

İCAPÇILIK YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Özet: Dünyada telefonla çağrı üzerine çalışma (oncall) olarak bilinen ve Türkiye’de “ıcap nöbeti” olarak adlandırılan çalışma biçimine sağlık kurumlarında yaygın olarak rastlanmaktadır. Türk Tabipleri Birliği tarafından yapılan “Hekimlerin Çalışma Koşulları, İş Yükü ve İş Gücüne İlişkin Ortak Görüş 2010 Anket Verileri” raporuna göre bu çalışma biçimi ve yükümlülük pratisyen hekimlerin %11,3’ünde, uzman hekimlerin %36,8’inde ve asistan hekimlerin ise %3’ünde görülmekte ve çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Bu yazıda Türk Tabipleri Birliği tarafından konuyla ilgili olarak “ıcapçılık yükümlülüğü” adıyla yayımlanan doküman kısaltılarak sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: hekim, Türk Tabipleri Birliği, çağrı üzerine çalışma, ıcap

On-Call Obligation

Abstract: The form of work known as “on-call working” in the world and referred to as “on-call shift” in Turkey commonly exists in healthcare institutions. According to the report on “The Findings from 2010 Joint Opinion on Working Conditions, Workload and Workforce of the Physicians Survey” conducted by Turkish Medical Association, such duties and obligations are required to be performed by 11,3 % of general practitioners, 36,8 % of the specialists and by 3 % of the residents and cause various problems. In this article, the condensed version of the document named “On-call Obligation” published by Turkish Medical Association regarding this issue is presented.

Keywords: physician, Turkish Medical Association, on-call working, on-call

1. Sorunun Tanımı

1.1 İcapçılık Yükümlülüğü: İcap nöbeti olarak adlandırılan telefonla çağrı üzerine çalışma (on-call) tüm dünyada belli ölçülerde uygulanan bir yaklaşımdır. İcap nöbetlerinin mesai saatleri dışında gün boyunca tutulması (day float) söz konusu olabileceği gibi, mesai saatleri dışında bölünerek (örneğin 17.00-24.00 arasında ve 24.00-08.00 arasında) tutulması da (night float) söz konusu olabilmektedir. Konunun Türkiye’de **sorun** olması **sürdürülemez sıklıkta** (çalışma süresi sürekli!) görevlendirme yapılması ve **ağır** (yoğunluk ve özel yaşamın kısıtlanması) iş yüküdür.

1.2 Yaygınlık: Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Hekimler sağlık hizmeti ekibinin önemli insan gücüdür. İcap yükümlülüğü göz ardı edilemeyecek sayıda hekimi ilgilendirmektedir. Türk Tabipleri Birliği tarafından yapılan “Hekimlerin Çalışma Koşulları, İş Yükü ve İş Gücüne İlişkin ortak görüş 2010 anket verileri” raporuna göre **ıcapçılık yükümlülüğü pratisyen hekimlerin %11.3’ü, uzman hekimlerin %36.8’i ve asistan hekimlerin ise %3’ünü kapsamaktadır.** (<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/og2010.pdf> sayfa 26-40). Gerçekten de **Sağlık Bakanlığı’na ait veriler ıcapçılık yükümlülüğünün “birkaç hekim” için geçerli olmadığını göstermektedir.** Sağlık Bakanlığı ve Bağlı

Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği’nin 4/k maddesine göre Bakanlık il ve birim bazında, yılda en az bir defa yenilenen, unvan ve branşlar **itibariyle bulunması gereken personel sayısını gösteren cetvelini hazırlamaktadır. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu’nun 3.1.2014 tarihinde yayımladığı** Personel Dağılım Cetveli’ne (PDC) göre mevcut sağlık kuruluşlarında bulunması gereken hekim sayısı 39.926’dır. Bu hekimlerden 5.406’sının ise alanında tek uzman hekim olarak çalışması öngörülmektedir. Bir başka anlamıyla 5.406 hekim yönünden branşında tek uzman hekimin bulunması çalıştığı kurum için yeterli olmaktadır. (Bu raporun hazırlanma gerekçesini oluşturan Kamu Denetçiliği Kurumuna yapılan başvuru bir göğüs cerrahisi uzmanına ait olup 5.406 hekimin 87’sini Göğüs Cerrahisi Uzman hekimleri oluşturmaktadır). 9.1.2015 tarihinde yayımlanan Personel Dağılım Cetveli’ne (PDC) göre mevcut sağlık kuruluşlarında bulunması gereken hekim sayısı ise 40.942’dir. Bu hekimlerden 5.569’unun ise alanında tek uzman hekim olarak çalışması öngörülmektedir. Bu anlamıyla neredeyse her 8 hekimden 1’i her gün ıcap nöbeti tutmakla yükümlü hale gelmektedir. 2015 PDC’ye **göre alanında tek uzman hekim olarak çalışacak Göğüs Cerrahisi Uzman hekim sayısı ise 86** olmuştur.

*Bu yazı TTB tarafından yayımlanan aynı adlı dokümanın kısaltılmış halidir. Doküman rapor başlığında yayımlandığından metnin kaynak gösterim biçimi aynen aktarılmış, ekler bölümündeki kaynaklara yer verilmemiştir. Dokümanın tamamına http://www.ttb.org.tr/kutuphane/icapcilik_rapor.pdf adresinden ulaşılabilir.

1.3 İş Yükü: Yukarıda icapçılık yükümlülüğünün küçümsenemeyecek sayıda hekimi ilgilendirdiğini aktardık. **İcapçılık yükümlülüğü çok az sayıda hekimi ilgilendiriyor olsa bile** söz konusu hekimler için önemsiz sayılamayacak bir iş yüküdür, **önemli bir sorundur.** Yine Ortak Görüş 2010 Anket Verileri'ne göre **icap nöbeti tutanların %26'sı her gün icapçıdır.** 2 günde bir %10, 3 günde bir %10, 4 günde bir %7, 5 günde bir %9, 6 günde bir %3,7günde bir %7, haftada birden az olduğunu söyleyenler %28'dir. **İcap nöbeti tutanların %15'i icap yükünü çok ağır, %31'i de ağır olarak nitelemektedir.** Konuyla ilgili TTB'ye yapılan başvuruların "çok ağır ve ağır" gruplara ait olduğu yazılanlardan anlaşılmaktadır. **Son bir yıl içerisinde Başkanlığımıza yapılan başvuru sayısı 52 olmuştur.** Başvuruda bulunan hekimler tarafından her gün icap nöbeti tutturulduğu, neredeyse her akşam herhangi bir saatte, uyurken, yemek yerken arandıkları, aile yaşamlarını sürdüremez hale geldikleri aktarılmıştır. Örneklemek gerekirse "48 saat boyunca sadece 3 saatlik uyku ile hastanede ağır bir hastanın başında kaldığımı, sonraki günlerde de mesaiye devam ettiğimi, gece ise tekrarlayan telefon aramaları ile uyandırıldığımı biliyorum... Ruhun ve bedenim yıpranmamın yanı sıra uykusuzluk ve yorgunluktan mesleki hatalar da yapmaya başlıyorum." başvurularında sık rastlanan ifadelerdendir. (2 numaralı ekte nöbetli çalışmanın -ki icap nöbetinin evde tutuluyor olması onu dışlamaz- sağlık çalışanları/hekimlerin **sağlığına olumsuz etkisi literatür bilgisiyle paylaşılmaktadır**). **Daha sonra tartışacak olmakla birlikte** burada da ifade etmek gerekir ki başvurularında dile getirilen **sürekli icapçılık yükümlülüğüyle sunulan hizmetin nitelikli olmasını beklemek** neredeyse **olanaksızdır.** Oysaki her hizmet için geçerli olmakla birlikte **tedavi edici sağlık hizmetinde hem beklenti hem de olması gereken hatasızlık ve niteliktir.** Bu anlamda sağlık hizmetinde sorun süreklilik kadar, aynı zamanda hizmetin niteliğini de sağlamaktır. Bu zorunluluk, organizasyonu ön plana çıkartmaktadır ki; ülkemizde olmayan budur. Akıl dışı boyutlara varan bir sağlık politikası ve buna bağlı sağlık yönetimi (organizasyonu) sorunu vardır ve sorunun kaynağında da bu yatmaktadır. Bir başka ifadeyle 2015 Türkiye'sinde mevcut olanaklar göz önüne alındığında bu tür bir icap nöbeti ile hizmet sunma "zorunluluğu" bulunmamaktadır.

1.4 Hizmetin Organizasyonu Boyutu

1.4.1 Hastaneler Boyutu: İcapçılık yükümlülüğünde sorun en sık olarak yatak sayısı az ve hekim insan gücü kısıtlı hastanelerde

yaşanmaktadır. **Sorunun ana kaynağını oluşturan bu durum** ek 1 de sunulan "Kamu hastanelerinde icap nöbetlerinin sağlık yönetimi bağlamında değerlendirilmesi" görüş yazısında incelenmektedir. Buna göre "Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda bulunan **874 hastanenin 547'sinde yatak sayısı ortalama olarak 67 ve daha az** (Tablo 2); **330 hastanenin yatak sayısı ise 50'den azdır.** Türkiye'de kamu hastaneleri içerisinde küçük hastanelerin oranı yüksektir. **Hastanelerdeki yatak sayısı, verimlilik açısından çok önemli bir göstergedir. Genel olarak yatak sayısı az olan (100 yataktan düşük) ve çok fazla olan (600 yataktan yüksek) hastanelerin verimlilik açısından sorun yaşadıkları bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre toplam 261 hastanede icap nöbeti tutulmaktadır** (Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu hastanelerin yatak sayısı 4 ile 250 arasında değişmekle birlikte; **yatak sayısı 67'nin üzerinde olan yalnızca 4 hastane söz konusudur.** Bunlardan 1 tanesi A2 Dal hastanesi, 3 tanesi C grubu, geriye kalanlar ise D ve E grubu hastanelerdir. Bu veriden de anlaşılacağı gibi, **Türkiye'de icap nöbeti ile ilgili sorunlar büyük ölçüde, yatak sayısı az olan D ve E grubu küçük ölçekli hastaneler için geçerlidir.** Sağlık Bakanlığı mevzuatına göre, ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmemekte; ancak ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulmaktadır. **Müstakil acil branş nöbeti ile yükümlendirilen uzman tabipler ayrıca icap nöbetine dahil edilmemekte;** dâhili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere, ayrıca icap nöbeti tutturulabilmektedir. Hangi branşlarda icap nöbeti düzenleneceğine, hizmetin gereği ve personel mevcudu çerçevesinde baştabip karar vermektedir. **Küçük ölçekli hastanelerde** müstakil acil branş nöbeti tutulamaması, **icap nöbetlerine zemin hazırlamakta; zaten uzman hekim sayısı az olduğu için haftalık mesai süresinin üzerinde çalışmak zorunda kalan uzman hekimler bir de icap nöbeti tutmak zorunda kalmaktadır.** Kamu hastanelerinde icap nöbetleri ile ilgili olarak, sağlık yönetimi bağlamında, küçük ölçekli hastane sayısının yüksekliğinin ardından değerlendirilmesi gereken ikinci konu, acil servislere başvuruda gözlenen anormal artıştır.

1.4.2 Acil Sağlık Hizmeti Boyutu: Sağlık hizmetinin ekip hizmeti olduğunu ifade etmiştik. **Sağlık hizmetinin amacına uygun sunulması ekibin ve aynı zamanda hizmetin doğru organizasyonuna bağlıdır.** Sağlık hizmeti bütünlüklü bir hizmettir.

Sağlık hizmeti ana olarak koruyucu ve tedavi edici olarak (iç içe) iki ana unsurdan oluşur. Tedavi edici sağlık hizmetinin organizasyonunda süreklilik zorunludur. Hizmetin, zaman boyutunun (yani süreklilik) tanımlanmasıyla eş zamanlı olarak mekân ve insan gücü ile birlikte yapılandırılması gerekir. Tedavi edici hizmetler poliklinik ve yataklı tedavi edici hizmetler olarak bölümlenir. Yataklı tedavi edici hizmetler süreklilik taşıırken poliklinik hizmetleri (sıklıkla) hafta içi mesai saatleri ile sınırlandırılır. Poliklinik hizmetlerinin 24 saat boyunca sürdürülen bölümü vardır ki acil sağlık hizmeti olarak adlandırılır.

i) (Değişik:RG-24/3/2004-25412) Acil Sağlık Hizmetleri: Acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini kapsar.(http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=acil%20sa%C4%9Fl%C4%B1k).

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri çok önemli bir sorun başlığıdır. Kamu ve özel toplamda 100 milyonu aşan yıllık acil başvurusu ile hastanelere yapılan başvuruların %30’unu geçmektedir. Bu oran hemen neredeyse dünyada benzeri olmayan yüksekliktedir. **Acillere yapılan başvuruların anormal fazlalığı** hem Türkiye’de sağlık hizmeti organizasyonun çok kötü olduğunu göstermekte hem de bu raporun konusu olan **“sürekli” icap nöbetlerine ihtiyaç doğuran süreci tetiklemektedir**. Kuşkusuz tedavi edici sağlık hizmetinin 24 saat boyunca kesintisizliğinin sağlanmak durumunda olması insan gücünün kullanılmasında nöbeti ve icap nöbeti hizmetini getirmektedir. Daha sonra tartışmak üzere bu bölümde dikkat çekmekte yarar vardır: **yaşam kurtarıcı müdahalelerin yapılması ile yetkin bir girişimle** yaşamın korunarak iyileştirici uygun tedavinin yapılması ve sürdürülmesi arasında **nüans vardır ve ikincisi sıklıkla uygun koşullarda (alt yapı, donanım, konuyla ilgili uzman insan gücü vb) yapılır, her yerde her zaman her uzmanlık alanından insan gücünü bulundurmamak gerekli de değildir, mümkün de değildir**. Doğru organizasyon yaşam kurtarıcı müdahale ekibi, yetkin girişim yapabilecek merkezler ve bunlar arasında nakil süreçlerinin sağlıklı yürütülmesidir.

2. Çözümün “Engeli”

2.1 Sağlık Hizmetinin Özellikleri: Sağlık alanında sağlık çalışanlarının haklarını ilgilendiren bir konu gündeme geldiğinde, çalışanlar lehine bir düzenleme yapıl(a)madığında, mevcut koşullarda hizmete

devam için **yöneticilerce** sıklıkla öne sürülen argüman “Sağlık hizmetinin kendine özgü nitelikleri” olmaktadır.

“- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır.

- Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet konamaz.

- Sağlık hizmeti ertelenemez.” sağlık hizmetinin kendine özgü nitelikleri arasında en sık dile getirilenlerdir. Sağlık hizmetinin bu özellikleri hizmetin sağlık çalışanlarına “her hal ve şartta” verilmesinin zorunlu olduğunu belirtmek için çalışanlara “karşı” kullanılır. Oysaki sağlık hizmetinin en az bu sayılanlar kadar kendine özgü ve olmazsa olmazı kabul edilen “başka” özellikleri de vardır:

“Tibbin özgünlüğü tıp etiğinin de özgünlüğünü doğurur. Sevecen yaklaşım, yeterlik ve özerklik tıp etiğinin üç başlığı olup sadece tıpla sınırlanamaz. Ancak toplum ve tek tek bireyler hekimlerin bu değerleri diğer mesleklerin üyelerinde çok daha fazla yansımasını bekler (Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı).”

Özellikle hekimlerin **mesleki yeterlikleri** en üst düzeyde olmalıdır. Hekimin yeterli olmaması hastanın yaşamını yitirmesine ya da ciddi hastalıklara yol açabilir.

Yeterlik, bir başka ifadeyle nitelikli sağlık hizmeti sunma, hatasızlık tedavi edici hizmette aksi düşünül(ə)meyen beklentidir. Eğer bu özellikte tıbbin bir özgünlüğü ise **sorun hizmetin ertelenmezliği ile nitelikli sunulmasının güvence altına alınacağı bir hizmet organizasyonunun sağlanmasında düğümlenmektedir.**

Hekimlerin, hekimliği olması gerektiği gibi yerine getirebilmesi için belli bazı koşulların sağlanmış olması tartışılmaz; özellikle de 2015 dünyası, Türkiye’inde. Bir başka ifadeyle tüm insanlar gibi hekimlerin de, sorumluluklarının yanı sıra hakları vardır ve toplumun hekime nasıl davranması gerektiğini dikkate almazsak eksik kalır.

Kuşkusuz toplumun hekime davranışından kasıt bireysel bir ilişkinin ötesinde sağlık hizmetini, sağlık hizmeti organizasyonunu tanımlamaktadır.

Sağlık organizasyonunun sunacağı olanaklar sadece dar anlamıyla özlük hakları (ayrıcılıkları) olarak yorumlanamaz. Kaldı ki ülkemizde özlük hakları açısından hekim ve sağlık çalışanlarının durumunun kötülüğü bilinmektedir.

Hekimin kendine bakması, ailesine vakit ayırması en önemli başlıklardır. “Hekimler sıklıkla

kendilerine ve ailelerine karşı sorumlulukları olduğunu unuturlar. Haftada 60-80 saat çalışmak sıkıtır, tatiller gereksiz görülür. Dünya ölçeğinde bu çalışma yoğunluğu karşısında kronik yorgunluktan madde bağımlılığı ve öz kısıma dek uzanan sorunlar saptanmaktadır (bu çalışma) Tıbbi hatalara yol açabileceği için, hekimin yorgun ve rahatsız olması hastalar için bir tehlikedir. Hem hasta güvenliğini sağlamak, hem de hekimler için sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmek gereksinimi karşısında bazı ülkeler, çalışma saatleri ve nöbetlerin uzunluğunu sınırlamışlardır (Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı)."

Yukarıda kısaca çizilen çerçeve ve tıbbın en öncelikli ilkesinin "önce zarar verme" olduğu hatırlandığında hekimler yöneticiler tarafından hiçbir dinlenme olanağı tanımayan, süreklilik arz eden icap

nöbetleriyle doğrudan hem hasta güvenliğini hem hekim sağlığını tehdit eden bir görevlendirmeye maruz kalmaktadırlar. İcap nöbetinin kurum dışında "tutuluyor" olması bir makuliyet gerekçesi değildir. 2015 Türkiye'sinde halen doğru, akılcı, verimli bir sağlık hizmet organizasyonunun yapı(a)mamış olması hasta ve hekimlerin aleyhine bir uygulamaya dönüştürülemez.

Sağlık hizmetinin ertelenemezliği ile yerine başka bir hizmet konamaz oluşunun hekimlerin çalışan olarak hakları, bu haklarla sıkı sıkıya bağlı hastaların yaşam ve sağlık hakkı ile bağının atlanarak yapılması günümüzde kabul edilen evrensel hukuki normlar açısından da kabul edilemez. (Bu durum 2 no'lu ekte ayrıntılarıyla tartışılmaktadır).

EK 1**Kamu Hastanelerinde İcap Nöbetlerinin Sağlık Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi**

Kayıhan Pala

Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Tedavi edici sağlık hizmetinin kesintisiz sürdürülebilmesi ve acil olarak gereksinim duyulan hizmetlerin sunulabilmesinin sağlanması amacıyla tutulan "icap nöbetleri" özellikle küçük hastanelerde çalışan uzman hekimler için kendi sağlıklarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen bir soruna dönüşmüştür.

Sorunun en önemli iki boyutu zaten çalışma süreleri fazla olan hekimlerin, mesai saatleri dışında da çalışmak zorunda kalması ve telefon çağrısına bağlı olarak çalışma olasılığı nedeniyle özel yaşamın kısıtlanmasıdır.

Birinci basamak hekimleri ile hastane hekimleri icap nöbetleri açısından, sağlık hizmet sunum koşullarının farklılığı göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Bu yazıda kısaca kamu hastanelerinde çalışan uzman hekimlerin icap nöbetleri sağlık yönetimi bağlamında değerlendirilecektir.

İcap nöbeti olarak adlandırılan telefonla çağrı üzerine çalışma (On-call) tüm dünyada belli ölçülerde uygulanan bir yaklaşımdır. İcap nöbetlerinin mesai saatleri dışında gün boyunca tutulması (Dayfloat) söz konusu olabildiği gibi, mesai saatleri dışında bölünerek (örneğin 17.00-24.00 arasında ve 24.00-08.00 arasında) tutulması da (Nightfloat) söz konusu olabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) 2014 yılı itibarıyla toplam 874 kamu hastanesi bulunmaktadır. Bunlardan 173'ü ortalama yatak sayısı 10 olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı hastanelerdir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na (TKHK) bağlı 701 hastanenin ortalama yatak sayısı ise 173'tür (Tablo 1) (TKHK, 2015).

Tablo 1. Hastanelerin kurumlara göre dağılımı (2014)

Kurum türü	Kurum		Yatak	
	Sayı	Yüzdesi	Sayı	Yüzde
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	701	47	121.940	61
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	173	11	1.763	1
Sağlık Bakanlığı Toplam	874	58	123.703	62
Üniversite	69	5	36.616	18
Özel	550	37	39.783	20

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin rollere göre dağılımı

Rolü	Hastane sayısı	Toplam yatak sayısı	Ortalama yatak sayısı	Yatak doluluk oranı (%)
A1	48	30.386	633	79
A1 DAL	26	9.457	364	79
A2	66	30.697	465	76
A2 DAL	55	11.475	209	82
B	132	23.543	178	68
C	158	10.623	67	54
D	126	4.037	32	39
E1	90	1.722	19	27
E2	102	1.201	12	1
E3	71	562	8	2
Toplam	874	123.703	142	

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin %62,6'sının (C, D, E1, E2 ve E3 grubu 547 hastane) yatak sayısı ortalama olarak 67 ve daha az (Tablo 2); 330 hastanenin yatak sayısı ise 50'den azdır (%37,8). Bir örnek olarak incelemek gerekirse, ABD'de 2011 yılında 50 yatağın altındaki hastanelerin oranı %28,3'tür (CDC, 2015). Türkiye'de kamu hastaneleri içerisinde küçük hastanelerin oranı yüksektir.

Hastanelerdeki yatak sayısı, verimlilik açısından çok önemli bir göstergedir. Genel olarak yatak sayısı az olan (100 yataktan düşük) ve çok fazla olan (600 yataktan yüksek) hastanelerin verimlilik açısından sorun yaşadıkları bilinmektedir. ABD'de yapılan bir çalışma orta büyüklükteki (126-250 yatak) hastanelerin diğer büyüklükteki hastanelere göre daha verimli olduğunu ortaya çıkarmıştır (Roh, 2013). Danimarka'da kamu hastanelerinde yapılan bir çalışma, bir kamu hastanesi için en uygun yatak sayısının 275 olduğunu ve yatak sayısı 230'dan düşük olanların üretimlerini birleştirmenin uygun olacağını göstermiştir (Kristensen, 2008).

Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre toplam 261 hastanede icap nöbeti tutulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu hastanelerin yatak sayısı 4 ile 250 arasında değişmekle birlikte; yatak sayısı 67'nin üzerinde olan yalnızca 4 hastane söz konusudur. Bunlardan 1 tanesi A2 Dal hastanesi, 3 tanesi C grubu, geriye kalanlar ise D ve E grubu hastanelerdir. Bu veriden de anlaşılacağı gibi, Türkiye'de icap nöbeti ile ilgili sorunlar büyük ölçüde, yatak sayısı az olan D ve E grubu küçük ölçekli hastaneler için geçerlidir.

Sağlık Bakanlığı mevzuatına göre, ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dâhil edilmemekte; ancak ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulmaktadır. Müstakil acil branş nöbeti ile yükümlendirilen uzman tabipler ayrıca icap nöbetine dâhil edilmemekte; dâhili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dâhil edilen uzman tabiplere, ayrıca icap nöbeti tutturulabilmektedir. Hangi branşlarda icap nöbeti düzenleneceğine, hizmetin gereği ve personel mevcudu çerçevesinde baştabip karar vermektedir.

Küçük ölçekli hastanelerde müstakil acil branş nöbeti tutulamaması, icap nöbetlerine zemin hazırlamakta; zaten uzman hekim sayısı az olduğu için haftalık mesai süresinin üzerinde çalışmak zorunda kalan uzman hekimler bir de icap nöbeti tutmak zorunda kalmaktadır.

Kamu hastanelerinde icap nöbetleri ile ilgili olarak, sağlık yönetimi bağlamında, küçük ölçekli hastane sayısının yüksekliğinin ardından değerlendirilmesi gereken ikinci konu, acil servislere başvuruda gözlenen anormal artıştır.

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programına bağlı çeşitli nedenlerle (Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınamamak, prim borçlusu olmak, katkı payı ödeyememek, randevu alma sorunları vb.) rutin sağlık hizmetlerine erişim sorunları yüzünden, acil servislere başvuru sayısında büyük bir artış yaşanmaktadır. Son on yılda acil servislere başvuru sayısı yaklaşık olarak beş kat artmıştır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerine 2014 yılında 87 milyondan fazla (87.420.079) acil hasta başvurusu gerçekleşmiş; acil muayenelerin toplam muayeneler içerisinde oranı %30'a ulaşmıştır (TKHK, 2015). Nüfusu 2011 yılında 310 milyonun üzerinde olan ABD'de hastanelerin acil servislere 136 milyon başvuru gerçekleşmiştir (CDC, 2015). Türkiye'de ise 2014 yılında tüm acil servislere yapılan başvuru 104 milyonu geçmiştir.

Bugün Türkiye, nüfusundan daha fazla acil servise başvuru yapılan dünyadaki ender ülkelerden biridir. Bu kadar yüksek acil başvurunun olması, ister istemez icap nöbetlerine duyulan gereksinimi de artıran bir etmen olarak ortaya çıkmaktadır.

Özetlemek gerekirse, yatak sayısı düşük küçük ölçekli hastane sayısının ve acil servise başvuru sayısının çok yüksek olması, Türkiye'de kamu hastanelerinde yaşanan icap nöbeti ile ilgili sorunlara sağlık yönetimi bağlamında zemin hazırlayan iki önemli etmendir.

Çözüm olarak;

1. Sağlıkta Dönüşüm Programından vaz geçilmesi ve böylece sağlık hizmetine erişimin önündeki engellerin kaldırılarak acil servise başvuru sayısının azaltılması,
2. Küçük ölçekli hastanelerin gözden geçirilmesi ve coğrafi erişim sorunu yaratmayacak biçimde bazı hastanelerin birleştirilmesi ve böylece küçük ölçekli hastane sayısının azaltılması ve,
3. İcap nöbetleri yerine, müstakil acil branş nöbeti tutulamayan hastanelerde cerrahi ve dâhili bölüm nöbeti konulması önerilebilir.

Bütün bu öneriler yerine getirilse bile, icap nöbetleri ile ilgili sorunların tümünün çözülmesi beklenmemelidir. Daha ayrıntılı çözüm önerileri için, her bir hastane kendi özgün koşulları içerisinde değerlendirilmeli ve icap nöbetleri ile ilgili karar tek başına başhekimin verebileceği bir karar olmaktan çıkartılmalı; meslek örgütlerinin, sendikaların ve bizzat hekimlerin karar sürecine katılmaları sağlanmalıdır.

EK 2

İcap Nöbeti Karşısında Çalışan Olarak Hekimlerin Hakları, Bu Hakların Yaşam ve Sağlık Hakkı İle Bağlı

Kamu hizmeti piyasanın işleyiş kurallarından belli oranda bağımsız kılınarak devlet tarafından üstlenilmiş, toplumsal ihtiyaçları karşılayacak mal ve hizmet üretimidir. Kamu personeli de kamu hizmetlerinin yerine getirilmesini üstlenen ve sürekliliğini sağlayan çalışanlardır. Kamu hizmetlerinin niteliği devlet ile kamu personeli arasındaki ilişkinin özel hukuk hükümlerine tabi olan işçi-işveren ilişkisinden farklı kurullarla düzenlenmesini beraberinde getirmiştir. Nitekim Anayasa'nın 128. Maddesi ile memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işlerinin Kanunla düzenleneceği belirtilerek çalışanların hakları Anayasal güvenceye kavuşturulmuştur.

Bu nedenle kamu hizmetinin gördürülmesindeki usul ve esaslar kamu personelinin hakları ile birlikte ele alınmak zorundadır. Devletin hizmetin gördürülmesinde belirlediği kurulların çalışan olarak kamu personellerinin gerek iç hukukta gerekse uluslararası hukukta düzenlenen haklarıyla uyum içerisinde olması beklenendir.

Bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin gördürülmesi söz konusu olduğunda bu yükümlülük aynı zamanda hastaların yaşam ve sağlık hakkının da bir gereği olmaktadır. Nitekim Anayasa Mahkemesi kararlarında hekimliğin, Anayasanın 17. maddesinde yer alan ve bireyin en önemli hakkı olan yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı ile doğrudan ilgili bir meslek olduğu belirtilmiştir. Aynı kararda hekimlerin çalışma koşullarının insan sağlığının gelişmesi ve yaşam haklarının korunması ile doğrudan ilgili olduğu gözetilerek belirlenmesinin devletin ödevi olduğu belirtilmiştir.

Hekimlerin çalışma koşulları içerisinde değerlendirilecek olan icap nöbetlerine ilişkin düzenlemelerin de sağlık ve yaşam hakkının korunması ile uyumlu olup olmadığı yönünden bir değerlendirme yapılması gerekmektedir.

İcap nöbeti, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 42/A maddesinde; "Uzman adedi nöbet tutacak miktarlardan az, fakat birden fazla olan kurumlarda uzmanlar sırayla ev nöbetini tutarlar. Bunun için aylık ev nöbet listeleri hazırlanır. Ev nöbetçisi mesai saatleri dışında kurumun idari ve tıbbi her türlü gereklerinden sorumludur. Ev nöbetçisi akşam vizitlerini yapmaya, mesai dışında bulunduğu yeri bildirmeye, kuruma her davette gelmeye mecburdur" şeklinde tanımlanmıştır.

Yönetmelik hükmünden icap nöbetinin öngörülmesinin nedeninin uzman adedinin birden fazla ancak nöbet tutacak miktarda olmaması olduğu görülmektedir. Daha önceki düzenlemelerde branşında tek uzman hekim olanlar normal nöbete dâhil edilmekteyken 16.10.2009 tarih ve 27378 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ'in 12/9. Maddesi ile bir kurumda kendi ana dal ya da yan dalında tek uzman hekim olarak çalışanlara icap nöbeti tutturulabileceği düzenlenmiştir.

Türk Tabipleri Birliği tarafından Tebliğin ilgili hükmünün iptali istemiyle dava açılmıştır. Açılan davada, Sağlık Bakanlığı tarafından neden tek hekime icap nöbeti tutturulduğuna ilişkin somut bilgi, belge sunulmamış gerekçe olarak acil servislerde günün her saatinde uzman düzeyinde hizmet almanın herkesin hakkı olduğu belirtilmiştir. Söz konusu davada Danıştay 12. Dairesi E.2010/8473 sayılı kararı ile yürütmenin durdurulması isteminin reddine karar verirken, bir hekim tarafından açılan davada kısa süre önce verdiği E.20111/311 sayılı kararlar Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 42/A maddesi uyarınca bir uzman doktora icap nöbeti yazılabilmesi için uzman adedinin birden fazla olması gerektiği, Tebliğle bu kurala uyulmadığı gerekçesiyle yürütmeyi durdurma kararı vermiştir. Verilen kararlara itiraz üzerine dosyayı inceleyen İdari Dava Daireleri Kurulu sağlık hizmetinin ertelenemez olma niteliğine vurgu yaptığı kararında hekimlerin mevzuattan kaynaklanan haklarının korunması kaydı ile düzenlemeyi hukuka uygun bulmuştur. Danıştay 12. Dairesi de esas hakkında verdiği kararda bu yorumu benimsemiştir. Belirtmek gerekir ki bu kararlarda hakların nasıl korunacağına ilişkin bir açıklama yapılmamış, idare tarafından da kararda değinilen "hekimlerin çalışma saatleri, izin ve diğer sosyal haklarının" korunmasına ilişkin herhangi bir düzenlemeye gidilmemiştir.

Diğer taraftan bir uzman hekimin **bir ay boyunca her gün icap nöbeti listesine dâhil edilmesine** yönelik işlemin iptali istemiyle açtığı davada yerel mahkeme davanın reddine karar vermiş, bu kararı temyiz merci olarak inceleyen Danıştay 5. Dairesi ise "Görev yaptığı sağlık kurumunda tek uzman hekim olan davacıya Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği uyarınca icap nöbeti tutturulabilmesine imkan bulunmadığı" gerekçesiyle yerel mahkeme kararını bozmuştur.

Yargılama faaliyetleri sonucunda iki ayrı karar bulunmaktadır. İlki tek uzman hekime icap nöbeti tutturulabileceğini öngören düzenlemenin "hekimlerin mevzuattan kaynaklanan haklarının korunması kaydı ile" kamu yararına uygun olduğunu söyleyen karar, diğeri ise bireysel işlemlerin Tebliğe göre üst norm olan Yönetmeliğe aykırılığını tespit eden karardır. Her iki dosya açısından da Kurumunuzun vermiş olacağı kararın önemli olacağı düşünülmektedir.

Dosyalardaki yargılama faaliyetleri sırasında çokça ifade edilen sağlık hizmetinin ertelenemez ve ikame edilemez niteliğinin hekimlerin çalışan olarak hakları, bu haklarla sıkı sıkıya bağlı hastaların yaşam ve sağlık hakkı ile bağı yönünden değerlendirilmemesi yapılmamıştır. Oysa belirtilen yönden bir değerlendirme gereklidir. Şöyle ki;

İcap nöbeti sırasında hekim sağlık kurumu ve kuruluşunda çalışmasa bile her an çağrıya icap etmek üzere beklemektedir. Bu anlamıyla mesai dışında da bulunduğu yeri bildirme, kuruma makul sürede ulaşabilecek bir mesafede bulunma yükümlülüğü altında olup her an çağrıya hazır halde beklemektedir.

Bu haliyle icap nöbeti sırasında geçen süreler hekimin çalışma süresi içerisinde değildir. Bilindiği gibi 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'nda çalışma süresine ilişkin bir tanım yapılmamış yalnızca Yasanın 99. Maddesinde çalışma sürelerinin haftalık 40 saat olduğu, cumartesi ve Pazar günlerinin tatil olduğu, özel kanunlarla bu sürenin arttırılarak uygulanabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte özel hukuktaki işçi ve işveren arasındaki ilişkiyi düzenleyen 4857 sayılı İş Kanunu'nun "çalışma süresinden sayılan haller" başlıklı 66. maddenin (c) bendinde; "işçinin işinde ve her an iş görmeye hazır bir halde bulunmakla beraber çalıştırılmaksızın ve çıkacak işi bekleyerek boş geçirdiği sürelerin" de günlük çalışma sürelerinden sayılacağı ifade edilmiştir.

Esasen 657 Sayılı Yasanın Ek 33. maddesinde de "İcap nöbeti tutan ve **bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanması**na müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir icap nöbeti saati için, icap nöbeti süresi kesintisiz 12 saatten az olmamak üzere, yukarıda nöbet ücreti için belirlenen ücretin yüzde 40'ı tutarında icap nöbet ücreti ödenir. Bu şekilde ücretlendirilecek toplam icap nöbeti süresi aylık 120 saati geçemez" ifadesiyle de ev nöbetinde geçen sürenin çalışma süresi olduğu kabul edilmiştir.

Nitekim Anayasa Mahkemesi'nin E.2012/103, K.2013/105 sayılı kararında; "657 sayılı Kanun'un ek 33. maddesi nöbet uygulamasında ödenecek ücreti sınırlayarak dolaylı yoldan nöbet sürelerine ilişkin sınırlama getirmiştir." denilerek nöbette geçen sürelerin çalışma süresinden sayılacağı ifade edilmiştir.

Yine Muğla 1. İdare Mahkemesi'nin 16.07.2009 gün ve E.2008/1725, K.2009/1349 sayılı kararına göre de; "icap nöbeti tutan davacının, icap nöbet karşılığının, anılan dönemlerde hastaneye gelip burada geçirdiği sürelerin hesaplanarak 2 saat 15 dakika izin olarak kullanılmasının uygun görülmesine ilişkin işlemde; her bir icap nöbetinin kesintisiz 12 saatten oluştuğu ve evde tutulan nöbet türü olmakla birlikte nöbet tutanın sorumluluğunun nöbet süresince devamı dikkate alındığında icap nöbeti karşılığının gerçek anlamda izin suretiyle karşılandığı anlamına gelmediği"ne **hükmedilmiştir**.

Dahası Türkiye'nin 27.9.2006 tarih ve 5447 sayılı Kanunla onayladığı ve 9.4.2007 tarih ve 26488 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe koyduğu ve iç hukuk normu haline getirdiği (Gözden Geçirilmiş) Avrupa Sosyal Şartı'nın denetim organı olan Avrupa Sosyal Haklar Komitesi'nin kararları ile de sağlık çalışanlarının icap nöbeti sırasında geçirdiği sürelerin çalışma süresinden sayılması gerektiği karara bağlanmıştır.

Avrupa Birliği Sosyal Haklar Komitesi'nin 03.10.2000 tarihinde SIMAP, 09.09.2003 tarihli JEAGLER, 1.11.2005 tarihli DELLAS, 11.1.2007 tarihli VOREL kararlarında da hekimlerin icap nöbetinde işverenin emrinde beklemede geçirdiği sürelerin çalışma süresi içerisinde değerlendirilmesi gerektiğine karar verilmiştir. JEAGLER kararında icap nöbetinde geçen sürede çalışanın uyumasına izin verilse bile 93/104 sayılı AB Direktifinin 2(1). maddesinin anlamı içinde bu sürenin çalışma süresinden sayılacağı, icap nöbeti boyunca hiçbir profesyonel faaliyet yürütülmeyen sürelerin "dinlenme süresi" olarak kabul edilemeyeceği ifade edilmiştir.

93/104 sayılı Direktifi yürürlükten kaldıran Çalışma Zamanlarının Düzenlenmesine Ait Belirli Hususlara İlişkin 4 Kasım 2003 Tarihli 2003/88/EC Sayılı Avrupa Parlamentosu Ve Konseyi Direktifi'nin 2/1. Maddesinde de 'çalışma zamanı'nın ulusal mevzuat ve/veya uygulamalar doğrultusunda, işverenin tasarrufunda olmak kaydıyla ve kendi faaliyetleri ve görevleri için işçinin çalıştığı herhangi bir süreyi ifade ettiği benimsenerek aynı görüş sürdürülmüştür. Direktifin 3. Maddesinde de üye Devletlerin her işçinin her bir 24 saatlik süre dâhilinde birbirini izleyen 11 saatlik bir asgari dinlenme süresine sahip olmalarını temin etmek üzere gerekli tedbirleri alacakları hüküm altına alınmıştır. Ayrıca hekimlerin nöbetler dâhil haftalık çalışma saatlerinin en çok 48 saat olabileceğini ve bu çalışmanın da her 8 veya 10 saatlik periyotlar için en az 11 saatlik dinlenmeler şeklinde planlanması gerektiğini ve bu direktifin bütün Avrupa Birliği ülkelerinde uygulanması gerektiğini belirtmiştir.

Anayasa'nın 90. Maddesinde usulüne uygun olarak yürürlüğe konulmuş uluslararası sözleşmelerin kanun hükmünde olduğu, usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin uluslararası antlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyumsuzluklarda uluslararası antlaşma hükümlerinin esas alınacağı düzenlenmiştir. Sağlık çalışanlarının çalışma süresi hem kendilerinin hem de hastaların yaşam ve sağlık hakkı ile doğrudan bağlantılı olduğundan Avrupa Sosyal Şartı'nın öncelikle uygulanması gereken mevzuat olduğu ortaya çıkmaktadır.

Yargı kararlarında Anayasa'nın 90. Maddesine atıfla artık iç hukukumuzun bir parçası haline gelmiş, hatta bir anlamda temel hak ve özgürlüklere ilişkin haklar bakımından kanunlar ile Anayasa arasında özel bir konuma sahip olan Uluslararası sözleşmelerle doğrudan idarelere ödev yüklediği belirtilmiştir.

Türkiye'nin tarafı olduğu uluslararası sözleşmelerle de çalışma süresinin azaltılması, çalışanların onurlu bir işte sağlıklı ve güvenli çalışma koşullarında, ailesi ile birlikte zaman geçirecek süre tanınarak çalışma koşullarının düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır.

Zira Avrupa Sosyal Şartı'nın I. Bölümünün 16. maddesinde toplumun temel birimi olarak aile, tam gelişmesini sağlamaya yönelik uygun sosyal, hukuksal ve ekonomik korunma hakkına, 21. Maddesinde tüm çalışanların işletmedeki çalışma koşullarının ve çalışma ortamının düzenlenmesine ve iyileştirilmesine katılma hakkına, 26. Maddesinde onurlu çalışma hakkına, 27. Maddesinde ailevi sorumlulukları olan ve çalışan ya da çalışmak isteyen herkesin, herhangi bir ayrımcılığa maruz kalmadan ve ailevi sorumluluklarıyla çalışması arasında, olabildiğince, uyumsuzluk olmadan bunu gerçekleştirme hakkına sahip olduğu düzenlenmiştir.

Şartın II. Bölümünün;

- 1. maddesinin 2. Fikrasında çalışanların özgürce edindikleri bir işle yaşamlarını sağlama haklarını etkili bir biçimde korumayı,
 - 2. Maddesinde çalışanlara adil çalışma koşullarını sağlamak, bu hakkın etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak için çalışma sürelerini aşamalı olarak azaltmak, makul günlük ve haftalık çalışma saatleri, en az dört haftalık ücretli yıllık izin sağlamak, tehlikeli ve sağlığa zararlı işlerdeki riski ortadan kaldırmayı,
 - 3. maddesinde; güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarını sağlamak, bu hakkın etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak, özellikle çalışma ortamının doğasından kaynaklanan tehlike sebeplerini en aza indirmeyi,
 - 10. maddesinde mesleki eğitim hakkının etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamayı,
 - 11. maddesinde sağlığın korunması hakkının etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla, sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmayı; 21. maddesinde çalışanların işletmede bilgilendirilme ve danışılma hakkının etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamayı,
 - 22. maddesinde çalışanların işletmede çalışma koşullarının ve çalışma ortamının düzenlenmesine ve iyileştirilmesine katılma haklarını etkili bir biçimde kullanmalarını sağlamak, bu amaçla çalışanların ya da temsilcilerinin çalışma koşullarının, işin örgütlenmesinin ve çalışma ortamının düzenlenmesi ve iyileştirilmesine; işletmede sağlığın ve güvenliğin korunmasına katılmalarını sağlamayı,
 - 26. maddesinde çalışanların birey olarak işyerinde ya da işle bağlantılı olarak maruz kaldıkları kınanılacak ya da açıkça olumsuz ya da suç oluşturan, yinelenen eylemler konusunda bilinçlenmesi, bilgileneceği ve bunların engellenmesini desteklemeyi ve çalışanları bu tür davranışlardan korumaya yönelik tüm uygun önlemleri almayı
- üye devletlerin taahhüt ettikleri kurallaştırılmıştır.

İnsan Hakları Evrensel Beyanname'sinin 23/1. Maddesinde, herkesin çalışma, işini serbestçe seçme, adaletli ve elverişli koşullarda çalışma ve işsizliğe karşı korunma hakkı olduğu, 24. Maddesinde Herkesin dinlenmeye, eğlenmeye, özellikle çalışma süresinin makul ölçüde sınırlandırılmasına ve belirli dönemlerde ücretli izne çıkmaya hakkı olduğu düzenlenmiştir.

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin 6/2. Maddesinde, Bu Sözleşme'ye taraf bir Devletin, çalışma hakkını tam olarak gerçekleştirmek için alacağı tedbirler, teknik ve mesleki rehberlik ile eğitim programlarını, bireyin temel ekonomik ve siyasal özgürlüklerini koruyan şartlar altında, düzenli şekilde ekonomik, sosyal ve kültürel gelişimi ile tam ve üretken istihdamını sağlamaya yönelik politika ve teknikleri içermelidir.

Aynı sözleşmenin 7. maddesinde adil ve elverişli çalışma koşullarından yararlanma hakkının güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları ile dinlenme, boş zaman, çalışma saatlerinin makul ölçülerde sınırlanması, ücretli dönemsel tatiller ve resmi tatillerde ücret verilmesi haklarını da içerdiği belirtilmiştir.

Türkiye aynı zamanda Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi'nin de tarafıdır. **Kısa adı ile İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nde tıbbın uygulanmasında** insan onuruna saygı, insanın menfaatini, bilim veya toplumun menfaatlerinin üstünde tutma, sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanmayı sağlama, tıbbi müdahalelerin, ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun yapılması zorunluluğu, tıbbın uygulanmasında insan haklarının güvence altına alınmasını amaçlayan hükümlerdir.

Kuşkusuz tıbbi müdahalelerin ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun yapılma yükümlülüğü çalışma koşullarından bağımsız değildir. Hekimlere hastalarına insan haklarına, insan onuruna uygun bir sağlık hizmeti sunabilmeleri için gerekli çalışma koşullarını sağlama bunun için gerekli standartları belirleyip uygulama yükümlülüğü de genelde devlete özel de ise Sağlık Bakanlığı'na aittir.

İnsan Hakları ve Biyotıp sözleşmesi ile Hasta Hakları Yönetmeliğinde belirtilen hakların kullanılabilmesi ile çalışanlara sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık işyerlerinde gerekli çalışma koşulların sağlanması yükümlülüğü birbirinden koparılamaz gerekliliklerdir.

Nitekim ILO'nun İş Sağlığı ve Güvenliği Ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşmesi uyarınca;

"İşçiler" terimi, kamu çalışanları dâhil olmak üzere istihdam edilen bütün kişileri kapsar, "Sağlık" terimi, işle bağlantısı açısından, sadece hastalık veya sakatlığın bulunmaması halini değil, aynı zamanda, çalışma sırasındaki hijyen ve güvenlik ile doğrudan ilişkili olarak sağlığı etkileyen fiziksel ve zihinsel unsurları da kapsadığı belirtildikten sonra 5/b maddesinde; "İşin maddi unsurları ile işi yapan veya nezaret eden kişiler arasındaki ilişkiler ve makine teçhizat, çalışma süresi, işin düzenlenmesi ve iş usullerinin işçilerin fiziksel ve zihinsel kapasitelerine uyulanması" üye devletlerin ödevidir.

Sağlık çalışanlarının özelde hekimlerin çalışma sürelerinin arttırılmasının sağlıklarına olumsuz etkileri bulunmaktadır. Zaten sağlık çalışanları yönünden, sürekli hastayla ve hastalıklarla ilgileniyor olmak, bir anlamda hastalarla ve hastalıklarla yaşıyor olmak en önemli sorunken nöbet, vardiya, gün içinde çok fazla hasta görülmesi gibi aşırı iş yüklemesi, çalışma süresinin fazlalığı, aşırı fiziksel ve ruhsal yoğunluk ve strese bağlı oluşan alkol ve ilaç düşkünlüğü, gebelik ve çocuk büyütmede sorunlar, ekibe uyumsuzluk, eğitim ve araştırma olanaklarında kısıtlılık, yabancılaşma gibi çalışma koşulları ve çalışma ortamının etkisi sonucu gelişen "psiko-sosyal sorunlar"a neden olmaktadır.

Bununla birlikte sağlık çalışanlarının çalışma ortamından kaynaklanan radyasyon, ısı, kazalar gibi fiziksel faktörler, anestezi gazlar, antiseptikler gibi kimyasal faktörler, bakteriler, virüsler gibi biyolojik faktörler, ergonomik faktörler, hastalar ve hasta yakınları tarafından yapılan saldırılar gibi doğrudan etki sonucu gelişen "organik sağlık sorunları" bulunmaktadır.

Çalışma ortamı ve çalışma koşullarının sağlık çalışanlarının sağlıkları üzerindeki etkilerini ortaya koyan, aradaki doğrudan bağı saptayan çok sayıda bilimsel çalışma bulunmaktadır. Örneğin Sağlık çalışanları Hepatit B, Hepatit C, AIDS, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) gibi kan/kan ürünleri ile bulaşan hastalıklar ve influenza, SARS (Ciddi Solunum Yolu Yetmezliği Sendromu), MERS CoV (Orta Doğu Solunum Yolu Yetmezliği Sendromu) gibi solunum yolu ile bulaşan hastalıklar yönünden risk altındadır. Belirgin bir süre boyunca dönüşümlü gece nöbetleri ile çalışan kadınlarda tip 2 diyabet gelişme riski orta derecede arttığı saptanmıştır. Gece nöbetleri düzeninde çalışan insanların hem uyku sürelerinin hem de uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmış, sirkadiyen ritim bozulması, obezite, metabolik sendrom ve glukoz **düzensizliği ile ilişkili bulunmuştur.** Yalnızca gündüz çalışanlara göre nöbet usulü çalışanlarda diyabet gelişme riski istatistiksel olarak belirgin derecede daha yüksektir. Erkeklerde bu risk daha anlamlı izlenmiştir. Akşam ve gece vardiyalarında çalışan sağlık çalışanları, **gündüz vardiyalarında çalışanlara göre iş kazaları ve sakatlık düzeyi açısından belirgin derecede daha fazla risk altındadır. Ayrıca akşam ve gece nöbetlerinde hasta ve hasta yakınlarının şiddetine maruz kalan hemşirelerin bu vardiyalarda şiddet ile baş edemediği ve daha fazla fiziksel hasar aldığı saptanmıştır. Gece nöbetleri ile artmış iş kazası riski açısından belirgin düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Fazla mesai ile çalışanlarda, normal çalışma süreleri ile çalışanlara göre, iş kazaları %61 daha fazla görülmektedir. Günde 12 saati ve haftada 60 saati aşan çalışma süresi yaşanan iş kazaları sonucu %37 daha fazla zarar ile ilişkili bulunmuştur.** Nöbet usulü çalışan erişkinlerde, nöbet sistemi gastrin/asidopepsinsekresyon sistemini belirgin biçimde etkilemektedir. Midede yüksek asit salgısı ülser, gastrit ve ilerleyen dönemlerde mide kanseri için en sık ikinci neden olarak bilinmektedir. Gece nöbetleri miyokardiyal infarkt (kalp krizi) ve iskemik stroke (inme) ile belirgin derecede ilişkili bulunmuştur. Nöbet usulü çalışan insanlarda koroner olayların riski de belirgin düzeyde artmıştır. 4.5 yıl veya daha uzun süreyle veya haftada ortalama üç gece nöbeti ile çalışan kadınlarda meme kanseri belirgin olarak daha yüksek olduğu, ayrıca ilk gebeliğinden önce gece nöbetleri ile çalışmaya başlayan kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Nöbet usulü çalışmanın özellikle hassas bireylerde duygu durum bozukluklarını tetiklediği bilinmektedir. Majör depresif bozukluk riskinin, nöbet usulü çalışma sırasında ve sonrasında, maruziyetin **süresine de bağlı olarak, arttığı gözlenmiştir. Ayrıca nöbet usulü çalışan bireylerde tekrarlayan** duygu durum bozuklukları ve intihar meylinin de arttığı saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün tespitlerine göre, sağlık çalışanları yaptıkları iş ve çalışma ortamından kaynaklanan özel durumlar nedeniyle sağlıkları özel olarak korunması gereken çalışanlardır.

Dolayısıyla kendi sağlığı bozulan bir çalışanın hastaya mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun bir sağlık hizmeti sunması beklenemeyecektir. Bu anlamıyla sağlık çalışanlarının sağlığı doğrudan hastaların sağlık hakkı ile ilgilidir.

Sürekli olmayan gece nöbetlerinin dahi sağlık çalışanları üzerinde yarattığı etkiler ortadayken neredeyse yılın 365 günü icap nöbeti tutmak zorunda kalan hekimlerin sağlıklı kalmasını beklemek mümkün değildir. Her an çağırılma, mesai dışında bulunduğu yeri bildirme ve işin gereği icabı kuruma makul bir süre içinde ulaşabileceği bir mesafede bulunma, gerektiğinde

kuruma davet edildiğinde iştirak etme yükümlülüğü altında olan hekimde durum yaratacağı stresin, gerginliğin sağlığı üzerindeki etkisi oldukça büyük olacaktır. Hekim ailesi ile birlikte bir yaşam sürdürmesi, haftasonları tatile, ziyarete gidemeyecektir. Yine tıp alanındaki gelişmeleri izleyebilmek eş söyleyişle eğitimi için de bir zaman kalmayacaktır. Sonuç olarak sosyal yaşamını özgürce planlayabildiği bir zamanı kalmamaktadır.

Bu noktada icap nöbetinin Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 3. ve 18. maddeleri uyarınca acil hallerde hastalara yardım etme yükümlülüğü ile aynı olmadığını özellikle belirtmek isteriz. Hekimler bu yükümlülüklerini ancak mücbir sebeplerin varlığı halinde yerine getiremeyebilirler. Yine icap nöbeti gibi iki güne ya da beş güne şeklinde olacak bir sınırlamaya da tabi olmayıp başta belirttiğimiz üzere Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nde yer almıştır.

İcap Nöbeti uygulamasında ise kurumda alanında tek uzman olan hekimler bu yükümlülüğü hafta sonu, hafta içi fark etmeden her gün yerine getirmek zorundadır. Söz konusu yükümlülüğü yerine getirebilmesi için de çalıştığı kurumun sınırları dışına çıkmamalıdır. Bu kapsamda örneğin hafta sonu tatillerinde bulunduğu yerden hiçbir yere ayrılmayacaktır.

Yani "icap nöbeti" acil hallerde kendisine ulaşılan hekimin acil yardım için harekete geçmesinden farklı yükümlülükleri ve sonuçları olan; bu nedenle Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 42. maddesinde kuralları özel olarak düzenlenen bir çalışma biçimidir. Zaten icap nöbeti acil hallerde hastaneye gelip hastaya acil müdahalede bulunma zorunluluğuna dair bir işlem olsaydı icap nöbeti düzenlemesine gerek olmayacağı da açıktır.

Kurumda tek olan hekimlere bir sınırlama olmaksızın icap nöbeti tutturulması hekimlerin aralıksız, dinlenme süresi olmaksızın, nöbetin karşılığında da herhangi bir izin hakkı tanınmasını çalışıp nöbet tutar hale gelmelerine neden olmuştur. Nitekim bu nedenle son bir yıl içerisinde Birliğimize yapılan başvuru sayısı 52 olmuştur. Başvuruda bulunan hekimler tarafından her gün icap nöbeti tutturulduğu, neredeyse her akşam herhangi bir saatte, uyurken, yemek yerken arandıkları, aile yaşamlarını sürdürmez hale geldikleri aktarılmıştır.

Dolayısıyla icap nöbetçisi hekim, nöbetçi olduğu gün boyunca sağlık kuruluşundan gelebilecek olası bir davete uyabilecek biçimde yaşam aktivitelerini sınırlamak zorundadır. Bu nedenle icap nöbetinde geçen süre normal dinlenme süresi olarak kabul edilmemektedir.

Öte yandan alanındaki tek uzman hekimlere getirilen nöbet uygulamasını değerlendirirken dikkate alınması gereken diğer husus ise idarenin hem hekimlerin haklarını gözetmek hem hastaların nitelikli sağlık hizmeti almasını sağlamak konusunda etkili çaba gösterip göstermediğidir.

Avrupa Sosyal Haklar Komitesi, Avrupa Sosyal Şartı'nda yer alan yükümlülüklerin yerine getirilmesi için üye devletlerin çaba gösterip göstermediğini de denetlemektedir. Gerekli önlemlerin alınmış olması, hakların gerçekleştirilmesi için gerekli koşulların sağlanmış olması Komite tarafından incelenmektedir.

Anayasa'nın 56. Maddesinde; "*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.*" denmektedir. Bu hüküm uyarınca Sağlık Bakanlığı açısından etkili çaba gösterme hakkı, bir planlama dâhilinde ve bilimsel gereklilikler gözetilerek herkesin sağlıklı yaşam hakkını koruma ve sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı giderme ödevine uygun davranılıp davranılmadığı ile ilgili olmaktadır. Bu anlamıyla Bakanlığın sağlık kuruluşlarının planlaması, hekimlerin çalışma koşullarını bilimsel gerekliliklere, uluslararası sözleşmelere uygun olabildiğini sağlamak için etkili bir çaba gösterdiğini bilgi ve belgeleriyle ortaya koyması gerekmektedir.

Somut uyuşmazlıkta, Göğüs Cerrahisi Uzman hekiminin yılın her günü icap nöbetçisi olmasının önüne geçen bir yöntem için çabaladığını, sağlık sistemini buna uygun olarak şekillendirmek için emek harcadığını göstermelidir.

Ne yazık ki bugüne kadar açılan davalarda Bakanlık tarafından yalnızca sağlık hizmetinin ertelenemez ve ikâme edilemez özelliğine vurgu yapılmakta, sözleşmeler ile kendisine yüklenen ödevleri yerine getirmek için gösterdiği çabaya ilişkin hiçbir şey sunulmamaktadır.

Gerçekten de Sağlık Bakanlığı'na ait veriler bu durumun sınırlı sayıda hekim için geçerli olmadığını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı Ve Bağı Kuruluşları Atama Ve Yer Değiştirme Yönetmeliği'nin 4/k maddesine göre Bakanlık il ve birim bazında, yılda en az bir defa yenilenen, unvan ve branşlar itibarıyla bulunması gereken personel sayısını gösteren cetvelini hazırlamaktadır. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu'nun 3.1.2014 tarihinde yayımladığı Personel Dağılım Cetveli'ne göre mevcut sağlık kuruluşlarında bulunması gereken hekim sayısı 39.926'dır. Bu hekimlerden 5406'sının ise alanında tek uzman hekim olarak çalışması öngörülmektedir. Bir başka anlatımla 5406 hekim yönünden branşında tek uzman hekimin bulunması çalıştığı kurum için yeterli olmaktadır. 5406 hekimin 87'sini Göğüs Cerrahisi Uzman hekimleri oluşturmaktadır.

9.1.2015 tarihinde yayımladığı Personel Dağılım Cetveli'ne göre mevcut sağlık kuruluşlarında bulunması gereken hekim sayısı ise 40.942'dir. Bu hekimlerden 5569'unun ise alanında tek uzman hekim olarak çalışması öngörülmektedir. Bu anlamıyla neredeyse her 8 hekimden 1'i her gün icap nöbeti tutmakla yükümlü hale gelmektedir. Alanında tek uzman hekim olarak çalışacak Göğüs Cerrahisi Uzman hekim sayısı ise 86 olmuştur.

Bu veriler dahi idarenin hekimlerin tek uzman hekim olarak çalışmalarını planladığını göstermektedir. Oysa idare hekimlerin çalışma koşullarını yaşam ve sağlık hakkı ile olan bağı gözeterek, sağlık kuruluşlarının açılmasını bir planlama dâhilinde, ihtiyaçlar, bilimsel gerekliliklere uygun olarak yapmalıdır.

Sonuç olarak, tek uzman hekimlerin icap nöbeti tutmasını olanak tanıyan düzenleme hekimlerin yaşama ve sağlık hakkını, dinlenme hakkını, hastaların yaşam ve sağlık hakkını, mesleki yeterliliklere ve standartlara uygun sağlık hizmeti alma hakkını ihlal etmektedir. İdarenin hukuksal düzenlemeler ile kendisine yüklenen çalışma süresini azaltma, çalışma koşullarını iyileştirme, sağlık hakkını koruma ve geliştirme ödevleri ile bağdaşmamaktadır.

EK 3**Türk Göğüs Cerrahisi Derneği'nin Göğüs Cerrahisi Alanında Çalışan Uzman Doktorların İcاپ Nöbetleri Sorunları ve Çözüm Önerileri - Haziran 2015****Genel Bakış**

Türkiye'de göğüs cerrahisi uzmanı sayısı Avrupa Birliği üye ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri ile karşılaştırıldığında beklenenden yüksektir. Avrupa Birliği verilerinde 100 bin kişiye 0.55 uzman düşmektedir. Bu yaklaşık 180 bin kişi için bir uzmana karşılık gelmektedir. Ülkemize bu verileri uyarlırsak, 421 göğüs cerrahisi uzmanı olması uygundur. Ülkemizde 542 uzman bulunmaktadır (1). Büyük şehirler dışındaki illerin önemli bir bölümündeki hastanelerde tek göğüs cerrahisi görev yapmaktadır. Tek uzman olarak görev yapmak önemli sorunları da beraberinde getirmektedir. Bunlardan en önemlilerinden biri de icap nöbeti ile ilgili düzenlemelerden kaynaklanan sorunlardır. Göğüs cerrahisi, acil ve adli olaylar nedeniyle icapı nispeten yoğun bir uzmanlık dalıdır. Buna karşın spesifik ilgi alanlarının, hem toplumda hem de diğer hekimler bazında yeterince bilinmediği söylenebilir (2). Özveri ile çoğu kez tek hekim olarak acilde, konsültasyonlarda, yoğun bakımda koşturan göğüs cerrahisi uzmanı fark edilmeyebilmekte, acil müdahale gerektiren bir hasta durumunda ulaşılamadığında ise **"yokluğunda fark edilen branş"** tanımı yapılabilmektedir.

Göğüs cerrahisi uzmanlarının icap nöbetleriyle ilgili bir çalışma ya da kaynak bulunmamaktadır. Bu raporda, sosyal medya/ internet/telefon kullanılarak ülkemizin farklı il ve merkezlerinde çalışan çok sayıda uzmana ulaşılarak, bu alanda bir kaynak oluşturulması amaçlanmıştır. Ülkemizde mecburi hizmet sorunları, göğüs cerrahisi uzmanlık eğitiminin durumu ve insan gücü planlamasını içeren bazı çalışmalar bulunmaktadır. Devlet hizmet yükümlüsü göğüs cerrahisi arasında 2011 yılında yapılan çalışmaya göre, görevlendirme yapılan sağlık kurumlarında yoğun bakım ünitesi yetersizliği ve cerrahi set-ekipman eksikliği olduğu görülmektedir (3).

Yasal Mevzuat ve Hukuki Durum

Tek hekimin icap nöbeti tutmasıyla ilgili mevzuata baktığımızda şöyle denmektedir:

"İcاپ Nöbeti Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin Nöbet Türleri başlıklı 42 inci maddesinin (A) bendi "İcاپçı nöbeti (Ev nöbeti): Uzman adedi nöbet tutacak miktarlardan az, fakat birden fazla olan kurumlarda uzmanlar sırayla ev nöbetini tutarlar. Bunun için aylık ev nöbet listeleri hazırlanır. Ev nöbetçisi mesai saatleri dışında kurumun idari ve tıbbi her türlü gereklerini sorumludur. Ev nöbetçisi akşam **vizitlerini yapmaya, mesai dışında bulunduğu yeri bildirmeye, kuruma her davette gelmeye mecburdur"** (4)

Pratikte uygulamaya baktığımızda üç şekilde yol izlenmektedir:

1. Uzman hekim şehir içinde olduğu her zaman, (hafta içi, hafta sonu, resmi tatillerde) arandığında görevli olduğu hastaneye giderek gerekli müdahaleyi yapmaktadır. Şehir dışında çıktığında (hafta sonu ya da tatillerde), hasta uzman bulunan en yakın hastaneye sevk edilmektedir.
2. Yataklı kurumlar işletme yönetmeliğinin ilgili maddesi gerekçe göstererek hiç icap nöbeti tutulmamaktadır.
3. İlgili hastanenin yönetimi tarafından sürekli icapçı olmaya zorlanmaktadır.

Bu seçeneklerden en sıklıkla pratikte birinci madde uygulanmaktadır. Yasal olarak bakıldığında ikinci madde doğrudur fakat hiçbir meslektaşımız bunu uygula(ya)mamaktadır. Üçüncü seçenek ise ne yasal olarak, ne de insani olarak kesinlikle uygulanması gereken seçenektir. Konuyla ilgili 2010 yılında ilçe devlet hastanesinde tek beyin cerrahisi uzmanı olan bir hekimin açtığı dava ve buna müteakip verilen Danıştay kararı mevcuttur. Bu karara göre, alanında uzman olan tek doktora ev nöbeti yazılmayacağını belirten Danıştay Beşinci Dairesi, ilgili hekimi haklı bulma gerekçesini şöyle açıkladı: **"Görev yaptığı sağlık kurumunda dalında tek uzman hekim olan davacıya, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme yönetmeliğinin anılan hükmü uyarınca, icap nöbeti tutturulabilmesine imkan bulunmadığından, dava konusu işlemden hukuka uyarlık, davanın reddine ilişkin Mahkeme kararında ise hukuki isabet görülmemiştir."** denmiştir (5).

Tıp Fakültesi ve Devlet Hastanesi İşbirliği

Ülkemizde birçok ilde tıp fakültesi açılmıştır. Bu fakültelerde tıp eğitiminin bir parçası olarak göğüs cerrahisi anabilim dalları kurulmuştur ve kurulmaktadır. Bu illerde aynı zamanda devlet hastaneleri bulunmaktadır. Bu şehirlerde icap konusunda pratikte farklı seçenekler uygulanmaktadır:

1. Fakülte hastanesindeki öğretim üyesi ile devlet hastanesindeki uzman iyi bir iletişim içindedir. Biri şehirde ayrıldığında haberleşerek hastaların mağdur olmaması sağlanmaktadır
2. Meslektaşlarımız iyi iletişim halinde değildir ve birbirinden bağımsız hareket ederek ayrı ayrı icap nöbeti tutmakta ve belirli zamanlarda ilde göğüs cerrahisi hekimi kalmamaktadır.
3. Fakülte hastanesi ile devlet hastanesi afilliye olmuştur ve tek klinik olarak çalışılmaktadır, süreklilik mevcuttur.
4. Meslektaşlarımız iyi iletişim içinde olmasalar dahi kamu hastaneleri sekreterliği aracı olarak şehirde sürekli bir göğüs cerrahisinin varlığı sağlanmaktadır.

Burada ikinci seçenek dışında ki seçenekler pratik olarak sorun yaşanmaması açısından daha kabul edilebilir gözükmektedir.

Diğer Branşlar ile İşbirliği

Diğer bir başlık göğüs cerrahisi hastalarına acilde diğer hekimler müdahale edilebilip edilemediğidir. Bu konu tartışmalı bir durumdur. Eğitimleri sırasında göğüs cerrahisi rotasyonu yapan branşlar; kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları ve genel

cerrahidir. Genel cerrahi rotasyonu maalesef bir aya indirilmiştir. Pratikte baktığımızda belirlenen bir aylık süre içerisinde de, ilgili kliniğin iş yükü bahane edilerek aktif bir rotasyon şeklinde uygulanmamaktadır. Ülkemizde hemen hemen tüm ilçeler dâhil genel cerrahi uzmanı bulunmaktadır. Bu hekimlerin göğüs cerrahisi acil müdahalelerini etkin bir şekilde öğrenmeleri, gerektiğinde "tüp torakostomi" acil torakotomi" yapabilmeleri idealidir. Fakat hem eğitimin kısa ve çoğu zaman gerektiği şekilde yapılmaması, hem de bu meslektaşların risk almaktan kaçınmaları nedeniyle bu çok mümkün olamamaktadır. Kişisel olarak ilgili ve kendini geliştirmiş genel cerrahi uzmanları dışında hekimler sorumluluk almamaktadır. Diğer önemli bir branş acil tıp uzmanlarıdır. Acil tıp uzmanlarının sayısı giderek artmakta ve tüm şehir merkezlerinde nöbet tutmaktadırlar. Acil tıp uzmanlığı eğitim sırasında göğüs cerrahisi rotasyonu bulunmamaktadır. Bu önemli bir eksiklik ve bu konu gündeme getirilmelidir. Üstelik, hem eğitimlerinin bir parçası olarak acil hastaları değerlendirmektedirler, hem de asistanlıkları sırasında hastanelerde ki göğüs cerrahisi eğitimcileri tarafından özverili bir şekilde bu eğitim verilmektedir. Buradan yola çıkarak acil hastaları değerlendirmek ve ilk müdahaleyi yapmak konusunda en büyük desteği alacağımız branş acil tıp olmaya başlamıştır.

Genel Çözüm Önerileri

1. Genel cerrahların rotasyon süreleri uzatılarak (en az 3 ay) aktif yapmaları sağlanmalı ve tüp torakostomi, acil torakotomi gibi müdahaleleri öğrenmeleri sağlanmalıdır.
2. Acil tıp asistanlarına göğüs cerrahisi rotasyonu konulmalıdır.
3. Mümkünse her şehir merkezi hastanesinde 2 göğüs cerrahi birlikte çalışmalıdır ve böylece icap sorunları ortadan kalkacaktır. Elektif ameliyatlarda bir dayanışma içinde olacaklardır.
4. Bir ilde birden fazla hastane varlığı durumunda "şehir icabı" tutulması yoluna gidilerek farklı hastanelerde (devlet hastanesi ya da tıp fakültesi hastanesi) hasta bakabilmenin yasal zemini hazırlanmalıdır. Üniversite hastaneleri dışında kalan devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde icap nöbetlerinin adil ve düzenli tutulması için Kamu Hastaneleri Birliği Sekreterliği'nin düzenleme yapması sağlanmalıdır.
5. Nüfusu 180 binden düşük olan (toplam nüfus) il ve ilçelerde acil müdahaleyi, yukarıda bahsedildiği üzere, iyi yetişmiş genel cerrahi, acil tıp uzmanı gibi hekimlerin yaparak en yakın merkeze sevkleri sağlanmalıdır.
6. Nüfusu az ve donanımı göğüs cerrahisi ameliyatları yapmaya uygun olmayan yerlere uzman atanmaması, onun yerine ihtiyaç bulunan hastanelere (tıp fakültesi ya da eğitim araştırma hastaneleri) mecburi hizmet konması daha efektif olacaktır.
7. Tek hekim varlığında 7/24 zorunlu icap nöbeti, hem yasal hem insani açıdan uygun değildir. Böyle bir zorlama doğru değildir. O şehirdeki hasta potansiyeline ve acil müdahale gerekliliğine göre her göğüs cerrahisi uzmanı üzerine düşeni yapmakta ve yapmaya devam edecektir.
8. Türkiye de göğüs cerrahilerinin çalışma yöntemi, dağılımı, alınacak asistan sayısı, mecburi hizmette açılacak kadrolar konusunda yasal olarak ya da yasal olmasa dahi görüş alınması bakımından Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından derneğimize inisiyatif tanınması durumunda sorunların çok azalacağı açıktır.
9. Ülkemizde büyük oranda diğer branşlarda da olduğu gibi "göğüs cerrahisi" eğitiminde de yeterli standart bulunmamaktadır (6). Yeni tıp fakültesi ya da eğitim araştırma hastanesi açılırken şehir nüfusu, ülkemizin ihtiyacı olan uzman sayısı, hastane potansiyeli ve eğitimcilerin nitelikleri mutlaka göz önüne alınmalıdır.
10. Bu sorunlara ek olarak performans kaygısı, sağlıkta şiddet, iyi eğitim alınmamış olması gibi faktörler bir araya geldiğinde motivasyonu düşük "defansif tıp" alanına kayabilecek mutsuz ve yalnız uzman profili oluşabilmektedir. Sorunlara daha geniş bir perspektif ile bakarak çözümler üretme yoluna gidilmelidir.

Tabipler Birliğinin Sorularına Cevaplar

1. Bir göğüs cerrahi hekimin etkin bir biçimde görev yapabileceği hastanelerin büyüklüğü, donanımı, ekip ve diğer unsurlar nasıl olmalıdır?

Böyle bir hastanenin en az 200 yataklı servisi, yoğun bakımı ünitesi, göğüs cerrahisi anestezi konusunda deneyimli anestezi uzmanı, tomografi ve MR, rigid ve fleksible bronkoskop, ilgili toraks setleri gibi envanteri bulunmalıdır. Ayrıca destek verecek göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi, frozen inceleme yapılabilecek patoloji ve girişimsel radyoloji birimleri olmalıdır.

2. Her hastanede göğüs cerrahi bulunması gerekli midir ve bu kaynakların etkin kullanılması prensibine uygun mudur?

Her hastanede göğüs cerrahisi uzmanı gerekli değildir. Acil müdahaleleri yapabilecek göğüs cerrahisi acilleri konusunda iyi eğitim almış, genel cerrahi ya da acil tıp uzmanı küçük şehirlerde bulunmalıdır. Elektif göğüs cerrahisi ameliyatları için daha büyük merkezlerde birlikte çalışma imkanı oluşturulmalıdır. Türkiye de göğüs cerrahisi insan gücü ile derneğimiz mensubu meslektaşlarımız tarafından yapılan çalışmalar dikkate alınmalı ve bu konuda Türk Göğüs Cerrahisi Derneği'ne inisiyatif verilmelidir.

3. Göğüs cerrahisi alanını ilgilendiren acil girişimler her pratisyen hekimin yapabileceği işlemler mi olmalıdır?

Basit toraks travmaları (hemopnömotoraks, yelken göğüs, ağır akciğer kontüzyonları , trakeobronşial yaralanma, diafram yaralanması gibi durumlar gelişmemiş olması kaydıyla) dışında pratisyen hekimin yapabilecekleri sınırlıdır ve yalnız hasta stabilizasyonunu içermektedir. İyi eğitim almış genel cerrahi, acil tıp ve kalp damar cerrahisi uzmanları ilk müdahaleyi yaparak en yakın merkeze yönlendirebilirler.

4. 7/24 icap nöbetinin hekim ve hasta açısından olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir?

Sürekli (7/24) icap tutulması hem yasal hem mesleki açıdan uygun bir çalışma biçimi değildir. Hepsinden önce temel insan haklarına aykırıdır. Hiçbir yöneticinin yasaların ve tıp ahlakının dışına çıkarak böyle bir zorlama yapması doğru değildir.