeme ayrıca sanıkların dişhekimliğinde kullandıkları tespit edilen malzemeleri de müsadere etti.



# Kurumlarla ilişkiler gelişiyor

**İstanbul Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu İstanbul'da bulunan resmi kurumlarla tanışmak ve ortak çalışmalar yürütmek amacıyla bir dizi ziyaret gerçekleştirdi.**



## **İstanbul Defterdarıyla görüşme**

İstanbul Defterdarı Bekir Bayraktar'la 10 Haziran 2008 tarihinde yapılan görüşmeye İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu, Sayman Ali Yüksel Çalışkan ve Yönetim Kurulu üyesi Tarık Tuncay katıldı. Son zamanlarda Maliye Bakanlığı'nın dişhekimlerini de etkileyen düzenlemeleri ve meslektaşlarımızın mevcut (POS cihazı vb.) ve olası sorunları üzerine konuşuldu. Görüşmede ayrıca İDO olarak İstanbul Defterdarlığı'nın çalışmalarından meslektaşlarımıza yönelik olanlarının duyurulması için talepte bulunuldu.

## **İl Sağlık Müdürü ziyaret edildi**

İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu ve İDO Genel Sekreteri Aret Karabulut yeni dönemde İDO'nun çalışmaları hakkında bilgi vermek ve dişhekimliği mesleğinin güncel sorunlarını görüşmek amacıyla İl Sağlık Müdürü Dr. Mehmet Bakar'ı ziyaret etti. 13 Haziran 2008 tarihinde Dr. Mehmet Bakar'ın makamında gerçekleşen ziyarete, Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürü Dişhekim Meltem Kurt da iştirak etti. Ziyarete sahte dişhekimlerine karşı mücadelede karşılaşılan problemlerde ortak çözüm önerileri görüşüldü. TDB'nin düzenlediği, 30 Haziran- 5 Temmuz 2008 tarihlerinde gerçekleşen Yüzyıl Kongresi'yle ilgili bilgi verilerek, kamuda çalışan meslektaşlarımızın bu kongreye katılımının sağlanması istendi. Ayrıca, İDO'nun kamunun muayenehanelerden ağız ve diş sağlığı hizmetlerini satın almasıyla ilgili görüşleri de aktarıldı. Görüşmenin sonunda karşılıklı görüş alışverişinde bulunmak üzere, belirli aralıklarla bir araya gelinmesi konusunda fikirbirliğine varıldı.



## **İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI 21. GELENEKSEL DİŞHEKİMLERİ TENİS TURNUVASI**

Tarih : 18 Ekim- 2 Kasım

Yer : Feneryolu Aden Tenis Kulübü

Son Başvuru : 11 Ekim 2008

Başvuru : Ulvi Uçar (0212) 322 47 00 - (0532) 613 73 34

**Kategoriler:**

- 1- Tek Bayanlar
- 2- Tek Erkekler ( 45 - )
- 3- Tek Erkekler ( 45 - 55 )
- 4- Tek Erkekler ( 55 + )
- 5- Karışık Çiftler
- 6- Çift Erkekler



# Dişhekimliği Fakülteleri yeni mezunlarını verdi



**İstanbul Dişhekimleri Odası'nın da katıldığı Marmara ve İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakülteleri mezuniyet törenlerinde, yeni mezunlar diplomalarını almanın sevincini yaşadılar.**

## **Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi**

Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi mezuniyet töreni 7 Temmuz 2008 tarihinde gerçekleştirildi. Caddebostan Kültür Merkezi'nde düzenlenen törene, Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. İlkur Tanboğa, öğretim üyeleri, öğrenciler ve velilerle İstanbul Dişhekimleri Odası adına Başkan Mustafa Dügencioğlu katıldı.

Törende öğrenciler adına fakülte temsilcisi Dinçer Nayır'ın ardından bir konuşma yapan Mustafa Dügencioğlu öğretim üyelerine ve velilere teşekkür etti. Öğrencilere de hitap eden Dügencioğlu, dişhekimliği mesleğinin sorunlarından söz etti ve "Maalesef sizlere daha iyi bir ortam sunamadık" dedi.

Konuşmaların ardından yeni mezunlar diplomalarını aldı. Mustafa Dügencioğlu fakülte birincisi Ayşegül Kurban'a, ikincisi Müge Kasım'a ve üçüncüsü Senem Bağbuğ'a hediyelerini verdi.

## **İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi**

İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nin düzenlediği mezuniyet töreni 14 Temmuz 2008 tarihinde, Akatlar Kültür Merkezi'nde gerçekleştirildi. İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Hasan Meriç, öğretim üyeleri, öğrenciler ve velilerin hazır bulunduğu törene; İstanbul Dişhekimleri Odası adına Başkan Mustafa Dügencioğlu, Genel Sekreter Aret Karabulut, Sayman Ali Yüksel Çalışkan, Yönetim Kurulu üyeleri Prof. Dr. Serdar Çintan, Nermin Erdal ve Yazar Sunay Akın katıldı. Sırasıyla İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Hasan Meriç, İDO Başkanı Mustafa Dügencioğlu, dönem birincisi Şule Kocabaş ve Yazar Sunay Akın'ın yaptığı konuşmalarından öğrenciler diplomalarını aldılar. Törende ayrıca İDO Başkanı Mustafa Dügencioğlu fakülte birincisi Şule Kocabaş'a, ikincisi Hande Korkmaz'a ve üçüncüsü Gülçin Kılıç'a hediyelerini takdim etti.

## **22 Kasım Dişhekimliği Günü kutlamaları**

**İstanbul Dişhekimleri Odası, her yıl olduğu gibi bu yıl da 22 Kasım Dişhekimliği 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.**



# Hekimler Tam Gün Yasa Tasarısı'na "hayır" dedi



**T**ürk Tabipler Birliği, hekimlerin kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışma düzenini ve ücretlendirme modelini belirleyen bir dizi düzenlemeyi içeren "Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı"yla ilgili yürüttüğü referandumun sonuçlarını 21 Haziran 2008'de bir basın açıklamasıyla kamuoyuna duyurdu.

Galatasaray Lisesi önünden Taksim'e kadar yapılan yürüyüşe İstanbul Dişhekimleri Odası adına Başkan Mustafa Düğencioğlu, Genel Sekreter Aret Karubulut ile Yönetim Kurulu üyeleri Fatma Balpetek ve A. Songül Yargıcı katıldı. Yürüyüşte konuşan Türk Tabipler Birliği Genel Başkanı Prof. Dr. Gency Gürsoy, sağlık alanında piyasa kurallarının hakim kılınmaya çalışıldığına dikkat çekti. Sağlık Bakanlığı'nın gündeme getirdiği Tam Gün Yasa Tasarısı'nın da bu anlayışın bir parçası olduğunu, hekimleri şirketleştirilmiş hastanelerde kölece çalışmaya mahkum edecek bir düzenleme-

ye gidildiğini belirtti. Basın metnini okuyan İTO Genel Sekreteri Hüseyin Demirdizen ise "Bu tasarıyla hekimlerin ücretlerinin iyileştirileceğini iddia eden Bakanlık, ücret iyileştirmelerini döner sermayeye bağlayarak, hayali kaynaklar üzerinden hekimlere söz vermekte, emekliliğe yansımaya bu tür 'iyileştirmelerle' göz boyamaya çalışmaktadır. Hekimlerin hakkı olan nöbet ücretlerini dahi döner sermayeye bağlayarak hekimlerin mevcut haklarını tehlikeye atan Bakanlık, bu tasarımı, gelecekte kamu hastanelerini daha kolay özelleştirebilmek için payanda olarak kullanmak istemektedir" dedi.

Türk Tabipler Birliği, Tam Gün Yasa Tasarısı'yla ilgili görüş ve düşüncelerini hekimlerle paylaşmak ve tasarı hakkında hekimlerin görüşlerini almak üzere Tabip Odaları kanalıyla düzenlediği referandumla 21.126 hekime ulaştı. 13-20 Haziran 2008 tarihlerinde gerçekleştirilen referandumda 19.780 hekim tasarıya "hayır" derken, 1.346 hekim de "evet" oyu kullandı.

## KISA KISA...

### ADRES KAYIT SİSTEMİ İkametgah tarih oluyor

Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın imzasıyla 21 Mayıs 2008 tarih, 26882 sayılı Resmi Gazete'ye yayımlanan tebliğe göre, kamu kurum ve kuruluşları tarafından yürütülen iş ve işlemlerde, nüfus müdürlüklerinden veya yurttaşlardan yerleşim yeri ve diğer adres belgesi ile nüfus kayıt örneği istenmeyecek. Bu belgeler, ilgili kuruluş tarafından doğrudan, Adrese Kayıt Sistemi'ne dayalı Kimlik Paylaşım Sistemi'nden elde edilecek. Resmi Gazete'de yayımlanan genelgeye göre, kamu kurum ve kuruluşları yaptıkları işlemlerde, MERNİS veri tabanında yer alan ve T.C. kimlik numarasıyla ilişkilendirilmiş bulunan (KPS) elde edilecekleri yerleşim yeri ve diğer adres bilgilerini esas alacaklar.

### Bankaların kredi kartı bedeli almaları yasal değil

Yargıtay, bankalarca kredi kart sahiplerinden tahsil edilen 'Kart Bedeli' ya da 'Yıllık Üyelik Aidatı' gibi gerekçelerle tahsil edilen paraların yasal olmadığına karar verdi.

Yargıtay 13. H. D. 2007/11236 E. ve 2008/2982 K. Sayılı, 03.03.2008 tarihli kararıyla, ilk derece mahkemesi tarafından verilen kararı onayarak, bankalarca kredi kartı sahiplerinden tahsil edilen 'Kart Bedeli' ya da 'Yıllık Üyelik Aidatı' gibi gerekçelerle tahsil edilen paraların yasal olmadığına karar verdi. Miktar itibarıyla kesin olup da temyiz kabiliyeti olmayan, Balıkesir 2. Asliye Hukuk Mahkemesi'nin Tüketici Mahkemesi Sıfatıyla Vermiş Olduğu 'Kredi Kartı Yıllık Üyelik Aidatı Bedelinin Yasal Olmadığına İlişkin Karar', Yargıtay Başsavcılığı tarafından re'sen 'Kanun Yararına Temyiz' edildi. Bu karara istinaden, kredi kartı yıllık bedeli ödemek istemeyen tüketiciler kararın aslı ya da Tüketiciler Derneği'nin ilgili metniyle "İlçe Tüketici Hakem Heyetleri'ne başvurabilecekler. Tüketiciler Derneği'nin ilgili metnini [www.ido.org.tr](http://www.ido.org.tr) adresinden indirebilirsiniz.

## Tuzla Tersaneleri'nde yaşanan iş cinayetleri protesto edildi

# Tersanelerde kıyıma son!

**K**ESK İstanbul Şubeler Platformu, İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası, TMMOB İl Koordinasyon Kurulu, Limter-İş Sendikası, İstanbul Tabip Odası, İstanbul Eczacı Odası, İstanbul Dişhekimleri Odası, İstanbul Veteriner Hekimler Odası 23 Mayıs 2008 tarihinde İstanbul Tabip Odası'nda bir basın toplantısı düzenledi. Toplantıda Tuzla Tersaneleri'nde yaşanan iş cinayetleri protesto edildi.

Tuzla Tersaneleri'ne bir kez daha dikkat çekmek amacıyla yapılan basın toplantısına İTO Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan, İTO Genel Sekreteri Dr. Hüseyin Demirdizen, İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu katıldı. Toplantıda TMMOB İl Koordinasyon Kurulu adına Tores Dinçöz, Hava-İş Sendikası Genel Eğitim Sekreteri Engin Barutçu, İVHO Genel Sekreteri Seyhan Özavcı, İEO Başkanı Semih Güngör de yer aldı. Geniş katılımlı protestoda İSMMMO Yönetim Kurulu üyesi Kazım Mermer, KESK İstanbul Şubeler Platformu Dönem Sözcüsü Timur Akçalı, DİSK/Limter-İş Genel Başkanı Cem Dinç de olayları kınadı. Ortak basın metnini okuyan İTO Genel Sekreteri Hüseyin Demirdizen, Tuzla Tersaneleri'ndeki ihmalin devam etmesi halinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı hakkında suç duyurusunda bulunacaklarını söyledi. Demirdizen, bundan sonraki süreçte de bu konunun takipçisi olacaklarını ifade etti. Toplantıda söz alan Limter-İş Başkanı Cem Dinç, Tuzla Tersaneleri'nde sendikal mücadelelerinin devam edeceğini ve ter-



sanelere sendikanın sokulması durumunda ölümleri durdurmanın yollarını bildiklerini ve uygulayabileceklerini söyledi. Son beş ayda Tuzla, Gelibolu ve Gemlik tersanelerinde 13 işçiyi yitirdiklerini belirten Dinç, sorunun çözüm kaynağının işçi sınıfının kendisi olduğunu vurgulayarak, greve çıkacaklarını belirtti.

Toplantıya katılan TBMM İnsan Hakları Komisyon üyesi, CHP İstanbul Milletvekili Çetin Soysal da, komisyon olarak TBMM'ye bu konuda soru önergesi hazırladıklarını ve komisyonun çalışmalarından umutlu olduğunu ifade etti.

## Belediyelere "Dur" emri

### Belediyelerin dişhekimi tabelalarına müdahalesine yürütmeyi durdurma kararı çıktı.

**K**adıköy Belediye Başkanlığı Çevre Koruma ve Kontrol Müdürlüğü'nün, bir üyemize ait tabelanın kaldırılmasıyla ilgili 24 Aralık 2007 tarih, 877012 sayılı işleminin iptali ve yürütmenin durdurulması için, Oda'mızın hukuki desteğiyle İstanbul 8. No.lu İdare Mahkemesi'ne açılan dava lehte sonuçlandı.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi ve ilçe belediye başkanlıkları Çevre Koruma ve Kontrol Müdürlüğü, "Görsel Kirlilikle Mücadele ve Cephe Rehabilitasyon Projesi" kapsamında, caddelerde binaların cephe estetiğini bozduğu gerekçesiyle

Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu'nca standartları belirlenen tabelaların kaldırılması için bazı meslektaşlarımıza 10 gün süre vermişti.

Oda'mızın hukuki desteğiyle, bir üyemiz adına 8. İdare Mahkemesinde 2008/53 sayılı açılan "işlemin iptali ve yürütmenin durdurulması" davasında mahkeme, dişhekimi muayenehane tabelası için belediyelerden herhangi bir izin, uygunluk alınmasına gerek olmadığını, iptal davası

sonuçlanana kadar yürütmenin durdurulmasına karar verdi. Mahkeme, kamu görevi yapan özel dişhekimlerinin kullanacakları tabela örneği ile bunların kullanımını, standartları ve bu standartlara uymayanlar hakkında uygulanacak yaptırımları belirlemek ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne aykırı ilan ve reklam yapılmasını önlemek hususunda izlenecek kuralların

3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odaları Disiplin Yönetmeliği ile belirlenmiş olduğunu ifade etti.



# 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 HESABIMDAN .....YTL tahsil ediniz.

TARİH :

İMZA :

# Dişhekimleri eylem hazırlığında

**Türk Dişhekimleri Birliği'nin Yüzyıl Kongresi kapsamında düzenlediği Meslek Sorunları Sempozyumu ve 3. Eğitim Kurultayı 30 Haziran-2 Temmuz 2008 tarihlerinde Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı'nda gerçekleşti. Bilimsel dişhekimliğinin kuruluşunun 100. yılı nedeniyle gerçekleştirilen en geniş kapsamlı etkinlik olan Meslek Sorunları Sempozyumu'nda hükümetin muayenehanelerden hizmet alımı konusundaki tavrı gündemi belirledi.**

**M**eslek Sorunları Sempozyumu ve 3. Eğitim Kurultayı 30 Haziran 2008 tarihinde Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı'nda düzenlenen basın açıklamasıyla başladı. Basın toplantısında MSS Komitesi Başkanı Zerrin Küpçü, Meslek Sorunları Sempozyumu ve 3. Eğitim Kurultayı'nda tartışılan konu başlıkları hakkında bilgi verdi. 100. Yıl Organizasyon Komitesi Genel Koordinatörü Prof. Dr. Gülümser Koçak'ın 100. Yıl Etkinlikleri ve Yüzyıl Kongresi çalışmalarını değerlendirdiği konuşmasının ardından Türk Dişhekimleri Birliği Genel Başkanı Celal Yıldırım dişhekimliği mesleğinin sorunlarını ve çözüm önerilerini basın çalışanlarıyla paylaştı.

Celal Yıldırım, son beş yılda sağlık hizmetlerinde yaşanan değişikliklerin ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile dişhekimlerini etkilediğini söyledi. Avrupa ve Türkiye'de dişhekimlerinin hizmetlerinin sunum alanları arasında bir karşılaştırma yapan Yıldırım, AB ülkelerinde de bizdeki gibi dişhekimliği hizmetlerinin ağırlıklı olarak özel çalışan dişhekimleri tarafından verildiğini



**Koruyucu  
dişhekimliği  
hizmetleri  
yaygınlaşsın!**

söyledi. Celal Yıldırım, Sağlık Bakanlığı kurumlarında dişhekimliği istihdamı artışı na da dikkat çekti.

**Tablo iç açıcı değil**  
Hükümetin son beş yılda ağız ve diş sağlığı

hizmetleri alanındaki uygulamalarını özetleyen Celal Yıldırım, SSK'nın Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle SSK'da çalışan dişhekimlerinin Sağlık Bakanlığı'nın ünitelerinde hizmet vermeye baş-

ladığını ve performans uygulamasına geçildiğini söyledi. Bakanlığa ait sağlık ünitelerinde araç ve gereç temini, yenilenmesi çalışmalarının hızlandırıldığını belirten Yıldırım, geçmiş iktidarlara göre kamuda daha fazla dişhekimliği istihdamı yapıldığını ve dişhekimliği fakültelerinin açılmaya devam ettiğini kaydetti. Bu uygulamaların sağlık kurum ve kuruluşlarında altyapı yatırımları ve performans uygulamasının girişimsel işlem sayısının artmasına neden olduğunu belirten Yıldırım, Sağlık Bakanlığı'nda yapılan bazı işlemlerin yıllara göre karşılaştı-



# Yapılması gerekenler

Celal Yıldırım Kongredeki açılış konuşmasının son bölümünde dişhekimliğindeki sorunların aşılması noktasında yapılması gerekenleri şöyle sıraladı:

- Birinci adım, koruyucu hekimlik hizmetlerini koordine eden yapının kurulması ve kamuda olup da fiziki ve teknik yetersizlik nedeniyle çalışmayan dişhekimlerinin buralarda görevlendirilmesi.
- \*Bu dişhekimleriyle koruyucu dişhekimliği çalışmalarının ivedilikle başlatılması, koruyucu proje çalışmalarına istihdam yapılması sonrası hâlâ mekan ve araç gereç yetersizliği nedeniyle çalışmayan dişhekimleri varsa gerekli donanımın ivedilikle sağlanması.
- Birinci ve ikinci adımla eş zamanlı olmak üzere, dişhekimliği olmayan yerlere dişhekimliği

mi istihdamının sağlanması. SUT'da yer alan girişimsel tedavi bedellerinin maliyet esaslı olarak belirlenmesi, hekim seçme özgürlüğünün kamuda çalışan dişhekimleriyle sınırlandırılmaması.

- Dişhekimliği hizmetlerinin başta muayenehaneler olmak üzere özel sağlık kurum ve kuruluşlarından alınmasına yönelik düzenlemelerin ivedilikle yapılması,
- Dişhekimliği hizmetlerinde insan gücü planlaması yapılarak dişhekimlerinin coğrafi dağılımındaki dengesizliğin giderilmesine yönelik yasal düzenlemelerin yapılması,
- Özel ve resmi kurumlarda verilen dişhekimliği hizmetlerinin tıbbi uygunluğunun kontrol edilmesine yönelik, siyasi iktidardan bağımsız özerk kamusal bir yapının oluşturulması.



TDB Başkanı Celal Yıldırım

**Celal Yıldırım: “Bugün Sosyal Güvenlik Kurumu, hem kamu hem de özelde üretilen sağlık hizmetlerini sayılar üzerinden kontrol etmekle yetinmektedir. Yapılan tedavilerin tıbbi uygunluğu kontrol edilmediği sürece, hizmetin niteliği hakkında kuşkular devam edecektir”**

masını yaptı. Buna göre; 2005 yılında 2.928.643 olan çekim sayısı 2007 yılında 4.471.411'e, 2005 yılında 1.816.150 olan diş taşı temizliği sayısı 2007 yılında 3.068.818'e, 2005 yılında 219.699 olan kanal tedavisi sayısı da 2007'de 268.087'ye çıkmış. Yıldırım bu rakamlar karşısında “Buralarda, zahmetli işler, örneğin kanal tedavisi yerine daha çok, diş taşı temizleme ve diş çekme işlemi yapılıyor. Performans sistemi yanlış uygulandığında sistemin suistimal edilmesi kaçınılmaz hal alıyor” değerlendirmesini yaptı.

Celal Yıldırım, “Büyük bir şehrimizdeki ağız ve diş sağlığı merkezinde 13 yaşındaki bir hastaya aynı gün içinde 11 kua-faj, 11 amalgam dolgu ve alt üst flor uygulaması yapılmış. Başka bir şehirdeki sağlık bakanlığı kurumunda, bir hastaya 58 adet üç yüzlü amalgam dolgu, 14 adet se-

ramik kron ve 14 adet düşmüş kron köprü işlemi yapılmış” diyerek konuyla ilgili örnek verdi.

Celal Yıldırım, konuşmasında kamuda dişhekimliği hizmetlerine ulaşımın güçlüklerinden de söz etti ve “Ortada bir gerçek var; kamu kurumlarına çok yoğun bir talep görülüyor ve bazı dişhekimliği hizmetleri için altı ay hatta bir yıl sonrasına gün veriliyor. Toplumda diş ve diş eti hastalıkları çok yaygın durumda ve kamuda çalışan dişhekimleri çok yoğun bir iş temposu içindeler” dedi.

## **Ulusal ağız diş sağlığı politikamız yok**

Sağlık Bakanlığı'nın ulusal bir ağız diş sağlığı politikası olmadığını altını çizen Yıldırım, sözlerini şöyle sürdürdü: “Ağız ve diş sağlığı politikası olan ülkelerde hedef, dişlerin çürümemesi, çürüyen

dişlerin ise çekilmeyip tedavi edilmesidir. Bizde ise koruyucu önlemler olmadığı gibi, dişler çürüyor, çürüyen dişler tedavi edilmeyip çekiliyor. Her çekilen diş protez ihtiyacını artırdığından da maliyet katlanarak artıyor. Bu olumsuz durum ise devlet politikası olarak övünülerek uygulanıyor.”

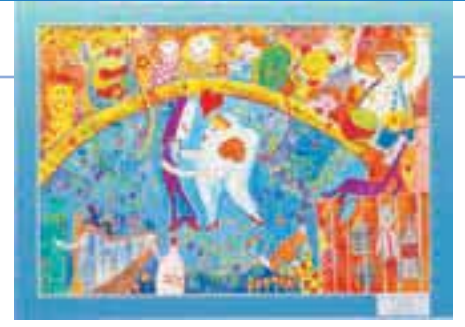
## **MSS Komitesi Başkanı Zerrin Küpçü**



Gülen Dişler Resim Yarışması İstanbul 1.si, Türkiye 3.sü Gamze İbiş ödülünü alırken



İstanbul 1.si, Türkiye 3.sü Gamze İbiş



Türkiye 1.si E. Özge Barutçu - Kahramanmaraş



Türkiye 2.si Akif Yaman - Antalya

Celal Yıldırım, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda verilen tedavi hizmetlerindeki kontrol mekanizmalarını da eleştirerek, "Bugün Sosyal Güvenlik Kurumu, hem kamu hem de özelden üretilen sağlık hizmetlerini sayılar üzerinden kontrol etmekte yetersizdir. Yapılan tedavilerin tıbbi uygunluğu kontrol edilmediği sürece, hizmetin niteliği hakkında kuşku devam edecektir" dedi.

Kamuda verilen dişhekimliği hizmetlerinin maliyetinin muayenehanelerde verilen hizmetten daha pahalı olduğunu söyleyen Yıldırım "hizmetin ve bilginin 'rekabetin' olmadığı, verilen, yapılan işlemlerin bağımsız kurumlar tarafından kontrol edilmediği bir yerde, yapılan tedavilerin tıbbi uygunluğu tartışmalara açıktır" diyerek sözlerini bitirdi.

### Miniklerin "Gülen Dişler"i

Meslek Sorunları Sempozyumu'nun açılışının ardından ilköğretim beşinci sınıf öğrencileri arasında düzenlenen Gülen Dişler Resim Yarışması'nda Türkiye genelinde ilk üçe giren öğrencilere ödülleri verildi. 33 dişhekimleri odasının seçtiği 39 resim arasında yapılan yarışmada Kahramanmaraş Atatürk İlköğre-

tim Okulu öğrencisi Elif Özge Barutçu birinci oldu. Elif Özge Barutçu, birincilik ödülü olan dizüstü bilgisayarını K. Maraş Odası Başkanı Mahir Şişman'ın elinden aldı. Yarışmanın ikincisi Antalya Ali İhsan Barut İlköğretim Okulu öğrencisi Akif Yaman ikincilik ödülü olan masa üstü bilgisayarını Antalya Dişhekimleri Odası Başkanı Odman Ertekin'den, üçüncü İstanbul Gürpınar İlköğretim Okulu öğrencisi Gamze İbiş, iPod müzikçaları İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu'dan aldı. Yarışmaya katılan tüm resimler kongre süresince Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı, Topkapı A Salonu'nda sergilendi.

### Mesleki sorumluluklarımız ve yaşanan sorunlar

Meslek Sorunları Sempozyumu'nun ilk gününde "Türk Ceza Kanunu'nun Dişhekimlerine Yüklendiği Sorumluluklar ve Yaşanan Sorunlar" konulu bir sunum yapıldı. Türk Dişhekimleri Birliği hukuk danışmanı Av. Mustafa Güler ve Adli Tıp Uzmanı Dr. Dişhekim Hüseyin Afşin'in katıldığı toplantıda ilk sözü alan Dr. Hüseyin Afşin "malpraktis" konusunu ele aldı. Malpraktisin bir meslek erbabının kötü ve hatalı uygulama yapması sonucu bir kimsenin zarara uğraması olduğunu belirten Afşin, şu noktalara dikkat çekti. "Hekim, karşısına bir hastayı alıp da şikayetlerini dinlemeye başladığı andan itibaren hastasıyla bir sözleşme yapmış demektir. Varsayımsal olan bu sözleşmeden doğan sorumluluklarını bilmesi gerekir. Dişhekim-hasta ilişkisi kurulmadıkça hekim tıbbi malpraktis nedeniyle sorumlu tutulamaz. Bağlantı kopukluğu davaya yol açabilir. Bakım standartlarına dikkat edilmesi gerekir. Gerekli dikkatin gösterilmediği durumlarda bakım standardından sapma söz konusu olur. Davacı hasta, tedavisini üstlenen hekimin diğer pozisyonundaki hekimlerden mesleki yönden eksikliği olduğunu kanıtlamak zorundadır. Uzman bir dişhekiminin göstereceği bakım standardının uzman olmayan hekimlerden yüksek olması beklenir.

Bir dişhekiminin, uygulamasından sorumlu tutulabilmesi için, zararlı hekim uygulaması arasında illiyet olması ve hekimin uygulamasının kusurlu olması gerekir. Kusurun değerlendiril-

Kamu sağlık kurum ve kuruluşunda protezde 90, dolguda 30, diğer tedavilerde 45 gün içinde tedaviye başlanamazsa **serbest dişhekime sevk yapılmak zorundadır.**

**TEDAVİ HAKKINI KULLANI!**

mesinde hekimin unvanı ve akademik unvanı önemlidir.

Hastalar sözlü bilgilerin %30'unu hatırlar. O nedenle, mutlaka, özellikle cerrahi müdahalelerde yazılı aydınlatılmış onam alınmalıdır. Onam hekimin kusurunu hukuka uygun hale getirmez, ancak Aydınlatılmış Onam Belgesi ile dava açılması azalabilir. Dişhekimlerinin kayıt tutması büyük önem taşımaktadır. Dikatsiz tutulmuş kötü kayıtlar mahkeme de kötü bir savunma yapılmasına yol açabilir.”

### Suç ve ceza

Avukat Mustafa Güler ise “Dişhekimliğinde suç ve ceza” başlıklı sunumunda yeni ceza yasasının dişhekimlerini ilgilendiren bölümleriyle ilgili bilgi verdi. Kast, taksir ve bilinçli taksir konularını açan Güler, mesleki faaliyetlerin yürütülmesi sırasında karşılaşılabilecek cezai durumların neler olabileceğini anlattı.

Dişhekimlerinin, taksirle adam öldürme (madde. 85), kasten yaralama (madde. 86), taksirle yaralama (madde. 89), radyasyon yayma (madde. 172), resmi belgede sahtecilik, gerçeğe aykırı bilirkişilik, sağlık mesleği mensuplarının suç bildirmemesi gibi bazı suçlarla karşılaşabileceğini belirten Güler, 1219 sayılı Yasa'nın 41. maddesindeki değişikliklerle gelen temel farklılığı vurguladı. Buna göre, sahte dişhekimlerinin kullandıkları cihazlar, suça ortak olmamış, bu suçun işlendiğinden haberi olmayan bir dişhekimine ait ise müsadere edilmeyecek.

### Avrupa Birliği'nde Dişhekimliği Eğitimi

Meslek Sorunları Sempozyumu kapsamında 2 Temmuz 2008 tarihinde düzenlenen “Avrupa Birliği'nde Dişhekimliği Eğitimi” konulu toplantının konuşmacısı Avrupa Dişhekimleri Konseyi (CED) Başkanı Orlando Monteiro Da Silva'ydı. Avrupa Dişhekimliği Konseyi hakkında bilgi veren Orlando Monteiro Da Silva, 1961 yılında kurulan, yaklaşık 30 üyesi bulunan konseyin misyonunun dişhekimliği mesleğinin tanıtılması ve halk sağlığının korunması olduğunu söyledi. Merkez bürosu Brüksel'de bulunan konseyin politika ve kararlarının büyük bölümünün burada alındığını, üyelerini de düzenli olarak bilgilendirdiklerini anlattı.

“Dişhekimliği” kavramının yakın gelecekte alacağı biçim üzerine konuşmasını sürdüren Da Silva, Bologna sürecinin dişhekimliği eğitimiyle ilgili yansımalarını aktardı.

Da Silva, Sürekli Dişhekimliği Eğitimi uygulamaları üzerine de bilgi vererek, mezuniyet sonrası eğitimin hastaların güvenliğinin bir parçası olduğunu altını çizdi. Bu konuda Avrupa Birliği ülkelerinde standart bir uygulamanın olmadığını, her ülkenin kendi şartlarına göre mezuniyet sonrası dişhekimliği eğitimi yaptığını belirtti. Ayrıca Avrupa'da tıp doktorları için akreditasyon sistemi olduğunu, ancak dişhekimleri için olmadığını açıkladı. Avrupa'da devam eden “Dental amalgam” tartışmasına da değinen Da Silva, bu konuda bağımsız bilim-



Avrupa Dişhekimliği Konseyi(CED) Başkanı Orlando Monterio Da Silva

sel bir komitenin amalgam lehine karar verdiğini açıkladı.

### “Meslek kuruluşları yatay örgütlenmeli”

Meslek Sorunları Sempozyumu Kapsamında düzenlenen “Oda Başkan ve Genel Sekreterlerinin Yetkinleşme, Ekip Çalışması ve İnsani İlişkiler Eğitimi”, 2 Temmuz 2008 tarihinde gerçekleştirildi. TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım ve TDB Yönetim Kurulu Üyesi Nebil Seyfettin'in yönettiği oturumun konuşmacısı Türk İş'e bağlı Tekstil Sendikası'ndan eğitim ve örgütlenme uzmanı Asalettin Arslan-



TDB Hukuk Danışmanı Avukat Mustafa Güler, Adli Tıp Uzmanı Dr. Dişhekimliği Hüseyin Afşin





TDB MYK Konseyi Dekanlar Toplantısı

noğlu'ydü. Asalettin Arslanoğlu üç oturumdan oluşan sunumunda "Grup-Ekip ve Liderlik", "Toplantı Yapma", İletişim ve Çatışma" başlıklarını ayrıntılarıyla irdedeledi. İnteraktif bir şekilde geçen toplantıda Arslanoğlu, insanın örgütlenmesinin psikolojik ve sosyolojik nedenlerini sıraladı. Liderlik özelliklerini aktararak grubun kendisini en kesin yoldan ve en masrafsız şekilde hedefe götüren kişileri lider seçtiğinin altını çizdi.

Arslanoğlu, meslek örgütlerindeki örgütlenme ve liderlik tarzını da tartışmaya açtı. Baskıcı liderliklerin dikey örgütlenmelere, demokratik liderliklerin ise yatay örgütlenmelere dayandığını söyledi ve "Meslek örgütlerinde yatay örgütlenme ve demokratik liderlik tarzının benimsenmesi gerekir" dedi. Arslanoğlu konuşmasının ikinci bölümünde ise başarılı bir toplantı yapmak, belirlenen hedeflere ulaşmak ve çatışmaları çözmek için neler yapılması gerektiğini anlattı. Arslanoğlu "İletişim ve Çatışma" başlıklı oturumda "iletişim" kavramını, "Bir

mesajın gönderici tarafından kodlanarak iletilmesi süreci" diye tanımladı. Etkin ve iyi bir iletişim için dikkat edilmesi gereken hususları aktaran Arslanoğlu, "İyi bir iletişim için ağız sağlığına dikkat ediyoruz" dedi. Arslanoğlu, demokratik örgütlenmelerde çatışmanın kaçınılmaz olduğunu vurgulayarak, çatışmaların önlenebileceğini, iyi bir liderliğin çatışmaları öngörerek önleyici tedbirlerle müdahale edebileceğini söyledi.

#### Disiplin soruşturmaları

Sempozyumun üçüncü gününde dişhekimleri odalarının Disiplin Kurulu başkan ve üyelerinin bilgilendirilmesine yönelik bir oturum düzenlendi. Toplantıya TDB Genel Sekreteri Murat Ersoy, TDB Hukuk Müşaviri Avukat Mustafa Güler ile TDB Yük-

sek Disiplin Kurulu Başkanı Ahmet Ataç katıldı. Disiplin soruşturmalarında yaşanan sorunların ele alındığı toplantıda Disiplin Yönetmeliği ve disiplin cezaları konusunda İdari Mahkemelerin ve Danıştay'ın kararlarından örnekler sunuldu.

#### TDB ve dekanlar ortak toplantısı

Her yıl kongre bünyesinde düzenlenen "TDB Merkez Yönetim Kurulu ve Dekanlar Toplantısı", bu yıl 2 Temmuz 2008 tarihinde, 16 dişhekimliği fakültesinin dekanının katılımıyla gerçekleşti. Dişhekimliği eğitiminin sorunlarının ve çö-

züm önerilerinin tartışıldığı toplantıda, dişhekimliği mesleğinin eğitimi, sunumu ve finansmanı konuları ele alındı. Bu konudaki sorunlara kamuoyunun dikkatini çekmek amacıyla bir basın açıklaması yapılmasına karar verildi. Yapılan açıklamada dişhekimliği-

nin geleceği için eğitim olanaklarının düzenlenmesine, ücretlerin tespitlerinin maliyet analizlerine göre yapılmasına önem verilmesi gerektiği vurgulandı. Ülkenin insan kaynaklarının tamamının üretken hale getirilmesi, mesleği yapan herkesin yaşam koşullarının düzeltilmesi, hekim seçme hakkının tanınması için başta muayenehaneler olmak suretiyle tüm özel kuruluşlardan ağız ve diş sağlığı hizmeti alınması gerektiğinin altı çizildi. Basın toplantısında ayrıca, mesleğe ilişkin kararlarda TDB ve fakültelerin görüşlerinin alınmamasının yarattığı sorunların da dile getirilmesi gerektiği vurgulandı.

Sağlık hizmetlerine özerk denetim





# Dişhekimiği mesleğinin geleceği

**TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyeleri ve Oda Yönetim Kurulu üyelerinin bir araya geldiği toplantıda kamunun muayenehanelerden ağız ve diş sağlığı hizmetleri satın alması için hazırlanan eylem planı tartışıldı.**

TDB Merkez Yönetim Kurulu üyeleri ve Oda Yönetim Kurulu üyelerinin katıldığı “Mesleğimizin Geleceğiyle İlgili Kaygılar ve Beklentiler (Hükümetin Dişhekimiği Hizmetlerindeki Uygulamalarının Yansımaları)” konulu toplantı 30 Haziran - 2 Temmuz 2008 tarihlerinde, Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı, Topkapı A Salonu’nda yapıldı. TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım ve Genel Sekreter Murat Ersoy’un yönettiği toplantıda kamunun muayenehanelerden hizmet satın alması için yapılması gerekenler tartışıldı. Konuyla ilgili çalışma grubunun raporunu ve eylem planını TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Tuncer Taşkın sundu. Toplantının birinci gününde Hükümetin dişhekimiği hizmetlerine yönelik politikalarının muayenehanelerin kapanmasına neden olarak çalışan dişhekimlerinin işçileşme sürecini hızlandırdığına vurgu yapıldı. Bu sürece karşı dişhekimiği mesleğini ve muayenehaneleri toplumun çıkarlarıyla birlikte korumayolları tartışıldı.

## **Kamu koruyucu hizmetleri ihmal ediyor**

Hükümetin ağız ve diş sağlığına bakışının ele alındığı toplantıda şu tespitler yapıldı: “Diş ve diş eti hastalıkları hükümetler tarafından sağlık sorunu olarak kabul edilmiyor. Hükümet toplumun dişhekimiği hizmetleri talebi olmadığını ifade ederek, özelden hizmet almayı düşünmüyor. Kamu, ağırlıklı olarak tedavi hizmetleri vererek koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini ihmal ediyor. Kamu ve özel yatırımların ülkemizin kaynağı olduğunu dikkate almadan, coğrafi dağılımı ve hizmete erişimi sağlayacak düzenlemeler gerçekleştirilmeden izlenen yatırım ve istihdam politikaları muayenehaneleri zor durumda bırakıyor. Hizmet almında merkez, poliklinik ve muayenehane ayrımı yapılarak dişhekimleri-

nin bütünlüğü zayıflatılmak isteniyor.” Bu sürece karşı birlikte hareket etmenin önemini vurgulandığı toplantıda bugüne kadar muayenehanelerin sistem dışında kaldığı, hükümetin de muayenehaneleri sistem dışında bırakmak istediği belirtildi. Muayenehanelerin sistem içine alınması ve sonrasında tedavi hizmet bedellerinin ne olacağı konusunda Oda yöneticileri görüşlerini bildirdiler.

2008 yılı Asgari Ücret Tarifesi konusunda yaşanan sürecin de değerlendirildiği toplantıda TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Tümay İmre, Asgari Ücret Tarifesi konusunda geline nokta hakkında kısa bir bilgi verdi. Tümay İmre 2008 yılı Asgari Ücret Tarifesi’nin Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanması nedeniyle tarifedeki kalemler üzerine Bakanlıkla bir komisyon çalışması yapıldığını, bu çalışmanın sonucunda TDB AÜT ile SUT tedavi kalemlerinin tekleştirilmesini gerçekleştirdiğini belirtti. İmre, Bakanlığın, çalışmada göz ardı ettiği maliyetleri de hesaba katması gerektiğinin ifade edildiğini, bu maliyet kalemleri eklenmediği için TDB AÜT ile SUT rakamları arasında büyük farklar oluştuğunu söyledi.

## **Eylem planı**

Toplantının ikinci gününde Tuncer Taşkın kamunun ağız ve diş sağlığı hizmetlerini muayenehanelerden alması için bugüne kadar yapılan çalışmalarını özetledi ve Eylül ayından yıl sonuna kadar artarak devam edecek eylem takvimini sunarak tartışmaya açtı. Eylem planı çerçevesinde yapılacakları, kamuya, meslek kuruluşlarına, dişhekimlerine, siyasilere, hükümete, teknik uzmanlara, yargı organlarına yönelik başlıkları altında tartışıldı. Özellikle kamuoyu desteğinin dişhekimlerinin mücadelesindeki önemine vurgu yapıldı. Bunun için ağız ve diş sağlığı hastalıklarının bir sağlık sorunu olduğu ve genel sağlıkla ilgili birçok hastalığın etkeninin diş hastalıkları olduğu hakkında bilgilendirme çalışmaları yapılmasının önemi be-

lirtildi. Bunun dışında, sosyal güvenlik şemsiyesi altında yer alan kişilerin sağlık hakkını kullanmaları konusunda bilgilendirilmesi ve mevzuatta yer alan haklarını kullanmaya yönlendirilmesi gerekliliği üzerinde durularak, kamuoyunun bu konuda bilgilendirilmesi için, broşürler, afişler ve gazete ilanlarının hazırlanmasına karar verildi.

**Her yerde eşit oranda dişhekimi!**



TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi  
Tuncer Taşkın



İDO Başkanı Mustafa  
Düşgenciöğlü, İDO Genel  
Sekreteri Aret Karabulut

## 3. Eğitim Kurultayı

**Ülkemizde dışhekimliğinin kuruluşunun 100. yılı nedeniyle, Yüzyıl Kongresi çerçevesinde düzenlenen III. Eğitim Kurultayı'nda mezuniyet öncesi ve sonrasında dışhekimliği eğitiminin sorunları ve çözümleri kapsamlı bir şekilde tartışıldı.**

Ülkemizde dışhekimliğinin kuruluşunun 100. yılı nedeniyle, Yüzyıl Kongresi çerçevesinde, III. Eğitim Kurultayı düzenlendi. 1-2 Temmuz 2008 tarihlerinde düzenlenen III. Eğitim Kurultayı'nda "Ülkemizde dışhekimliği eğitimi" ve "Sürekli dışhekimliği eğitimi" konularında iki çalışma grubu oluşturuldu.

### Ülkemizde dışhekimliği eğitimi

Ülkemizdeki Dışhekimliği Eğitimi Çalışma Grubu'nda Başkan Prof. Dr. İnci Oktay (TDB), Raportör Dr. A. Altuğ Çilingir (TDB), Prof. Dr. Gökhan Alpaslan (Gazi Üni. Dışhekimliği Fakültesi), Prof. Dr. Nil Altay (Hacettepe Üni. Dışhekimliği Fakültesi), Prof. Dr. Özen Doğan Onur (İstanbul Üni. Dışhekimliği Fakültesi), Dışhekimliği Jülide Ağılönü (TDB Öğrenci Kolu), Dışhekimliği Zeynep Aktaş (Marmara Üni. Dışhekimliği Fakültesi Doktora Öğrencisi), Mahir Südeman (Selçuk Üni. Dışhekimliği Fakültesi Öğrencisi) görev aldı.

İki gün süren toplantıda, eğitim bilimlerindeki gelişmelerin dışhekimliği eğitiminde uygulanması konusu "Eğitmcilerin eğitimi programlarının tamamlanması", "Öğrenme öncelikli eğitim modellerine eğitim içinde yer verilmesi", "Multidisipliner ve konu esaslı modüler eğitime geçilmesi", "Ölçme ve değerlendirme yöntemlerinin yenilenmesi" altbaşlıkları altında irdelendi. Uluslararası dışhekimliği standartlarının ulusal koşullara uyum sağlaması için alınması gereken tedbirler konuşuldu. Bunun için dışhekimlerinin uluslararası düzeyde sahip olması gereken yeterlilik alanlarının değerlendirilmesi, dışhekiminin ulusal düzeyde sahip olması gereken yeterlilik alanlarının belirlenmesi, benimsenmesi ve eğitim programının bu alanlara göre yeniden düzenlenmesi gerektiği ve periyodik olarak eğitim programlarının gözden geçirilerek güncellenmesi konusunda ortak karara varıldı. Toplantıda üzerinde fikir



Sürekli Dışhekimliği Eğitimi Çalışma Grubu

birliğine varılan diğer iki madde de üniversite sonrası eğitim programlarında mesleki gelişim ve akademik gelişimin ayrı programlar altında sürdürülmesi, ulusal dışhekimliği eğitimi akreditasyon kurumunun alt yapısının oluşturulması ve ulusal çalışmaların başlatılmasıydı.

### Sürekli dışhekimliği eğitimi

Sürekli Dışhekimliği Eğitimi Çalışma Grubu'nda ise Başkan Prof. Dr. Onur Şengün (TDB SDE Yüksek Kurulu Başkanı), Raportör Dr. Ayşe Koçak (TDB), Prof. Dr. Hakan Akıncıbay (TDB Eğitim Komisyonu Başkanı), Prof. Dr. Serdar Çintan (TDB), Prof. Dr. Semih Özbayrak (TDB Eğitim Komisyonu), Dışhekimliği Pınar Satioğlu (İDO), Dışhekimliği Yavuz Yenidünya (Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdür Yardımcısı), Prof. Dr. Taner Yücel (TDB Dış İlişkiler Komisyonu Başkanı) görev aldı. Çalışma grubu toplantısında Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin yarısında, yeni mezunlara dışhekimliği olarak serbest çalışma izni verilmeden önce belirli sürelerle mezuniyet sonrası staj yapmaları zorunluysen, Türkiye'de mezuniyet sonrası staj zorunluluğu olmadığına dikkat çekildi. Öte yandan Avrupa Birliği ülkelerinde dışhekimlerinin sürekli dışhekimliği eğitimi almasının en azından etik bir zorunluluk olarak görüldüğü, 10 ülkede de yasal olarak zorunluluk olduğu vurgulandı. Sürekli dışhekimliği eğitim kapsamında düzenlenen etkinliklerin de değerlendirildiği toplantıda, bazı etkinliklerde konuşmacıların formasyonunun yeterli olmadığı, ayrıca hasta üzerindeki uygulamaların yer aldığı etkinliklerin hijyenik olmayan ortamlarda yapıldığı saptandı. Sürekli dışhekimliği eğitiminin zorunlu hale getirilmesi için çalışmaların sürdürülmesi önerildi.

Çalışma grupları, raporlarını değerlendirmek için bir araya geldikleri görüşmelerde, insan sağlığı konusunda çalışma yapan bir meslek grubunun hizmette kaliteden taviz veremeyeceğini vurguladılar. Bunun için de dışhekimliği eğitiminin, meslek hayatı boyunca devam etmesi gerekliliği üzerinde ortaklaşarak, bu konudaki güçlükleri yenme konusunda kararlılıklarının altını çizdiler.



Ülkemizdeki Dışhekimliği Eğitimi Çalışma Grubu



# Yüzyıl Kongresi rüzgar gibi geçti



**Türk Dişhekimleri Birliği ve İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nin birlikte düzenlediği Yüzyıl Kongresi'ne, bilimsel dişhekimliğinin kuruluşunun 100. yılı damgasını vurdu.**

**D**işhekimlerinin en büyük mesleki buluşması olarak kabul edilen TDB 15. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi 3-5 Temmuz 2008 tarihlerinde İstanbul'da, Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı'nda yapıldı. Bu yıl ayrıca 2. Pan Avrupa Kongresi de Yüzyıl Kongresi'yle eş zamanlı olarak 4-5 Temmuz 2008 tarihlerinde, Askeri Müze Kültür Sitesi'nde gerçekleşti. Dişhekimliği alanındaki güncel bilgilerin, gelişmelerin ve teknolojik yeniliklerin meslektaşlarımıza aktarılması için düzenlenen kongreye yaklaşık 2500 meslektaşımız katıldı. Yurtdışından ve içinden 84 akademisyenin konuşmacı olarak yer aldığı kongrede dişhekimliğindeki son gelişmelerle ilgili sempozyum, konferans, panel, serbest bildirilerin yanı sıra, muayenehane pratiğine yönelik klinik uygulamalar, dişhekimliği -diş teknisyeni ortak oturumu ve yardımcı personel eğitimi düzenlendi.

Kongrenin vazgeçilmez bileşeni EXPONENTIAL2008 Türk Dişhekimleri Birliği

ve DİŞSİAD ile ortaklaşa düzenlendi. Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı, Rumeli Salonları ve Askeri Müze Kültür Sitesi Ahmet Fethi Paşa salonlarında yaklaşık 4000 m<sup>2</sup> alanda kurulu fuara yurtdışından ve yurt içinden 108 firma katıldı.

### Uluslararası vizyon

Yüzyıl Kongresi 3 Temmuz 2008 tarihinde Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı'nda yapılan açılış töreniyle başladı. Katılımcıların yoğun ilgi gösterdiği törene FDI Seçilmiş Gelecek Dönem Başkanı Dr. Roberto Vienna, ERO Başkanı Patrick Hescot, PAN EUROPA Başkanı ve Rusya Dişhekimleri Birliği Genel Sekreteri Vladimir Sadovski, FDI Geçen Dönem Başkanı Michele Arden, Suriye Dişhekimleri Birliği Başkanvekili Safouh Al-Bunni, Bulgaristan Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr. Nikolai Sharkov, Arabistan Dişhekimleri Birliği Başkanı Faysal Deyyup, Asya Pasifik Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr. Munir Amro, Özbekistan Dişhekimleri Birliği Başkanı Rakhmatullah



**FDI Seçilmiş Gelecek Dönem Başkanı Dr. Roberto Vienna ve TDB Dış İlişkiler Komisyonu ve 100. Yıl Dış İlişkiler Komitesi Başkanı Taner Yücel**





TDB 100. Yıl Organizasyon Komitesi Genel Koordinatörü Prof. Dr. Gülümser Koçak

Nigmatov, KKTC Sağlık Bakanı Dişhekim Eşref Vaiz, KKTC Dişhekimleri Odası Başkanı İzgü Beyar, Sağlık Bakanlığı Tıbbi Hizmetleri Genel Müdür Vekili Doç. Dr. Öner Odabaş, Dişhekim Milletvekili Prof. Dr. Muzaffer Gülyurt ve dişhekimliği fakültesi dekanları ile çok sayıda konuk katıldı.

#### “Bir hayalimiz var”

Açılış töreni “Geçmişten Günümüze Dişhekimliğinin Tarihçesi” konulu sinevizyon gösterisiyle başladı. Hemen ardından kürsüye gelen TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım açılış konuşmasını yaptı. İnsanlık tarihinin özgür, eşit ve adil bir toplum kurma sevdası olduğunu belirten Yıldırım, “İşte biz bu sevdanın bir unsuru olarak yıllardır Türk Dişhekimleri Birliği ve Türk Tabipler Birliği geleneğini sürdürerek, saygın bir meslek, sağlıklı bir toplum ve özgür bir gelecek mücadelesi veriyoruz” dedi. Celal Yıldırım sözlerini, ABD’de ırkçılığa karşı mücadelenin önemli isimlerinden Martin Luther King’in “Bir Hayalim Var” başlığını taşıyan tarihi konuşmasına atıfta bulunarak “Bizim de hayallerimiz var ve gerçekleşmesi için mücadele ediyoruz” diyerek bitirdi. Daha sonra sırasıyla, FDI Seçilmiş Gelecek Dönem Başkanı Dr. Roberto Vienna, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Hasan Meriç, KKTC Sağlık Bakanı Dişhekim Eşref Vaiz ve 100. Yıl Organi-

#### Zafer Dileyici (Afyon)



Kongreyi iyi buldum. Bilimsel program klinik uygulamalar ağırlıklı düzenlenmiş. Beğendim.

#### Armağan Ömür (İstanbul-Beykoz)



Bilimsel sunumların çok güncel olmadığını düşünüyorum. Onun dışında, organizasyonu başarılı buldum.

#### Hatice Kübra Keçoğlu (Kağıthane)



Kongreyi iyi buldum. Yalnız yolları sevmedim. Bilimsel programdan memnunum. Bir de bu kongre 100. yıl olması nedeniyle sanıyorum sürprizlerle dolu. Prof. Dr. Esen Özalp’ın yönettiği “ilaç” panelini izlerken bir kağıt geldi “lütfen plaketimi sen verir misin?” diye. Çok duygulandım. 21 yıllık hekimim, bu sene çok duygulu anlar yaşıyorum.

#### Volkan Karaaslan (İstanbul-Beykoz)



Programı şöyle bir göz atıyorum. Bu tür organizasyonların fevkalade güç hazırlandığını biliyorum. Gerçekten buraya inanılmaz emek verilmiş. Organizasyona katkıda bulunan arkadaşlara teşekkür ediyorum. Ellerine sağlık. Sunumlarda bir parça kusurlar olabilir. Bu problem değil, buna “hoşgörüle bakmak gerekir” diye düşünüyorum.



Stajyer Öğrenci Programı'nda dereceye girenler ödülleri aldılar



Kongre kapsamında yapılan mesleki kurslar da büyük ilgi gördü.

**Erman Aslantürk  
(İstanbul-B. Çekmece)**


Bilimsel dişhekimliğinin 100. yılı olması nedeniyle ilk defa katıldım. Kurslara katılmak istiyordum, ancak kurslar aynı günlere toplandığı için kaçıştı. Bu yüzden kurslara katılmaya vakit bulamadım. Kurs programı biraz dağıtılsa daha iyi olurdu. İlk defa katıldığım için biraz yabancılık çekiyorum ama gayet güzel bir kongre, şu ana kadar her şey yolunda gitti.

**Yıldız Duran Ertaş  
(Muğla)**


İşin doğrusu, daha çok, arkadaşlarımı görmek için geldim. Bu yıl kongre çok kalabalık olduğu için, bundan kaynaklanan sorunlar olduğunu düşünüyorum. Tekne turunda ve öğle yemeklerinde zaman zaman sorunlar yaşanmış. Bilimsel program muayenehane pratiğine yönelik değil. Daha iyi olacağını düşünüyorum.

**Ebru Zenger (İstanbul-Bahçelievler)**


İkinci gün olduğu için fazla yorum yapamayacağım ama, programı muayenehane pratiğine yönelik bulmadım. Kongrenin en güzel yanı, arkadaşlarımı görmek. Bunun için mutluyum.

zasyon Komitesi Genel Koordinatörü Prof. Dr. Gülümser Koçak birer konuşma yaptı. Açılış törenine Mirkelam da iki şarkısıyla katıldı. TDB Başkanı Celal Yıldırım "Sağlık Önce Ağızda Başlar" kampanyasına destek veren sanatçıya teşekkür ederek bir de plaket hediye etti.

**Stajyer Öğrenci Programı**

Türk Dişhekimleri Birliği'nin düzenlediği, DENTSPLY firmasının desteklediği Stajyer Öğrenci Programı'nın bu yıl üçüncüsü yapıldı. Altı kıtada, 35 ülkede gerçekleştirilen programın ödülleri Gala Gecesi'nde düzenlenen bir törenle açıklandı. Programda birinci olan Ankara Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi öğrencisi Nazmiye Sönmez Amerikan Dişhekimleri Birliği'nin San Antonio-Teksa's'da düzenlenecek 149. toplantısına katılacak. Nazmiye Sönmez'in danışmanı Doç. Dr. Erkan Erkmen de 250 Euro ödül kazandı. İkinci Ankara, Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden Bilgenur Şahin 300 Euro

EXPODENTAL 2008'e 108 firma katıldı



ro, üçüncü Konya Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden Mehmet Burak Güneşer de 200 Euro ödül kazandı.

**Genç Bilim İnsanı Ödülü**

Türk Dişhekimleri Birliği bilimsel dişhekimliğinin kuruluşunun 100. yılı olması nedeniyle genç bilim insanlarını desteklemek ve teşvik etmek amacıyla bu yıl bir "Genç Bilim İnsanı Ödülü" oluşturdu. Prof. Dr. Gamze Aren, Prof. Dr. Tülin Arun, Prof. Dr. Sedat Küçükay, Prof. Dr. Atilla Sertgöz, Prof. Dr. Semih Özbayrak, Doç. Dr. Mehmet Yaltrık ve Prof. Dr. Nermin Yamalık'tan oluşan jüri, Gaziantep Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi ve Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Aslı Üşümez'in "Farklı asitler ve Er.Cr YSGG Lazer Sistemi ile pürüzlendirilen diş yüzeylerine porselen laminate veneerlerin makaslama bağlantılarının karşılaştırılması" başlıklı çalışmasını "Genç Bilim İnsanı Ödülü"ne layık gördü. Doç. Dr. Üşümez'in 2000 YTL tutarındaki ödülünü Kongre Kapanış Töreninde TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım verdi.

**Zengin bir sosyal program**

Yüzyıl Kongresi'nin sosyal programında pek çok güzel anlar yaşandı ve ünlü isimler yer aldı. Dünyanın en ünlü futbol hakemlerinden dişhekimisi Markus Merk bu isimlerin en başında yer aldı. Bilimsel programın yorgunluğunu vapurla yapılan Boğaziçi gezisinde atmaya çalışan meslektaşlarımız Boğaz'ın eşsiz güzelliklerini seyrederken eğlenme fırsatı da buldular. Gala yemeğinin ardından Nilüfer'in muhteşem konseriyle çoşan meslektaşlarımız, Ahırkapı Roman Orkestrası'nın ritimleriyle kendilerinden geçtiler.

Yüzyıl Arşiv Komitesi'nin hazırladığı, ülkemizde dişhekimliğinin 100 yıllık birikimi de Askeri Müze ve Kültür Sitesi Ahmet Fethi Paşa Salonları'nda sergilendi. Meslektaşlarımızın katkılarıyla oluşturulan sergide, Türkiye'de bilimsel dişhekimliğinin ilk dönemlerine ait fotoğraflar, diploma örnekleri ve cemiyete ait eski belgeler yer aldı. Bu yıl ayrıca Dişhekimliği Müzesi çalışmalarının bir parçası olarak, dişhekimliğinin 100 yılına ait üniformalar, koltuklar ve birçok ekipman da sergide yerini aldı. Askeri Müze ve Kültür Sitesi'nde fotoğraf sanatıyla ilgilenen meslektaşlarımızın 33 eseri de kongre boyunca salonlarda sergilendi.





Kongre organizasyonu, gelecek yıl İstanbul Dişhekimleri Odası tarafından gerçekleştirilecek. İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu devir teslim bayrağını TDB Başkanı Celal Yıldırım'dan alırken....

## İstanbul 2009

Kapanış töreni, Meslek Sorunları Sempozyumu ve Yüzyıl Kongresi'nin görüntülerinden oluşan sinevizyon gösterisiyle başladı. Kapanış konuşması için sırasıyla kürsüye gelen İÜDF Dekanı Prof. Dr. Hasan Meriç, PAN EUROPA Başkanı ve Rusya Dişhekimleri Birliği Genel Sekreteri Vladimir Sadovski, Prof. Dr. Gülümser Koçak ve son olarak da TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım veda konuşmalarını yaptılar. Törende, kongreye yurtdışından katılan konuklara ve kongreyi sponsor olarak destekleyen firmalara birer plaket verildi. Ardından, kongrede emeği geçenler, TDB Merkez Yönetim, Denetleme, Disiplin Kurulu üyeleri, 100. Yıl Organizasyon Komitesi Genel Koordinatörü Prof. Dr. Gülümser Koçak, Koordinatörler Prof. Dr. Serdar Çintan, Kadir Öğüt, 100. Yıl Organizasyon Komitesi Başkan ve üyeleriyle, 33 Odanın başkanları sahneye davet edildi.

Sahnede İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Düğencioğlu, TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ni düzenlemek üzere, kongre bayrağını TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım ve 100. Yıl Organizasyon Komitesi Genel Koordinatörü Prof. Dr. Gülümser Koçak'ın elinden aldı. Mustafa Düğencioğlu bayrağı teslim alırken, "Zor bir görevi üstlenerek, gururla alıyoruz. Sizleri 2009'da İstanbul'a bekliyorum" dedi. Kapanış töreni, düzenlenen hediye çekilişinin ardından sona erdi.



Kongre'nin ikinci gününde Nilüfer ve Ahırkapı Roman Orkestrası meslektaşlarımıza eğlenceli saatler yaşattı



Sosyal Programın en yoğun ilgi gören etkinliği Boğaz Turu'na beklenenin üzerinde katılım gerçekleşti.

Yüzde 40 ve üzerinde engelli kişiler, engellilik durumunu belgelendirmek koşulu ile sevk almadan, **doğrudan serbest çalışan dişhekimlerine başvurabilir.**

**TEDAVİ  
HAKKINI  
KULLAN!**



**Can Aksoy - Semtek Madikal Genel Müdürü**  
**“Askeri Müze’dekiler üvey evlat”**



Bu seneki fuarda iki bina arasında yine geçen sene olduğu gibi bir kopukluk var. Fuardan önce dağıtılması gereken, firmaları tanıtıcı ve yerlerini gösteren katalog sanırım hazırlanamamış. Sadece el ilanı şeklinde, firmaların nerede olduğuna dair bir broşür var. Bu bir eksiklik. Biz burada hem tanıtım hem satış anlamında yer alıyoruz. Lütfi Kırdar ile Askeri Müze

arasındaki bağlantı kopukluğu da bir anlamda, müzede yer alan firmaların üvey evlat kalmasına neden oluyor. İlk gün bir hareketlenme vardı genel beklentinin aksine. Genel yoğunluk aşağıda. İlk gün Lütfi Kırdar’da, Askeri Müze’de de fuar alanımız var şeklinde bir anons yapılması bunda etkili olmuş olabilir.

**Gökhan Durgun - AB Sağlık Hizmetleri**  
**“Katılım beklentimizin üstünde”**



Katılım oldukça yoğun, hatta beklediğimizin üstünde. Askeri Müze’deyiz, buraya bu kadar yoğun ilginin olacağını düşünmüyorduk. Klima sıkıntımız var, havalandırma yetmiyor. Bunun dışında her şeyden memnunuz.

**Gazanfer Eren - Eren Dış Deposu**  
**“Fuarları önemsiyoruz”**



Fuarın çok yararlı geçtiğini gözlemliyoruz. Katılımın iyi ve umut verici olduğunu düşünüyoruz. Organizasyonu düzenleyenlere teşekkür ederiz.

**Mehmet Çimik - Mira Dış Sanayi**  
**“İnşaat katılımı etkiledi”**



Fuar alanının inşaat sahasına dönüşmesi katılımı etkiledi bizce. Trafik ve park problemi var. Bizimkiler sarf malzemesi ama, ünit getiren arkadaşlar yükleme ve boşaltmada çok sorunlarla karşılaştılar. Diğer yıllara nazaran katılımı yüzde 80 azalma var.

**kongre**

## Türkiye’de yüzyılda dişhekimi sektörü

Ülkemizdeki dişhekimi sektörünün gelişimini çeşitli yönleriyle ele alan “Türkiye’de yüzyılda dişhekimi sektörü” konulu konferans 5 Temmuz 2008 tarihinde, Askeri Müze Kültür Sitesi, 30 Ağustos Salonu’nda gerçekleştirildi. Dişhekimi Kazmir Pamir’in moderatörlüğünü yaptığı toplantıda, İPANA-ORAL B Dış İlişkiler Müdürü Dilhan Durak, DİŞSİAD ve Güney Dış Deposu Yönetim Kurulu Başkanı Ferizan Peker ve Dişhekimi Azra Kırılıç Say birer sunum yaptı.



**İPANA-ORAL B Dış İlişkiler Müdürü Dilhan Durak**

Diş macunu ve diş fırçası teknolojisindeki gelişmeleri aktaran Dilhan Durak, ilk diş macununun 1830’da üretildiğini, sabun ve tebeşirden oluşan diş macununun hammaddesine 1950 yılında florür ilave edildiğini kaydetti. 1990’lı yıllardan itibaren ise diş macunlarında birçok hammadde içeren komple bakım sistemlerinin yer almaya başladığını vurguladı. Konuşmasında diş fırçalarının gelişimiyle ilgili bilgi veren Durak, “1950’de yumuşak uçlu, sadece naylon kılı diş fırçaları üretilirken, 2000’lerde çok daha ergonomik ve fonksiyonlu diş fırçaları üretilmektedir” dedi. Manuel ve şarj edilebilir diş fırçalarında teknolojik gelişimleri aktaran Durak, bu gelişimin ağız ve diş sağlığına katkılarını anlattı.

### Diş depolarının 100 yıllık serüveni

Ferizan Peker ise 1924 yılında başlayan diş depoculuğunun ve depoların tarihini anlattı. Ayak turlu kullanılan diş ünitesinin günümüze nasıl evrildiğini anlatan Peker, dişhekimliğinde kullanılan ekipmanların dışında, malzemelerde de yaşanan değişimi aktardı. Bugün diş depoculuğunun teknolojik gelişim ve ürünlerdeki çeşitlilik nedeniyle farklı bir boyuta ulaştığını ileri süren Peker, bunun dişhekimlerine anlatılması gerektiğini vurguladı.

Ferizan Peker diş depolarının örgütlenme süreciyle ilgili de bilgi verdi. 1998 yılında kurulan DİŞSİAD’ın diş depoculuğunun kurumsallaşması yönünde önemli bir adım olduğunun altını çizen Peker, “Kurumsallaşmış şirketlerin hizmetleri de kalıcı olacaktır” dedi.

“Türkiye’de diş laboratuvarlarının son yüzyılı” başlıklı sunumunda ise Dişhekimi Azra Kırılıç, dişhekimi ve diş laboratuvarları arasındaki ilişkinin önemine değinerek, Türkiye’de diş laboratuvarlarının ve diş teknisyenciliklerinin gelişimini, babası Suat Kırılıç’ın biyografisi üzerinden katılımcılarla paylaştı.



Oturumda, DİŞSİAD ve Güney Dış Deposu Yönetim Kurulu Başkanı Ferizan Peker ve Dişhekimi Kazmir Pamir Türkiye'deki dişhekimliği sektörünü değerlendirdiler.

### Türkiye'de yüzyılda dişhekimliği

Bilimsel dişhekimliğinin 100 yıllık sürecini anlatan konferanslardan biri de 5 Temmuz 2008 tarihinde gerçekleşti. Askeri Müze Kültür Sitesi, Kocatepe Salonu'nda gerçekleşen, "Türkiye'de yüzyılda dişhekimliği" konulu konferansın moderatörü Dişhekimi Kazmir Pamir, konuşmacıları ise Prof. Dr. Emre Dölen ve Prof. Dr. Ahmet Efeoğlu'ydu.

Konferansın ilk konuşmacısı Prof. Dr. Emre Dölen "Dişçi Mektebi'nden Dış Tababet-i Okulu'na" başlıklı sunumunda bilimsel dişhekimliğinin 1908 ile 1933 yılı arasındaki tarihini, Prof. Dr. Ahmet Efeoğlu ise 1933 yılından günümüze tarihini aktardı.

## Benim Zamanımda Dişhekimliği



Kongre'de dünden bugüne dişhekimliğini ele alan oturum, Prof. Dr. Sedat Küçükay'ın başkanlığında, Prof. Dr. Ercüment Konukman, Dişhekimi Kevork Salmaslıoğlu ve genç dişhekimi Hamza Dayıoğlu'nun katılımıyla 4 Temmuz'da Anadolu Oditoryumu'nda gerçekleştirildi. "Benim Zamanımda Dişhekimliği" temasıyla açılan oturumda katılımcılar kendi dönemlerindeki dişhekimliği eğitimini, kullandıkları araç ve gereçleri, dişhekimliğinin toplumsal algısını değerlendirdiler. Anekdotlarla zenginleşen oturumda Türkiye'de bilimsel dişhekimliğinin gelişmesine katkıda bulunan, binlerce öğrenci yetiştiren ve bugün aramızda olmayan çok değerli isimler de anıldı. Oturumun en kıdemli üyelerinden Prof. Dr. Ercüment Konukman, 1952-53 yılında mezun olduğu dişhekimliğinin teknolojik

### Beril Balca - 3M ESPE

## "Lütfi Kırdar doğru mekan"



Fuar bu sene daha profesyonel. Görsel olarak daha etkileyiciydi. Bazı oturumlara katıldım, konuşmacılar da gayet iyiydi. Geçen seneye göre, standlarda dolaşan hekim sayısı tatil sezonu olması sebebiyle az gözüküyor. Kongre genellikle Haziran ayında oluyordu. Bu sene Temmuz başına sarkınca hekimler de zamanlamadan etkilenmiş olabilirler. Lütfi

Kırdar çok güzel bir mekan ferah, düzenli, merkezi. Üstelik hem firmaların hem de hekimlerin alıştığı bir yer. Dişhekimliği kongresiyle de çok iyi örtüşüğünü düşünüyorum.

### Gonca Delipınar - Biyonet 3I

## "Nabız tuttuk"



Fuar çok canlı, insanların ilgisi çok yüksek. Biz çok faydalı olduğumu düşünüyoruz. Burada herkese aynı anda ulaşabildikleri güzel bir ortam yaratmışlar. Türkiye'nin dört bir yanından gelenler var. Hatta Arabistan'dan bile gelenler oldu. Ben açıkçası fuar katılımcıları arasında uluslararası bir kapsam beklemiyordum. Biz piyasaya

yeni girmiş bir firma olduğumuz için bu çeşitlilik hoşumuza gitti doğrusu. Özellikle değişik bölgelerden hekimlerin talep ve beklentilerini anlamamız açısından bir fırsat oldu bu fuar.

jik bakımdan bugün ulaştığı noktayı nükteli bir biçimde şöyle ifade etti: "Bizim zamanımızda hastaların kucaklarına bir motor verirdik, onunla yapardık işimizi. Bu fuarda gördüğüm aletler ise çok gelişmiş, hatta itiraf edeyim bazılarını ilk başta mutfak aletleri sandım." Meslek hayatının yarısını akademisyen, yarısını da siyasete adanmış bir isim olan Prof. Konukman, Türk Dişhekimleri Birliği'nin kurulması sürecinde meslektaşlar arasında yaşanan ikileme de değindi ve "Benim imzama çıkan TDB Kanunu'ndan iftihar ediyorum" dedi.

Oturumun çiçeği burnunda mezunu Dişhekimi Hamza Dayıoğlu da, teknoloji ve bilimsel açıdan çok hızlı bir dönemde öğrencilik yaşadıklarını, bazen 1. sınıfta öğrendiklerinin 5. sınıfa geldiklerinde çoktan geride kaldığını söyledi. Bu açıdan şanslı olmakla birlikte, kıdemli meslektaşlarına göre daha zorlu bir dönemde olduklarını ifade etti. Oturum başkanı Prof. Dr. Sedat Küçükay da, "Geçmiş dönemde dişhekimlerinin olanakları kısıtlı, araç-gereci yetersizmiş ama gerçekten iyi kazanıyorlarmış. Bugün yeni mezunların teknolojik açıdan hiç sorunları yok, malzemeleri var ama tedavi edecek hasta bulamadıkları için para kazanamıyorlar" diyerek kuşaklar arası dişhekimliğinde değişen gündemi özetledi.



# Kadın dışhekimleri çoğalıyor

**Yüzyıl Kongresi'nde dışhekimliğinin sosyal yönünü de büyüteç altına alan paneller düzenlendi. "Dışhekimliğinde Kadın" temalı panelde kadınların dışhekimliği mesleğindeki yeri, karşılaştıkları zorluklar, ekonomiye, yönetime katkıları, aile hayatında yaşadıkları sıkıntılar ele alındı.**

Yüzyıl Kongresi'nde bilimsel kongrelerin yanı sıra dışhekimliği mesleğini farklı yönlerden ele alan paneller de gerçekleştirildi. Bunlardan biri de 3 Temmuz 2008 tarihinde düzenlenen "Dışhekimliğinde Kadın" konulu toplantıydı. Dünyada ve ülkemizdeki kadınların dışhekimliği mesleğindeki yeri, karşılaştıkları zorluklar, ekonomiye, yönetime katkıları, aile hayatındaki sıkıntılar vb. konulara yer verilen toplantıda Prof. Dr. Gülçin Bermek moderatörlüğünde, FDI Geçmiş Dönem Başkanı Dr. Michele Arden ve Dışhekim Ayten Yıldırım birer sunum yaptı.

## **Dünyadaki kadın dışhekim oranı %58**

FDI'nın ilk ve tek kadın başkanı olma sıfatıyla konuşan Dr. Michele Arden Türk kadınlarının dünya kadınlarından önce seçme ve seçilme hakkına Ulu Önder Atatürk sayesinde kavuştuğunu ve bu nedenle şanslı olduğunu vurguladı.

Dışhekimliği mesleğinin giderek kadınlaştığına dikkat çeken Arden, "Dünyada %52 oranında kadın dışhekim var, peki kadın ve erkek dışhekimisi arasında fark var mı? Belki uzmanlık alanlarında bir tercih farkı var. Mesela cerrahi alanlarında %5 oranında kadın dışhekimisi varken, pedodonti, ortodonti gibi alanlarda bu oran artıyor. Ama erkek dışhekimlerine oranla %20 daha az kazanıyorlar. Batı Avrupa'da kadın dışhekimisi oranı %20,



İskandinav ülkelerinde %50 iken, bu oran 90'lı yıllarda artık Batı Avrupa'da %50 oranlarına ulaşmış durumda" dedi.

## **Mesleğe Geri Dönüş Programı**

Komisyonlarda kadın üye olmaması, erkeklerin kadın sorunlarını bilmemeleri, toplantıların kadınların katılabileceği saatlerde olmaması gibi nedenlerin kadın dışhekimlerinin yönetim organlarına katılımını engellediğini söyleyen Arden şunları ilave etti: "Ayrıca kadınların evdeki sorumlulukları, çocuk doğurma, çocukların büyümesi sırasında mesleğe ara vermeleri mesleğe dönüşte de zorluklara neden olabiliyor. Bu nedenle, mesleğe geri dönüş programlarının yapılması, bu dönemdeki maddi kayıpların karşılanabileceği bir sistemin var olması çok önemli. Mesleğe geri dönüş programı kapsamında bilgi geliştirici ve güncelleştirici kurslar İngiltere'de düzenlendiğinde dört yıllık bir bekleme sırası oluştu. Bu da demek oluyor ki, böyle bir program gerçek bir ihtiyaç. Yine İngiltere'de normal emeklilik 35 yılsa, kadının bir çocuk sahibi olması durumunda bu süre 33 yıl, iki çocuk sahibiyse 31 yıl oluyor. Bunun uygulanması kolay olmuştur, fakat uygulanması mümkündür. Nobel ödülü alanların ancak %3'ü kadın. Kadınların liderlik konusundaki engelle-

ri yalnızca kendileri olmalı. Kadın olup başarmanın yolu denge ve zamanlamadan ve yapılan işin çok iyi yapılmasından geçiyor."

## **Meclisteki kadın nüfusu az**

Dışhekim Ayten Yıldırım da Türkiye'de politikaların kadın üzerinden yapıldığını, eğitimsizliğin ve töre cinayetlerinin baş kahramanlarının kadınlar olduğunu, kadınların toplumda gerçek yerlerini henüz alamadığından söz etti. Kadın sayısının mecliste, akademik yaşamdan daha az olduğunu, çalışan kadının kazanç oranının daha düşük olduğunu dile getiren Yıldırım sunumunda kadın dışhekimleriyle ilgili bazı oranlara yer verdi. Bu oranlara göre,

Dünyada kadın dışhekimleri	%20
Avrupa'da kadın dışhekimleri	%69
Türkiye'de kadın dışhekimleri	%41

Dekanlar	%17 kadın, %83 erkek
Öğretim üyeleri	%49 kadın, %51 erkek
Dışhekimlerine katılımı	%41 kadın, %59 erkek

Yönetime katılan kadın oranı ise çok az. Toplantıda kadınların hayatın her alanında var olması ve yönetimde de seslerini duyurabilmeleri gerekliliği ortaya çıktı.



**Dişhekimi ve futbol hakemi Marcus Merk:**

# “Kararlılığınız karşınızdakini etkiler”

**Dünyanın en ünlü futbol hakemlerinden Dişhekimi Markus Merk Yüzyıl Kongresi'nin en ünlü simasıydı. “Benim en önemli başarım 20 yıl boşunca bu işi iyi bir şekilde yapmış olmamdır” diyen Merk'in 4 Temmuz 2008 tarihinde yaptığı “Karar Anı” başlıklı konuşmasının özetini okurlarımızla paylaşıyoruz.**

“Karar anı daima göz temasıyla başlar. Fakat insan yanlış karar da verebilir. Churchill, ‘Düşmek ayıp değildir, ayıp olan kalkmamaktır’ demiş. Temel değerler çok önemlidir. Her bitki, ancak kökü kadar sağlamdır.

Futbol her yaştan, her ulustan, her cinsten insanı bir araya getiren, mükemmel bir spordur. Kadınların da futbola giderek daha çok ilgi göstermesi açıkcası beni çok sevindiriyor. Spor bize çok büyük değerler kazandırır. Size bir örnek vermek istiyorum; Amerikalı kadın sporcu Wilma Rudolph, çok yoksul bir ailenin çocuk felci geçirmiş çocuğuyken yılmadı, büyük bir iradeyle çalıştı ve sonunda olimpiyatlarda atletizm dalında bir sürü altın madalya kazandı. İşte bu kadın müthiş bir örnektir. İradenin, insan gücünün simgesidir.”

## **Neden hakem oldum?**

“Kaiserslauten’de küçük bir çocukken bile, futbolculardan ziyade, hakemlere imrendim, onlar gibi olmak istedim. Çünkü o insanlar büyük bir sorumluluk taşıyor diye düşünürdüm.

Karar verirken üç aşama vardır: Saptamak, iletmek ve uygulamak. Hakemlikte de, dişhekimliğinde de dinlemek çok önemlidir. Her iki meslekte psikolog gibi olmak zorundayız, çünkü insanlarla çalışıyoruz. Esneklik göstermek, dostluk kurmak ve güven oluşturmak zorundayız. Futbolcunun, ‘Bu hakem beni bir insan olarak seviyor ve koruyor’ diye düşünmesini sağlayamazsanız bir gerginlik anında onları yatıştırıramazsınız. Aynı şey dişhekimliği hastaları için de geçerlidir. Ben her bir oyuncunun huyunu gayet iyi tanır, buna göre davranırım. İnsanlar birbirinden berraklık ve nasıl davranacağı konusunda kolay tahmin edilebilirlik bekliyor. Kararınızın berrak ve çabuk olması gerekiyor ve de en önemlisi kararınızın arkasında durmalısınız. Çabuk karar vermeniz karşınızdakini şaşırtır ve etkiler.”

## **Doğru karar verme kuralları**

“Ben sadece topu değil, çevreyi, insanların yüzlerini de gözleirim. Örneğin, topun auta mı yoksa kornere mi çıktığını net görmediğim bir durumda, topa son kez dokunmuş oyuncunun yüzüne bakarım. Eğer topu kendi takımı için kötü bir yere atmışsa, yüzünde moral bozukluğunu gösteren bir ifade belirir. Ve buradan sonucu çıkarırım.”



## **Benim “Doğru Karar Verme Kurallarım” şunlar:**

- Asla kendi kişiliğine aykırı karar verme, ama başkalarını da göz ardı etme.
- Aklını ve duygularını dinle.
- Çevreni gözle ve çevrenle ilgili ol.
- Hızlı ve berrak karar ver, ama çok acele etme.
- Heyecanlı tepkiler karşısında daima sakin ol.
- Soğukkanlı davran, ama konsantrasyonun tam olsun ve tutarlı ol.

## Avrupa Dişhekimleri Konseyi (CED) Başkanı Orlando Monterio Da Silva:

# "Hekimlik ticari düşünceyle bağdaşmaz"

Orlando Da Silva, dişhekimlerine getirilen belli bir sürede belli bir tedaviyi yapma zorunluluğunun, hekimlerin doğru tedaviyi uygulamaları ve kaliteli hizmet sunmalarının önündeki en büyük engeller olduğunu söylüyor.



**M**eslek Sorunları Sempozyumu'nda Avrupa Birliği'nde Dişhekimliği Eğitimi konulu bir konuşma yapan, Avrupa Dişhekimleri Konseyi (CED) Başkanı Orlando Monterio Da Silva Avrupa ülkelerinde dişhekimliği alanındaki gelişmeleri değerlendirdi.

**Sermaye gruplarının, başta Avrupa olmak üzere, dünya genelinde dişhekimliği hizmetlerini vermek istemeleriyle ilgili ne düşünüyorsunuz?**

Böyle bir trend global olarak şu anda var. Medikal sektörden sonra dişhekimliği sektöründe de karşımıza çıkmaya başladı. Tüm sağlık sektöründe bunlar ciddiyetle izlenmekte. Burada önemli olan, hasta hekim ilişkisine kimsenin karışmaması. Deontolojik sınırlar içinde doğru işler yapıldığında bunun önüne geçmek çok kolay görünmüyor ama eğer bu sayıda bir artış olursa, mesleğimizin geleceği anlamında ileride bir tehlike olarak karşımıza çıkacak.

**İngiltere'de çeşitli yerlerde diş tedavi üniteleri açan bir sermaye grubu var. Başta AB ülkelerinden çalıştırmak üzere hekim alıyor. Çünkü İngiltere harici ülkelerde işgücü ucuz. Etik anlamda bu duruma nasıl bakmalıyız?**

Her ne kadar bu bir özel yatırım işi olsa da, hekimlerle hastalar arasındaki ilişkiye başka birinin girmesini engellemeli-

yiz. Bu iletişimde bazı üçüncü şahıslar tedavinin planlanmasında ve hekimin seçiminde hastanın karar mekanizmasını etkilerse bunlar olumsuzluk olarak düşünülebilir. Yani biz dişhekimliği hizmetleri ihtiyacı olanlara karşı ticari olarak sunulan bir noktada düşünüyorsak, yanlış bir yoldayız demektir. Bu şekilde düşünün yanlış bir meslek seçmiştir bana göre. Biz tedavilerin sunumunda bunun arka planda kalması gerektiğini düşünüyoruz. Ulusal sağlık sigortası sistemleri içerisinde, tüm Avrupa'da genç dişhekimleri ucuz maaşlarla çalıştırılıyor ve bu ticari kuruluşların sahipleri dişhekimî değil. Yani burada dişhekimlerine belli hedefler koymak, belli sürelerde belli tedavileri yapmaya zorlamak bence yanlış bir şey ve en önemlisi de belli bir tedaviyi belli bir sürede yapma zorunluluğunu hekimlerin önüne koymak olduğunu düşünüyorum. Eğer hekime yeterli tedavi zamanını tanımazsanız doğru tedaviyi uygulamak için kaliteden ödün verirsiniz. Bu çok kötü olur.

Toplantıdaki konuşmamda dile getirdiğim gibi, "Liberal düşünceyle dişhekimliği servislerinin sunumunu ticari düşünce içinde yapmak doğru değil." Benim düşüncem bir noktada, dişhekimlerinin bir araya getirilerek bir yapı oluşturulması. Başkasının gelip onları birleştireceği bir yapı yerine, kendilerinin birleştiği bir yapı olması.

**Uzun vadede dişhekimleri için beraber çalışılan toplu çalışma yerleri mi, yoksa iki, üç kişilik klinikler şeklinde mi çalışma öneriliyor?**

Avrupa'da her alanda bir moda gibi büyük, daha büyük, çok daha büyük yapılar görüyoruz şu anda. Yani ucuzu tercih eden insanlar olsa da, benim için her zaman için kalite ön planda.

**Avrupa ülkelerinde hizmetin tekelleşmesine çeşitli kısıtlamalar getiriliyor. Üstelik de ticari faaliyet esnasında uygulanan bir koruma tedbiridir... Aynı şeyi bizim mesleğimizde düşünüyoruz...**

Sağlık ticari bir işlem olmadığı gibi, belli kurallarının da olması gerekiyor. Bu işletmeler düşük ücretlerle çalışacaklar, hekimin çalışması, iş üretmesi konusunda alt ve üst sınırları olacak, yatırılan paranın karşılığında, olabilecek en üst seviyede kârlılık istenecek. Ben negatif olarak bakıyorum; bu bizim düşünmemiz gereken bir sorun..

**Şu anda Avrupa'daki durum nedir?**

Benim gördüğüm kadarıyla, meslektaşlarımızdan çoğu bir veya iki koltuğu olan kliniklerde çalışıyor, ancak kiralar, yardımcı eleman ücretleri, demirbaş yatırımların, sarf malzemelerinin pahalılığı, vb. sebeplerle karşı tarafta (toplu çalışma birimleri) ciddi bir yükseliş var.

**FDI Seçilmiş Gelecek Dönem Başkanı Dr. Roberto Vienna:**

# "Mevcudu verimli kullanmak gerek"



**Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI) Seçilmiş Gelecek Dönem Başkanı Dr. Roberto Vienna, ağız ve diş sağlığı konusunda bütün dünyada yeni yapılar kurmak ve buralara yatırım yapmak gibi bir eğilimin sürdüğünü ancak mevcut klinikleri daha verimli kullanarak sorunlara çıkış aramanın yerinde bir adım olacağını söylüyor.**

**T**üm dünyada dişhekimlerinin ortak sesi olan FDI Seçilmiş Gelecek Dönem Başkanı Dr. Roberto Vienna, Yüzyıl Kongresi kapsamında konuk olduğu İstanbul'da global ölçekte dişhekimliğindeki eğilimleri değerlendirdi ve farklı ülkelerdeki uygulamalardan söz etti.

*Sağlık alanında yaşanan yeni gelişmeler ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde önemli bir dönüşüme yol açtı. Dişhekimliği hizmetleri sunulan birimlerde, kamuda merkezileşme, özeldede büyük sermaye birikimiyle kurulan toplu çalışma birimleri oluşmaya başladı. Dünyada ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumunda bu tür bir değişimden söz etmek mümkün mü?*

Bu sadece Türkiye'de olan bir şey değil. Bütün dünyada böyle bir trend devam ediyor. Mevcut klinikleri daha verimli bir şekilde kullanmak yerine, yeni yapı-

lar kurmak ve buralara yatırım yaparak para harcamak çok doğru bir şey değil. Mesela Portekiz'de şu anda bir "Çek Sistemi" geliştirdiler. Herhangi bir muayenehaneye giden yaşlılar, hamileler ve çocuklar aldıkları tedavinin karşılığında hükümetten aldıkları çekleri hekimlere veriyorlar. Hekimler bu şekilde kendi muayenehanelerinde verdikleri hizmetin karşılığını bir şekilde almış oluyorlar. Sistem şöyle işliyor: Bu grupta olan hastalar internete girip devletle bu konuda anlaşma yapmış olan hekimlerin listesini görüyorlar. Bu listedeki dişhekimlerinden, tercih ettiklerine gidip tedavilerini alıyorlar ve devlet de sisteme dahil olan dişhekimlerine tedavi ücretlerinin karşılığını veriyor. Bu şekilde, hükümet büyük hastanelere yatıracağı paradan asıl hizmet bekleyen kitlelere para ayırma şansını elde etmiş oluyor.

*Sermaye gruplarının ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelmesi dişhekimli-*

*ğini nasıl etkiledi?*

Bu firmaların amacı ağız ve diş sağlığı hizmeti sunmak değil, kâr etmek. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerini bir ticaret olarak görüyorlar. Bu kuruluşlarda belli periyotlarla, belli puanların tamamlanması esasına dayanılarak sunulan tedavilerde tabii ki, toplum ağız ve diş sağlığı ve koruyucu hekimlik ön planda olmuyor; bunun doğru bir trend olduğunu düşünmüyorum.

*Bu süreçte ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi ve dişhekimlerinin sorunlarının çözülmesi açısından FDI olarak ortak bir politikanız var mı?*

FDI, hem Dünya Sağlık Örgütü hem uluslararası birlikler hem de hükümetlerle bağlantılı olarak bu politikaların zararlarını anlatıyor. Tabii ki, bu çalışmalarımızı ulusal birliklerle de yapıyoruz. Dişhekimlerinin sesi olarak görevimiz dişhekimlerinin sorunlarını gerekli mercilere iletmek.





## Bulgaristan Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr. Nikolai Sharkov:

# “TDB AB’yle yakın markajda olmalı”

**Dr. Nikolai Sharkov, kamunun muayenehanelerden hizmet satın alması için büyük çaba gösteren TDB’nin, yürüttüğü proaktif ve etkin siyasetten ötürü Avrupa Birliği Konseyi’nde gözlemci olarak yer alması fikrinin gündeme geldiğini söyledi.**

**T**ürk Dişhekimleri Birliği’nin düzenlediği kongre kapsamında gerçekleştirilen sempozyumda, son yıllarda sağlık alanında yaşanan hızlı dönüşümün dişhekimliği hizmetlerinde yol açtığı sorunlar görüşüldü. Bulgaristan Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr. Nikolai Sharkov’la, Bulgaristan’da sağlık alanında yaşanan değişimlerin dişhekimliği hizmetlerine yansımalarını konuştuk.

***Bulgaristan’da da son 10 yılda sağlık sisteminde köklü dönüşümler yaşandı. Bu değişim dişhekimliğine nasıl yansdı?***

Bulgaristan’da sağlık sistemi 1999’da kuruldu. Bu sağlık sistemi tıp hizmetlerinde her şeyi kapsıyor ve sistemin içinde ufak bir dişhekimliği paketi de var. Paketleri iki ayrı bölümde inceliyoruz. Daha geniş kapsamlı hazırlanan ilk paket çocuklar için, diğeri de 18 yaşın üzerindeki yetişkinler için. 18 yaşına kadar

olan her çocuğun Bulgaristan’da yılda bir kez muayene hakkı var ve dört ayrı tedavi hizmetinden yararlanıyor. Bu tedaviler dolgu, endodonti, kalıcı ve geçici dişler için endodonti tedavileri ve çekimler. 18 yaşın üstündeki bireylerde ise daha dar kapsamlı bir paket söz konusu. Yılda bir kontrol ve iki aktivite. Bu bir dolgu, bir çekim, iki çekim veya tersi olabilir. Özetleyecek olursam şu andaki sağlık sistemi içerisinde dişhekimliği alanındaki karşılanan hizmetler çok düşük. Ülkemizde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak içinde dişhekimliği hizmetlerine ayrılan pay sadece %4 ve bu 17 milyon LEVA (Bulgaristan para birimi) anlamına geliyor.

***Bu hizmetlerde vatandaş cebinden ne kadarını ödüyor?***

Bulgaristan Dişhekimleri Birliği bütçenin ve tedavi hizmetlerinde kabul edilen prosedürlerin de artırılması yönünde çalışmalar yapıyor. Bu konuda özellikle 18 ya-

şın üzerindeki bireylerde tedavi kapsamının genişletilmesi için çalışmalar sürüyor. Şu ana kadar bir kazanımımız olmadı. Öncesinde çocuklar için tedavi paketi 18 yaşın üstündekilerle aynıydı. Ancak, Bulgaristan Dişhekimliği Birliği’nin yaptığı çalışmalarla çocuklara yönelik tedavinin kapsamının genişletilmesi sağlandı. Yetişkinler ve çocuklar için yapılan ödemelerde devletin desteği farklı. Çocuklara yönelik tedavinin %100’ünü devlet destekliyor, yetişkinlerde ise bu oran %70 olarak ödeniyor. Burada bir noktanın altını çizmek istiyorum: Her hasta istediği dişhekimine tedavi olabilir. Hekim seçme konusunda özgürler ve her yerden tedavi hizmeti alabilirler.

***Peki fiyatları kim belirliyor?***

Geçtiğimiz günlerde, 2009 yılında sağlık sistemindeki dişhekimliği hizmet bedelleri için görüşmelere başladık. Sağlık Bakanlığı ve Dişhekimleri Birliği her sene dişhekimliği hizmeti fiyatları üzerine pa-

zarlık yapıyor ve bunun sonunda, bir sene sonra yürürlükte olacak fiyatlar belirleniyor. Ardından Bulgaristan Dişhekimleri Birliği bir Genel Kurul topluyor. Bu Genel Kurul'da Birliğin ve Sağlık Bakanlığı'nın üzerinde anlaştığı tedavi fiyatlarını kabul ediyor veya reddediyor.

### **Rakamlar Genel Kurul tarafından kabul edilmediğinde ne oluyor?**

Bugüne kadar böyle bir şey bir kez oldu. Dişhekimleri Birliği'nin fiyatların belirlenmesi prosedürüne dahil ve belirleyici olması çok önemli. Eğer birlik bu komisyonun içinde yer almazsa hükümet her zaman tek taraflı olarak tedavi fiyatlarını çok daha düşük belirleyecektir. Bu da ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kliniklerin finansal yapısını zora sokacaktır.

### **Sistemi hizmet alıcılar açısından da değerlendirebilir misiniz? Halkın ağız ve diş sağlığı hizmetlerine talebini nasıl etkiledi bu sistem?**

Tabii ki halk bu sistemi protesto ediyor. Aslında ulusal sağlık sisteminin hastanın haklarını savunması gerekir. Ancak uygulamada Bulgaristan Dişhekimleri Birliği ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde tedavi kapsamının genişletilmesi için çaba gösteriyor. Ulusal sağlık sistemi de sürekli bu paketi sınırlamaya çalışıyor. Gerçek şu ki, Bulgaristan Dişhekimleri Birliği hastaları savunuyor ve halk da bunun farkında.

### **Türkiye'de de sağlık alanında hızlı dönüşümler yaşandı ve bu durum dişhekimliği hizmetlerine de yansdı. Bir tarafta büyük sermaye grupları dişhekimliği hizmetlerinde yer alma çabaları içindeyken diğer yandan muayenehaneler de yok olma tehlikesiyle karşı karşıya. Ülkenizde de aynı gelişmeler söz konusu mu?**

Bulgaristan'da 8 bin dişhekimisi var. Nüfusumuz ise 7 milyon. Bizim de sınırlarımıza bu trend gelmeye başladı. Avrupa Birliği'ne dahil bir ülkeye ait bir şirketin ülkemizde böyle bir yer açmasına engel bir yasa şu anda yok. Avrupa Birliği'nin bakış açısından iki yıl önce tıp ve dişhekimliği hizmetleri AB direktifleri arasından çekildi. Hazırlanan yeni direktifler Avrupa Dişhekimleri Konse-

yi'nden geçecek. Bu konsey, Avrupa Birliği tarafından 1969'da, dişhekimliği hizmetleri konusunda AB danışmanlığını yürütmek üzere kuruldu. Komisyon buradan gelen görüşler doğrultusunda kararlar alıyor. Biz bu problemi aslında orada görüşüyoruz. Tanınmış bir şirket olan Kodak şu anda Avusturya'da dişhekimliği klinikleri açma faaliyetleri içinde. Kozmetik alanında zincirlere sahip bir firma olan BOOTS, İngiltere'de dişhekimliği klinikleri açmaya başladı. Bu, dişhekimliğinin globalleşmesi, fiyatlarda damping ve düşük kalite anlamına gelir. Örneğin Dr. Sözkas veya Prof. Dr. Akkaya'nın kliniğine gittiğinizde, Prof. Dr. Akkaya veya Dr. Sözkas'ın şahsına gidiyorsunuz. Ama "BOOTS" adı altındaki şirkete gittiğinizde size "iki no.lu odaya girin" diyorlar. Orada hekimin kim olduğunu bilmiyorsunuz, tedavi olup çıkıyorsunuz. Avrupa Birliği Konseyi de yakında bu konuda çok ciddi bir pozisyon alacak.

deklare ettiler. Anlıyorum ki, Türk Dişhekimleri Birliği bu konuda savaşacak. Tek başına mücadele ederse başarılı olabilir ama komşu ülkelerdeki meslek birlikleriyle bu mücadeleyi birlikte yürütürse çok daha büyük başarılar elde edebilir. Birleşmeler ve birlikte hareketler gücümüzü arttırmamızı sağlar. Bu fikir Balkan Dişhekimleri Birliği (BASS) ve Avrupa Dişhekimleri Konseyi içinde gündeme gelmeli. Buraya geldiğinde ben size elimden geldiği kadar destek olacağım.

### **Ekleme istediğiniz başka bir şey var mı?**

Şu anda biz ulusal çapta, 0-18 yaş grubuna yönelik çocuklarda görülen ağız hastalıkları konusunda bir proje geliştireyoruz. Sağlık Bakanlığı'yla birlikte yürütülen bu çalışmada Bulgaristan Dişhekimleri Birliği lokomotif ve Avrupa Birliği Sağlık Konseyi'ne de bu proje sunulacak. Dünya Sağlık Örgütü'nün konuyla

**Bulgaristan Dişhekimliği Birliği'nin yaptığı çalışmalarla çocuklara yönelik tedavinin kapsamının genişletilmesi sağlandı. Çocuklara yönelik tedavinin %100'ünü devlet destekliyor, yetişkinlerde ise bu oran %70 olarak ödeniyor.**

### **Türk Dişhekimleri Birliği muayenehanelerden hizmet satın alınması için büyük bir çaba gösteriyor ve Kongre kapsamında düzenlenen sempozyumda da etkinlikler gerçekleştirme kararı aldı. Avrupa ölçeğinde ortak bir eylem programı oluşturmak mümkün mü?**

Çok güzel bir fikir. Bu nedenle, Dış İlişkiler Komitesi'ndeki meslektaşlarımızla yaptığımız sohbetlerde, TDB'nin Avrupa Birliği Konseyi'nde gözlemci olarak yer almasının önemli olduğundan bahsettik. Çünkü Bulgaristan adaylık sürecinde orada gözlemci olarak yer alıyordu. Detaylarına şimdi girmek istemiyorum ama ülkemizde bir dönem bir sorunumuz oldu. Bunu Avrupa Birliği Konseyi'ndeki meslektaşlarımızla paylaştığımızda oradaki tüm dişhekimleri Bulgar dişhekimlerinin arkasında olduklarını

ilgili Mayıs 2007'de aldığı kararlarla uyumlu olarak bu projeyi geliştirdik. Bu, Türkiye'nin de altına imza attığı bir karar. Çok önemli bir sözleşme, çünkü unutulmuş, görülmeyen hastalıklar sepetinden bu hastalığı çekip çıkarıyor ve ağız hastalıklarını sosyal anlamda kanserler kadar önemli bir noktaya taşıyor. Sözleşmede diyor ki: Hükümetler ülke-lerindeki ağız ve diş sağlığı hastalıklarıyla ilgilenmeli, önemsemeli ve ulusal koruyucu hekimlik projeleri oluşturmalı. Bu kararın altına imza atan ülkeler çürük riskini ve periodontal hastalıklar ile ağız diş sağlığı hastalıklarını azaltmak için çalışmalar yürütmek zorunda.

Türkiye ve Bulgaristan'ın da dahil olduğu 133 ülke bu sözleşmeyi imzaladı. Hükümetler sözleşmeyi imzalayarak hayata geçireceklerini de kabul etmiş oluyorlar.

# “Tam Gün” Yasa Tasarısı’yla Hekimler işçileştiriliyor

**Konunun tarafı olan meslek örgütlerine danışılmadan hazırlanan “Tam Gün” Yasa Tasarısı sağlık çalışanları için hak kayıplarına yol açıyor. Özel ve kamu ayrımı yaparak hekimler arasında ayrıcalık yaratan, sağlık çalışanlarını performansa dayalı ücret sistemiyle yeni bir kısır döngü içine sokan, muayenelerin kapanmasına, hastaların mağdur olmasına ve doğal olarak hizmet kalitesinin düşmesine sebep olabilecek tasarının, ilgili tarafların görüşleriyle yeniden kaleme alınmasında fayda var.**

**S**ağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı’yla ilgili süreç sağlık çalışanları tarafından kaygıyla izleniyor. Daha önceki yıllarda da uygulanmaya çalışılan ama başarıya ulaşmayan Tam Gün süreyle çalışma, ilke olarak doğru bulunmakla birlikte Hükümet’in bugüne kadar yapmış olduğu uygulamalar, söz konusu tasarıdaki eksiklikler ve çelişkiler göz önüne alındığında tümüyle destek vermeyi olanaksızlaştırıyor. Ayrıca bu tasarının hazırlanma sürecinde de Hükümet’in daha önceki uygulamaları gibi meslek örgütlerinden görüş sormaması ya da verilen görüşleri dikkate almaması “konunun doğrudan ilgilileri olan sağlık çalışanlarına rağmen” bir girişim olduğu kanaatini güçlendiriyor.

İstanbul Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri Aret Karabulut’a özellikle muayenehane hekimliği ve dişhekimliğini sistem dışı bırakan Tam Gün Yasa Tasarısı’yla ilgili görüşlerini sorduk.

## ***Tam Gün Yasa Tasarısı değişik kurullarda çalışan hekimleri nasıl etkileyecek?***

Hazırlanan yasa tasarısıyla kurumlar arası farklılıklar yaratıldığını görüyoruz. Oysa eşitlik aynı işi yapan aynı statüdeki kişiler için söz konusudur. Sağlık Bakanlığı, “kamuda çalışan hekimler” ibaresiy-

le sadece kendi Bakanlığına bağlı hekimleri kastetmektedir. Çünkü döner sermaye iyileştirmeleri sadece Sağlık Bakanlığı çalışanları için söz konusudur. Mesela; belediyeler, mediko-sosyal merkezleri gibi döner sermayesi olmayan kurumlarda çalışan hekimler için döner sermaye iyileştirmelerinin bir anlamı olmayacağı gibi Tam Gün Yasası çıktığında başka yerlerde de çalışamayacaklardır. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı Tam Gün Yasasıyla sağlığı tüm çalışan hekimlere koymakta, performansa dayalı iyileştirmeleri ise sadece kendi Bakanlığına bağlı hekimlere yapmaktadır. Eğer tasarıda bununla ilgili bir düzenleme yapılmaz ise döner sermayesi olmayan bu kurumlarda hekim boşluğu olma olasılığı yüksektir.

Aynı girişimsel işlemleri yapmalarına rağmen farklı kurumlarda çalışan dişhekimlerinin performans bedelleri arasındaki farklılık giderilmediği takdirde hekimler arasında ayrıcalık yaratılacaktır. Bu yanlışlık düzeltilmeden sağlık ocaklarında ve döner sermayesi olmayan kurumlarda çalışan dişhekimlerinin muayenehanelerinin kapatılmasının istenmesi var olan mağduriyetin artmasına sebep olacaktır.

Üniversitelere baktığımızda, tasarıda öğretim üyelerini çalıştıkları üniversitelerde kalmaya özendirecek herhangi bir düzenleme görülmemektedir. Bu durum öğretim üyelerinin kurumlarından ayrılmalarına neden olabilecek, böylece fakülte-

lerde eğitim olumsuz etkilenebilecektir. Sağlık sisteminde eğitimi ikinci plana atarak sadece sağlık çalışanlarının performansa dayalı ücret artışlarını düşünen bu anlayış, ilerde sağlık sisteminde önemli yaralar açacaktır.

## ***Performans uygulaması hasta-hekim ilişkilerini nasıl etkileyecek?***

Performans uygulamasıyla tedavi edilen hasta sayısının artırılmaya çalışılması hastaları, hastane içinde ticari bir meta konumuna sokacağı gibi hasta-hekim ilişkilerinde güvenin sarsılmasına neden olacaktır.

## ***Yasa tasarısı muayenehanelerde sağlık hizmeti veren hekim ve dişhekimleriyle ilgili olarak nasıl bir düzenleme getiriyor?***

Yasa tasarısının 6. maddesinde SGK’nın sözleşme yapacağı kurum ve kuruluşların arasında muayenehanelerin yer almadığı görülmektedir. Bu kabul edilemez anlayış muayenehanecilik temelinde sağlık hizmeti veren hekimlerin çalışma özgürlüğünü ortadan kaldıracak ve muayenehanelerin kapanmasına neden olacaktır. İnsanların hekim seçme özgürlüğünde muayenehaneciliğin de olacağı gerçeği kabul edilmelidir ve uygun yasal düzenlemelerin bu çerçevede yapılması gereklidir. Muayenehaneciliği bitirmek devletin görevi olmamalıdır. Ayrıca yeni çıkan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan



Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmeliği, Özel Hastaneler Yönetmeliği ve bu tasarıyla, çalışma alanlarının seçiminde bütün inisiyatifin siyasi otoritenin eline bırakılması birçok sakıncayı da beraberinde getirecektir. Bu durum hekimlerin işçileştirilmesi sürecini hızlandıracaktır.

***Tasarı maddeleri arasında, yabancı uyruklu hekimlere yönelik de düzenlemeler yapılmış. İthal hekim uygulamasının önü açılıyor mu?***

Tam Gün Yasa Tasarısı'nın 5. maddesi, Türk vatandaşı olmayan hekimlerin ülkemizde çalışmalarına olanak sağlamaktadır. Hükümet, coğrafi bölgelere göre hekim dağılımındaki adaletsizliği çözmeye kolaycı yolu seçmektedir. Bu girişim hekim emeğini ucuzlaştıracak, tasarıda savunulan iyileştirilmeye yönelik düzenlemelerin geriye dönüşüne yol açabilecektir. Hekim azlığından bahsedilirken, meslektaşlarımızın muayenehanelerinde boş oturtulmalarına göz yumulmaktadır. Ülkedeki hekim işgücünü verimli kullanmayı düşünmeden böyle bir işe kalkışmak kabul edilemez.

***Peki, yeni çalışma koşullarını benimsemeyip de ayrılmak isteyen hekimlerin kazanılmış hakları ne olacak?***

Şu ana kadar kamuda çalışmış ve kazanılmış hakları olan hekimler, bu tasarıyla tercih yapma zorunluluğuyla karşı karşıya bırakılmış, bu tercih sonucunda kamudan ayrılmaları durumunda kazanılmış haklarının ne olacağı konusunda hiçbir açıklık getirilmemiştir.

Kamuda çalışanlar ayrıldıkları takdirde çalıştıkları süre için tazminat hakkını alıp alamayacakları bir muamma olarak bırakılmış. Elbette kimse durup dururken istifa etme yönünde tercih kullanmayacak. Burada asıl sıkıntı, hekimin çalışma koşullarını değiştirip zorunlu bir tercih yapma noktasına getirmekten kaynaklanmaktadır. Bu süreç zamana yayılarak ve kazanılmış hakların kaybını minimuma indireyecek şekilde gerçekleştirilmelidir.

***Tasarıda olumsuz başka neler var?***

Özel sağlık kuruluşları ve SGK arasındaki sözleşmenin kapsamı bir başka sıkıntılı konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Şöyle ki; özel sağlık kuruluşları, SGK ile bünyesinde bulunan bölümlerin bir kısmını kapsayacak şekilde sözleşme yapsa dahi SGK, özel sağlık kuruluşunu tüm branşlarıyla sözleşmeli kabul etmektedir. Tasarıda ise SGK ile sözleşme yapan kuruluşun branşlarına bakılmaksızın o kurumda çalışan tüm hekimlerin muayenehane açmaları ve SGK ile sözleşme yapmayan diğer özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarını engellenmekte, böylece aynı kurum içerisinde hekimler arasında eşitsizlik yaratılmaktadır.

Tasarının hazırlanmasına gerekçe olarak "hekimle hasta arasındaki para ilişkisinin önlenmesi, hekimin saygınlığının zedelenmesinin önüne geçilmesi" gösterilirken, yine tasarıda bir hekimin SGK ile anlaşma yapmış olan birden fazla özel sağlık kuruluşunda çalışmasına imkan verilmesi, bu gerekçeyle örtüşmektedir. Şu ana kadar kamu için gerekçe gösterilen durum



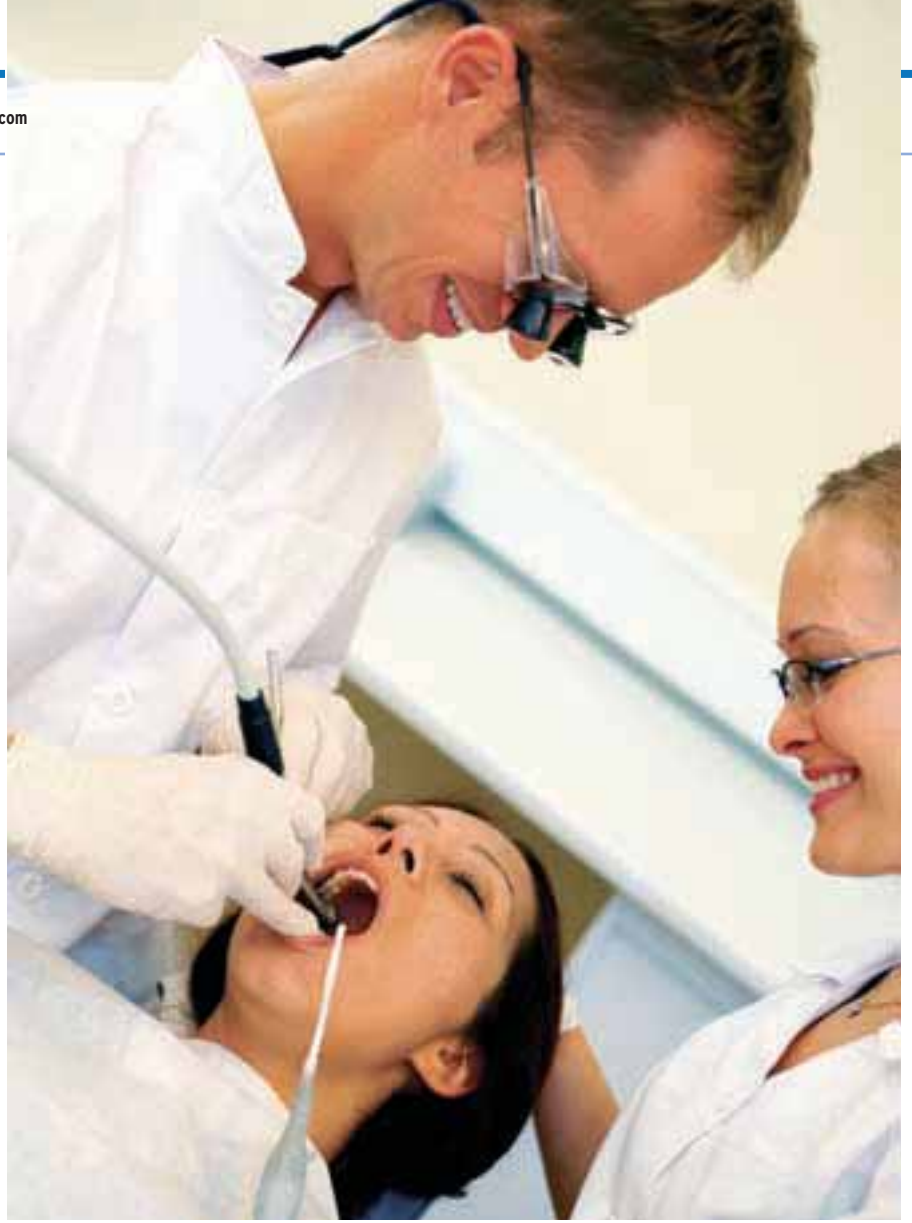
özel sağlık kuruluşlarında söz konusu olacaktır. Böylece hasta-hekim, hasta-hastane ve hekim-hastane arasında para ilişkisinin önü açılmış olacaktır.

***Tüm bu değerlendirmeler "Tam Gün" Yasa Tasarısı'nın sağlık çalışanları için hak kayıplarına yol açacağını gösteriyor. Peki kamuda ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin özlük hakları için neler yapılmalı?***

Kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin ücretleri, yaşam standartlarını düşürmeyecek şekilde belirlenmelidir. Sağlık çalışanları; çağdaş standartlarda, bağımsız yaşamaya olanak sağlayacak düzeyde maaş alması, döner sermayeden gelecek ilave ücrete bağlı olmamalıdır. Ücret politikası dışında iş güvencesi, sendikal haklar ve sosyal hakları düzenleyen hükümler tasarıda yer almalıdır. Ayrıca hekimlerin çalışma ortamlarının tıbbi ve teknik koşulları mesleğin iyi uygulamasını sağlayacak şekilde düzenlemelerdir.

Özel hastane ve sağlık kurumlarında çalışacak hekimlerin de haklarının güvence altına alınmasını sağlayacak düzenlemeler yapılmalı ve bu hakların korunması konusunda söz sahibi olmaları sağlanmalıdır. Özel hastane ve sağlık kurumlarında çalışacak hekimler de işçi ve emekçi pozisyonuna düşeceğinden, onların da hakkının korunması ve hekimlikle bağdaştırılmayacak ücret ve davranışlarla muhatap edilmemesi için gereken tedbirler alınmalıdır. Buna göre, asgari hekim ücretleri, işe alınma, çalışma ve işten çıkarılma koşulları hekimlerin haklarını koruyacak şekilde belirlenmeli, hem özel hem de kamuda çalışan hekimlerin sendikal haklarının belirlenmesi ve korunması konusunda söz sahibi olmaları sağlanmalıdır.

**Dişhekimleri, tüm tıbbi muayene ve girişimlerde olduğu gibi üzerinde çalıştıkları dokuyu daha detaylı görmek isterler. Bu amaçla da çeşitli optik araçlar kullanırlar. Bunlar arasında “muayene lupu” diye adlandırılan ve gözlük üzerine takılarak iki gözle birden (binoküler) kullanılan küçük teleskoplardan oluşan sistemler en çok tercih edilendir.**



## Dişhekimliğinde kullanılan muayene lupları

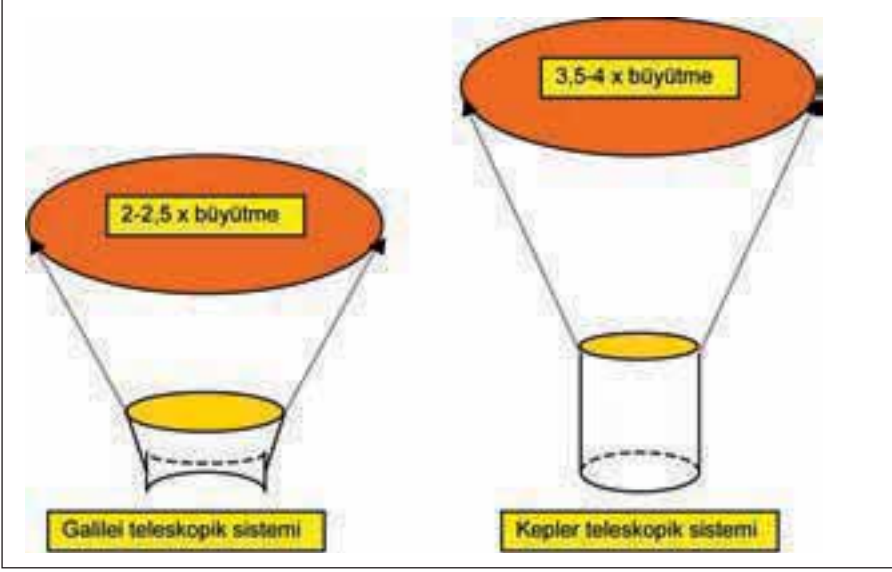
**T**üm tıbbi muayene ve girişimlerde, üzerinde çalışılan dokuyu daha detaylı görmek isteği vardır. Dişhekimliğinde de detay görmek için çeşitli optik araçlar kullanılır. Bunlardan biri, dişhekimliğinde “muayene lupu” diye adlandırılan, gözlük üzerine takılan ve iki gözle birden (binoküler) kullanılan küçük teleskoplardan oluşan sistemlerdir. Lup sadece tek mercekten oluşan sistemlere verilen bir isim olmasına rağmen, dişhekimleri arasında bu terim alışlageldiği için binoküler teleskopik sistemleri bu yazıda “muayene lupları” olarak inceleyeceğiz.

### İki tip teleskop var

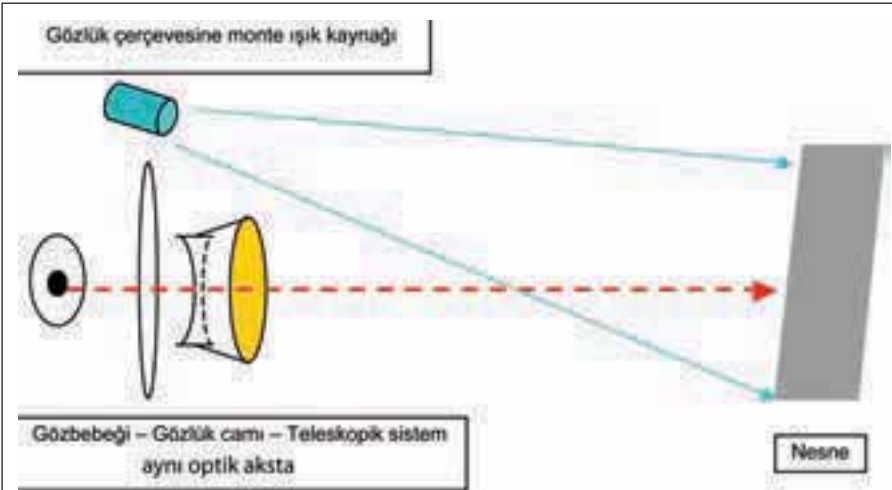
Teleskoplar çeşitli mercekle kombinasyonlarından oluşur. İki farklı merceğin odak noktalarının kombine edilmesine göre iki tipte olabilir: Galilei ve Kepler tipi. Her ikisi de uzaktaki objeleri yakında ve büyük görmek için kullanılır. Galilei tipi teleskoplar, Kepler tipi teleskoplardan daha kısa ve yayvandır, daha geniş bir alanı gösterirler. Dezavantajları, yapıları gereği yüksek görüntü büyütme için uygun olmamalarıdır. Genellikle 2-2,5 x büyümeler için Galilei tipi teleskoplar kullanılır. Daha büyük tıbbi büyütme için (3,5-4 x) ge-

nellikle Kepler tipi teleskoplar kullanılır. Kepler tipi teleskoplar daha fazla büyütme için daha küçük bir alanı gösterirler. Küçük baş hareketleriyle, görülen ve çalışılan sahanın dışına çıkma olasılığı yüksektir. Alan derinliği de daha düşük olduğu için, dişhekimleri çalışırken hem hastanın başını hem de kendi başını mümkün olduğunca sabit tutmak durumundadır.

Muayene lupları (teleskoplar) tek gözle de kullanılabilir. Ancak bu durumda iki gözün beraber çalışmasıyla oluşan üç boyutlu görme (derinlik hissi) oluşmaz. Bu durumda hastayı muayene ve tedavi



Muayene lupları iki farklı teleskopik sistemden oluşur.



Gözbebeği-gözlük camı-teleskopik sistem aynı doğrultuda, çerçeveye monte ışık kaynağı ise parlama yapmayacak şekilde başka doğrultuda, ama her ikisi de bakılan nesne üzerinde odaklanacak şekilde olmalıdır.

etmek zorlaşır. Bu nedenle, bu sistemlerin iki gözle kullanılması uygundur.

### Unitin ışık şiddeti önemli

Teleskopların içinden bakıldığında yeterince rahat görebilmek için, teleskopsuz görüldüğünden daha fazla ışığa gereksinim vardır. Muayene ünitesinin ışık şiddeti artırılarak bu gereksinim karşılanabilir. Muayene luplarının hemen üzerine monte edilen çeşitli tipte ışık üreten ışık kaynaklarıyla, muayene lupunun döndüğü her yere ışığın da dönmesi sağlanmış olur. Bu sistemlerde ışığın yönünün gözün bakış açısına paralel olması, yandan gelen ışıklandırma sistemlerinde oluşan gölge problemlerini elimine eder. Ancak

bakış açısına paralel ışıklar üzeri ıslak dokularda (ağız mukozası, tükürük ile ıslanmış diş, ya da ağız içinde biriken sıvı veya kan) yansıma yapabilir. Bu tip ışıklar kullanmak isteyen dişhekimlerinin taşıyıcı

***Kaliteli bir derinlik hissi için muayene lupunu takarken hem hekimin gözbebeği mesafesine göre ayar yapılmalı, hem de dikey ve yatayda teleskopların yeri ayarlanmalıdır. Böylece, muayene lupunun optik aksıyla gözün optik aksı bir hizaya getirilir. Aksi takdirde oluşacak prizmatik etkiler gözün kompensatuar hareketler yapmasına neden olur.***

cı gözlüğe polarize cam taktırmaları yansımalara karşı uygun bir çözüm olabilir. Kullanılan ışığın gün ışığına yakın frekanslarda olması, renk seçimi ve uyumu gerektiren çalışmalarda önemlidir. Tungsten (elektrik ampulü) ya da flüoresan tipi ışığa eşdeğer ışıklarda yapılan renk seçimleri (diş protezleri, diş kaplamaları v.s.) gün ışığındaki görüntülerle uyumlu olmayabilir. Işık kaynağının ışık frekansının gün ışığı eşdeğeri olması uygun bir seçim olacaktır.

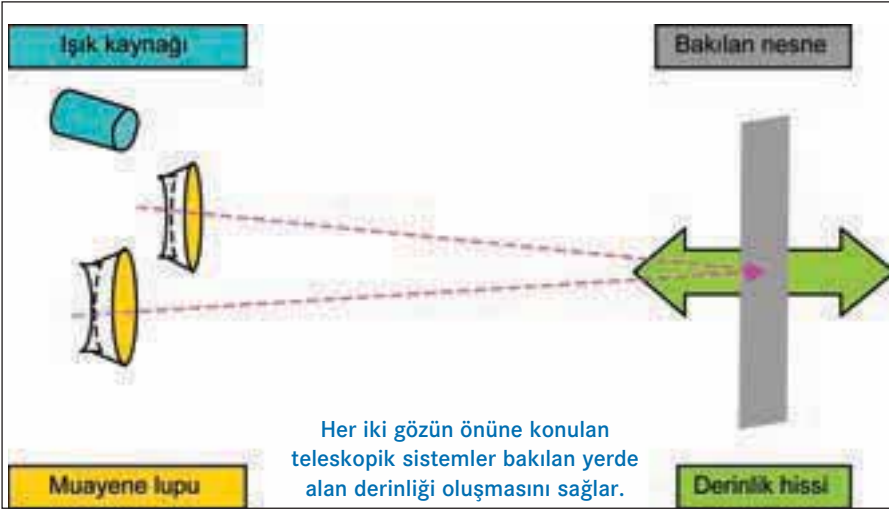
### Lupla çalışmaya alışmak gerekiyor

Ameliyat mikroskopu kullanırken olduğu gibi, muayene luplarını kullanırken de geçilmesi gereken bir alışma süreci vardır.

Alışma sürecinin iki nedeni vardır: Görüntü büyüdüğü için el ve aletin doku üzerindeki hareketleri lupsuz muayeneye göre farklı sonuçlar verir. Tüm görüntü daha yakındaymış gibi algılanır. Her iki neden de görüntü-beyin-el hareketi koordinasyonunun yeniden düzenlenmesini gerektirir.

Her bir teleskopun tek gözle oluşturduğu dairesel bir görüntü alanı vardır. Her iki gözde teleskopla oluşan görüntüler beyinde biraz daha büyük bir daire şeklinde tek alana birleştirilir. Bu alanın içinde derinlik hissi mevcuttur. Kaliteli bir derinlik hissi için muayene lupunu takarken hem hekimin gözbebeği mesafesine göre ayar yapılmalı, hem de dikey ve yatayda teleskopların yeri ayarlanmalıdır. Böylece, muayene lupunun optik aksıyla gözün optik aksı bir hizaya getirilir. Aksi takdirde oluşacak prizmatik etkiler gözün kompensatuar hareketler yapmasına neden olur. Bu zorlanmalar baş ağrısı, çift gör-





**Muayene luplarının teleskopik sistemleri sadece dişhekimleri için değil, göz hekimleri, diğer ince detay çalışan tıp dalları, saatçiler, kuyumcular için üretildiği gibi az görenlere yardım gereci olarak da üretilir.**

me, derinlik hissini yeterince oluşmaması v.b. şikayetlere neden olabilir.

Muayene luplarında kullanılan gözlük camlarının antirefle kaplamalı olması yararlıdır. Muayene ortamında kuvvetli bir ya da birkaç ışık olduğu için, taşıyıcı gözlüğün camının üzerinde bu ışıkların yansımaları oluşabilir. Çalışma alanının rahat görülmesini engelleyebilecek cam üzerindeki yansımalar, antirefle kaplamayla azaltılabilir.

Polarize camla, antirefle kaplamanın arasındaki farkın vurgulanmasında yarar vardır: Polarize cam bakılan dokuların üzerindeki yansımaları azaltırken, antirefle cam gözlük camının üzerinde oluşan yansımaları azaltır.

### Gözün füzyon kabiliyeti önemli

Teleskopik sistemlerin etkin kullanılabilmesi için her iki gözün optik düzeltilmesinin en iyi gördüğü seviyeye getirilmesi gerekir. Taşıyıcı gözlüğe, gözün tam tashihi yapılırsa, uygun dioptride cam takılması uygun olur. Gözlüğü takan hekim presbiyopik çağda ise, gözlük camının yakın tashihe ve muayene lupunun çalışma uzaklığına uygun verilmesi ve takılması gerekir. İki gözün birlikte bakabilmesi, rahat ve yeterli bir derinlik hissi

oluşabilmesi için, gözün füzyon denilen, iki gözde ayrı ayrı oluşan görüntüyü tek görüntüde birleştirme kabiliyetinin olması ve füzyonda içe ve dışa bakış pozisyonlarında da belli bir güce (füzyonel konverjans ve diverjans amplitüdü) sahip olması gerekir. Normal yaşamda da olması gereken bu durum, her iki gözün disosiyede olduğu (her iki gözün eşzamanlı tek tek gördüğü) durumlarda daha fazla ortaya çıkar. Muayene lupu kullanmak gözleri disosiyeden bir durumdur. Füzyonel konverjans

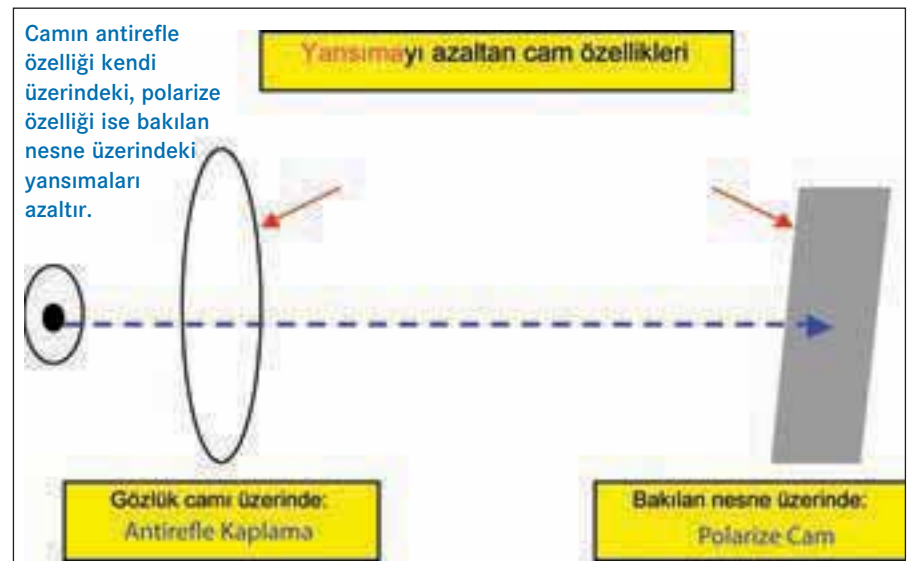
ve/veya diverjans amplitüdü düşük olan hekimler, diğer tüm optik veriler doğru monte edilmiş olsa da muayene lupuyla uzun süre çalışmakta ya da derinlik hissini oluşturmakta zorlanabilirler. Baş ağrısı, çift görme, uzun süre çalışma isteksizliği gibi semptomlar oluşabilir. Gerekli ekserisiz tedavisi (ortoptik tedavi) ile bu şikayetler aşılabılır ve normal kullanıma geçilebilir.

### Saatçiler, kuyumcular da lup kullanıyor

Muayene luplarının teleskopik sistemleri sadece dişhekimleri için değil, göz hekimleri, diğer ince detay çalışan tıp dalları, saatçiler, kuyumcular için üretildiği gibi az görenlere yardım gereci olarak da üretilir. Az görenlere yardım olarak kullanılan yeni bir sistem, teleskopik sistemde gözlük camının önündeki ikinci bir camı teleskop oluşturmak için kullanılmaktadır. Tüm sistem plastikten üretildiği için ve ayrıca gözlük camı kullanılmadığı için daha hafif ve ucuz olmakta, öndeki cam sistemi hareket ettirilebildiği için net görme alanı farklı uzaklıklara ayarlanabilmektedir. Plastikten üretildiği için ise optik olarak her zaman istenilen seviyede olmabilmektedir.

Dilerim bu bilgilerin ışığında tüm dişhekimleri kendi çalışma şartlarına uygun muayene luplarını daha rahat seçebilir ve kullanabilirler.

\*Göz Hastalıkları Uzmanı



# Seramik ve Fiberle Güçlendirilmiş Mil Sistemleri

**Aşırı derecede madde kaybına uğramış dişlerin rehabilitasyonunda başarılı bir kanal tedavisi ve uygun mil sisteminin seçilmesi, restorasyonların başarısındaki en önemli faktörlerdir. Günümüzde artık fiberle güçlendirilmiş kompozit reçine miller ve seramik miller gösterdikleri dayanıklılık ve yüksek estetik özellikleriyle tercih edilirler.**

**A**şırı derecede madde kaybına uğramış dişlerin rehabilitasyonunda, başarılı bir kanal tedavisi ve uygun mil sisteminin seçilmesi, restorasyonların başarısındaki en önemli faktörlerdir. Bu sebeple; pek çok farklı mil ve çekirdek, materyal ve teknikleri günümüze kadar geliştirilmiştir. İlk olarak kullanıma sunulan metal miller başarılı fiziksel özelliklerine rağmen metalik renkleri sebebiyle estetik problemlere neden olmaktadır. Teknolojik ilerlemeler, seramik materyallerin mil ve çekirdek yapımında kullanılmalarına izin vermiştir. Fiberle güçlendirilmiş kompozit reçine miller ve seramik miller yeterli dayanıklılıkları ve yüksek estetik özellikleriyle tercih edilirler.

## Tarihsel Gelişimi

Kuron kısmı aşırı harap olmuş dişler üzerine protezleri sabit bir şekilde bağlama hakkındaki ilk fikir ve görüşlerin doğması, tekniğin geliştirilmesinin uygulanması 18 yy. başında Pierre Fauchard ile başlar<sup>(8)</sup>.

Fauchard'ın basit millerini Bourdet (1789)'nın vidalı milleri takip etmiştir. Maggiola yaylı miller, Ricci ise mantarla sıkıştırılan miller önermişlerdir. Lefoulon 1841'de kök kanalı içerisine, kurondaki vidalı mile uygun yivler taşıyan altın bir silindir yerleştirilmesini önermiştir<sup>(9)</sup>.

1880 yılında Richmond, kendi adıyla anılan ve hala kullanılan milli kuron protezlerinin patentini almıştır. Richmond, bu kuronların vestibül yüzeyine tam pro-

tezlerde kullanılan platin kramponlu dişler yerleştirmiştir<sup>(8)</sup>. 1964 yılında Akın, Richmond kuronu tek parça döküm olarak hazırlayarak hem klinik hem de laboratuvar aşamalarından kazanılmasını sağlamıştır. Ancak bu yöntemde döküm sonrası kontraksiyona bağlı olarak, restorasyonun yerine oturmasında güçlüklerle karşılaşmıştır<sup>(1)</sup>.

Son yıllarda adeziv tekniklerin mil simantasyonunda kullanılmasıyla, mil yapımında farklı materyallerin kullanılmasına başlanmıştır. Estetiğin ön plana çıkmasıyla mil yapımında alümina bazlı seramikler, cam seramikler ve zirkonyum esaslı seramikler kullanılmaya başlanmıştır<sup>(1,17)</sup>.

## Metal İçermeyen Mil Sistemleri

### 1. Fiberle Güçlendirilmiş Kompozit Reçine Miller

Fiberle güçlendirilmiş materyallerin özellikleri matriks ve fiberlerin doğal yapısına, güçlendirmenin geometrisiyle ara yüzeylerdeki dirence bağlıdır. Bir polimer matrikse fiberlerin eklenmesi, kırılmaya dayanıklılık, sertlik ve yorgunluk direnci gibi mekanik özelliklerde anlamlı gelişmelerle sonuçlanabilir<sup>(2)</sup>.

Fiberle güçlendirilmiş kompozit reçine millerin dişhekimliğinde kullanılmalarının avantajları şunlardır:

- Doku dostudurlar.
- Geleneksel döküm millerden daha ucuzdur.
- Korozyona uğramazlar.
- Şok absorbe edici olarak rol oynarlar.

- Çok iyi yük dağılımı yaparlar.
- Kuron restorasyonunun bulunduğu bölgedeki stresi dağıtırlar.
- Diş yapısına, çekirdek materyaline ve simana yapışırlar.
- Estetik restorasyonların başarısını arttırırlar.
- İletilen yüksek yüklerin dentin duvarında sadece küçük kırıklar oluşturan yüklere dönüşmesini sağlarlar<sup>(5, 6, 9, 20)</sup> (Resim 1 ve 2).

### 1.1. Karbon Fiberle Güçlendirilmiş Kompozit Reçine Miller

1990 yılında geliştirilen ve epoksi reçine matriks içinde sıkıştırılmış paralel karbon liflerden oluşan mil sistemidir. Piyasada 'Compositpost' ismiyle yer alır<sup>(11)</sup>.

Fiberler 8 µm çapında milin uzun aksı boyunca yerleştirilmişlerdir. Bu miller üzerine yiv veya başka bir mekanik retansiyon uygulanmaz; çünkü yapısındaki lifler milin uzun eksenine boyunca uzanırlar.

Siyah renklidirler ve radyolüsenttirler. Estetik olmasalar da karbon fiber miller, yapısal sertlikleri ve eşit kuvvetler için daha küçük ebatlarda mil kullanımına izin verdikleri için paslanmaz çelik ve diğer millerin yerine kullanım potansiyeline sahiptirler<sup>(2)</sup>.

Karbon fiber millerin elastiklik modülü metal millere oranla dentinin yapısına daha yakındır. Bununla beraber klinik çalışmaların erken sonuçları, bu materyalin radyolüsensliği ve rezin kompozit restorasyonlar altında maskelenme zor-



1. Metal ve fiber mil uygulaması



2. Metal ve fiber mil uygulanmış dişlerdeki ışık geçirgenliği



3. Cam fiberle güçlendirilmiş kompozit mil sistemi

luğu olduğunu vurgulamaktadır <sup>(11, 34)</sup>.

### 1.2. Cam Fiberle Güçlendirilmiş Kompozit Miller

Cam fiberle güçlendirilmiş miller, milin elastiklik modülünü dentinin yapısına yakın hale getirmek amacıyla kullanılırlar. Böylece milin kök kırığı oluşturma riski azaltılmış olur <sup>(28)</sup> (Resim 3,4,5,6,7,8).

Bu milin avantajları:

- Estetikler.
- Kanal tedavisinin yenilenmesi gerektiği durumlarda özel söküm frezleriyle kolayca uzaklaştırılabilirler.
- Uygulama direkt hasta başında yapılabilir.
- Kırılmaya dayanıklıdır. <sup>(27)</sup>

### 1.3. Kuartz Fiberle Güçlendirilmiş Kompozit Miller

Rezin matriksin içine karbon fiberler yerine kuartz fiberler konularak geliştirilen sistemlerdir. Translüesent kuartz fiber millerin kullanımı restorasyonun estetiğini artırabilir ve ışık enerjisini mil içerisine ilettiği için polimerizasyon aşamalarında kullanışlı olabilir <sup>(14)</sup> (Resim 9).

Kuartz fiberlerin düşük elastiklik modülüne sahip olması nedeniyle daha az kök kırığına rastlanabileceği bildirilmiştir. <sup>(25)</sup>

### 1.4. Polietilen Fiberle Güçlendirilmiş Kompozit Reçine Miller

Kompoziti güçlendirmek amacıyla içerisine polietilen fiber tane-

cikleri yerleştirilmiştir. Bu sistemlerin kompozit mil çekirdekler ile kombine şekilde kullanılması tavsiye edilir <sup>(26)</sup>.

## 2. Seramik Miller

Günümüzde tam seramik kuron protezi yapımına imkan veren seramik sistemlerinden (Dicor, In-Ceram Alümina Spinell, IPS Empress, Zirkonya) kullanılarak geliştirilen seramik mil sistemleri ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir <sup>(34, 39)</sup>.

Seramik mil ve çekirdek sistemleri estetikler, biyolojik uyumları yüksektir, çiğneme kuvvetlerine karşı dirençlidirler ve korozyon oluşturmamaktadırlar <sup>(15)</sup>. Buna karşın kanal tedavisinin yenilenmesi gerektiği durumlarda yerinden sökülmeleri zordur <sup>(2)</sup>.

### 2.1. DİCOR

Uygulamada kanal boşluğunun bir ölçüsü alınır. İndirekt metodla dökülebilir cam seramikle mil hazırlanır ve üzerine çekirdek yapısı yapılır. Bununla beraber Dicor'un dayanıklılığının düşük olmasında dolayı kullanım alanları oldukça sınırlıdır <sup>(29)</sup>.

### 2.2. IN-CERAM

Kern ve ark., In-Ceram mil sistemleri ile metal mil sistemlerini herhangi bir sistemle restore edilmemiş kesici dişlerle kırılma direnci bakımından karşılaştırmışlardır <sup>(19)</sup>. In-Ceram mil ve çekirdek sistemlerini 168,5 N olarak belirlenen ortalama kırılma direnci metal mil oranla daha düşüktür. Ancak miller üzerine tam seramik kuron protezlerinin simante edilmesi ile elde edilen 342 N'lik kırılma direncinin klinik olarak yeterli olduğu bildirilmiştir.

Alüminyum oksit ile güçlendirilmiş bu seramik malzemesinin mil ve çekirdek yapımı için uygun dayanıklılığa sahip olduğu ispatlanmıştır <sup>(18)</sup>. Ancak bu sistemin dezavantajı; üretim aşamalarının çok zaman alması ve teknik olarak zahmetli olmasıdır <sup>(29)</sup>.

### 2.3. IPS EMPRESS

Liebrock ve ark. <sup>(22)</sup>, IPS Empress seramikle ön bölge dişlerine 6, 9, 12 mm uzunluk ve 1.25, 1.5, 1.75 mm çaplı mil çekirdekler hazırlamışlar ve milin çapı artıp uzunluğu azaldıkça kırılma dayanıklılığının daha yüksek değerlere ulaştığı sonucuna varmışlardır.

Sevük <sup>(31)</sup>, kuron bölümü aşırı derecede harap olmuş dişlerin restorasyonlarında IPS Empress tam seramik milli kuronlar kullan-





4. Tedavi öncesi görünümü



6. Uygun mil seçimi



5. Kanalların hazırlığı



7. Millerin simantasyonu

diği in-vivo çalışmasında dört yıllık klinik gözlemlerde herhangi bir patolojik durumla karşılaşmadığını bildirmektedir.

## 2.1. CELAY SİSTEMİ

Bu sistemde; tek parça alüminyum oksit blok freze edilerek mil ve çekirdek elde edilebilmektedir. Celay sisteminde hazırlanmış mil ve çekirdek sistemlerinin In-Ceram sisteminde hazırlananlara göre %10 daha esnek olduğu ve bu nedenle de bu millerin kökte oluşturacağı streslerin daha az olacağı bildirilmiştir (35).

## 2.2. ZİRKONYA

Zirkonyum bazlı seramikler yüksek baskı dayanıklılıkları nedeniyle mil yapımında tercih edilen seramik materyallerdir (7). Zirkonyum seramiğin direnci, alümina seramiklere oranla 2 kat yüksektir (1).

Biyolojik uyum, estetik ve stabilite göz önünde bulundurulurken zirkonya seramikler diğer materyallerle karşılaştırıldığında gelecek vadeden materyaller olarak gözükmektedir. 'Açılı' zirkonya miller çok yüksek kırılma dayanımı ve aşırı yüksek bükülme direnci gösterirler (10).

İlk kez 1993'de Lüthy ve ark., yüksek bükülme direnci ve estetik nitelikleri açısından tetragonal zirkonyum polikristallerden

mil ve çekirdek yapımını gündeme getirmiştir. Çekirdekler halka şeklinde hazırlanıp, mile simante edilmiştir (17). Zirkonyum dioksit millerle dökülebilir seramik ve kompozit çekirdeklerin kullanımına başlanmıştır (13, 17).

Bu milin avantajları:

- Dirençleri yüksektir.
- Doku ile uyumludur.
- Radyografide opak görüntü verirler.
- Korozyona dirençlidir.
- Detaylı bir şekilde freze edilebilir.
- Optik yansıma özelliği sayesinde estetik sonuçlar verir.
- Silan uygulanabilir ve adeziv simanlarla kullanımı uygundur (13, 20).

Genel olarak fiber postlar; yaşlanmaya dayanıklılığı, nem, ısı ve UV ışığa karşı dirençli olmaları, sebebiyle diş hekimliğinde kullanımı yaygın hale gelmiştir. Ayrıca fiber ile güçlendirilmiş kompozit reçine postların doku dostu olması, korozyona dayanımı, geleneksel döküm postlardan daha ucuz olmaları, mükemmel yük dağıtımı özellikleri, estetik olmaları ve biyolojik yönden uyumlu olmaları, bu post türlerinin daha fazla tercih edilmelerini sağlamaktadır (20).

Polimer seramik esaslı bir materyal olan fiber postların keşfedilmesi metal postların dezavantajlarının ortadan kalkmasını sağlamıştır. Elastik modülünün dentinin yapısına çok yakın olması sebebiyle; dentine eşdeğer oranda esneyerek üzerindeki restorasyonların kırılmaya direncini artırır. Fiber postlar kanala pasif

## 8. Restorasyonun tamamlanmış hali



## 9. Kuartz fiber mil sistemi

olarak yerleştirildiğinden, yani kanal duvarına temas etmediklerinden ve kanal duvarıyla set arasında yapıştırıcı resin siman aracılığıyla bir hibridizasyon söz konusu olduğundan kök üzerinde bir stres oluşmamaktadır. Dolayısıyla; diş rengi fiber post sistemlerinin geliştirilmesi birçok komplike restoratif tedaviye iyi bir çözüm fırsatı getirmiştir.

Metal postların servikal kök bölgesinde maskelenmeyi gri rengi ve özellikle kıymetsiz alaşımların kullanıldığı durumlarda korozyon ürünlerinin gingival dokularda ve kök yüzeyinde renkleşme yapması estetik çalışmalarda restorasyonun başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle non metal malzemelerin kullanımına geçilmiştir<sup>(30)</sup>.

Seramik postlar ile fiber postların dayanımları karşılaştırıldığında seramik postların daha yüksek değerlerde bulunduğu tespit edilmiştir. Fiber postun dayanım değeri, paslanmaz çelik postun dayanımının üçte biriyken, titanyum postun yarısı kadardır. Seramik postların dayanım değerlerinin fiber postların dayanım değerlerine göre yüksek olmasına karşın kırılma dayanımı bakımından dezavantajlı olmalarını sağlamakta ve bu da fiber postların kullanımına tercih nedeni olmaktadır<sup>(30)</sup>.

Literatürde mil sistemleri ile ilgili çok sayıda çalışma vardır ve bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar klinik kullanıma rehberlik yapmaktadır. Ancak yine de kullanılan teknik ve materyale bağlı olarak sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Restoratif dişhekimliğinin başarısı, materyalin doğru seçimi, özelliklerinin anlaşılması ve doğru yöntemin kullanılmasına bağlıdır. Yapılan araştırmalarda her materyalin avantajlarının yanı sıra dezavantajlarının da bulunduğu gösterilmiştir. Her dişin özel durumlar içerebileceği unutulmamalı ve hastanın maksimum fayda göreceği şekilde tüm faktörler değerlendirildikten sonra tedavi gerçekleştirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Ahmad I. Yttrium partially stabilized zirconium dioxide posts. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1998, 18(5): 454-65.
2. Alison JE, Nicholas PC, David GP. A comparison of the retention of tooth-colored posts. *Quintessence Int.* 1999, 34: 199-201.
3. Caputo AA, Standlee JP. *Biomechanics in Clinical Dentistry.* Quintessence Publishing Co. 1989, 185-203.
4. Cohen BI, Condos S, Musikant BL, Deutsch AS. Retention properties of a split-shaft threaded post: cut a different apical lengths. *J Prosthet Dent* 1992, 68(6): 894-8.
5. Cormier CJ, Burns DR, Moon P. In vitro comparison of the fracture resistance and failure mode of fiber, ceramic and conventional post systems at various stages of restorations. *J Prosthodont* 2001, 10: 1: 26-36.
6. Dean JP, Jeanson BG, Sarkar N. In vitro evaluation of a carbon fiber post. *J Endodont* 1998, 24(12): 807-810.
7. Edelhoff D, Yıldırım M. Wurzelstifte und individuelle stumpfaufbauten aus keramikerste klinische erfahrungen mit dem zirkonium-cosmopost-Wurzelstift. Teil 2.Z.W.R. 1998, 107: 448-451.
8. Efeoğlu AA. Dişhekimliği tarihi. Alemdar Ofset, İstanbul, 1992, 42.
9. Freedman GA. Esthetic post and core treatment. *Dent Clin of North Am* 2001, 458 1: 103-116.
10. Fernhardt CR, Bekes K, Schaller HG. Short term retentive values of zirconium oxide post cemented with glass ionomer and resin cement: An in vitro study and a cases report. *Quintessence Int* 2005, 36: 593-601.
11. Grandini S, Goracci C, Tay FR, Grandini F, Ferrari M. Clinical evaluation of the use of fiber posts and direct resin restorations for endodontically treated teeth. *Int J prosthodont* 2005, 18: 399-404.
12. Henry JP. Photoelastic analysis of post core restorations. *Australian Dental Journal* 1997, 22(3): 157-159.
13. Hochman N, Zalkind M. New all-ceramic indirect post-and-core system. *J Prosthet Dent* 1999, 81: 625-9.
14. Hu YH, Pang IC, Hsu CC, Lau YH. Fracture resistance of endodontically treated anterior teeth restored with four post-and-core systems. *Quintessence Int* 2003, 34: 349-353.
15. Isidor F, Odman P, Brondum K. Intermittent loading of teeth restored using prefabricated carbon fiber posts. *Int J Prosthodont* 1996, 9: 131-6.
16. Jeong SM, Ludwig K, Kern M. Investigation of the fracture resistance of three types of zirconia posts in all ceramic post and core restorations. *Int J Prosthodont* 2002, 15: 154-8.
17. Kakehashi Y, Lüthy H. A new all ceramic post and core system: clinical, technical and in vitro results. *Int J Periodont. Res. Dent* 1998, 18(6): 586-93.
18. Kern M, Pleimes AW, Strub JR. Bruchfestigkeit metallischer und vollkeramischer Stifernaufbauten. *Dtsch Zahnärztl* 1995, 50: 451-453.
19. Kern M, Knode H. Stifernaufbauten aus In-Ceram-direkte und indirekte methode. *Quintessenz* 1991, 1: 157.
20. King PA, Setchell DJ. An in vitro evaluation of a prototype CFRC prefabricated post developed for the restoration of pulpless teeth. *J Oral Rehabil* 1990; 17: 599-609.
21. Krasteva K. Clinical application of a fiber-reinforced post system. *J Endodont* 2001, 27(2): 132-133.
22. Liebrock A, Hermann G, Behr M, Rosentritt M, Handel G. Fracture strength of IPS Emress all-ceramic posts and cores: Abstract 377, IADR-AADR 1996, 1-9.
23. Mattison GD. Photoelastic stress analysis of cast-gold endodontic posts. *J Prosthet Dent* 1982, 48: 407-11.
24. Meyenberg KH. *Dental Esthetics: A European Perspective.* J Esthet Dent 1994, 6: 274-281.
25. Miguel AIP, Alfonso AC. Fiber-reinforced post and core adapted to a previous metal ceramic crown. *J Prosthet Dent* 2004, 91: 191-4.
26. Miller AW. 3d. Post and core systems: which on the best? *J Prosthet Dent* 1982, 48(1): 27-38.
27. Milot P, Stein RS. Root fracture in endodontically treated teeth related to post selection and crown design. *J Prosthet Dent* 1992, 68: 428-35.
28. Naumann M, Blankenstein F. Endodontik tedavi görmüş dişlerin cam ile güçlendirilmiş kompozit postlar yardımıyla adeziv restorasyonu 2002, 3: 31-39.
29. Paul SJ, Schärer P. Plastische Aufbauten in der Kronen-und Bruckenprothetik. *Quintessenz* 1996, 47: 1519-1531.
30. Rosentritt M, Fuhrer C, Behr M, Lang R, Handel G. Comparison of in vitro fracture strength of metallic and tooth-coloured posts and cores. *J Oral Rehabil.* 2000; 27(7): 595-601
31. Sevük Ç. Tek parça tam seramik milli kuronlar. Poster Presentation. European Prosthodontic Association 19th Annual Conference, Cardiff, UK, 1995.
32. Shillingburg HT, Hobo S, Whitsett LD, Jacobi R, Brackett SE. *Fundamentals of Fixed Prosthodontics.* 3. edition. Quintessence Publishing Co. Inc. 1997, 181-186.
33. Shillingburg HT, Kessler JC. *Restoration of endodontically treated tooth.* Chicago: Quintessence 1982, 59-63.
34. Simon MHP, Paffrath J. Neue Perspektiven zur vollkeramischen stabilisierung und zum Aufbau devitaler Zahne. *Quintessenz* 1995, 46: 1085-1101.
35. Spiros O, Koutayas D, Kern M. All-ceramic posts and cores: The state of the art. *Quintessence Int* 1999, 30: 383-392.
36. Topalan I. Klinik kuronun tamamen harap olmuş dişlerde tek parça tam seramik milli kuronlar üzerine araştırmalar. (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1997.
37. Trabert KC, Caputo AA, Abou-Rass M. Tooth Fracture- A Comparison of Endodontic and Restorative Treatments. *J Endodont* 1975, 4: 341-5.
38. Trope M, Ray HL. Resistance of fracture of endodontically treated roots. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992, 73: 99-102.
39. Wagner WC, Chu TM. Biaxial flexural strength and indentation fracture toughness of three new dental core ceramic. *J Prosthet Dent* 1996, 76: 140-4.
40. Walton RE, Torabinejad M. *Principles and practise of endodontics.* Philadelphia, WB Saunders Company 1989, 249-262.

### \* Yazışma Adresi

İ. Ü. DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PROTETİK DİŞ  
TEDAVİSİ ANABİLİM DALI  
KURON KÖPRÜ PROTEZİ BİLİM DALI ÇAPA - İSTANBUL



# Sağlık turizmi ve dişhekimliğine etkileri



Günümüzde sağlık turizmi, küreselleşmeyle yeni bir anlam kazanarak, her türlü tıbbi hizmeti dünya pazarına sunuyor. Sağlık hizmetleri gerçek anlamından koparak metalaşıyor. Dişhekimliğinde ise protez ve implant uygulamaları bu sektörün asıl yönelimini oluşturuyor.



İDO 9. ve 10. Dönem  
Başkanı Rifat Yüzbaşıoğlu

**K**üreselleşmeyle birlikte iletişim ve teknolojik gelişmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkan “Sağlık Turizmi” olgusunun dişhekimliğine yansımalarını İDO 9. ve 10. Dönem Başkanı Rifat Yüzbaşıoğlu tıbbi, deontolojik ve hukuki boyutlarıyla değerlendirdi.

*Sağlık turizminin tanımını yapar mısınız?*

“Sağlık Turizmi” olgusu dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de tartışılmaya başlandı. Sağlık turizmi, şifa bulmak için bir yerden bir yere gitmek, seyahat etmek gibi çok basit bir

şekilde tanımlanabilir<sup>(1)</sup>. Bu tanımın tersi de doğrudur. Yani bir yerlere seyahat edildiğinde, seyahat edilen bölgenin sağlık olanaklarından yararlanmak biçiminde.

Sağlık turizminin geçmişi insanlık tarihi kadar eskidir. İlk çağlardan bu yana, termal sular, çamur banyoları, içmeler, klimatizm (sağlıklı iklim ortamında bulunmak) vs. gibi doğal kaynaklardan yararlanıldığını biliyoruz. Son yıllarda sağlık turizmi içinde SPA’dan daha sık söz ediliyor. “Salus Per Aquam” (SPA) yani “Sudan Gelen Sağlık”, Romalılardan bugüne kadar uygulanan su terapilerine verilen isimdir. Suyla iyileşme,



## Sağlık farklıdır

Sağlık turizmi değerlendirmelerinde, sağlık hizmetlerini diğer piyasa hizmetlerinden ayıran önemli özellikleri göz ardı etmemek gerekir. Bunları kısaca şöyle sayabiliriz:

- Hastalar tüm bilgilere sahip değildir
- Talep belirsizdir
- Tekelcilik bazı durumlarda zorunludur
- Hizmet sunumuna giriş ve çıkışta sınırlama vardır
- Dışsallıklar vardır ve amaçları (üçüncü taraflara yük veya yarar)
- Kamu hizmetlerinin zorunlu olması
- Devlet müdahalesinin kaçınılmaz olması <sup>(3)</sup>



suyun kullanımından gelen sağlık, suyun sıcak, soğuk ve farklı biçimlerde (akıtma, damlama, duşlama, püskürtme) uygulanmasıyla kazanılan dinlenme ve ferahlama duygularının edinildiği bütüncü terapi anlamında kullanılır. SPA hızla gelişen bir kavram ve dünyanın birçok yerindeki resort ve otel komplekslerinde yer almaya devam ediyor <sup>(2)</sup>. Günümüzde, "sağlık turizmi" tanımı yukarıdaki anlamlarından farklılaşarak, her türlü tıbbi müdahalenin başka ülkelerden "satın alınması" anlamında kullanılıyor. Tabii bu şekildeki bir "anlam"ın sağlık kavramıyla bağdaşmadığı da bir gerçektir. Bu tanımla sağlık, herhangi bir meta biçimine indirgeniyor.

### ***"Sağlık" ve "Turizm" birbiriyle çakışan kavramlar değil; siz iki kavram arasında ortak bir nokta bulabiliyor musunuz?***

Bu tanım, küreselleşmeyle birlikte yeni bir anlam yüklenerek önümüze geliyor. Ulaşım olanaklarının ve iletişimin artması, önceleri termal kaplıca turizmiyle sınırlı bu alanın diğer sağlık alanlarına da yönelmesi konusunu gündeme getirdi. Yaşlı nüfusun artması kimi ülkelerde sağlık hizmetlerine talebi artırırken, sosyal güvenlik sistemleri ihtiyaca yanıt veremeye başladı. Bu nedenle sistemler, başka ülkelerde akredite ettikleri kuruluşlara hasta gönderme arayışlarına girdiler. İletişim olanaklarının ve tanı sistemlerinin gelişmesi, böylelikle hastaya ait çoğu bil-

ginin uzaktan değerlendirme olanaklarının artması, tele-tıp uygulamaları da sağlık turizmini cesaretlendiren olgular arasında sayılabilir. Girişimsel tıbbi müdahaleler için "sağlık turizmi" tanımının da sorgulanması gerekir. Kaplıca ve rehabilitasyon için "sağlık turizmi" doğru bir tanım olabilir ancak hastanın nekahet dönemi içeren girişimsel müdahaleler için turizm yanının pek olmayacağı açıktır.

Sağlık hizmetlerini kısaca tanımlarsak;  
-Sağlıkta temel amaç, hastalıkların tedavi edilmesi değil, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesidir. Sağlığa ayrılan kaynaklar, bunların sağlık üzerine etkisi, maliyet-etkililik ve mevcut bilimsel kanıtlar dikkate alınarak, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tedavi ve bakım arasında dengeli olarak dağıtılmalıdır. Sağlık hizmeti için finansman sistemleri, genel kapsayıcılığı, dayanışma ve sürdürülebilirliği garanti etmelidir. Bu nedenle de hastanın hekim seçme özgürlüğüne atıf yapan birçok belge, kamu sağlık sistemleri söz konusu olduğunda sınırlanır. Sağlık hizmetlerinde bireylerin değil, sistemlerin başarısından her zaman söz etmek gerekir.

-Sağlık hizmetlerinin en temel ilkelerinden birisi kolay ulaşılabilir ve ucuz olmasıdır.

-Tedavi hizmetlerine yönelik harcamaların, sağlık düzeyinin yükselmesine katkısı sanılandan çok azdır.

- Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.



## SAĞLIK MEVZUATI

### Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi

#### Madde 12 - Tabip ve dış tabiplerinin:

A) Hastalara, herhangi bir suretle olursa olsun, haksız bir menfaat teminini istihdaf eden fiil ve hareketlerde bulunmaları;

B) Birbirlerine, muayene ve tedavi için hasta göndermeleri mukabilinde ücret alıp vermeleri;

C) Kendilerine hasta temini maksadıyla, eczacı, yardımcı tıbbi personel ve diğer her hangi bir şahsa tavassut ücreti ödemeleri;

D) Şahsi bir menfaat düşüncesi veya gayri meşru bir gaye ile ilâç, tıbbi alet veya vasıtalar tavsiye etmeleri yahut sağlık müesseselerine hasta sevk etmeleri veya yattırmaları;

Madde 20... Tabip ve dış tabibi, hastaya lüzumsuz ve fuzulî masraflar yaptırmayacağı gibi faydası olmayacağını ve hastanın malî kudretinin kâfi gelmeyeceğini bildiği bir tedaviyi tavsiye edemez.

### Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği Para Cezası

#### Madde - 8. Para cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır

k) Herhangi bir şekilde maddi çıkar sağlamak için meslektaşlara muayene ve tedavi için hasta göndermek,  
l) Kendisine hasta sağlaması için aracı kullanmak veya herhangi bir kişi veya kuruma bu nedenle çıkar sağlamak

gibi sınırlamalarla karşılaşırız. Aracılık hizmetlerinin “ulusal sınırlar dışında bir suç oluşturmayacağı” gibi savlar, hukuk anlayışıyla ve ulusal ve uluslararası hekimlik değer-

leriyle çelişir.

Sağlık hizmetlerinde hiçbir zaman diğer hizmetlerde olduğu gibi garanti verilemez. Bu nedenle belli bir yüzdede her zaman başarısızlık, uygulanan tedaviye göre az veya çok komplikasyon olacaktır. Bu yüzdeye ait insan grubu ve insan grubunun bağlı olduğu sağlık sistemleri için sağlık hizmetlerini uzak bölgelerden, başka ülkelerden almanın ulaşım ve finansman olarak büyük zorluklara ve kayıplara yol açma olasılıkları her zaman göz önüne alınmalıdır. Özellikle dişhekimliği hizmetlerinde basit ama sık komplikasyonlar olabileceğini de göz önüne almak gerekir. Örneğin yapılan sabit bir protezde, önceden tahmin edilmesi mümkün olmayan bir kanal tedavisi ihtiyacı, gelişmiş bir ülkede çok pahalı olması nedeniyle, hasta için işin ekonomik yararının kaybolmasına neden olabilir.

Diğer yandan sağlık hizmetlerine ait gerek ulusal gerek uluslararası belgelerde etik normlar yüksek tutulmakta, hekimlerin aracılık yapması veya yaptırmayı yasaklanmaktadır. Bunun yanında sağlık şirketleri ise serbest pazarın tüm olanaklarını sağlık hizmetlerinde kullanma girişimlerini sürdürmektedir. Buna karşın, AB ülkelerinde de serbest pazarın hiçbir biçimde engellenmemesi kurallarıyla, sağlığın etik ve sosyal yanları arasındaki gerilim sürmektedir.

Ülkemizdeki dişhekimisi sayısının yeni fakülteler açılarak, plansız bir biçimde artırılması ve bunun sürdürülmesi, yinelenen ekonomik krizler ve kriz beklentilerinin toplumun alım gücünde yarattığı düşmeler, turizm bölgelerindeki meslektaşlarımızın bölge olanaklarını değerlendirme çabaları sağlık turizmini gündemde tutan gelişmelerdir.



-Sağlık hizmetlerinin kamusal özelliği dikkate alınmalıdır.

Diğer yandan, gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının, işgücü değerinin yüksekliği gibi faktörler de tıbbi tekellerin az gelişmiş ülkelerde yaptıkları ortak yatırımlarla bu ülkelerdeki sağlık emekçilerinin ucuz/giderek daha da ucuzlaşan iş güçlerini de “sağlık turizmi”ne kattıkları gözlenmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerini, hatta dişhekimliği hizmetlerinde özel hastaneciliği bu açıdan da değerlendirmek yerinde olacaktır. Tabii hükümetin ve sağlık bakanlığının muayenehaneleri yok etme girişimlerini de bu gelişmelerle birlikte değerlendirmeliyiz.

**Sağlık turizmi uluslararası düzeye bir**

**pazar kapma yarışını da içinde barındırıyor. Bu yarışın deontolojik sakıncalarını değerlendirebilir misiniz?**

Sağlık turizmi anlayışında ortaya çıkan olgulardan birisi de, çeşitli unvanlar arkasındaki ulusal ve uluslararası aracı kuruluşlardır. Sağlık mevzuatımız, hekim veya sağlık kuruluşlarının aracı kullanmasını yasaklıyor.

**Bir ağız-diş sağlığı polikliniğinin web sitesinde tedavi türleri kalem kalem belirtilmiş ve “Ülkenizde bu kadar, bizde bu kadar” diye tedavi fiyatları yayınlanmış. Bu tarz bir web sitesi disiplin yönetmeliği açısından sakıncalı mı? Sağlık turizminin en önemli ayaklarından**

***Sağlık turizminin geçmişi insanlık tarihi kadar eskidir. İlk çağlardan bu yana, termal sular, çamur banyoları, içmeler, klimatizm (sağlıklı iklim ortamında bulunmak) vs. gibi doğal kaynaklardan yararlanıldığını biliyoruz. Son yıllarda sağlık turizmi içinde SPA'dan daha sık söz ediliyor.***



***birini tanıtım ve reklam oluşturuyor. Bu durum mesleki etikle ne kadar uyuyor?***

Bu açıkça, sağlık hizmetine “ticari bir veçhe vermek”tir. Başka bir yorumu yoktur. Ama ülkemiz, yasalar ve uygulamaları açısından hepimizin bildiği gibi biraz tuhaftır. “Ülkeye döviz giriyor” gibi, yoksul ülke sendromu savunmaları ne hukukla ne de hekimlik onuruyla bağdaşır. TDB Web Sitesi Etik kuralları “madde 2. Yapılacak her türlü bilgilendirme, hasta kazanma, yönlendirme amacı ile olmamalıdır” der. Sözünü ettiğiniz web sitesi ilgili maddeyi açıkça çiğnemektedir. Oysa aynı web yönetmeliği dişhekimleri ve sağlık kuruluşlarına kendilerini etik kurallara uygun tanıtım için olanaklar sunar. Sağlıkta reklam, her durumda, her kurum için yasal mevzuatımız açısından suçtur ve Hipokrat’tan bu yana gelişen etik ve

deontolojik kurallarımız yönünden yüz kızartıcıdır. Özel ve kamu hastaneleri için de bu geçerlidir. Hastaneler için çıkarılan yönetmelikler reklamın suç sayılmasını önlememektedir. Sağlık Bakanlığı bu tür yönetmeliklerle sağlık hizmetleri içinde “bölücülük” yapmakta, muayenehanelerin mağduriyetini arttırmaktadır. Muayenehaneleri yok etme anlayışını, özel hastane yönetmeliklerinin reklam -tanıtım maddelerinde de çok açıkça görmekteyiz. Her sistemin, her erkin sonunu getiren adaletsizliktir. Tarih er geç hatırlatır.

***Yurtdışından gelen hastaların haklarını arayabileceği, örneğin hatalı uygulamalarda uluslararası bir hukuk mevcut mu? Ya da yurtdışından gelen hastalar nasıl hak arayacaklar?***

Henüz bu alanda gelişmiş ve hızlı sonuçlanabilen mekanizmalar yoktur. Diğer ül-

ke vatandaşları da bizim vatandaşlarımız gibi uzun süren bir yargı süreci beklemektedir. AB ülkelerinde ise işler tabii ki daha kolaydır. Karşılıklı tanınan mevzuatlarla hak arama süreci hızlandırılmıştır.

***Türk Dişhekimleri Birliği konuyla ilgili neler yapmalı?***

Ulusal mevzuatımız sağlık turizmine yukarıda anlatıldığı gibi çeşitli sınırlılıklar getiriyor. Aracılık hizmetleri mevcut yasalarımıza göre, kabul edilemez. TDB nin rolü “Anlaşmalı Hekimlik Yönetmeliği”nde olduğu gibi, bu alandaki haksız rekabeti ortadan kaldırmak, başka ülkelerin dişhekimleri örgütlerinin de katılımıyla (özellikle sınır bölgelerinde), ortak kararlar almaktır.

Meslektaşlarımızın, tüm ülkelerin özel veya kamu sigorta sistemlerinin geri ödemeleri konusunda da bilgilendirilmesi ge-







**Sağlıkta reklam, her kurum için yasal mevzuatımız açısından suçtur ve Hipokrat'tan bu yana gelişen etik kurallar yönünden yüz kızartıcıdır. Hastaneler için çıkarılan yönetmelikler reklamın suç sayılmasını önlememektedir. Sağlık Bakanlığı bu tür yönetmeliklerle sağlık hizmetleri içinde "bölücülük" yapmakta, muayenehanelerin mağduriyetini arttırmaktadır.**

rekir. Geçen yıl İstanbul'da yapılan TDB Kongresi Meslek Sorunları Sempozyumunda gerçekleşen Sağlık Turizmi çalışma grubu bu soruya şöyle yanıt vermişti:

- 1- Bu alandaki haksız rekabeti ortadan kaldıracak düzenlemeler yapılarak 'Sağlık Turizmi' hizmetlerinin tüm ağız diş sağlığı hizmeti sunan kurum ve kuruluşlardan alınması sağlanmalıdır,
- 2- Tüm ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kuruluşların standartlarının uluslararası düzeye ulaştırılmasını sağlayacak düzenlemeler yapılarak bunların uygulanmasını sağlamaya çalışılmalıdır,
- 3- Başka ülkelerin dişhekimleri örgütlerinin de katılımıyla (özellikle sınır bölgelerinde) ortak kararlar alınmalıdır,
- 4- Meslektaşlarımız diğer ülkelerin özel veya kamu sigorta sistemlerinin geri ödemeleri konusunda da bilgilendirilmeli, ancak, TDB asla aracı kurum şeklinde görev üstlenmemelidir.
- 5- Doğabilecek hukuki ve mali sorunlara karşı üyelerinin bilgilendirilmesini sağlamalıdır.

Sağlık Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı ve TDB'nin oluşturacağı bir komisyonun bu konu üzerinde biraz daha

## SAĞLIK AVRUPASI Sağlık turizmini AB mevzuatı ve uygulamaları

### 5. Avrupa'da Hastaların Dolaşımı

Pek çok hasta sağlık hizmetlerini profesyonellerden ve evlerine yakın sağlık merkezlerinde almaktadır. Yurttaşlar sadece çok özel durumlarda sağlık hizmeti almak için uzun mesafeler kat edeceklerdir. Bu nedenle, hastaların dolaşımını geliştirmenin kamu sağlığı sistemlerinin sürdürülebilirliğini etkilemesi beklenmemektedir.

Önerilen yaklaşım, hastanın bir diğer ülkede sağlık hizmetleri almasının tavsiye edilebileceği durumları tanımlamak, bu dolaşımı kolaylaştırmak ve dayanışmaya ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine zararlı olabilecek diğer dolaşım türlerini önlemek amacıyla taşımaktadır. Aşağıdaki dolaşım türlerinin teşvik edilmesi önerilmektedir: a) sınır ötesi hizmetler, b) kısa gezilerde düzenli (periyodik) veya acil durum bakımı, c) uzun-sürekli kalışlarda acil olmayan bakım, d) yurttaşın kendi ülkesinde mevcut olmayan bakım, ve e) bekleme listesindeki hastaların bakımı

#### a) Sınır ötesi hizmetler

Birden fazla ülkenin olduğu Avrupa bölgelerinde tıbbi bakım deneyimleri, kesinlikle bu yakınlık gereksinimiyle teşvik edilmektedir. Bu, Euregios olarak bilinen şeydir. Bu deneyimler, yerel yaklaşımlardan faydalanılmasını gerekli kılan yere ve

bu deneyimleri daha uygulanır kılmak için ülkeler arasındaki ikili anlaşmalara göre farklı biçimler alabilir.

#### d) Yurttaşın kendi ülkesinde mevcut olmayan bakım

Hastaların bir diğer tür dolaşımı ise, bir yurttaşın özellikle bir diğer ülkede sağlık bakımı araması halinde ortaya çıkar. Bu durum daha önceleri, önceden izin alınmasına bağlıydı ve şu anda Avrupa Divanı kararlarında tartışılmaktadır. Yurtdışındaki paragraflarda açıklanmış olan durumlarda hasta, Avrupa ödenekleri uyarınca bakım almaya hak kazanmaktaydı, yani kendi asıl ülkesinde kapsama dahilinde olması şartıyla ve asgari Avrupa ortak paydasını oluşturan hizmetler için.

#### e) Bekleme listesindeki hastaların bakımı

En son olarak, dolaşımın son türü ise bir kamu sağlığı sisteminin veya kamu sigorta kurumunun, bekleme listelerine neden olacak şekilde yetersiz sağlık hizmetleri sistemi olması durumunda ortaya çıkar. Bu gibi bir durumda asıl ülke veya sosyal sigorta sağlayan kurum, bu sene Norveç'in yapmış olduğu gibi, Avrupa'da başka sağlık kuruluşları arayabilir. Bu durum sözleşme yapma hususundaki Avrupa yasalarının tatbikini gerektirir.

yoğunlaşması ve bu konuda bir mevzuat çalışmasının yapılmasına acilen ihtiyaç vardır. Bu sayede “sağlık için turizm” uygulamalarının etik ve hukuksal çerçevede gerçekleştirilmesi olanaklı kılınacaktır.”<sup>(6)</sup>

### **FDI ve ERO'nun bu konuda bir çalışması var mı?**

TDB 100. Yıl Kongresi kapsamında düzenlenen Meslek Sorunları Sempozyumu'nda Avrupa Dışhekimliği Konseyi (CED) Başkanı Orlando Monterio Da Silva Serbest dolaşım konusunda bir direktif hazırlandığını ifade etmiştir. Küresel bir gerçeklik olan sağlık turizminin, ancak küresel organizasyonlarla, onların etkisiyle, etik ve hukuksal normlara ulaştırılması olanaklıdır. Bu alandaki boşluğun sürdürülmesi hekimlik değerlerinin uluslararası alanda aşınmasına yol açacaktır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Dışhekimleri Birliği gibi küresel çaptaki örgütlerin düzenlemelerine gereksinim vardır. Sağlık turizminden yararlanan/yararlanmayı düşünen her hasta, uzak bir ülkeden sağlık hizmeti almanın sonuçları konusunda yeterince aydınlatılmalıdır. Bu aydınlatma için sözü edilen kurumla-

rın “aydınlatılmış onam” belgesine gereksinim vardır. Uluslararası meslek örgütlerinin herhangi bir ülkedeki meslektaşlarının zararına olacak değişiklikleri onaylaması düşünülemez. Öncelikle belirtmek gerekir ki, sağlık turizminin geleceği henüz aracı kurumların çizdiği tablolar kadar açık değildir. Örneğin, sağlık hizmetleri alanındaki bir fuar firmasının amacı öncelikle fuar yapmaktır, bunun daha katılımlı olması ve tekrarlanabilmesi onun gelirlerini artıracaktır. Bu alanda talep yaratmaya çalışması anlaşılabilir bir durumdur. Ama sağlık örgütlerinin sağlık alanında talep yaratma ya da bunu destekleme gibi bir işlevi olamaz, olmamalıdır. AB'nin ne tür durumlarda hastaların dolaşımını desteklediği ortadadır. Avrupa Birliği'nin Sağlık Mevzuatı ilişik-



teki belgelerde görülmektedir. Sonuç olarak, özellikle sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda “Kurallar, sonra nasılsa gelir” mantığı hiç bir etik ve deontolojik değerle bağdaşmaz. Belki de bu alanda sağlık hizmetlerinin uluslararasılaşmasının/küreselleşmenin etik normlarını koyarak, alternatif küreselleşmenin ilk örneklerini verebiliriz. “Önce Sağlık” sloganımız, küreselleşmenin de insanileşmesine giden süreci başlatabilir.

### **Kaynaklar:**

- (1) Türk Dışhekimleri Birliği 14. Uluslararası Dışhekimliği Kongresi Meslek Sorunları Sempozyumu-“Sağlık Turizmi ve Dışhekimliği Hizmetlerine Etkileri” Çalışma Grubu Raporu
- (2) Vikipedi
- (3) Osman Hayran, Haydar Sur
- (4) [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)
- (5) Dr. H. Hüseyin Yıldırım, [www.absaglik.com](http://www.absaglik.com)
- (6) TDB Uluslararası Dışhekimliği Kongresi MSS Sağlık Turizmi Çalışma Grubu Raporu

## **6. Sağlık hizmetleri sektörünün toplumsal yapısının korunması ve hastaların dolaşımının kolaylaştırılması için Avrupa Birliği tarafından alınacak tedbirler**

AB bu konuları, şu hususları göz önünde bulundurarak düzenleyebilir: a) Avrupalı yurttaşların sağlık hizmetleri ödenekleri; b) Kalite ve güvenliğin garanti edilmesi; c) Hastaların dolaşımıyla ilgili tazmin sistemlerinin iyileştirilmesi ve akılcı hale getirilmesi; ve d) AB dahilinde hastaların dolaşımının kolaylaştırılması. Bu hususlarla ilgili olarak çok sayıda öneri sunulmaktadır.”<sup>(4)</sup>

“AB'de hastaların serbest dolaşımı hakkı başlangıçta Roma Antlaşması'na dayalı olarak çıkarılan 1408/71 ve 574/72 sayılı Tüzüklerle düzenlenmekte olup, temelde üç programdan oluşmaktaydı: E 111 seri numaralı program. AB vatandaşlarının başka bir AB üyesi ülkeyi ziyaretleri sırasında acil bakımı gerektiren durumlarda kullanmaları gereken programdır. E 112 programı başka üye ülkelerden planlanmış sağlık hizmetleri almak için kullanılır (Önceden izin almak koşulu vardır). E106 programı ise sınırlar arasında seyahat ederek çalışanların yararlanıp kullanabilecekleri bir programdır. Ancak, 1 Haziran 2004 tarihi itibarıyla, E 111 formunun yerini ‘Avrupa Sağlık Sigortası Kartı’ almıştır. Bu kart, Avrupa Ekonomik Alanı (AB, Norveç, İzlanda

ve Liechtenstein) ve İsviçre'ye yapılan turistik ve iş amaçlı gezilerde, bu gruba giren ülke vatandaşları yanında bulundurmaları, herhangi bir sağlık ihtiyacı durumunda buldukları ülkenin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için gereklidir. Ancak AB'de sınır ötesi sağlık hizmetlerine erişimde tüzüklerle sağlanan yasal çerçeveye ek olarak, ilki 1998 yılında olmak üzere, daha sonraki yıllarda AAD'nin aldığı kararlarla (Avrupa Adalet Divanı içtihatları) birlikte yeni bir durum ortaya çıkmıştır. Bu durum AAD'nin aldığı kararlar sonucu oluşan fiili durum çerçevesi olarak ele alınabilir ve temel gerekçesini de, daha önce sözünü ettiğimiz gibi, AB'nin temel unsurlarından biri olan serbest dolaşımın engellenemeyeceği ilkesinden almaktadır.”<sup>(5)</sup> Yine de ülkeler var olan sistemlerini ve hastaların dolaşımıyla ilgili kurallarını korumayı sürdürmektedir. Bu da sağlık hizmetlerinin “pazara sığmayan” özelliğinden kaynaklanmaktadır. Dışhekimliği hizmetlerinin sigorta sistemlerince karşılanmaması/az karşılanması özel durumu göz önüne alınmalıdır. Avrupa'daki TC vatandaşlarının (...nüfus), bu konuda geçmişten beri var olan, ülkemizden ağız dış sağlığı hizmet alımının varlığını sürdürmesi bu açıdan değerlendirilmelidir. Ayrıca bu hizmet alımının artışı ya da azalış eğilimi de değerlendirilmelidir. Avrupa ülkelerinde dünyaya gelen 3. ve 4. kuşakların aynı eğilimi sürdürmedikleri ortadadır.

# Hekimlerin isyanı!

Bugüne dek sosyal devlet anlayışı içinde varlıklarını devam ettiren sağlık kurumlarının, son 20-25 yılda ülkemizde uygulanan neo-liberal politikalar doğrultusunda kâr amacı güden ekonomik işletmelere dönüştürülme süreci hızla devam ediyor. Bundan en çok zarar gören hizmeti sunan hekimler ile hizmeti alan hastalar oluyor. İstanbul Dişhekimleri Odası, İstanbul Tabip Odası ve İstanbul Eczacı Odası yönetim organları da her fırsatta konunun muhataplarından biri olarak görüş ve önerilerini dile getiriyorlar. Üç sağlık meslek örgütü 8 Mayıs 2008 tarihli 26870 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan SSGSS Yasası’yla ilgili eleştirilerini kamuoyuyla paylaşmak üzere üç ayrı metin kaleme aldı. İşte hekimlerin isyanı...



**İstanbul Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri Aret Karabulut:**

*“Her şeyin piyasa koşullarına bırakıldığı bir sistemde sağlık bir hak olmaktan çıkar ve bir ihtiyaç haline dönüşür”*

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireylerin sağlık düzeylerinin geliştirilmesiyle ilgili faaliyetlerin bir bütünüdür. Bireysel olarak sağlıklı yaşam hakkının temel haklarımızdan biri olmasının yanı sıra, toplumların gelişmişlik düzeyleri ile sağlık hizmetlerinin kalitesi arasında doğrudan bir ilişki vardır.

Sağlık kurumları, bireylerin ve toplumun yaşam kalitesine doğrudan etki eden önemli organizasyonlardır. Türkiye’nin son 20-25 yılına damgasını vuran neo-liberal politikalar, sağlık kurumlarının tıpkı bir fabrika gibi, kâr amacı güden ekonomik işletmeler olduğunu, bu nedenle de ekonomik ilkeler çerçevesinde yönetilmeleri gerekliliğini savunmaktadır. Bugün bu politikalar, ülkemizin olanaklarına, sorunlarına ve iş gücüne uygun olup olmadığı sorgulanmaksızın “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” adı altında uygulanmaya başlanmıştır.

## **Serbest piyasa koşullarına teslimiyet**

Bugüne dek uygulanan sağlık politikalarıyla oluşturulmuş sağlık düzeninde çeşitli eksiklikler, sorunlar olsa da sosyal devlet anlayışı esas alınmıştı. Bugün ise “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” ile bu tamamen serbest piyasa koşullarına bırakılmak istenmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kâr amacını ön plana çıkaran, sağlık hizmetlerini serbest piyasanın rekabetçi koşullarında yozlaşmaya açık hale getiren, paranın esas belirleyici olduğu bu politikalar tekelleşmeyi hızlandırmakta ve emeğin hakkını alamayan hekimler yaratmaktadır. Meydana gelen zararın faturası da her zamanki gibi, vatandaşlara, yani bizlere çıkacaktır.

Hükümet neo-liberal politikalarla şekillendirdiği Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde, özelleştirme çalışmalarını kararlı adımlarla sürdürmektedir. Bu politikaların ürünü olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin göz ardı edilmesiyle “hastane-



cilik" öne çıkarılmakta, özel hastane ve özel sağlık kurumlarının sayısı giderek artmaktadır.

Özel işletmelerin temel finansal amacı, "firmanın piyasa değerinin ve dolayısıyla firma sahiplerinin servetlerinin maksimize edilmesi" olarak tanımlanmaktadır.

Özel hastanelerin de kâr amacıyla kurulan sağlık işletmeleri olup, kârlarını maksimize etmek için diğer işletmeler gibi serbest piyasa koşullarına göre hareket edecekleri kesindir.

### Toplum sağlığı tehlikede

Ülkemizde bireyler arasında gelir dağılımında büyük uçurumlar mevcutken sağlığın tamamen serbest piyasa koşullarına terk edilmesi toplum sağlığı açısından birçok sorunu da beraberinde getirecektir. Bu ayrıca, sermaye piyasası tam gelişmemiş ülkelerde yabancı ve yerli büyük sermaye sahiplerinin sağlık sisteminde tekelleşmesini de kolaylaştıracaktır. Bu koşullar ise hekimlerin işçileşmesine neden olacaktır. Bu gelişmeleri dişhekimliğinde de görmeye başlıyoruz. Özel diş hastaneleri birer birer açılmaya başladı. Halbuki ağız ve diş sağlığı hizmetleri, büyük oranda ayaktan ve poliklinik hizmetleri tarzında sunulan tedavi hizmetleridir. Yüksek finansal yatırımlar gerektiren diş hastaneleri ise toplumumuzun ağız ve diş sağlığı ihtiyaçları doğrultusunda verimli yapılanmalar değildir.

Hükümet son çıkardığı SSGSS Yasası'yla sağlık hizmetlerini özelden de almayı planlamaktadır. Bu uygulamanın tüm ağız diş sağlığı sunan kurum ve kuruluşları, özellikle de muayenehaneleri kapsayacak şekilde, belli koşullarda, sürdürülebilir, toplum yararı göz ardı edilmeden ve kaynakların verimli kullanılması ilkesi doğrultusunda olması gerekmektedir. Ancak hükümetin bu konudaki tavrının muayenehaneleri kapsam dışı bırakacak şekilde, hizmetin diş hastaneleri ve ağız-diş sağlığı merkezlerinden alınması yönünde olacağı görülmektedir. Bu ise kamu kaynaklarının belli bir kesime haksız bir şekilde aktarılmasına yol açacak ve tekelleşmeyi hızlandıracaktır.

Özetle; öncelikle sağlık kurumlarını sorgulamak yerine, sistemin işleyiş bütünlüğüne bakmak gerekir. Koruyucu sağlık hizmetleri de bu sistemin temeli olmak durumundadır. Hastalıklar ortaya çıktıktan sonra pahalı tedavi yöntemlerini esas alan anlayıştan çok, daha ekonomik olan koruyucu önlemlere ağırlık verilmesi ve sağlığın tamamen serbest piyasa koşullarına bırakılmaması hedef olmalıdır.

Her şeyin piyasa koşullarına bırakıldığı bir sistemde "Sağlık bir hak olmaktan çıkar ve bir ihtiyaç haline dönüşür".

## İstanbul Eczacı Odası Başkanı Ecz.

Semih Güngör:

### "SSGSS Yasası eczacıya ne getirdi?"

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası yasasıyla, tüm yurttaşlarımız gibi, eczacıların da emeklilik ve sağlık hakkı turpanlandı.

Yasanın Sosyal Güvenlik Kurumu'nun serbest eczanelerden satın aldığı ilaç hizmetini düzenleyen kimi maddelerinde ise eczacılar bazı hak kayıplarına uğradı. SSGSS'de yapılan ve 8 Mayıs 2008'de Resmi Gazete'de yayınlanan değişikliğe dayanılarak, Sosyal Güvenlik Kurumu İstanbul İl Müdürlüğü, eczacıların 2005 yılından 2007 yılına kadarki tarihlere ait reçetelerinin kontrolünde kendilerince tespit edilen bir yöntemle geriye dönük olarak "örnekleme yöntemi"ni kullanacağını bildirdi. Oysa örnekleme yöntemine ilişkin genelgede 2007 yılı öncesine ait reçetelerin bu yöntem dışında kaldığı belirtilerek, sonrası için de provizyon sistemiyle tespit edileceği ve hangi tür reçetelerin bu yöntem dışında tutulacağı belirtilmişti. 2007 yılı öncesinde eczacıların SGK'ya teslim ettiği reçete kolilerinin içinde bu yöntemin dışında tutulması gereken yüksek tutarlı kan ürünü ve hemofili reçeteleriyle diğer reçetelerin bir arada bulunması, seçimin manuel yapılacak olması "örnekleme yöntemi"nin ciddi hak kayıplarına ve adaletsizliğe neden olacağını göstermektedir. Odamız bu konudaki yürürlüğün iptali için de bir dava açmış bulunmaktadır.

Ayrıca yasada, kurum tarafından satın alınan ilaç ve sağlık hizmeti geri ödemelerinin tamamının değil, ancak %75-90'lık bölümlerinin avans olarak yapılacağını yer alması eczacıları tekrar geriye götürecektir. Eczacının bugün ancak 65-70 gün sonra geri ödemesini alabildiği faturalarının kurumda kalacak olan %25-10'luk bölümünü



kaç ay sonra alabileceği meçhul hale getirilmiştir. Kurumla imzalanacak olan 2008 yılı ilaç alım protokolünün, imza aşamasında görüşmelerin tıkanmasına neden olan noktalardan biri olan bu durum, eczacıları kepenk kapatma noktasına getirmiştir.

Öte yandan, 2002'den beri uyguladığı neoliberal sağlık politikalarıyla, koruyucu değil tedavi edici sağlık hizmetini temel alan AKP hükümeti döneminde, Türkiye'de ilaç tüketimi ve kamunun ilaç harcaması artmıştır. Ancak bundan ne eczacının ne de halkın kazançlı çıktığını söylemek mümkündür. Uluslararası ilaç firmalarının istekleri doğrultusunda, ülkemizde ilaç ve eczacılık alanı yeniden şekillendirilmeye çalışılmaktadır. SSGSS Yasası'nın ardından şimdi de ilaç reklamının serbest bırakılması, OTC ilaç listesi hazırlanarak bu listedeki ilaçların reçetesiz ve eczane dışında satışının sağlanması ve giderek perakende ilaç satışındaki eczacı tekelinin sermayeye devredilmesi gündemdedir. Bu süreçte eczacılar, halkın sağlık ve ilaca ulaşma hakkına sahip çıktıkları gibi, mesleklerine de sahip çıkma mücadelesi vermektedirler.

## **İstanbul Tabip Odası Genel Sekreteri Dr. Hüseyin Demirdizen:** *“Tekelleşme sürecinde sağlık”*

Sağlıkta dönüşüm programında geline aşamada, sağlık sektöründe tekelleşme süreci, emeğin ucuzlatılması, sosyal hakların tırpanlanması, sağlık hizmetinin küçültülmesi, küçültülen hizmet paketleri ve sağlık hizmeti için cepten ödemelerin artırılarak yasal zorunluluk haline getirilmesi gibi uygulama ve düzenlemelerle devam etmektedir. Sağlıkta ticaret yapılaşmıştır.

### **Pusula sermaye gereksinimleri**

Bu aşamada gündeme getirilen tüm yasa/yönetmelikler/genelgeler sermayenin gereksinimleri (tekelleşme, sömürü ve kârlılığının artırılması) ve beklentileri doğrultusunda yapılmaktadır. SSGSS Yasası'yla birlikte uygulamaya konulan Haziran 2007 SUT (Sağlık Hizmetleri Uygulama Talimatı) ayaktan teşhis tedavi üniteleri ve özel hastaneler yönetmeliği, fark ücretinin yasal güvenceye alınması (şimdilik %30) zorunlu hale getirilmesi, taşeronlaştırmayı ve esnek çalışmayı düzenleyen istihdam yasası, hekimlerin kendi adına çalışmalarını olanaksız hale getirerek işçileşmesini hızlandıran, ithal hekim çalıştırmayı hedefleyen, ithal hekim çalıştırmayı amaçlayan “sözde tam gün” ve aslında hekimlerin işçileşme sürecini hızlandıran, esnek çalıştırmayı hedefleyen torba yasa hazırlıkları.

İlaçta OTS, reklam, “İlaç Piyasası Kurulu”nun oluşturularak, ilacın ruhsatından, fiyatına, ilaç araştırmalarından, sözde denetimine kadar tüm süreçlerin piyasa kontrolüne devredilmesi, ilaçları geri ödeme kapsamı dışına çıkaran listenin genişletilmesi çalışmaları.

Sağlık tekelleri, ilaç tekelleri, eczane zincirleri, hastane zincirleri, tıbbi teknoloji ve laboratuvar zincirleri, sigorta şirketleri ve destek hizmeti sunan şirketler eliyle düzenlenen sağlık ortamında ucuz işgücü olarak görülen, işçileştirilmek istenen hekimler, eczacılar, dişhekimleri, temel hedef “daha fazla sömürü, daha fazla kârdır”.

### **Emeği ucuzlatan anlayış**

Bunun için, emeğinin ucuzlatılması, esnek çalışmanın yasal at yapısının oluşturulması, çalışma süresinin uzatılması, iş güvencesinin ortadan kaldırılması, sosyal hakların ortadan kaldırılmasına yönelik çabaların yanı sıra, sağlık tüketiminin artırılması, (performans gelirlerinin kurumsal ve bireysel düzeyde ilaç, teknoloji, girişimsel tıbbi müdahaleler, yaratılan hastalıklar, suistimal edilen duygular vb. yollarla teşvik edilmesi hatta suistimallerin görmezden gelinmesi vb.) hizmet niteliği ve kalitesinin dü-



şürülmesi gibi yollara başvurulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması, pazarın genişletilmesi sürecinde özel sektörün yatırımları teşvik edilmiş, hizmet ve mal satın alınması yoluyla özel sektörün kapıları hastalara açılmış, sevk sistemi ortadan kaldırılarak birinci basamak işlevsizleştirilmiştir. Performans yoluyla kamu kuruluşlarında tüketim desteklenmiş ve piyasa kuralları etkin kılınmış, vatandaş (fark ücreti, katkı payı, öğretim üyesi farkı, özel hastane yatak farkı, kuyrukların öne çekilmesi için ek ödemeler vb. yöntemlerle) ilave ücret ödemeye, hizmeti satın almaya alıştırmış, teknoloji bağımlısı haline getirilmiştir.

### **Sağlık 3. büyük sektör**

2002-2007 sürecinde 8,9 milyar dolar olan toplam sağlık harcaması 30 milyar dolara çıkarılmıştır. Sağlık pazarı için, 2010 yılında 45 milyar dolar, 2012 yılında 60 milyar dolar olabileceği hesaplamaları/öngörmeleri yapılmıştır. Sağlık sektörü, dünyada ciro büyüklüğü açısından 3. büyük sektör, (silah, enerji, sağlık) kârlılık (%20) açısından 2. (silah, sağlık) büyüme hızı açısından da 1.sırada gösterilmektedir. Son 20-25 yılda tekeller diğer sektörlerden çıkarak sağlık sektörüne yatırım yapmaktadır. (ABD, AB, yeşil- petro-dolar sermayesi )

AKP iktidarları döneminde koruyucu sağlık hizmetleri çökertilirken, tanı- tedavi hizmetleri kısıpılmış, hastalık yükü ve maliyetler artırılmıştır. Her doktora bir oda sloganıyla doktorlar sadece poliklinik ve diğer tedavi hizmetleriyle sınırlandırılmaya çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığı, poliklinik sayılarının artmasıyla, yani daha fazla hastayla övünmüştür. Aynı dönemde yıllık poliklinik sayısı 150 milyondan 350 milyona çıkmış, ancak toplumun sağlık düzeyinde ya da vatandaşın aldığı sağlık

bakımında ölçülebilir bir iyileşme, eşitsizliklerde bir azalma olmamış, hatta kötüleşme olmuştur.

2008 yılında sağlık ortamında uzman hekimlerin %23'ü özel sektörde çalışmaya başlamış, buna karşılık özel sektör hizmette %14'lük bir katkıda bulunurken, kaynakların %35'ine yakını almıştır. Özel sağlık sektörü hizmet bedelinin %50'sini vatandaştan almaktadır. (%30'luk fark nedeniyle mağdur olduklarını dile getirmektedirler.) Kamu hastane birlikleri yasası uyarınca tüm sağlık kuruluşlarının işletme kurallarıyla hizmet vermesi planlandığı dikkate alındığında, yakın zamanda hepimiz için sağlık hizmeti bedelinin %50'sinin cebimizden çıkarılması hedeflendiği anlaşılmaktadır. Toplumdaki eşitsizlikler, gelir dağılımı bozukluğu, işsizlik, yoksulluk dikkate alındığında, sağlık hizmetlerinin kullanımını sırasında talep edilen ücretlerin hizmete ulaşımı daha da zorlaştıracağı, sağlık sorunlarını artıracacağı açıktır. Daha şimdiden İstanbul'un hekim dağılımına bakıldığında uzman hekimlerin %55'i sadece özel sektörde işçi statüsünde çalışmaya başlamış ve ilk kez kamu sektöründeki uzman istihdamını geçmiştir.

### **Kamuda insan kaynağı ve işgücü açığı**

Hızla büyütülen özel sektörün tüm sağlık işgücü, kamu sektöründen transferlerle karşılanması sonucu kamuda insan gücü ve hizmet açığı ortaya çıkmıştır.

Hükümet kendi yarattığı bu sonucu yine kendi istekleri doğrultusunda kullanabilmek için hekim sayısının artırılmasını (tıp öğrenci kontenjanlarının artırılması, uzmanlık öğrencisi kadrolarının artırılması, yabancı hekim çalıştırmanın yasal hale getirilmesi) sürekli olarak gündemde tutmaktadır.

Piyasalaştırılan ve özelleştirilen sağlık hizmetlerinde ticaretin kuralları işlemeye başlamıştır. Daha çok kâr için tüketimin artırılmasını teşvik eden, göz yuman hükümet sağlık harcamalarında kamusal kaynakları (sigorta gelirlerini) kısımaya başlamıştır.

Bir taraftan hizmet geri ödeme bedelleri düşük tutulmakta (SGK, SUT ile tek tarafı olarak bedel belirlemektedir. Bunun



***Sağlık sektörü, dünyada ciro büyüklüğü açısından 3. büyük sektör, (silah, enerji, sağlık) kârlılık (%20) açısından 2. (silah, sağlık) büyüme hızı açısından da 1.sırada gösterilmektedir.***

inçin TTB'nin asgari ücret belirleme yetkisi elinden alınmıştır;) diğer taraftan vatandaşa sunulan hizmet (paketler, kapsam dışı hizmetler, hizmet geri ödemelerinin yoluyla) küçültülürken bir yandan da fark ve ilave ücretler yoluyla cepten ödemelerin artması sağlanmaktadır.

Tekelleşme sürecinde, daha fazla sömürü, daha fazla kâr için vahşi kapitalizmin haksız rekabet, nüfus ticareti, ayrımcılık vb piyasa-ticaret kurallarıyla küçük/zayıf olanlar ortadan kaldırılırken, "hizmetin bedelini ben vermem, vatandaştan da almazsın" söylemiyle bir taraftan hekim emeğinin ucuzlatılması, hizmetin küçültülmesi ve daha fazla katkı dönemi, bir taraftan da küçük işletmelerin zincirlere katılması süreci hızlandırılmaktadır.

### **Hekim de hasta da mağdur**

Süreç durdurulamaz ise hekimler için güvencesiz çalışma, çalışma sürelerinin

uzaması, gelirlerinin düşmesi, statülerinin gerilemesi, vatandaş için daha az ve nitelsiz hizmet, daha çok ödeme, sağlık hakkının gaspı, ülke için sağlık düzeyinin kötüleşmesi, sağlık bakım yükünün ve maliyetlerin artması, kaynakların uluslararası ilaç ve teknoloji holdinglerine aktarılması kaçınılmazdır. Süreçten tek kazançlı kesim, sağlık ticareti yapan ulusötesi tekeller olacaktır.

Bu nedenle, çalışanların ve vatandaşın ortak yararı, özelleştirmeci-piyasacı, sosyal kazanımları ortadan kaldıran, yoksulluğu, yoksunluğu ve eşitsizlikleri derinleştiren, sosyal barışı tahrip eden, demokrasiyi ve temel hakları askıya almaya çalışan neoliberal politikalar karşısında "herkese sağlık ve güvenli gelecek" talebiyle, sağlık alanı başta olmak üzere, piyasalaşma ve özelleştirme sürecine karşı ortak mücadele etmektir. Biz izin vermezsek yapamazlar.



# Olgu Sunumu:

## Periodontal kemik defektlerinin tedavisinde yönlendirilmiş doku rejenerasyonu ile yalnız veya mine matriks protein türevi ile beraber sığır kaynaklı ksenogreft kullanımının klinik karşılaştırılması

**Bu vakada, yönlendirilmiş doku rejenerasyonunun ve mine matrix protein türeviyle beraber sığır kaynaklı ksenogreftin yalnızca ksenogreft uygulamasına kıyasla etkinliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.**

**A**gresif periodontitis (AP) genellikle erken yaşlarda klinik olarak belirti veren, aynı aile içinde birden fazla bireyde görülen, kronik tip periodontal hastalığa göre daha az rastlanan, hızlı ilerleyen ve şiddetli seyreden bir grup periodontitis olarak tanımlanabilir. Agresif periodontitisin daha yaygın görülen başlıca özellikleri arasında hastanın sistemik olarak sağlıklı olması, hızlı ataşman kaybı ve kemik yıkımı, aynı aile içindeki bireylerin etkilenmesi gelir<sup>(1)</sup>. Bu periodontitis tipinde oldukça virülen mikroflorayla birlikte, hastalığa yüksek oranda duyarlı konaktan bahsedilebilir. Spesifik klinik ve laboratuvar özelliklere dayalı olarak, agresif periodontitis, lokalize agresif periodontitis (LAP) ve generalize agresif periodontitis (GAP) olarak iki gruba ayrılır. Bizim vakamızda klinik ve radyografik bulgular hasta anamneziyle de desteklenmiş olup GAP tanısı konulmuştur. GAP genellikle 30 yaş altı bireyleri etkilemekle birlikte daha ileri yaşlarda da görülebilir. Birinci molar ve kesici dişlerin haricinde en az üç sürekli dişi etkileyen generalize interproksimal kemik kayıpları mevcuttur. Ataşman kaybı ve kemik yıkımı belirgin epizodik doğaya sahiptir.

### Vaka

30 yaşında erkek hasta dişlerinde salınma ve yer değiştirme, dişetlerinde çekilme, kanama ve şişlik şikayetleri ile kliniğimize başvurmuştur. Hasta, ayrıntılı bir anamnez alındıktan sonra klinik ve radyografik olarak değerlendirilmiştir. Plak indeksi (PI) (Silness-Löe,1964), Gingival indeks (GI) (Löe -Silness, 1964), sondalanabilir cep derinliği ve klinik ataşman seviyesi ölçümleri yapılmıştır.

PI ortalaması 1.15 (% 79 plak), GI ortalaması 1.25 (%100 kanama), tüm ağız cep derinliği ortalaması 3.82 mm ve klinik ataşman kaybı 4.56 mm olarak ölçülmüştür. Hastanın alt ve üst çenesi tüm diş yüzeylerinde plak birikimine rastlanmıştır. Mobilite indeksi 0 ile 3 arasında değerlendirilmiştir. Klinik ve radyografik değerlendirmeler sonrasında hastamıza generalize agresif periodontitis tanısı konulmuştur.

*Üç bölgede de sondalanabilir cep derinliği ve klinik ataşman seviyelerinde azalma gözlenirken YDR, mine matrix proteini ve xenogreftin birlikte kullanımının yalnızca xenograft kullanımına kıyasla daha iyi sonuçlar sağladığı gözlemlenmektedir.*

Resim 1: 4. bölge başlangıç



Resim 2: 4. bölge operasyon sonrası



## Araştırmada uygulanan metod

30 yaşında erkek hasta generalize agresif periodontitis tanısıyla kliniğimize başvurmuştur. Başlangıç tedavisinden sonra rejeneratif amaçlı flep operasyonları yapılmıştır. Üç ayrı operasyon bölgesine YDR, ksenogreft ve mine matrix proteini kombinasyonu ve yalnızca ksenogreft uygulanmıştır. İyileşme, sondalanabilir cep derinliği ve klinik ataşman seviyesi parametreleriyle değerlendirilmiştir.

### Tedavi

Mevcut enfeksiyonu kontrol altına almak, mevcut diş taşı ve bakteri plağı birikimini kaldırmak amacıyla diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmeyi içeren dört seanslık başlangıç tedavisi planlanmıştır. İki seans supragingival diş yüzeyi temizliği işlemlerinden sonra, kök yüzeyi düzleştirme işlemleri de iki seansta tamamlanmıştır. Periodontal patojenlerin bilinen yumu-

şak dokuya invazyon ve penetrasyon özellikleri nedeniyle mekanik tedavinin yalnızca belirli oranlarda başarılı olacağı düşünülerek, başlangıç tedavisi sistemik antibiyotik tedavisiyle desteklenmiş, metronidazol 500 mg 3x1, amoksisilin 500 mg 3x1 birlikte reçete edilmiştir. Burada her iki antibiyotiğin birlikte kullanımıyla elde edilecek sinerjizmadan yararlanılmıştır.

Başlangıç tedavisi sonrası birinci ve



Resim 3: 2. bölge başlangıç



Resim 4: 2. bölge operasyon sonrası

### Resim 5-6-7-8: 3. bölgede mine matris proteininin uygulanışı



Resim 5



Resim 6



Resim 7



Resim 8

## Defekt lokalizasyonu

Sondalama derinliği	Klinik ataşman seviyesi					
	Başlangıç (mm)	6.Ay (mm)	Postop. (mm)	Başlangıç (mm)	6. Ay (mm)	Postop. (mm)
47 mezial	7	4	4	7	4	4
46 distal	8	4	5	8	8	6
46 mezial	10	10	5	13	11.5	7.5
45 distal	6	4	3	6	6	4
24 distal	8	7	3	8	8	4
25 mezial	5	3	1	5	4	2
25 distal	6	5	3	6	6	4
26 mezial	9	7	3	11	9.5	6
26 distal	8	5	4	9	7	6
27 mezial	7	5	3	8	7	5
36 mezial	8	8	4	10	10	6
36 distal	7	3	3	9.5	5.5	5

Tablo: 1

### *Mine matrix protein türevi, anorganik kansellöz sığır kaynaklı kemik grefti ve yönlendirilmiş kemik rejenerasyonu yalnızca flep operasyonuna kıyasla kemik içi periodontal defektlerin tedavisinde daha iyi klinik sonuçlar gösterir.*

ikinci aylarda yapılan supragingival diş yüzeyi temizliği işlemleri ve ağız bakımı motivasyonu sonrasında hasta üçüncü ay kontrolüne çağırılmıştır. Başlangıç klinik ölçümler tekrarlanmıştır. Üçüncü ay indeks skorları PI 0.88, GI 1.27, tüm ağız klinik ataşman kaybı ortalaması 3.87 mm, tüm ağız sondalanabilir cep derinliği ortalaması 2.80 mm olarak kaydedilmiştir.

Üçüncü ay kontrol sonrası hasta tekrar ayrıntılı şekilde ağız bakımı konusunda bilgilendirilmiştir. Bir aylık aralıklarla diş yüzeyi temizliği işlemleri tekrarlanmıştır.

Yapılan altıncı ay ölçümlerde PI 1.14, GI 1.13, tüm ağız sondalanabilir cep derinliği ortalaması 2.99 mm, klinik ataşman kaybı ortalaması 4.19 mm olarak kaydedilmiştir.

Resim 9: 3. bölge başlangıç



Resim 10: 3. bölge operasyon sonrası



Hastanın klinik durumunun stabilite kazandığına karar verilmiştir. Bu aşamadan sonra cerrahi periodontal faza geçilmiştir. Tüm ağızda radyografik olarak tespit edilen birinci büyük azılar çevresindeki defektler için rejeneratif tedavi planlamaları yapılmıştır. Dördüncü segmentte 45- 47 numaralı dişler arası flap açılmıştır. Defektler granülasyon dokusu kalmayacak şekilde temizlenmiş, kök yüzeyi düzleştirme işlemi yapılmıştır. 46 numaralı dişin mezial ve distal yüzeylerinde bulunan defektlerin kalan ke-0iç yüzeylerinde kalan granülasyon dokuları kesilmiştir. Mevcut defekte xenogreft (BioOss®) ve kollajen membran (BioGide® 16X22mm) uygulanmıştır. Flaplar aynı şekilde primer kapatılmış, reçete verilmiştir. (Resim 9, 10).

Tüm operasyonlar sonrası 10. günde dişler alınmıştır. İki operasyon arasında bir önceki operasyon bölgesinin tekrar fonksiyona girebilmesi ve hastanın konforu açısından dörder hafta beklenmiştir. Hastanın ilgili bölgelerdeki defekt derinlikleri tedaviye başlamadan önce, başlangıç tedavisini takiben 6. ayda ve operasyonlar sonrası 6. ayda ölçülmüştür (Tablo 1).

### Sonuç

Generalize agresif periodontitis, hızlı ataşman ve kemik kaybı gözlenen ve gecikmeden doğru tedavi yapılması gereken bir periodontitis tipidir. Doğru şekilde tedavi uygulanabilmesinde bu hastalara hızla doğru tanıyı koyabilmek önemlidir. Bu vakada da radyografik ve detaylı klinik muayeneyle doğru tanıya vardıldıktan sonra mekanik tedaviye başlanmıştır. Seçilen antibiyotik desteğinin agresif periodontitisli bireylerde kullanımını destekleyen çalışmalar mevcuttur.<sup>(2,3)</sup>

Periodontal cerrahi faza geçmeden önce 6 aylık takip yapılmış, enfeksiyonun tamamen kontrol altına alındığına kanaat getirildiğinde cerrahi faza geçilmiştir. Cerrahi aşamada mevcut kemik içi defektlere sığır kaynaklı ksenogreft, kollajen membran ve mine matriks proteinleri uygulanmıştır.

Mine matriks proteinleri Hertwig epitel kınından salgılanan ameloblastlarca



sentezlenirler. Bu proteinler kök yüzeyinde mezenşimal farklılaşmayla kollajen ve sement oluşumunu uyarırlar. İçeriğinde en çok amelogenin (%90) bulunmaktadır. Piyasada ticari olarak bulunan mine matriks proteini (Emdogain®), alerjik olmayan ve güvenli bir ürün olup, dokuda iki haftaya kadar, kök yüzeyinde de 4 hafta kaldığı belirtilmektedir (1).

Mine matriks proteini ve kollajen membran uygulamaları arasında klinik olarak bir fark bulunmadığını belirten çalışmalar mevcuttur (4, 5, 6).

Bu vakada üç bölgede de sondalama derinliği ve klinik ataşman seviyelerinde azalma gözlenirken YDR ile mine matrix proteini ve ksenogreftin birlikte kullanımının yalnızca ksenograft kullanımına kıyasla daha iyi sonuçlar sağladığı gözlemlenmiştir.

Hastamızın halen periodontal yıkım riski altında olduğunu düşünmekteyiz. Bu nedenle, düzenli kontrolleri ve gerekli kayıtları alınıp, takiplerinin daha uzun süreler devam etmesi gerekmektedir. Tekrarlayan bir enfeksiyon gözlemlendiği durumda, klinik olarak teşhis edilebilir bir periodontal lezyon oluşmadan önce müdahalede bulunulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Cohen E. S. *Guided tissue regeneration. Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery.* s. 158-195., Becker Inc., 2007
2. Guerrero A, Echeverría JJ, Tonetti MS. *Incomplete adherence to an adjunctive systemic antibiotic regimen decreases clinical outcomes in generalized aggressive periodontitis patients: a pilot retrospective study.* *Journal of Clinical Periodontology* 2007 ;34(10):897-902.
3. Guerrero A, Griffiths GS, Nibali L, Suvan J, Moles DR, Laurell L, Tonetti MS. *Adjunctive benefits of systemic amoxicillin and metronidazole in non-sur-*

*gical treatment of generalized aggressive periodontitis: a randomized placebo-controlled clinical trial.* *Journal of Clinical Periodontology* 2005 Oct;32(10):1096-107.

4. Pietruska MD. *A comparative study on the use of Bio-Oss and enamel matrix derivative (Emdogain) in the treatment of periodontal bone defects.* *Eur J Oral Sci.* 2001 Jun;109(3):178-81.
5. Silvestri M, Ricci G, Rasperini G, Sartori S, Cattaneo V. *Comparison of treatments of infrabony defects with enamel matrix derivative, guided tissue regeneration with a nonresorbable membrane and Widman modified flap. A pilot study.* *J Clin Periodontol.* 2000 Aug;27(8):603-10.
6. Silvestri M, Sartori S, Rasperini G, Ricci G, Rota C, Cattaneo V. *Comparison of infrabony defects treated with enamel matrix derivative versus guided tissue regeneration with a nonresorbable membrane.* *J Clin Periodontol.* 2003 May;30(5):386-93.

### \* Yazışma Adresi

İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi  
Periodontoloji AD.

Çapa – İstanbul 34390

# Üretimden tüketime tehlikeli atıklar

**Yaşamak adına yaptığımız birçok şey doğaya tehlikeli atıklar bırakmamıza neden oluyor; bu da daha çok zehirlenmemize... Dişhekimlerinin tedavi amacıyla kullandığı bazı maddeler de kirlenmeye sebep olan tehlikeli atıklar arasında yer alıyor.**

**K**endi ürettiklerimizin bizi tükettiği garip bir çağda yaşıyoruz. Toplumsal ya da bireysel refah adına sürekli arttırdığımız üretim, yaşadığımız dünyayı bizi yutan bir bataklığa dönüştürmekten başka bir işe yaramıyor. Çocuklarımızın eğlencesi masum oyuncaklardan, bizi özgürleştiren arabalara, daha çok televizyon izlememiz için bize zaman kazandıran bulaşık makinelerinden, kliniklerimizde yaptığımız dolgulara kadar birçok şey, aslında üretimden tüketime dek doğaya daha çok tehlikeli atık bırakmamıza neden oluyor; bu da bizim daha çok zehirlenmemize...

## **Ölüm oranları artıyor**

Üretiminde biz dişhekimlerinin de mütevazî katkılarının olduğu tehlikeli atıklar Çevre ve Orman Bakanlığı'nın yönetmeliklerinde kabaca "genotoksik, farmasötik, ağır metal içeren, kimyasal atıklar ile basınçlı kaplar" olarak tanımlanıyor. Bu atıkların belli şartlar altında

toplanması, depolanması ve bertaraf edilmesi gerekiyor. Ancak Türkiye'de bu atıkların ancak %5'i, kuralına uygun yok ediliyor, %40'ı ise yakılıyor<sup>(1)</sup>. Bunların dışında kalanlar ise denetimsiz bir biçimde doğaya salınıyor. Havaya, suya karışan bu atıklar gıda-insan zincirine katılarak büyük felaketlere yol açıyor. Ancak Dilovası'nda olduğu gibi, ölüm oranlarında belirgin artışlara neden olduğunda veya medyaya yansıtıldığında farkındalığımız kısa süreli uyanışlar sergiliyor. Kanseri sonucu ölümlerin ortalama %12.5 olduğu Türkiye'de sanayi bölgesi İzmit'in Dilovası beldesinde kanser nedeniyle ölümlerin %32.5 olması bu denetimsizliğin bir kanıtı sayılabilir rahatlıkla. Kanserden ölümlerin DSÖ verilerine (dünya ortalaması) göre %17.5'u akciğer, %11.9'u mide kanserinden olurken yine Dilovası'nda bu rakamlar sırasıyla 44 ve 19.5 olarak saptanıyor<sup>(2)</sup>. Bu da havamızın ve gıdalarının tehlikeli atıklarla nasıl kirlendiğinin somut ve acı bir örneği.

### Atık yakma tesisleri çoğalmalı

Türkiye'nin tek tehlikeli atık yakma tesisi İzaydaş'ın günlük atık yakma kapasitesi 80 ton kadar. En büyük sanayi kuruluşlarının bulunduğu, dolayısıyla en büyük kirletici konumundaki Marmara bölgesinden yılda bir milyon tonu aşkın tehlikeli atık çıkıyor. Bunun da ancak 100 bin tonu yakılması ya da depolanması amacıyla İzaydaş'a gönderiliyor. Geri kalanının ise Tuzla'da, Gebze'de, Uzunköprü'de ya da Kartal'da variller içinde karşınıza çıkmaması için bir neden yok. Karşınıza daha önceden tanıştırlmadığınız bir varil çıktığında sessizce yolunuzu değiştirmeniz mümkün olsa da bu varillerin taşıdığı kimyasal maddelerle kirlenmiş havadan, sudan, topraktan veya bu ortamda yetişmiş sebze, meyve ve balıklardan vazgeçmeniz mümkün olmayacak. Dolayısıyla yavaş yavaş zehirleneceksiniz.

### Atıklardan kurtuluş yok!

Buna karşın, denetimli ve kontrollü bir biçimde yakılan tehlikeli atıklar da kirlenmeye engel olmuyor ne yazık ki! Bu şekilde bertaraf edilen atıklar dioksin furan ve PCB'ler gibi kalıcı kirleticiler üretiyor. Bunlar Birleşmiş Milletler Çevre Eylem Programı (UNEP) dahilinde, kaynaktan ortadan kaldırılması hedeflenen 12 son derece tehlikeli kimyasal maddeden oluşan ve kalıcı organik kirletici (KOK) diye adlandırılan maddelerden üçüdür. Bunların dışında, yakılan atıklardan arda kalan kül içinde yüksek miktarda ağır metale de rastlanmaktadır. Nitekim Greenpeace'in İzaydaş'tan alınan numunelere 2000 yılında yaptırdığı tahlillerde yukarıda adı geçen üç KOK'a ilaveten bakır, çinko ve kurşun da yüksek miktarda çıkmıştır<sup>(3)</sup>. Tehlikeli atıkları ve zararlarını hayatımızdan uzak tutmanın en etkili yolu tüketimimizi azaltmak gibi gözüküyor. Tüketimin kaçınılmaz olduğu durumlarda ise yapmamız gereken, bu maddelerin en uygun şekillerde yok edilmesini sağlamak, evsel atıklara ve kanalizasyona karışmasını engellemeye çalışmak olmalıdır.



*“Türkiye’de tehlikeli atıkların ancak %5’i kuralına uygun yok ediliyor. %40’ı yakılıyor. Bunların dışında kalanlar ise denetimsiz biçimde doğaya salınıyor”*

### Dişhekimlerinin kullandığı zehirli atıklar

Gündelik yaşamımızda kullandığımız mutfak kaplarından pillere, arabalarımızdan kablolara, pencere doğramalarından (PVC ve alüminyum olanlar) gazetelerimize kadar birçok şey tehlikeli kimyasal maddelerin doğaya salınmasına neden oluyor. Biz dişhekimleri de çalıştığımız yerlerde tedavi amacıyla kullandığımız bazı maddeler aracılığıyla bu kirlenmeye katkıda bulunuyoruz. Bunların içinde en önemli ve tehlikelileri arasında sayabileceğimiz ve zararları şunlar:

**Arsenik:** Dişhekimliğinde artık eskisi kadar kullanılmamakla birlikte, pestisidler, herbisidler, sigara ve besin katkılarında rastlanabilen arsenik solunduğunda karsinojendir. Bağırsaklar ve karaciğer üzerinde de tahribata neden olur.

**Kurşun:** Röntgen filmlerinde ve radyasyon koruyucusu olarak kullandığımız kurşun tüm kent havasında ve çevrede bulunan ileri derecede toksik ağır bir metaldir. Benzinden boyalara, piller-

den matbaacılığa kadar birçok alanda kullanılan kurşun, kemik ve diş gibi sert dokularda birikir, işitme ve sinir sisteminde bozukluğa kansızlığa, kansere ve ölüme yol açabilir.

**Çinko:** Dolgularda da bulunan çinko, otomotiv sanayi, piller, oyuncaklar ve deodorantlarda kullanılır. Kronik maruziyet sonucu akciğer ve deri hastalıkları görülebilir.

**Cıva:** Dişhekimliğinin de en çok tartışılan malzemelerinden olan cıva amalgam dolgular dışında termometreler, barometreler, tansiyon aletleri ve pillerde kullanılıyor. Cıva da bazı nörolojik bozukluklara, böbrek, karaciğer ve beyin dokularının tahribine, kansere ve sakat doğumlara neden olabilir.

#### KAYNAKLAR:

- 1) Çevre'nin 2007 Seçimi-TMMOB Çevre Mühendisleri Odası 2007 Çevre Durum Raporu
- 2) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Dilovası Beldesi Ölüm Nedenleri Çalışması Ön Raporu 11 Kasım 2004
- 3) Greenpeace'in 25/01/2001 Tarihinde İzaydaş ile ilgili yayınladığı rapordan alınmıştır.



# Hastalar sağlık haklarını biliyorlar mı?



**Kamu sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların tedavileri belirlenmiş süreler içerisinde yapılmıyorsa, gecikmeden doğabilecek problemleri ve hasta mağduriyetini önlemek amacıyla hastanın özel sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi gerekiyor.**

**S**osyal Güvenlik Kurumu kapsamında bulunan vatandaşların önemli bir kesiminin, sağlık hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülüyor. Hastaların sağlık haklarının hekimler tarafından iyi bilinmesi ve aktarılması büyük önem taşıyor.

25 Mayıs 2007 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’ne göre, kamu sağlık kuruluşlarına tedavi için başvuran hastaların tedavileri belirlenmiş süreler içerisinde yapılmıyorsa, tedavinin gecikmesiyle doğabilecek problemleri ve hasta mağduriyetini önlemek amacıyla hastanın özel sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi gerekiyor.

2007 yılı Sağlık Uygulama Tebliği’nde diş tedavileriyle ilgili süreler şu şekilde tanımlanır: “8.2. Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisi: Müracaat edilen sözleşmeli resmi sağlık kurum veya kuruluşunca kron ve protez tedavisine 90 gün, dolgu tedavisine 30 gün, diğer diş tedavilerine de 45 gün içinde başlanamayacağını belirtilmesi ve kapsamda yer alan kişilerce talep edilmesi halinde serbest dişhekimliklerine, kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum veya kuruluşlarına, özel sağlık kurum veya kuruluşlarına sevkleri yapılabilecektir. Bu durumda yapılması gereken tedavinin, sevki yapan dişhekimi tarafından ayrıntılı olarak belirtilmesi ve sonrasında da sevki yapan sözleşmeli resmi kurum veya ku-

ruluştaki dişhekimlerince tedavinin yapıldığının onaylanması gerekmektedir.

%40 ve üzerinde özürlü kişiler, diş tedavileri için özür lülük durumunu belgelendirmek suretiyle, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına veya serbest dişhekimliklerine doğrudan başvurabilirler.

5-15 yaş grubundaki çocukların, yer tutucu ve ortodontik tedavileriyle, 6 ve 12 yaş (1. ve 2. daimi büyük azı) dişlerinin tedavileri (münhasıran 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 sevki yapan dişhekimi tarafından, ayrıntılı olarak belirtilmesi ve sonrasında da sevki yapan sözleşmeli resmi kurum veya kuruluşta ki dişhekimlerince tedavinin yapıldığının onaylanması gerekmektedir.

Serbest dişhekimliklerinde 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 300 YTL’yi, geçmemek şartıyla ödenir.”

Görüldüğü gibi, muayenehane, poliklinik, hastane ayrımı yapılmaksızın tüm özel sağlık kuruluşları, sevk edilen hastaya hizmet verebilir. Bu kurumların SGK ile anlaşma yapma şartı yoktur. Hizmetler için tanımlanmış bekleme sürelerinin aşılması ve hastanın isteği sevk için yeterli olur.

Özellikle çocuk hastaların tedavilerinde süre şartı aranmadığı, hiç bekletilmeden özel sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi gerektiği konusunda ebeveynleri uyarmak ve bilgilendirmek yararlı olacaktır.

Özel sağlık kurumlarına sevk edilen hastalar yaptırdıkları tedavinin bedelini, belirlenmiş şartlar çerçevesinde faturalarını onaylatmak suretiyle kurumdan tahsil edebilir.

**Yeşil Kart, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur mensubu; diş ve diş eti hastalıklarında kamu sağlık kurumundan alacağın sevk ile serbest çalışan dişhekimlerinde tedavi hakkın olduğunu biliyor musun?**

**BUNLARI BİLİYOR MUSUN?**

# Dişhekimliği öğreniminin sorunları

**Tüm dünyada dişhekimliği eğitiminin “kanıta dayalı” öğrenim biçiminde sunulmasına yönelik ciddi çabalar harcanıyor. Bu doğrultuda dişhekimliği fakültelerinin öğretim üye kapasitesinin, fiziki koşullarının, öğrenci sayısının, öğretim programlarının uluslararası ölçülere ve gereksinimlere uygun hale getirilmesi gerekiyor.**

**D**işhekimliği eğitimi, çeşitli meslek grupları olarak değerlendirildiğinde, belki de öğrenimi en güçlü meslekler arasında ilk sıralarda yer alır. Bu açıdan, öğrenimin nasıl daha ideale yaklaştırılacağı konusunda tüm dünyada ciddi çabalar harcanıyor.

Dişhekimliği öğrenimi bütün olarak düşünüldüğünde, ilgili ülkenin yüksek öğrenim olanakları, insan kaynakları politikaları, sosyo-ekonomik koşulları gibi pek çok faktör göz önüne alınarak incelenmesi ve değerlendirilmesi gereken bir konudur. 1996 yılında yapılan TDB I. Dişhekimliği Eğitim Kurultayı sonuçlarına göre, ülkemizde dişhekimi insan gücü dağılımı incelendiğinde, büyük kentlerde 2 bin kişiye bir dişhekimi düşerken bu sayının 20 bine, 50 bine yükseldiği illerimizin de bulunduğu ve dişhekimine toplum talebinin ise çok düşük olduğu görülür.

Ancak son dönemde yürürlüğe giren yeni sağlık sistemimize göre, hastaların tümü, üniversite hastaneleri de dahil olmak üzere pek çok kurumdan dişhekimliği hizmeti alabiliyor. Bu bağlamda karşımıza, öğretimin ayrılmaz bir parçası olan yeni dişhekimliği fakültelerinin açılıp açılmaması sorusu çıkabilir. Bu soruda toplumun ağız-diş sağlığı hizmetlerine olan ihtiyaç ve talep dengesiyle, insan gücü dağılımının dikkate alınması ön plana çıkıyor gibi görünse de, çağdaş dişhekimliği öğretiminde çok ciddi prensipler yer alıyor. Özellikle Kuzey Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde eğitim standartları konusunda çok ciddi gelişmeler pratiğe sunulmuştur. Eğitimde gerek öğrenci gerekse akademik personel çağdaş çalışma olanakları bulurken tüm dünyada dişhekimliği eğitiminin “kanıta dayalı” öğrenim biçimin-



de sunulmasına yönelik ciddi çabalar harcanıyor.

## **İdeal sağlık hizmeti anayasal hak**

Hastaların ideal sağlık hizmeti almaları onların anayasal bir hakkıdır. Eğitimde dişhekimliği öğrencilerine bu hizmeti sunabilmeleri aşamasında tüm mesleki yeterlilik ve deneyimin kazandırılması esastır. Bu bağlamda kanıta dayalı dişhekimliği öğretimi oldukça önemlidir. Dişhekimliği fakültelerinin öğretim üye kapasitesi, fiziki koşulları, öğrenci sayısı, öğretim programları uluslararası ölçülere ve gereksinimlere uygun hale getirilmelidir. Özellikle, dişhekimliği fakültelerinin kontenjanlarının artırılması ve yeni fakültelerin açılması, eğitimin kalitesinde sorunlarla karşılaşılmasına yol açacaktır. Eğitimde öğrencilere, doğru mesleki ye-

terlilik kazandırılması esastır. Bu açıdan, öğretim elemanlarına ciddi sorumluluklar düşüyor. Ancak mevcut dişhekimlerinin mesleklerindeki güncel gelişmeleri öğrenerek pratiğe uygulayabilir hale getirmeleri de önemli bir bileşendir. Ülkemizde mezuniyet sonrası eğitimi dişhekimliğinde zorunlu kılan yasal bir düzenleme yok. Sürekli Dişhekimliği Eğitimi için bu gereklidir. Yasal düzenleme yürürlüğe girinceye kadar motive edici çalışmaların yapılmasına önem verilmelidir. Bu konudaki mevzuat çalışmalarını ve eğitim biçimini, süresini, hangi kurumlar tarafından yürütüleceğini takip etmek için çeşitli komisyonlar kurulmalıdır.

## **Pratik şart**

Dişhekimliği eğitimi tamamlayan gençler belirli süre pratik deneyimi kazanabilmeleri için uygun yerlerde çalışmaları ve muayenehane yönetimi konusunda eğitilmelidirler. Eğitim programları ele alınırken ağız ve diş sağlığı konusunda gerek bireysel gerekse toplumsal düzeyde koruyucu hekimlik programlarına ağırlık verilmelidir. Özellikle ana-çocuk sağlığı merkezlerinde hamile anne adayları, bebeklerinin diş sağlıklarını korumaları ve özellikle anneden bebeğe bakteri geçişini önlemeleri konusunda ciddi bir biçimde eğitilmelidir.

Avrupa Birliği'ne uyumun olacağı alanlar belirlenerek çalışmalara hız verilmelidir. Yurt dışında özellikle Türki Cumhuriyetler ve Ortadoğu ülkelerinden sahte belgeyle ya da yetersiz eğitim sonucu alınmış diplomaların Sağlık Bakanlığı'na onaylatılarak dişhekimliği yapmak üzere başvurularda artış dikkate alınarak bu konuda ciddi önlemler alınmalı, yasa ve yönetmelikler titizlikle uygulanmalıdır.

## Koruyucu Sağlık Hizmetleri olmadan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığı (KKKA) önlenemez!

# Ölmek kaderimiz olmasın!

**K**KKKA yüzünden ölen vatandaşlarımızın sayısı her geçen gün artarken, sağlık hizmeti vermenin kutsallığıyla çaba gösteren sağlık çalışanlarımız da bundan paylarını aldılar. Biz de gündemimizi yoğun biçimde meşgul eden bu hastalıkla ilgili ön bilgi vererek, gündelik yaşamınızda faydalanmanızı dileriz. Ayrıca konunun direkt tarafları olan İstanbul Veteriner Hekimleri Odası ve İstanbul Tabip Odası'nın ortak basın açıklamasıyla, sağlık çalışanları başta olmak üzere, topluma ilan ettikleri çözüm yollarını duyurmak istedik.

### Basın Açıklaması

85 vatandaşımızın canını alan KKKA giderek artmaktadır. Bu hastalıktan ölmek bu ülke insanının kaderi değildir. Bu durum, alınan önlemlerin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini açıkça göstermek-

tedir. Benzeri kötü örneklerinde olduğu gibi, insanlarımızın ölümcül hastalıklar karşısında çaresiz bırakıldığı, tehlikenin ciddiyetiyle bağdaşmayan, yine konunun uzmanı olmayan, hatta konuyla ilgili herhangi bir eğitim almamış meslek mensuplarının yaptığı açıklamalarla kamuoyu yanlış yönlendirilmekte, bilgi kirliliği yaratılmakta ve devam ettirilmektedir. Bilime dayalı olmaksızın bilinçsizce alınan önlemlerle bir taraftan insan sağlığı riske edilirken, diğer taraftan ilgisiz canlı türleri yok edilerek doğada geriye dönüşümü olmayan hasarlara sebebiyet verilmektedir.

Son yıllarda bu sorunların giderek artması, önümüzdeki yıllarda da artarak süreceğinin bir işaretidir. Sorun ancak uzun soluklu, doğanın dengesi ve toplum sağlığı dikkate alınarak profesyonelce yapılan bir mücadeleyle kontrol altına alına-

Her gün haberlerde KKKA yüzünden hayatını kaybeden vatandaşlarımızın haberlerini duyuyoruz. Ortaya çıkan tablo Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin toplumsal sağlığın korunmasındaki önemini bir kez daha ortaya çıkardı. Hükümet bu konuda bir an önce acil önlem planını devreye sokmalı.

bilir. Profesyonel bir mücadele ise ancak iyi yapılanmış, dinamik, bağımsız hareket edebilen, konunun uzmanı hekimlerce yönetilen özerk kurumlarca gerçekleştirilebilir. Bu kurumların bilim adamlarıyla yapacağı işbirliği sonrasında oluşturulacak uzun vadeli, çevrenin korunmasını da gözeten programlamlarla hem

### *Kene nerelerde bulunur?*

- Hayvan barınakları ve hayvanların üzerinde,
- Su kenarları ve otlak şeklindeki yerlerde,
- Çalı, çırpı ve gür ot bulunan yerlerde,
- Çayirlarda



## Hangi kaynaklarla bulaşabilir?

kene istilası hem de kenelerce insanlara bulaştırılan hastalıklar kontrol altına alınabilir.

### Neler yapılabilir?

İnsan hayatı söz konusu olduğundan, Türkiye’de KKKA hastalığından korunmada öncelikli eylem olarak, kenelere karşı kişisel korunma önlemleri eğitimle aktarılmalı, özellikle kırsal kesimde yaşayan insanlarımız tehlike hakkında bilgilendirilip, kenelere karşı duyarsızlık ortadan kaldırılmalıdır. Buna ek olarak, hastalık odağı bölgeler ve bunların etrafındaki, hastalık etkeninin taşıyıcısı olan keneler için uygun yaşam alanlarına sahip köylerde çiftlik hayvanlarının düzenli olarak ilaçlanması, kene sayısının azaltılması yönünde etkili olabilecektir.

### 1. Acil uygulamalar

#### a) Hekimler tarafından eğitim ve bilgilendirme çalışmaları

- Riskli alanlar açıkça tanımlanmalı, riskin kırsal alanda çalışanlarda daha yüksek olduğu konusunda halk sıklıkla bilgilendirilmelidir.
- Risk grupları kesin olarak ortaya konmalı (tarım işçileri, çobanlar) eğitimler öncelikli olarak bu gruplara verilmelidir.
- Gerek medya, gerekse ilgili bakanlıklar aracılığıyla, köy düzeyinde, özellikle kişisel korunma konusunda eğitim ve uygulama çalışmaları yapılmalıdır. Televizyon ve radyo prime-time saatlerinde kişisel korunma yollarını da gösteren uyarıcı mesajlar yayınlanmalıdır.
- Sağlık bilimleri alanında eğitim veren fakülte, yüksekokul ve liselerde vektörler ve bunlarla bulaşan hastalıklar, özellikle de KKKA için kontrol ve korunma önlemlerini kapsayan derslerin eğitim programına konulması için gereken düzenleme yapılmalıdır.

#### b) Kişilerin korunmasına yönelik uygulamalar

- Kişisel korunmayla ilgili broşürler, afişler ve yayınlar riskli alanlardaki her köye ulaştırılmalıdır.
- Kişisel korunma için gerekli kene

uzaklaştırıcı ve öldürücü ilaçlar hekim kontrolünde kullanılmalı, bu hizmete kolay ve ücretsiz erişim organizasyonu hükümetçe sağlanmalıdır.

#### c) Çiftlik hayvanları ve çevreye yönelik çalışmalar

- Riskli alanlarda bulunan çiftlik hayvanları pratik uygulanabilen ve kalıntı sorunu olmayan ilaçlarla, Mart - Eylül ayları arasında eşzamanlı ve periyodik olarak ilaçlanmalıdır.
- Geniş alanların (mera, orman) ilaçlanmasından kaçınılmalı, çevre ilaçlaması, vektör kene açısından riskli olan küçük mesire yerleri ve piknik alanlarıyla sınırlı tutulmalıdır. Bu gibi uygulamalarda çevre için kullanılmak üzere geliştirilmiş, uzun süre etkili ilaçlar hekimlerce seçilmeli, hayvan sağlığı için kullanılan akarisitlerin kullanımından kaçınılmalıdır. Bazı yerel yönetimlerin yetkin kişilerin kontrolünde olmayan kontrolsüz çevre ilaçlamalarının önüne geçilmelidir.
- Ahır ilaçlamaları ancak gerek duyulduğunda yapılmalıdır. Bu gibi yerlerin ilaçlanmasında, çevre mücadelesi için ruhsatlandırılmış, veteriner hekimlerce önerilen ilaçlar kullanılmalıdır. Bunların formülasyonlarının bilimdeki yeni gelişmelere uygun ve uzun süre etkili olmasına dikkat edilmelidir. Ahırlarda hayvan sağlığı amacıyla kullanılan akarisitler kullanılmamalıdır.
- Endemik bölgelerden yapılacak hayvan nakillerinde, hayvanların mutlaka 15 gün önceden akarisitlerle ilaçlanması sağlanmalıdır.

#### d) Yaban hayatı

- Yaban hayvanlarının virüsün yayılışındaki rolü ve kene popülasyonuna etkisi araştırılmalıdır.
- Yaban hayatını popülasyonundaki artışlar belirlenmeli ve dikkate alınmalıdır.
- İnsanların yaşam alanlarının yaban hayatla temasını azaltılmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

### 2. Orta ve uzun vadeli uygulamalar

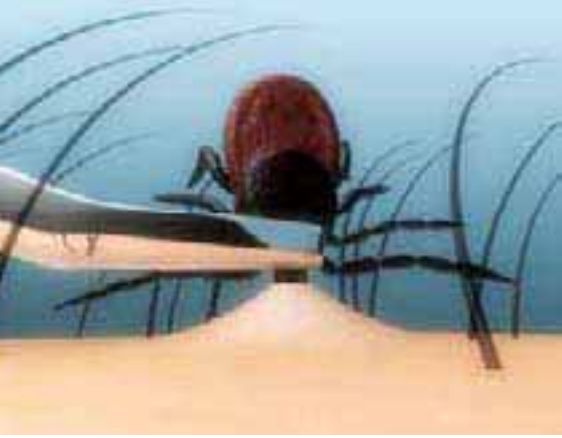
- #### a. Ekolojik dengenin bozulmasına yol

- Hastalık (virüs bulaşması) enfekte kenelerin ısırmasıyla başlamaktadır.
- Keneler, insanları kan emmek amacıyla ısırılmaları sırasında virüsü bulaştırmaktadırlar.
- Virüs, kene ısırmasının yanı sıra, hasta hayvan ve insanların kan, ifrazat ve dokularıyla direkt temasla da bulaşmaktadır.
- Her kene bu virüsü taşımadığından, her kene ısırığında bu virüs bulaşmayabilir.

Özellikle Nisan ve Ekim aylarında aktif hale geçerek çevrelerdeki hayvanlar ve insanlarla (hayvan barınaklarında, avcılık sırasında, piknik doğa yürüyüşü vb. yapılan kırsal alan gezileri sırasında ayaklara atlayarak ve/veya tutunarak ormanlık alanlarda ağaçtan düşerek vb.) temas ederek derinin açık bulunan kısımlarından vücuda, dolayısıyla kan kaynaklarına ulaşırlar. Bir süre sonra kenenin tutunduğu bölge kızarı ve kaşınır. Vücuda yapışmış keneyi kesinlikle elle öldürmemek, patlatmamak ve kenenin üzerine herhangi bir kimyasal madde (alkol, gaz yağı gibi) dökmek gerekir. Çünkü bu işlemler kenenin kusmasına neden olur ve mikrobu vücuda girmesini kolaylaştırır.

açan faktörlerin belirlenmesi ve hastalığın epidemiyolojisinin ortaya konması yönünde kapsamlı bilimsel çalışmalar yapılmalı ve bu tür araştırmalar desteklenmelidir.

- #### b.
- İnsan ve hayvanlarda virüs veya buna bağlı antikorların tespitine yönelik tanı yöntemleri geliştirilmelidir.
- #### c.
- İnsanları tutan kenelere yönelik çalışmalardan elde edilen veriler bir veritabanında toplanmalı ve kenelerle bunların taşıdıkları hastalıklar konusunda sağlık çalışanlarına yönelik uyarıcı/bilgilendirici risk haritaları oluşturulmalıdır.
- #### d.
- Hastalığın görüldüğü ve görülme ris-



## Hastalık belirtileri

- Keneyle temas edenlerin en az 10 gün süreyle kendilerini takip etmeleri, aşağıdaki belirtiler oluştuğunda bir sağlık kuruluşuna başvurmaları gereklidir.
- Ateş, kırıklık, baş ağrısı, halsizlik, aşırı duyarlılık, kollarda, bacaklarda ve sırtta şiddetli ağrı ve belirgin bir iştahsızlıkla başlar.
- Bazen kusma, karın ağrısı veya ishal olabilir. İlk günlerde yüz ve göğüste kırmızı nokta şeklinde kanama odakları ve gözlerde kızarıklık dikkati çeker.
- Gövdede, el ve ayaklarda morluklar oluşabilir.
- Mide-Barsak ve idrar yollarında kanamalar olabilir. Bazen vajinal kanama da olabilir.
- Ateş 5-12. güne kadar çıkar ve sonrasında düşmeye başlar.
- Nekahat dönemi uzun sürelidir.
- Ölüm olayları daha çok hastalığın ikinci haftasında (5-14 gün) görülebilmekte ve bu oran yaklaşık %30'ları bulabilmektedir.
- İyileşme hastalığın dokuzuncu veya onuncu günlerinde gerçekleşmektedir.

kinin olduğu bölgelerde kenelerin mevsimsel dinamiği belirlenmeli, nasıl bir sirkulasyonu olduğu ortaya konmalıdır. Bu çalışma, takip eden yıllar için çok önemli bir rehber olacak, savunma stratejilerine yön verecek, kene sayısının en yüksek seviyeye ulaştığı dönemlerden önce yapılacak koruyucu mücadele keneyi sayıca azaltacaktır.

- e. Endemik bölgelerde orman içi açıklıklar veya orman kenarı alanlarda hayvan otlatılmasının önüne geçilerek, çiftlik hayvanlarının yaban hayvanlarıyla aynı ortamı paylaşmasının engellenmesi konusunda (kapalı işletme tipinin geliştirilmesi) fizibilite çalışmaları yapılarak bunun uygulanabilirliği araştırılmalıdır.
- f. Yaban hayvanlarına yönelik, kenelere karşı, çevreye zarar vermeyecek mücadele yolları araştırılmalı ve uygulamaya geçirilmelidir
- g. Evcil hayvanlara ve insanlara yönelik antiviral aşı geliştirme çalışmaları hızlandırılmalıdır.

## Önlemlerin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için

1. Tüm dünyadaki iyi örneklerde olduğu gibi, bağımsız veteriner teşkilatı kurulmalı, kamuda yeterli sayıda veteriner hekim istihdam edilerek özlük hakları verilmeli, mevzuatlar TVHBMK Odalarının görüşü alınarak yeniden düzenlenmeli, zoonoz hastalıklarla eradikasyon mücadelesine yetkilendirilmiş serbest veteriner hekimler de dahil edilerek hayvanlar genel bir sağlık taramasından geçirilmelidir.
2. Koruyucu sağlık hizmetleri (beşeri ve veteriner hekim, hemşireler ve diğer yardımcı sağlık mensupları ile birlikte) kesintisiz sağlanmalı, bunun için Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Veteriner Halk Sağlığı Dairesi kurulmalıdır.
3. Ormanların yerleşim ve tarım amaçlı tahrip edilmesinin önüne geçilerek yaban hayatının korunması sağlanmalıdır.
4. İlköğretim müfredatına hayvanlardan

## Kuluçka Süresi

- Kene tarafından ısırılmayla virüsün alınmasını müteakip kuluçka süresi genellikle 1-3 gündür; bu süre en fazla 9 gün olabilmektedir. Enfekte kan, ifrazat veya diğer dokulara doğrudan temas sonucu bulaşmalarda bu süre 5-6 gün, en fazla ise 13 gün olabilmektedir.

## Tedavi

- Destek tedavisi yapılmaktadır.
- Tam kan veya kan ürünleri verilerek oluşan eksiklikler giderilir.
- Hastalığın spesifik bir tedavisi bulunmamakla birlikte, antiviral ilaçlar kullanılmaktadır.

## Aşıyla korunma

- Bugün için etkili bir aşısı bulunmamaktadır.
- KKKA hastalığının geçirilmesinden sonra virüse karşı bağışıklığın ömür boyu sürdürülebileceği belirtilmektedir.

insanlara bulaşan hastalıklar (zoonoz) ve korunma yollarını anlatan dersler konulmalıdır.

5. Norm kadro uygulamaları sonucunda, kapatılan Belediye Veteriner İşleri Müdürlükleri isteğe bırakılmaksızın zorunlu olarak yeniden kurulmalıdır.
6. Büyükşehir belediyelerinde Veteriner İşleri Daire Başkanlıkları kurulmalıdır.
7. Herkesin eşit, ücretsiz sağlık hizmetine ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
8. Veteriner araştırma enstitüleri geliştirilerek aşı çalışmalarına teşvik edilmelidir.

**İstanbul Veteriner Hekimler Odası**  
**İstanbul Tabip Odası**



# Kanser hastaları alternatif tıpta çare arıyor



Ankara, Bayındır Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölüm Başkanı Doç. Dr. Şeref Kömürçü, standart tedaviyi bırakarak başka tedaviye yönelme olarak tanımlanan alternatif tıbbın yıllık 110 milyar dolarlık bir ticaret hacmine ulaştığını ve bu uygulamalardan bazılarının 3 bin yıldır kullanıldığını ifade etti. Tamamlayıcı tıbbi, standart tedavinin yanında bağışıklık ve sinir sistemini güçlendirici, bağırsak hareketlerini artırıcı birtakım ürünlerden yararlanılması olarak tanımlayan Kömürçü, bu konuda çok büyük kullanım bulunduğunu kaydetti. Ayrıca, tamamlayıcı tıp konusunda çok büyük bir bilgi açığı ve hatalı kullanım olduğunu savunan Doç. Dr. Kömürçü, bu ürünlerin kulaktan dolma ve kontrol dışı kullanılması durumunda kemoterapi ilaçlarıyla etkileşime girdiğini ve dolayısıyla hastalara yarar değil, zarar getirdiğini ifade ederek, alternatif tıbbın ise tümüne karşı olduklarını belirtti.



Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada 2 milyardan üzerinde insanın bu yöntemleri kullandığını dile getiren Doç. Dr. Kömürçü, "Türkiye'de dört farklı coğrafi bölgede yapılan beş araştırmada tamamlayıcı ve alternatif tıp ürünleri kullanma sıklığı %39.2 ile %60.1 arasında bulunmuştur" dedi.

## En sık kullanılan yöntemler

**C Vitamini:** Yüksek doz vitamin ve mineral verilmesinin, özellikle vitamin C'nin kanseri tedavi ettiğini savunan görüşler olmasına karşın, bazı çalışmalarda yüksek doz vitaminin kanserin tedavisine bir katkısının olmadığı ortaya çıktı.

**Isırgan otu:** Türkiye'de en sık kullanılan bitkisel uygulama ısırgan otu. Türkiye'de kullanılan bitkisel uygulamaların %93.2'si ısırgan otu içeriyor. Uygun metotla yapılmış az sayıda araştırmada antitümör etkisi bulunamadı.

**Ökse otu:** Kanser tedavisinde Avrupa ülkelerinde, Amerika ve Avustralya'da en çok kullanılan bitkisel uygulama, ökse otu. Tümör ilerlemesini durdurduğu veya geciktirdiği ve yaşam kalitesini iyileştirdiği iddia ediliyor. Kontrollü olarak yapılan 11 çalışmanın hepsi de hayal kırıklığıyla sonuçlandı.

**Balık yağı:** Omega-3 yağ asidi içeriyor. Randomize bir araştırmada balık yağının iştahsızlık, halsizlik, bulantı ve kilo kaybı bulgularına olumlu bir katkısı olmadığı rapor edildi.

**Arı poleni:** Arılar tarafından çiçek polen-

lerinden yapılıyor. Polisakkaritler, protein, aminoasitler, mineraller, karbonhidratlar, lipitler ve alfa linolenik asitten oluşur. Arı zehiri, bal ve kasımpatı alerjisi olanlarda polen alerjisi de vardır. Kanserde kullanımının yararlı olduğuna dair bir veri henüz elde edilmedi. İştahın artırılmasında, prostat hipertrofinde ve kış mevsimine dayanıklılığın artırılmasında yararlı.

**Çörek otu:** Enerji verici olarak, ayrıca karaciğer ve sindirim sistemi hastalıklarında kullanılıyor. Antibakteriyel etkisi olan bu madde enfeksiyonlarda lökosit artışı yaparak bağışıklık sistemini destekliyor. Fare deneylerinde antitümör etkisi saptansa da insan kanserlerinde ancak kemoterapi esnasında bağışıklığı destekleyici olarak verilebiliyor.

**Zakkum:** Olander bitkisinin yapraklarından elde ediliyor. Anzilver adlı bu özüt ABD'de faz 1 çalışmalar boyutunda toksisite nedeniyle yasaklandı. Kanser, AIDS, hepatit C ve sedef hastalığı tedavisinde kullanılıyor. Dijitalerle beraber alınırsa ölümcül etkisi var.

**Kefir:** Bazı yararlı mantar ve bakteri karışımlarından oluşan inci tanesi gibi bir mayanın süte karıştırılmasıyla oluşan bir içecek. Mide ülserlerinde tedavi edici etkisi var. Antibiyotik tedavisi sonucunda değişen bağırsak florasının düzeltilmesinde kullanılıyor. Kefir, kanser tedavisinde antitümoral olarak değil, daha çok bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi için öneriliyor.

**Kaynak:** NTV-MSNBC



# Dişeti hastalığı deyip geçmeyin!

## Dişeti hastalıkları kanser habercisi olabilir

Londra Imperial College'daki araştırmacılar tarafından yürütülen klinik çalışmada dişeti hastalıklarının, yüksek kanser riskiyle ilgili uyarıcı bir işaret olabileceği bildiriliyor. Araştırmada hem sigara içen hem de içmeyenlerde akciğer,



böbrek, pankreas ve kan kanserlerine yakalanma riskinin diş eti hastalığıyla bağlantısının yüksek olduğuna ilişkin güçlü bulgulara ulaşıldı.

50 bin kişinin sağlık kayıtlarını inceleyerek sonuçlarını ana konusu kanser olan "Lancet" dergisinde yayımlayan araştırmacılar, bağışıklık sistemindeki zayıflamanın da bu tür hastalıklara neden olabileceğini belirtiyor. Düzenli 'check-up'ların yapılması bu noktada daha da önem kazanıyor. İngiliz Dişhekimleri Derneği de sıklıkla düzenli 'check-up' yapılması konusunda hastaları ve kamuoyunu uyarıyor.

**Kaynak: Anka**

# Sonunda Akciğer Kanseri aşısı üretildi

Kübalı bilimadamlarının geliştirdiği ilk akciğer kanseri aşısına onay verildi. Küba'daki hastanelerde kullanılmaya başlanan "Cimawax EGF" adlı aşının klinik araştırmaları, akciğer kanseri hastalarının hayatta kalma oranını ortalama 4-5 ay, hatta bazı hastalarda daha fazla uzattığı gibi, yaşam kalitesini de artırdığını ortaya koyuyor. Kübalı bilimadamları bu aşının, akciğer kanseri tedavisinde kullanılan kemoterapi ilaçlarının aksine, fazla bir yan etkisinin de olmadığını söylüyorlar. Zira aşı sadece kanserli hücreleri hedef alıyor. Kemoterapi tedavisinde görülen yan etkilerden biri saç dökülmesi. Oysa aşı bu tarz yan etkilere yol açmıyor. Yetkililer, diğer ülkelerdeki akciğer kan-



seri hastalarının da Küba'ya tedaviye gelebileceğini, aşının sadece Küba'daki hastanelerde kullanılacağını, eczanelerde satışa sunulmayacağını belirtiyorlar. Bazı uluslararası ilaç şirketlerine lisans verildiği, ancak üretimin Küba'da yapılacağı belirtiliyor.

50 kadar araştırma ve geliştirme merkezi bulunan Küba, biyo-teknolojide dünyanın öncü ülkeleri arasında yer alıyor.

**Kaynak: NTV**



# Vücudunuza zarar vermeyin

ANKARA - Bayındır Hastanesi Kavaklıdere Dahiliye Uzmanı Dr. Mücahit Altuntaş, "Boyu 170 cm olan birisi 70 kiloyu geçiyorsa vücuduna zarar vermeye başlamış demektir" dedi.

Kilo sorununun günümüzde gittikçe arttığına işaret eden Dr. Altuntaş, kilo fazlalığı ve bel çevresi kalınlığı fazla olan kişilerde görülen metabolik sendromun kalp hastalığı, yüksek tansiyon ve şeker hastalığının habercisi olduğunu söyledi.

"Kardiyo vasküler sistemde hipertansiyon, kalp hastalıkları, ateroskleroz ve ona bağlı sorunların çok önemli olduğunu kaydeden Dr. Altuntaş, kilo arttıkça 'uyku apnesi, karaciğer yağlanması, safra kesesi taşı, sindirim sistemi reflüsü gibi problemlerin arttığını söyledi.

Vücuttaki fazla kiloların yağ olarak depolandığını hatırlatan Dr. Altuntaş, kiloların yağ şeklinde göbekte toplanmasının hastalık riskini artırdığını ifade ederek "Göbekte çevreniz kalça çevresinden büyüksün ve erişkinler için erkekte 94 cm kadında 80 cm üzerine çıkıyorsa, riskleri daha da artırıyor" dedi.

**Kaynak: NTV-MSNBC**





# Tabelamı seviyorum!

**Muayenehane tabelalarının şık, gösterişli ve büyük olmasının hastalar nezdinde ne kadar etkili olduğu tartışmalı bir soru. Dişhekiminin yeterli bilgi ve donanıma sahip olması, kendisini sürekli geliştirmesi, yaptığı işin arkasında durması ve hastayla kurduğu dostane ilişki tabelanın yaratacağı görece etkiden daha derin, daha kalıcı bir ilişki kurulmasını sağlıyor.**

**M**uayenehanemi açtığım ilk yıllarda, mesleki takıntı olsa gerek, caddelerde yürürken gözlerim sürekli dişhekimi tabelalarına takılırdı. Benim için, bu tabelalara bakarak üzerinde adı yazan dişhekimi hakkında karakter tahlili yapmak alışkanlık haline gelmişti. Bir zaman sonra öyle bir hale gelmiştim ki “Bana tabelanı göster, sana nasıl bir dişhekimi olduğunu söyleyeyim” gibisinden bir takıntı boyutuna eriştiğimi hissetmeye başlamıştım. Meslektaşlar arasında nasıl bir tabelanın kullanılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip olanımız yoktu. Yeni açılan muayenehaneleri denetleyen sağlık ocaklarındaki yetkililerin bu konuda herhangi bir uyarılarının olduğunu da hatırlamıyorum.

## **Tabelanın şıklığı cazibe yaratır mı?**

O zamanlar için doğru olduğu söylenen ama deneyimlerim sonucu yanlış olduğunu anladığım, muayenehanenin kapısından giren hastaların yarıdan fazlasının tabelayı görüp gelenler olduğu düşüncesi geçerli olduğundan, yapılan tedavinin kalitesi değil, tabelanın şıklığı ve cazibesi önemliydi. Herkes birbirinin tabelasına bakarak kendince renk, boyut, yazı karakteri ve içerik olarak birtakım akla zarar uygulamalar yapıyordu. Tabelasına röntgen, airtor gibi alet isimleri, med.dent, zahnartz, dentist gibi yabancı kelimeler yazdırırlar, bu sayede vatandaşa yabancı okullarda okumuş havası atarak diğer dişhekimleri-

nin hastalarını kapacaklarını düşünenler bile vardı. Tabelaların çoğu içten aydınlatmalı, beyaz pleksiglas üzerine siyah ya da renkli yapıştırma harfli, bina cephesine sabit asılmış veya çıkma sallantılı tabela şeklinde çift taraflıydı. Bazıları mitinglerdeki pankartlar kadar büyük olurdu. Tabelalarına, pencere çerçevelerine kablo şeklindeki yanıp sönen aydınlatma ışıklarını taktırıp muayenehanelerini panayır sirklerine çevirenler bile vardı.

## **Tabeladan karakter analizi**

Bazen bu türden abartılı tabelaların sahibi meslektaşların kapılarını çalıp böyle davranmakla ne tür bir amaca ulaşmak istediklerini, istediklerine gerçek-

ten ulaşıp ulaşmadıklarını sormak gelirdi içimden. Tabii ki kendimi tabelaya bakıp karakter tahlili yapmakta üst seviyelerde deneyimli olarak gördüğümünden, bunu hiç yapamamıştım ama oldukça estetik ve abartısız tasarlanmış, göz yormayan tabela sahibi meslektaşlarıma da gizli bir selamımı esirgemiştim. Selam gönderdiklerime özendiğimden, İstanbul'un bildik lodos fırtınalarından birinde uçup asfalta çakılan tabelamın yenisini yaptırmak için grafiğe bir arkadaşım, sağ üst köşesinde kırmızı renkli eskülap amblemi, en alta da med.dent ibaresi olan bir çalışma yaptırmış, herkesinkinden farklı ve şık bir tabelaya sahip olmak istemişim. Hatta hastaların tabelayı daha kolay bulacağını düşünerek kartvizitlerimi bile aynı şekilde bastırmıştım. Sonuçta, benzerleri kısa zamanda yapıldığı için herkesinkinden farklılığı oldukça kısa süren bir tabelam olmuştu ama "Bu tabelanın ve kartvizitin sana ne faydası oldu?" diye sorarsanız cevabım kocaman bir "Hiç!" olur. Cadde üstünde ve ana kavşakta olmasının dışında, SSK dispanserine yirmi metre uzaklıktaki yirmi yıllık muayenehaneme, yönetmeliğin çıktığı seneye kadar on yıllık ömrü olan tabelamı görüp gelen hasta sayısı beşi geçmedi. Tabelamdaki telefonumu arayanlar ise sadece fiyat sordular.

### **Sunulan hizmettir asıl olan**

Sonuç olarak, muayenehaneme gelen hastalarımın sürekliliğinin ve sayılarının geometrik artışının en azından tamamen yeterli bilgi ve donanımına sahip olmaya çalışmama, yaptığım işin arkasında durmama ve hastayla olan aşırıya kaçmayan dostane ilişkimdeki başarıma bağlı olduğunun farkına vardım. Tabelamın öyle ya da böyle şık, albenili, büyük ve gösterişli olmasının, muayenehanemin hastalarım tarafından kolay bulunmasına katkısı dışında hiçbir anlamı olmadığını anladım.

### **Kurallar herkes için geçerlidir**

Bütün bunları yaşarken anladığım başka şeyler de vardı. Öncelikle toplumsal düzeni sağlamak için konulmuş kuralların herkes tarafından beğenilmek zorunda olmadığını anlamıştım. Ama kurallar ne

kadar beğenilirse de, koyanı, uygulayıcı ve uygulanı bağlayıcı bir niteliğe sahipti. Kural koyucu, toplumun yapısına ve amaca uygun kurallar üretmekten sorumluyken, uygulayıcıysa kuralları herkese eşit uygulamaktan, uygulananlar da kurallara uygun davranmaktan sorumluydular. Bu zincirin doğru çalışması da ister istemez düzeni sağlamaya yeterliydi bence. Ama hazmedilmemiş bir demokrasiye sahip ülkemizde ne kural koyucu ne de uygulayıcı görevlerini kollarında sürekli olarak yetersiz görüntüler verdiğinden, toplumun kurallara inancı kalmamıştı. Adaletin geciktiği olaylar huzursuzluğu arttırırken, kimilerine uygulanamaması da kurallara isyanı körüklüyor, bu tür yanlış uygulama-

bakıyoruz. Ama asıl farkına vardığımız şey, toplumsal düzeni sağlamak için, koyanı ve uygulayıcı kendi sorumlulukları dahilinde tam anlamıyla bağlaması gerekli olan kuralların en azından biz dişhekimleri tarafından sahiplenmeye başlanmış olması. Bunun sonucu olarak, gördüğümüz tabelaların neredeyse tamamında, standartlara aykırı bir durum söz konusu değil.

Eğer bu bir başarıysa sırrını çok uzaklarda aramak gereksiz. Yönetmeliğimizin uygulanmasında Oda organları tarafından gösterilen özen ve ilçe temsilcilerimizin özverili çalışması sonucu tüm dişhekimlerinin yeterli bilgilendirilmesiyle gerçekleşen otokontrol bu başarının sırrını zaten yeterince açıklamakta-

*Dışarı çıktığımızda hepimiz çevremizi gözlemliyor ve meslektaşlarımızın tabelalarına bakıyoruz. Ama asıl farkına vardığımız şey, toplumsal düzeni sağlamak için, koyanı ve uygulayıcı kendi sorumlulukları dahilinde tam anlamıyla bağlaması gerekli olan kuralların en azından biz dişhekimleri tarafından sahiplenmeye başlanmış olmasıdır.*

malar kural tanımazlığın baş sebebi oluyordu. İronik bir şekilde, düzen tepeden aşağıya tam bir başıbozukluk içindeydi. Kurallara uyanların bile kendilerine enayi sıfatını yakıştırmaya başladığı, insanı depresif yapan duruma bu ismi vermek benim için çok kolay olmuştu. Ancak, konuya daha az kötümser bakış açısıyla bakıldığında bazı kurumların, bu başıbozuk düzene inat, kuralları sahiplendiği ve toplumun ihtiyaçlarına yönelik geliştirme çabalarında olduğu da gözlemleniyordu.

### **Başarının sırrı**

Yönetmeliğimizin uygulanmaya başladığı 1999 senesinden bu yana, neredeyse hepimizin ailecek yaşadığı, üzerimize yapışan bir otokontrol alışkanlığı olduğunun farkındayız. Dışarı çıktığımızda hepimiz çevremizi gözlemliyoruz ve başta söylediğim gibi, bir takıntı olarak diğer meslektaşlarımızın tabelalarına

dır. Çevremizdeki tüm olumsuz görüntülere karşın, birlikte tepki vermeyi bırakmamalı, haksız rekabete yönelik her türlü girişimden uzak durup, bu tür davranışlara yeltenen meslektaşlarımızı uyarmalı, gerektiğinde bölgemizdeki ilçe temsilcilerini bilgilendirmeliyiz. Uzun gibi görüne de, öngörülen zaman sınırları içinde her olumsuz davranışın düzeldiğini göreceğimizden emin olmalıyız. Sağlık sektöründeki piyasalaşmayı fırsat bilerek bu sektöre ticari amaçlarla giren büyük sermayenin kural tanımaz davranışlarına karşı mücadelenin tüm Odalar ve Birlik tarafından, yasalar çerçevesinde aralıksız sürdüğünü ve oldukça başarılı sonuçlar alındığını, bu başarıların devamı için hepimize düşen görevin kurallara uyma ve sahip çıkmanın dışında, olası bir toplu eylemde Odamız ve Birliğimize destek vererek mesleki dayanışmanın gereğini yapmak olduğunu unutmamalıyız.





## Avrupa Kupası'nın ardından...

**Türkiye'nin performansı ile göz doldurduğu, topun yuvarlak, maçın da 90+'da bittiğini vurgulayan başka bir Avrupa Kupası yaşanmadı bugüne dek. Türk Milli Takımı'nın sergilediği güzel futbol, gösterdiği kararlılık ve mücadelecilik tavrı 2008 Avrupa Kupası'na altın harflerle yazıldı.**

**A**lbert Camus, "Ben hayata dair her şeyi futboldan öğrendim" demiş. Futbol dünyanın en popüler sporu, insan enerjisinin, yeteneğinin, kolektif davranış becerisinin en mükemmel, en coşkulu ve heyecanlı bileşimi. Futbolun anavatanı Avrupa'nın 2008 kupa finalinde, belleklerden silinmeyecek, görkemli maçlar seyrettik. Ülkemizin de katılması nedeniyle daha bir ilgi duyulan kupa, dört eleme grubunda yapılan puanlı maçlarla başladı. A grubunda Çek Cumhuriyeti, Portekiz,

Türkiye, İsviçre vardı. Bu gruptan çeyrek finale çıkacak iki takımın, Avrupa kupa tarihinde bir şampiyonluk kazanmış, bir de finale oynamış Çek Cumhuriyeti'yle, bir kez finale dek çıkmış Portekiz olması bekleniyordu. Beklenen olmadı ve Türkiye, Çek Cumhuriyeti'ni, 2-0 mağlup durumdayken attığı üç golle yendi ve gruptan birinci takım olarak çıkan Portekiz'in ardından ikinci takım olarak çeyrek finale yükseldi. B grubunda Almanya, Hırvatistan, Polonya, Avusturya vardı ve bu grubun, üç

şampiyonluğu ve iki finalistliğiyle kesin favorisi Almanya, onun ardından da Hırvatistan'dı. Fakat yine beklenenden farklı bir sonuçla karşılaştık ve Almanya'yı 2-1 yenen Hırvatistan birinci, Almanya'ysa ikinci takım olarak bir üst tura çıktı.

### **Fransa ve Yunanistan erken veda etti**

'Ölüm Grubu' diye nitelenen C grubunda Fransa, Hollanda, İtalya ve Romanya vardı ki, bu grupta, Romanya'nın çıka-

mayacağı tahmin edilebilirse de, diğer üçünden hangisinin birinci çıkacağını tahmin etmek bile çok zordu. Turnuvarının en zevkli maçlarından ikisi olan Hollanda-Fransa ve Hollanda-İtalya maçlarında esen Hollanda fırtınasının ardından bu takım hiç yenilmeden, yani dokuz puanla birinci çıkarken İtalya da ikinciliği aldı. Zidane'dan sonra yıldız oyuncudan yoksun kalan ve yaşlı kadrosuyla bir düşüş yaşayan Fransa'ya gruptan çıkamadı.

İspanya, Yunanistan, Rusya ve İsveç'ten oluşan D grubundaydı, bir şampiyonluğu, bir finalistliği olan İspanya'yla, bir kez şampiyonluk kazanmış Yunanistan'ın çıkması beklenirken, yine beklentiler gerçekleşmedi. İspanya'nın ardından, Pavlyuchenko, Arşavin gibi büyük yeteneklerle donanmış ve İsveç'le yaptığı maçla kupanın en zevkli futbol şöenlerinden birini sergileyen Rusya çeyrek finale çıktı. Önceki kupada uyguladığı 'oyun bozma' taktiğini bırakmış (ve futbol estetiği yönünden çok hayırlı bir iş yapmış) Yunanistan ise elendi.

### Türkiye'nin inadı

Çeyrek finalin ilk maçı Portekiz-Almanya arasındaydı ve 'Panzerler' bu maçı 3-2 kazanarak yarı finale yükseldi. Çeyrek finalin ikinci maçı Türkiye-Hırvatistan arasındaydı ve tüm otoritelerin tahminlerinin aksine, Türkiye'nin son dakikadaki beraberlik golüyle maç penaltılara gitti ve yarı finale çıkan biz olduk.

Üçüncü çeyrek final maçında, 'fırtına' Hollanda'nın, kimsenin şans tanımadığı Rusya karşısında birdenbire sönüverişine tanık olduk. Turnuvarının en zevkli maçlarından biri olan bu karşılaşmayı Rusya 3-2 kazanarak Hollanda'yı ülkesine gönderdi.

Dördüncü çeyrek final maçında İspanya-İtalya arasındaydı ve yine beraberlik sonucu penaltılara kalan maçtan İspanya galip ayrıldı.

Yarı finalin ilk maçı Türkiye-Almanya'ydı ve bu maçta, üç kez şampiyon, beş kez de finalist olmuş, Almanya gibi bir devin karşısında başa baş bir mücadele veren aslanlarımız kendilerinin bugüne kadarki en güzel maçını, kupanın da en güzel, en seyrek değer maçlarından birini

çıkartıp yüzümüzü ağarttılar. Ama bu çabalar yetmedi, finale çıkan takım, maçı 3-2 bitiren Almanya oldu.

Yarı finalin ikinci maçında Rusya'yla oynayan İspanya, Rusya'nın yıldız oyuncularına çok sıkı markaj yapıp Rusya'yı felç etti ve bu büyük taktik başarısının sonucunda sahadan 3-0 galip ayrıldı.

### Almanya'nın taktiği yetmedi

Final maçında çoğu kişinin favorisi Almanya'ydı. Ama hesaplar tutmadı; daha doğrusu, 'hesaplı futbol', 'disiplinli futbol', 'makine gibi takım' kavramlarının şampiyonu Almanya'nın futbolunu artık, yeni gelişen, atak ve biraz da doğaçlamaya, yaratıcılığa dayalı futbol karşısında geçersiz kaldı. İspanya'nın atak futbolu ve yarışmanın tek golünü kaydeden Torres'in insanüstü çabası Almanya'nın kapalı futbolunu dağıttı. Almanya'nın Hırvatistan ve Türkiye karşısında düştüğü zor durumlar da bunun bir kanıtıdır.

Ülkemiz bu kupada gayet başarılıydı. Hepsinden önemlisi, daha önceki yıllarda görmeye alıştığımız, spor psikolojisi disiplininin yoksun, gol yiyince morali bozulan, hakemin haksız diye nitelenebilecek kararları karşısında hırçınlaşıp kavga çıkararak, dünya belleğinin gerisinde duran 'Barbar Türk' imajını doğrulayan takım gitmiş, aksine, yenik oynasa da maçın son saniyesine dek mücadeleyi bırakmayan, çökmeyen, gerçekten haksız kararlara bile taşkın tepki vermeyen, 'efendi' bir takım gelmişti. "Bu bir mucize" denebilecek kadar inanılmaz güzel bir gelişmeydi bu. Türk takımı herkesin takdirini kazandı, büyük bir sempati topladı.

### Futbol ülkelerin reklam aracı

Bir düşününce olursanız, yoksul ülkeler bile, ulusların temsil edildiği bu tür karşılaşmalara katılıyor ve kıt olanaklarına karşın, bunun için gereken masraftan kaçınmıyor. Bunun amacı nedir? Sporda kazanma hevesi mi? Ülkeler milyarlarca doları böyle çocukça bir heves için mi harcıyor? Elbette ki hayır. Ülkeler, milyarlarca insanın izlediği bu dünya sahnesine, kendini göstermek, tanıtmak, sevdirmek, becerikli, sportmen, sevimli, centilmen delikanlılarıyla







*Bu kupa, Sakarya Savaşı'na gidermişçesine hamasetle değil, çabayla, taktikle, kolektif zekayla, kondisyonla, yıllarca ter dökerek, düşünerek, canını dişine takarcasına çalışarak yapılan hazırlıklarla kazanıldı.*

hayranlık uyandırmak, olumlu propagandasını yapmak için çıkıyor. Fakat eğer bir ülkenin ulusal takımı sahada kavgacı, çirkin bir tavır sergilerse, harcanan milyarlar yazık değil mi? Zaten bugüne dek hiçbir hakemin, futbolcular itiraz ettiği kararını değiştirdiği görülüyor mu?

#### **Fatih Terim'i putlaştırmayın!**

Gelelim Fatih Terim'e. Milli takımın kupadaki başarısını Fatih Terim'in yarattığı bir nimet olarak görüp onu putlaştırmaya çalışanlar yanılıyor. İşte ispatı: Türkiye, Avrupa Futbol Şampiyonası'na üçüncü kez katılıyor. Takımımız 1996 yılında, İngiltere'de yapılan şampiyonaya Fatih Terim'in yönetiminde katılmış, eleme grubundaki üç maçın üçünü de tek gol atmadan yenik bitirmiş ve grup sonuncusu olarak evine dönmüş, daha sonra 2000 yılında Hollanda ve Belçika'da yapılan şampiyonaya Mustafa Denizli yönetiminde katılmış, bu kez gruptan çıkarak çeyrek final oynamış ve Portekiz'e yenilerek ülkeye dönmüştü. Şimdi tekrar Fatih Terim'in yönetiminde şampiyonaya katılan takımımız bir adım daha yükselerek yarı finale çıktı.

Görüldüğü gibi, milli takımımızın yükselişi Fatih Terim'le bağlı bir şey olmayıp, yeni yetişen sporcu gençlerimizdeki gelişmenin bir sonucudur ve Fatih Terim olmasa da gerçekleşecektir. Diğer ülkelerin antrenörleri saha kenarında sakin sakin durur, takımlarının oyununu dikkatle takip edip düşünürken Fatih Terim'in yaptığı taşkın hareketleri görünce, spor psikolojisi yönünden onun Türk takımının gerisinde kaldığından kuşkuluyor insan. Kendini tüm parlamenterlerden üstün gören, maç sırasındaki basın toplantısını bile ülkedeki düşmanlarını lanetlemek için kullanacak kadar hırçın, kimin milliyetçiliğinin yeterli kimin yetersiz olduğunu belirlemede kompetan Fatih Terim'in yokluğunda, takımın başarı grafiğinin daha hızlı yükseleceğinden kuşku yok. Bu kupa, Sakarya savaşına gidermişçesine hamasetle değil, çabayla, taktikle, kolektif zekayla, kondisyonla, yıllarca ter dökerek, düşünerek, canını dişine takarcasına çalışarak yapılan hazırlıklarla kazanıldı.

Finale çıkamadık ama, Camus'nün deyişiyle, hayata dair bir şeyler öğrenebildik mi dersiniz?





# Şair Metin Altıok anısına...

15 yıl önce Sivas'ta 37 kişinin öldüğü Madımak Oteli yangını ne hafızalardan silinebilir, ne de acısı yüreklerden uzak kalabilir. O yangının alıp kopardığı 37 candan biri, şair Metin Altıok'u, adına düzenlenen şiir yarışmasında sevenleri ve sanatçı dostları yalnız bırakmadı.



*Heybesinde yılan  
İşaretleri,  
Baldıran zehiri  
Yüzüğünün içinde  
Ve yanında  
Kav taşıyan ben;  
Tekinsizim size göre  
İbret için yakılması  
gereken*

**B**undan 15 yıl önce, 2 Temmuz 1993 tarihinde, Sivas'ta Madımak Oteli, içindeki insanlarla beraber yakıldı. Bu katliamda yaşamını yitirenlerden biriydi Metin Altıok; şairdi ve yandaki dizeleri yazandı...

Bu yıl ilki düzenlenen, Şair Metin Altıok Şiir Ödülü "Üzgün Kediler Gazeli" adlı kitabıyla Haydar Ergülen'e verildi. İstanbul Teknik Üniversitesi Maçka Yerleşkesi'nde düzenlenen törende Genco Erkal ve Cüneyt Türel Metin Altıok'un şiirlerini okudu. Fazıl Say kendi bestelediği Metin Altıok Oratoryosu'nu piyanosuyla seslendirirken sanatçı Güvenç Dağüstün eşlik etti. Fazıl Say, piyanosuyla Sezen Aksu'ya eşlik etti. Sezen Aksu, Metin Altıok'un "Öndeyiş" adlı şiirini yıllar önce söylemişti.

*Bedenim üşür, yüreğim sızlar.  
Ah kavaklar, kavaklar...*

*Beni hoyrat bir makasla  
Eski bir fotoğraftan oydular.*

*Orda kaldı yüreğimin yarısı,  
Kendini boşlukla tamamlar.  
Omzumda bir kesik el,  
Ki durmadan kanar.*

*Ah kavaklar, kavaklar...  
Acı düştü peşime arımdan  
ışık çalar.*

Metin Altıok şairdi, babaydı, kocaydı, bir güzel insandı. "Kuşlu Gazel" adlı şi-

irinde anlarınız bir güzel insan yüreğini, sevgisini...

*Koyup zarfın içine,  
üstünü acıyla pulladım  
Sana bir sevinçlik  
menevişli kuş yolladım*

*Son kuşlarımdı bunlar,  
dedim telef olmasın  
Geçti artık göğsümde  
kuş barınmaz anladım*

*Esti rüzgar bozuk bozuk,  
örselendi yüreğim  
Eksik gedik nem varsa  
ezberden tamamladım*

*Bende sönen şavkımısı  
sürsün diye yaşamın  
Bu kuşları senin için  
gözlerimde sakladım*

*Kim sürmüş Altıok Metin  
dünyanın sefasını  
Kırletilmiş bir zamanda  
yürürken adım adım*

Bizim için kuşları gözünde saklayan o güzel insan yakıldı, zaman daha da kırletildi. Soğumuş yüreklerimize ne iyi geliyor menevişli kuşlar ve bu kuşları yaşam devam etsin diye gözlerinde saklayan insanlar. Hani diyorum, altında kebabçı olan Madımak Oteli müze olsa... Hani diyorum ölene dek üretmiş olan insanlarımızın eserleri sergilense ve bu katliam, insanlığına dert olmuş

Kimi zaman çıktım,  
Bir müzik kutunu başucumda  
Ve ayının gözleri saydım.  
Kimi zaman sendeyim  
Yanımda benculum, yığın ve ihtiyar  
Ne zaman bir dosta gitem,  
Ezde yoklar.

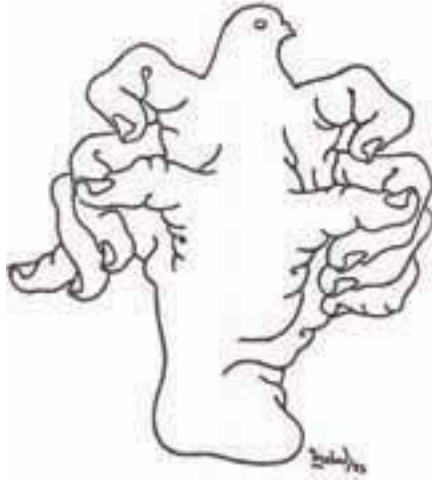


*Medin*

sanatçılarımızın eserleri de burada sergilen-  
se... Kültür Bakanı Ertuğrul Günay müze için  
ödenğimiz yok demiş... Ülkemizde bu müze  
için bağış yapacak bir zenginimiz yok mu-  
dur? Bu kadar mı yoksuluz? Gönlümüz bu  
kadar mı soğudu?

*Sizse hep konuşursunuz  
Sığıp kof sözlere,  
Kaçarak kendinizden  
Uğuldayan hüznünüzle.  
Telaşla geceyi bulursunuz.  
Gözünüze yaş düşerim.*

2 Temmuz 1993 günü öldürülen insanlar Si-  
vas'a Pir Sultan Abdal Şenlikleri için gelmiş-  
ti. Konuşmalar yapılacak, Pir Sultan'dan tür-  
küler okunacaktı. Hepimizin bildiği türküler  
"Seyyah olup şu alemi gezerim / Bir dost bu-  
lamadım gün akşam oldu" ... "Kul olayım ka-  
lem tutan ellere / katip arzuhalim yaz yare  
böyle" ... "Gurbet elde bir hal geldi başıma /  
Ağlama gözlerim Mevlam kerimdir" diye-  
ceklerdi belki de...



"Metin'in evimizde oturduğu koltuk boş şim-  
di. Çalışma odası Sivas'a giderken bıraktığı  
gibi duruyor" diyen Nebahat Altıok o boş  
koltuğa bakarken acaba neler düşünüyor, ne  
hissediyor? Belki de Pir Sultan'ı astıklarında  
kızı Sanem'in söylediği dörtlük çınlıyordur  
kulaklarında:

*Pir Sultan kızydım ben de Banaz'da  
Kanlı yaş aktıttım baharda yazda  
Koç babamı kurban verdim Sivas'ta  
Darağacı ağlar Pir Sultan deyü*

Söylenecek son söz ve belki de tek söz  
Pir Sultan'ın dörtlüklerinde...

*Ademoğlu inadından  
Geçebilirsen beri gel  
Erenlerin kanadından  
Uçabilirsen beri gel  
Gittiğimiz Hakk'ın yolu  
Cümle varlık Allah kulu  
Maşrapamız Zemzem dolu  
İçebilirsen beri gel.*



## Karma sergide bir dişhekimi

Dişhekimi Nermin Kamışoğ-  
lu'nun da içinde yer aldığı Karma  
Resim Sergisi 12-16 Mayıs 2008  
tarihlerinde Maltepe Belediyesi  
Kültür Merkezi'nde yapıldı.  
100'e yakın resmin yer aldığı  
sergiye "üç resim" çalışmalarıyla  
katılan meslektaşımız "1999 yı-  
lından beri amatör olarak yağlı  
boya resim yapıyorum. Renkleri  
tuvale aktarıırken o kadar mutlu  
oluyorum ki bütün stresimi bir  
kenara bırakıp her şeyi unuttu-  
yum. Mesleğimiz zaten o kadar  
stresli ki bütün meslektaşlarımızın  
böyle sanatsal faaliyetlerle il-  
gilenmeleri gerektiğini düşün-  
yorum. Ama şu da bir gerçek ki,  
en çok sanatçı çıkaran meslek  
grubu dişhekimleri diye düşün-  
yorum" dedi.







## Ahırkapı Orkestrası:

# "Roman müziği olmadan müzik eksik kalır"

**Bir tesadüfle keşfedilen Ahırkapı Orkestrası, 100. Yıl Kongresi'nde Nilüfer'le aynı sahneyi paylaştı. Hareketli ritimleri, renkli kostümleri ve geniş repertuarlarıyla, geceye katılan dişhekimlerine eğlenceli bir gece yaşatan orkestra üyeleriyle gala öncesinde Dergi için bir araya geldik.**

**A**hırkapı semtinde, Ahırkapı Feneri'nin tam dibinde başlayan sohbetimizde kah düşündüren kah güldüren neler yoktu ki? Biraz tarih, biraz kültür, bolca müzik, azıcık ekonomi, bir parça güncel derken arada bol bol kahkahalar da attık. Orkestranın menajerliğini yürüten Osman Dursun ve Yalçın Görgülü'nün aralarında geçen tatlısert münakaşayı izlemek de bir o kadar keyifliydi hani.

Öyle ünlü olmuşlar ki, bizim sohbetimizden hemen önce bir televizyon kanalı da onlarla ilgili çekimler ve röportajlar yaptı. Televizyon ekibi bayrağı bize devretti, hep birlikte onların müzik piyasasıyla tanışmalarına vesile olan Kasım Zota'nın

mekanına, Armada Otel'in serin lobisine geçtik. Kasım Bey, "Beş Roman'ın çıkaracağı ortak ses, bir Roman'ın çıkaracağından daha güzel olacaktır" diyerek geleneksel hıdırellez kutlamalarında onları sahneye davet etmiş. Sonrası çorap söküğü gibi gelmiş.

*Doğru zamanda doğru yerde olmuş ve Sony gibi bir devle bu piyasaya giriş yapmışsınız. Neydi sizi birden bire bu kadar popüler yapan?*

**Osman:** Dünyadaki müzik akımlarının değişmesiyle ilgili bir durum bu. Türkiye bunlardan sonradan haberdar oluyor. Semtimizdeki Armada Otel'in sahibi Kasım Zota, uzun yıllar Fransa'da yaşamış

biri. Bize oradaki gözlemlerini aktardı ve etnik müziğin giderek ön plana çıktığını, çingene müziğinin de dünya müziğinde önemli bir yeri olduğunun farkına varıldığını söyledi. Bizi bu yönde teşvik etti. Yaptığı gözlem gerçekten de doğruymuş.

*Biraz Roman kültüründen söz eder misiniz? Müzik, Roman kültüründe hava ve su kadar yaşamsal öneme sahip. Hem hayatı kazanmanın en geçer yollarından biri hem de kültürel mirasın en güzel dışavurumu.*

**Osman:** Bu da Allah'ın insanlara verdiği bir özellik, herkese her şeyi vermiyor. Müzik kültürünün bizde fazla olması ta-



bii ki bize köklerimizden geçiyor. Şimdi ağlarken beş dakika sonra gülebiliyoruz. Biz öyle hissediyoruz, insanlara da öyle yansıtmaya çalışıyoruz. Vurdumduymazlık değil bu, içimizde var. Biz kendi içimizde, Ahırkapı'da büyük bir aile gibiyiz.

**Ne kadar eskiye gidiyor Romanlardaki müzik olgusu? "Her Roman ailesinde en az bir müzisyen vardır" doğru bir önerme mi?**

**Yalçın:** Dedelerimiz Selanik'ten Ahırkapı'ya gelmişler. Burayı seçmelerinin nedeni de Ahırkapı'nın Selanik'te yaşadıkları yere çok benzemesiymiş. İlk Japon Yaşar gelmiş, ardından diğerleri. Burası aynı zamanda Dede Efendi gibi, Türk musikisine hizmet eden ünlü bestekarlara da ev sahipliği yapan bir semt. Müzik konusuna gelince, bizim dedelerimiz de müzisyendi. Mesela benim dedem klarnet çalardı. Evde 150 yıllık klarneti duruyor. Oğlum da gitar çalıyor. Onlardan bize, bizden çocuklarımıza miras kalacak. Üstelik çocuklarımız okullu yetişiyor, bizden daha ileri olacaklar.

**Osman:** Bizden sonrası biraz zor, çünkü bu işi yürütmek sadece müzikle alakalı bir durum değil. İşletme ve idarecilik gibi bilgileri de gerektiriyor. Yani çocuklarımız sadece müzik okumamalı, işletme, ekonomi, yabancı dil de öğrenmeli. Bu yüzden onları iyi yönlendirmeliyiz. Biz Yalçın'la ancak ikimiz bir idareci olabiliriz. Onları öyle bir yetiştirmemiz lazım ki diğer işleri de organize edebilsinler. Kalabalık bir grubu idare etmek, grubun ihtiyaçlarına yanıt vermek, insanlarla iş ilişkilerini sürdürmek farklı becerileri, birikimleri ve deneyimleri gerektirir.

**Roman müziğinin özelliği nedir? İspanya'daki, Avrupa'dakilerden farkı nedir? Dünya müziğinin neresinde yer alıyorsunuz?**

**Osman:** Yabancı müzisyenler Roman müziği olmadan müziğin eksik kalacağını söylüyor. Dünyada altın devrini yaşıyor Roman müziği. Bunu Türkiye'ye çevirdiğimde gerçekten Roman müziği ve müzisyenleri olmasa Türkiye'deki müzik de eksik kalır bence. Türkiye'de bazı önyargıların kırılmasında öncü oldu-

ğumuzu düşünüyorum. Sesimizi birkaç bin kilometre ötedeki insanlara duyurmaya başladık. Biz basamaklardan sadece birkaçı olduk ama önümüzdeki merdiven çok uzun.

Yurtdışındaki Roman müziğiyle bizim yaptığımız müzik arasındaki tek fark, kullanılan enstrümanlardır. Süsleme veya motif farkı da olabilir ama kalıplar aynıdır. Hatta okullarda okutulurken Çingene dörtlüsü denir, yani literatüre bile girmişiz.

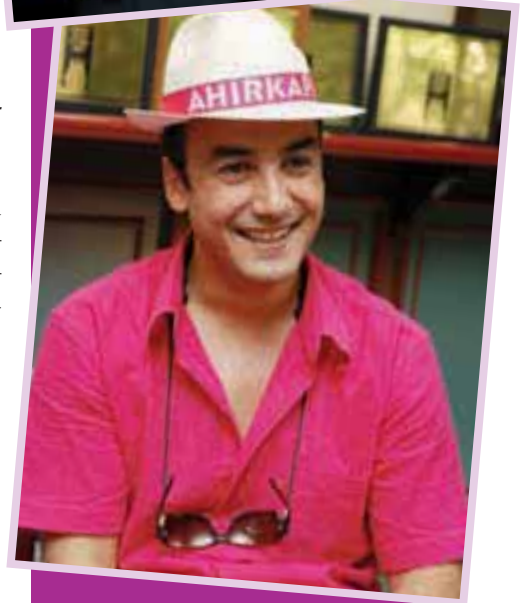
**Epey konserler verdiniz. Yurtiçi, yurtdışı büyük sanatçılarla çalıştınız. Kimler geldi geçti Ahırkapı'dan?**

**Yalçın:** Orkestra 2002'de kimlerle yola çıktıysa hâlâ aynı isimlerle devam ediyor yoluna. Yabancı kimse yok aramızda. En son Yunanistan'da ata topraklarında konser verdik. Daha önce de Fransa'da bir konserimiz oldu. Tarkan, Goran Bregoviç, Candan Erçetin, Kenan Doğulu gibi isimlerle aynı sahnede yer aldık.

**Osman:** Türkiye'de yepyeni bir grup çıkıyor ve Sony gibi, müzik piyasasının en önemli firmalarından biriyle anlaşma yapıyor. Doğrusu biz bu şans çok sağlam değerlendirmedik. Albümden sonra ilk konserimizi Tarkan'la verdik. Ondan sonra yaptıklarımız beş senede onun kadar etkiliydi bence. Yoksa Sting'in arkasında çalan gruplar gibi, bizim de Madonna ya da Michael Jackson'la aynı sahneyi paylaşmamamız için hiçbir neden yoktu ortada. Ancak insanlar her şeyi yaşayarak öğreniyor. Üniversite okumadık hiçbirimiz. Ancak ailemizden aldığımız ve kendi birikimimizle bu kadarını yapabildik.

**Kendinizi nasıl geliştiriyorsunuz? Aynı yerde durup kalmamak için neler yapıyorsunuz?**

**Osman:** Kazandığımızın bir kısmını orkestraya yatırıyoruz. Müzikal kalitemizi artırmak için enstrümanları yeniliyoruz. Repertuarımızı geliştiriyoruz. Balkanlar'daki Roman müziklerini, Türk Roman havalarını ve eskiden Romanların çaldığı parçaları çalıyoruz. Davet edildiğimiz yere uygun bir repertuar seçimi yapıyoruz. Elimizden geldiğince de bu-



**Ahırkapı Orkestrası'nın menejerleri Osman Dursun (yukarıda) ve Yalçın Görgülü; "Biz Ahırkapı'da büyük bir aile gibiyiz" diyorlar.**

nu belli bir kalite çerçevesinde yapmaya çalışıyoruz..

**Yalçın:** Kalabalık bir grubuz. Zaman zaman sıkıntılar oluyor ama hoşgörü içinde bunları da hemen çözüyoruz. Birine rica ederek bir işi yaptırmak var, emir vererek yaptırmak var. Nasıl davranırsanız öyle tepki alırsınız.

**Osman:** Bu arada Ahırkapı Orkestrası ve Ahırkapı'nın patentlerini aldık. Eğlence sektöründe Ahırkapı ismini bizden başka kimse kullanamaz. Dedelerimizin nağmelerini bu yolla yaşatmaya devam edeceğiz.



# Pierre Loti ve kahvesi

**Eyüp'te, Haliç'i tepeden gören büyüleyici manzaranın müdavimi ünlü yazar Pierre Loti burayla öyle bütünleşmiş ki, hem muhitin, hem tepenin hem de sık sık kahve içtiği mekanın isim babası olmuş.**

Ünlü Fransız romancı Pierre Loti 1850-1923 yılları arasında yaşadı. Gerçek adı Lois Marie Julien Viaud olan yazar aynı zamanda bir deniz subayıydı. 1867 yılındaki Okyanusya seferi sırasında Büyük Okyanus adalarında yetişen bir çiçeğin adı olan "Loti" takma adını aldı.

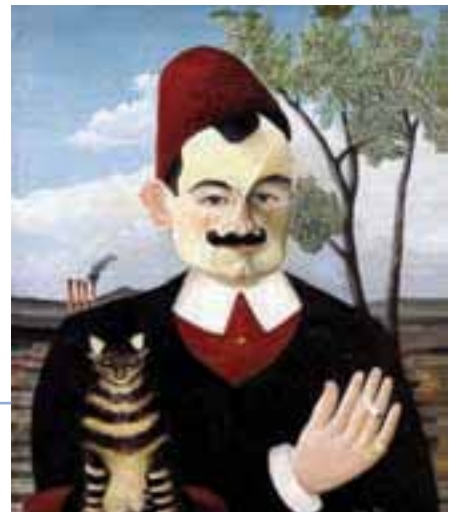
Mesleği sayesinde Ortadoğu ve Uzakdoğu ülkelerini, kültürlerini görme fırsatı buldu ve yazdığı anı ve romanlarda bu seyahatlerden edindiği bilgilerden çok yararlandı. Denizcilik öğreniminin ardından 1881 yılında yüzbaşı, 1906'da Albay oldu. İstanbul'u da ziyaret eden Loti, İstanbul ve Osmanlı kültüründen çok etkilendi. Daha sonra defalarca gelecekte uzun süreler İstanbul'da yaşadı. İstanbul'a bir gelişinde o zamanın Osmanlı dönemi Türkiye'sini anlattığı "Aziyade" adlı romanına adını veren kadınla tanıştı. Loti bu romanla birçok eleştirmenden olumlu not aldı ve geniş bir kitle tarafından tanınmış oldu. Gözlem yönü kuvvetli olan Loti yazılarında yalın bir dil kullandı. Aşk, ölüm, mutsuzluk gibi öğelere fazlaca yer verdi.

## **Eyüp'ten Haliç'e doğru**

Eyüp sırtlarında Pierre Loti kahvesi bütün Haliç'in tepeden görüldüğü doğal ve

sakin bir mekan. Eyüp, dini mekanları, mezarlıkları, doğal güzellikleriyle önemli ve eski bir yerleşim bölgesi. Eyüp'ten Eminönü'ne kadar tüm Haliç'in görülebildiği Pierre Loti kahvesi yerli ve yabancı turistlerin oldukça ilgi gösterdiği bir yer. Osmanlı kültürüne ve yaşayış biçimine hayranlık duyan ünlü yazar Pierre Loti İstanbul'da bulunduğu dönemlerde bu kahveye sürekli gelirdi. Özellikle nargileye meraklı olan Loti burada saatlerce oturur, insanlarla sohbet eder, manzarayı seyrederdi. Kahvehaneye Eyüp'ten arabayla veya mezarlıkların içinden geçen patika yoldan yaya ulaşılabilir gibi, yine Eyüp'ten teleferikle de ulaşılabilir. Hafta içi öğlen saatleri dışında oldukça kalabalık olan Pierre Loti Kahvesi'ne turistlerin yanı sıra İstanbullular da büyük ilgi gösteriyor. Kahvenin arkasında eski İstanbul evleri şeklinde apart hotel evleri, restoran ve kafelerden oluşan bir kompleks bulunuyor.

Divanyolu'ndaki caddeyle birlikte buraya da Pierre Loti adı veriliyor. Oldukça nezih olan bu kahvehanede doyumsuz Haliç manzarasını ikinize çekerek çay/kahve yudumlamının keyfini mutlaka siz de çıkarın ve İstanbul'a bir de Pierre Loti gözüyle bakın.





## ARAMIZA HOŞ GELDİNİZ

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

Cihan Abdurrezzak  
Yusuf Fethi Ak  
Feray Akçınar  
Harun Ardalı  
Ahmet Aydoğdu  
Reyhan Bayzat  
Meryem Biçer  
Özcan Çakmakçioğlu  
Aykut Çelebi  
Aylin Çınar  
Behiye Dabakoğlu  
Miray Daşdemir  
Firdevs Burcu Dedeoğlu  
Melek Meral Genç  
Özcan Göktürk  
Yalçın Gün  
Erhan Gürsoy  
Hamza Güvener  
Soner Kahraman  
Nurgün Banu Kızılaslan  
Çağlayan Köse  
Adile Ezgi Malalı  
Vildan Mert  
Müveyla Meltem Örencik  
İpek Öreroğlu  
Bedri Özdebak  
Hakan Özenç  
Beyhan Palavar  
Hakan Sağır  
Venhar Susal  
Ceylin Sedef Taştepe  
Emre Tezulaş  
Serhan Oğuz Tirali  
Songül Uçar  
Zekiye Reyhan Ülgen  
Özkan Yalçın  
Gizem Yıldırım  
Sibel Yiğit  
Şeniz Yüksel

### Vefat

- Meslektaşımız Hüseyin Remzi Yavuz 28 Mayıs 2008 tarihinde vefat etmiştir. Yakınlarının acısını paylaşır, başsağlığı dileriz.
- Meslektaşımız Servet Zülfikar'ın babası H. Fevzi Zülfikar 1 Haziran 2008 tarihinde;
- Meslektaşımız T. Emre İmamoğlu'nun babası R. Erol İmamoğlu 11 Haziran 2008 tarihinde;
- Meslektaşımız Hacer Paçacı'nın babası Hüseyin Paçacı 13 Haziran 2008 tarihinde vefat etmiştir.

**Meslektaşlarımızın acısını  
paylaşır, başsağlığı dileriz.**

### Hoş geldin bebek

- Meslektaşımız Ünal Yalçın ve eşi Özlem Yalçın'ın 25 Haziran 2008 tarihinde ikizleri dünyaya geldi. Kendilerini kutlar, Adlarını "Koray Ege" ve "Deniz Efe" koydukları oğullarına uzun ve sağlık bir ömür dileriz.

### Aranıyor

- Bayan dişhekimini araniyor  
Tel: 0 212 570 19 10
- Dişhekimini araniyor  
GSM: 0 532 355 92 44

### Devren kiralık muayenehane

- Osmanbey'de devren kiralık muayenehane  
GSM: 0 532 605 77 56

### Ruhsat devri

Sağlık Bakanlığı tarafından Grünenthal İlaç Tic. Ltd. Şti. adına ruhsatlı bulunan, Zaldiar Film Tablet (10,20 tb) isimli müstahzar aynı isimle ve yeşil reçeteli satılması şartıyla Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş.'ne ruhsat devri yapılmıştır.

### Satılık

- Satılık muayenehane aletleri GSM:  
0 533 707 63 99  
e-mail: info@taksimdental.com

### Devren muayenehane

- Üsküdar'da faal durumda çok temiz satılık veya devren muayenehane  
GSM: 0 505 944 95 86-87  
Tel: 0 212 562 08 43

### Kiralık veya satılık

- Pendik'de aletleriyle birlikte kiralık veya satılık muayenehane  
Tel: 0 216 483 28 59  
GSM: 0 505 284 34 31

### İş arıyorum

- İÜDF 2007 yılı mezunuyum. Tercihen Anadolu Yakası'nda iş arıyorum. Dişhekimisi Fatma Onan  
Tel: 0216 688 41 08  
GSM: 0505 228 01 87

### Kırmızı Reçete ile Verilecek İlaçlar

Johnson&Johnson Sıhhi Malzeme Sanayi ve Tic. Ltd. Şti. adına ithal ruhsatlı olup Hidromorfon hidroklorür isimli uyuşturucu maddeyi içiren Journista 64 mg uzatılmış salımlı tablet, Journista 32 mg uzatılmış salımlı tablet, Journista 16 mg uzatılmış salımlı tablet ve Journista 8 mg uzatılmış salımlı ilaçlar, formülü ve kontrole tabi madde içermeleri nedeniyle "Kırmızı Reçete İle Verilecek İlaçlar" kapsamına alınmıştır. Bu nedenle, yukarıda adı geçen müstahzarların Kırmızı Reçete ile verilmesi, stok ve tüketimlerinin uyuşturucu defterine işlenmeleri gerekmektedir. Ayrıca, adı geçen müstahzarların bir Kırmızı Reçeteye 28 günlük süre için en az 1 (bir) kutu yazılması gerekmektedir.





# KALEM KÄMİL

İLHAN İŞLER  
iisler1@yahoo.com

HAYIR!... HAYIR...  
BEN MASUMUM...,  
O' SADECE BİR  
RÜYAYDI...



## FLAŞ HABER...

KALEM KÄMİL "KALEMKENEKON DAVASI" SORUŞTUR-  
MASI KAPSAMINDA GÖZ ALTINA ALINDI.... KALEM  
DÜNYASINDA DARBE YAPMAK İSTİYENLERİN, KALEMİ OLMAKLA ŞUÇLANI-  
YOR... İHBAR EDENİN, GEÇEN SAYIDA SİZDİŞİ KARA KALEM OLDUĞU  
SANILIYOR..., AH BE KÄMİL'İM SENİN NEYİNE GEREK RÜYALARINI  
SİZMEK, SEN UYUSANA..., TATLI, TATLI UYU.. UYU.. UYU... HORRR!....

Hosçakalmış  
İlhan İşler 9.07.09