e-BÜLTEN

Ocak 2019

Bu Sayıda Öne Çıkanlar

- **Ayın Dosyası:**
  Şehir Hastaneleri
- **Dergi Saati:**
  Nipah Virüs Enfeksiyonu
- **Edebiyat ve Mikrobiyoloji**
  Huzur- A.H. Tanpınar
- **Gezi Günlükleri:**
  Yaşayan Ölüler Adası Spinalonga
- **Fotoğrafhane**
  Yeşil Sırtlı Nektar Kuşu
- **SineMikrop**
  Lois Pasteur'ün Hikayesi

Sevgili dostlar

Yeni bir yıl daima yeni umutlar, yeni başlangıçlar demek hepimiz için.

Kuruluşundan bu güne on yılı geride bırakan derneğimiz için de bu böyle kuşkusuz. Klinik mikrobiyoloji uzmanlarının örgütlü sesi olmayı hedefleyerek yola çıkan KLİMUD onuncu yılında yeni adımlarla yoluna devam edecek, güçlenerek. Buna inancımız tam.

Beş yıldır sevgili Alper Akçalı'nın editörlüğünde sizlere ulaşan KLİMUD Bülten de yenilendi göreceğiniz gibi. Yalnızca biçimi ve içeriği değişmedi. Yayın kuruluna yeni arkadaşlarımız katıldı ve bundan sonra her ay yeni bir sayısı düşecek elektronik postanıza. Fakat bültenin tüm sorumluluğu ve yükü sadece yayın kuruluna bırakılmamalı diye düşünüyoruz.

Hepimizin katkılarıyla ortaya konacak imece bir ürün olmalı bültenimiz. İki satır yazacağımız bir anı, çalışma hayatımızda yanıtlayamadığımız bir soru, kişisel ilgi alanlarımızın ürünü bir fotoğraf, bir karikatür, bir resimle hepimizin destekleyeceği bültenimizin ortak bir paylaşım ve iletişim ortamı olmanın ötesinde kurumsal kimliğimize azımsanmayacak bir katkısı olacaktır.

Nice on yıllara KLİMUD; bilgiyle, dayanışmayla, dostlukla

KLİMUD Yönetim Kurulu adına

Berrin Esen

Dergi Saati

DR. BAYHAN BEKTÖRE

Nipah virüs enfeksiyonu

Son günlerde kamuoyunu meşgul eden adını ilk kez duyduğumuz, ancak sonradan sıklıkla görülen bildiğimiz nezle etkeni (*Rhinovirus)* olduğunu anladığımız "Gergedan Virüsü ☺" furyasından sonra, ülkemizde görülmeyen ancak mikrobiyoloji uzmanlarının giriş seviyesinde de olsa bilgi sahibi olmasının faydalı olacağı Nipah virüs ve enfeksiyonlarına kısaca değinmek istedik.

Nipah virüs *Paramyxoviridae* virüs ailesinde, *Henipavirus* cinsi içinde yer alan, ailenin diğer üyeleri gibi tek zincirli zarflı bir RNA virüsüdür. *Paramyxoviridae* ailesinde Kızamık, Kabakulak, parainfluenza ve Respiratuvar Sinsitral Virüs (RSV) gibi daha bilindik virüsler de yer almaktadır. Nipah virüsü ise *Henipavirus cinsi içerisinde* Hendra virüs ile birlikte yer almaktadır. Nipah zoonotik bir virüstür. Ancak, kontamine gıdalar yoluyla ya da doğrudan insanlar arasında da bulaş gerçekleşebilir. Virüs domuzlarda ağır hastalığa yol açarak ciddi ekonomik kayıplara neden olur.

Nipah Virüs ilk olarak 1999'da Malezya'da başlayan ve Singapur'u da etkileyen, domuz çiftlik işçilerinde görülen bir salgınla tanımlanmıştır. Bangladeş'te 2001 yılında ilk kez görülmüş ve o zamandan günümüze her yıl salgın oluşturmaktadır. Hastalık Batı Hindistan'da da dönem dönem görülmektedir. Virüsün bilinen doğal rezervuarı *Pteropus* cinsi (meyve yarasası, uçan tilki) yarasalardır.

Kars Harakani Devlet Hastanesi'nde tıbbi mikrobiyoloji uzmanı olarak görev yapan meslektaşımız Dr. Bayhan Bektöre bu sayıda sizler için son bir yıl içerisinde Journal of Clinical Microbiology, Asian Pasific Journal of Tropical Medicine ve Research Journal of Health Sciences adlı dergilerde yayınlanmış Nipah virüs enfeksiyonlarını ele alan üç makaleyi gözden geçirerek Nipah virüs enfeksiyonlarını incelediği.

DR. BAYHAN BEKTÖRE

Nipah virüs

Bu yarasaların yaşadığı Kamboçya, Gana, Endonezya, Madagaskar ve Tayland gibi ülkelerde de enfeksiyon riski mevcuttur.

Bulaşma Yolları:

Nipah Virüsün insanlara bulaşması enfekte yarasa, domuz ya da insanla direk temas sonrası olabilir. Malezya ve Singapur'daki bilinen ilk salgında çoğu insan enfeksiyonu domuz veya kontamine dokularıyla direk temas sonucu oluştuğu tespit edildi. Bulaşmanın hasta doğrudan domuz veya sekresyonlarına korunmasız maruz kalma ile ya da hasta hayvanların dokularına yine korunmasız temas ile bulaştığı düşünülmektedir. Bu salgından sorumlu Nipah Virüs kökeninin ilk olarak yarasalardan domuzlara bulaştığı ortaya çıktı. İnsanlar ise etkeni domuzlardan alarak enfekte olmuşlardı. Bu salgında insandan insana bulaşın olmadığı belirtildi.

Önceki salgının aksine Bangladeş ve Hindistan'da görülen sonraki salgında ise insandan insana bulaş oldukça yaygındı ve sıklıkla hastaların bakımı ile ilgili aile bireyleri ve sağlık çalışanlarında görüldü. Bu salgında saptanan diğer yayılma yolu ise enfekte yarasalarla temastı. Hastalığın enfekte olan meyve yarasalarının tükürük ve idrarlarıyla kontamine olan hurmaların çiğ tüketilmesiyle insanlarda başladığı ve yayıldığı düşünülmekteydi.

Hastalık Belirtileri:

İnsanlardaki Nipah Virüs enfeksiyonu bulguları asemptomatik enfeksiyondan akut solunum yolu enfeksiyonuna ve ölümcül ensefalite kadar çeşitlilik göstermektedir. Ancak esas ilişkilendirildiği enfeksiyon ensefalittir. İnkübasyon süresi ortalama 4 ile 14 gün arasındadır, ancak 45 güne kadar uzayan istisna olguların olduğu da bilinmektedir. Başlangıç bulguları arasında ateş, baş ağrısı, miyalji, bulantı-kusma ve boğaz ağrısı gibi spesifik olmayan şikayetler yer alır. Baş dönmesi, sersemlik, bilinç değişiklikleri ve nörolojik bulgular akut ensefaliti işaret eder. Ağır olgularda nöbetler görülür ve hasta 24-48 saat içinde komaya girebilir. Solunum sistemi tutulumunda atipik pnömoni olabileceği gibi, akut solunum sıkıntısı gibi daha ağır respiratuvar problemler de gelişebilir.

1998-1999 yıllarındaki salgında enfekte olan 265 hastanın yaklaşık % 40'ı kaybedilmiştir. İyileşen hastalarda ise persistan konvülziyonlar ve kişilik değişiklikleri gibi sekeller kalabilmektedir. Az sayıdaki bazı olgularda da aylar hatta yıllar sonra re-aktivasyon, geç başlangıçlı ensefalit ve ölüm görülebilmektedir.

Tanı:

Nipah Virüs hastalığı tanısı klinik hikayesi olan hastalarda akut ve iyileşme döneminde koyulabilmektedir.

Erken dönemlerde burun-boğaz sürüntüsü, kan, BOS ve idrardan gerçek zamanlı PZR, daha geç dönemlerde ise ELISA (IgG ve IgM) kullanılabilir. Bu testlerin yetersiz kaldığı ölümcül olgularda ise, otopsi sonrası alınan dokuların immünokimyasal analizi tanı için tek yöntem olabilmektedir. Ancak Nipah Virüs enfeksiyonunun başlangıç bulgularının nonspesifik olması ve hastalığın sık görülmemesi sonucu hastalık akla gelmemekte ve tanı sıklıkla gecikmektedir.

Tedavi:

Çoğu az görülen viral hastalıkta olduğu gibi Nipah virüse özgü bir ilaç ya da aşı şu an için mevcut değildir ve tedavi destek tedavisi ile sınırlıdır. Ağır respiratuvar ve nörolojik komplikasyonlu olgular için yoğun bakım takibi gereklidir. Ribavirin in-vitro etkili bulunsa da klinik başarısı belirsizdir. İnsan Monoklonal antikorlarıyla pasif immünizasyon ile maruziyet sonrası korunmada etkili olabileceği bulunmuştur.

Aşısı ve etkin tedavisi olmadığından enfeksiyonu azaltmanın ve önlemenin en iyi yolu eğitim ile risk faktörlerine yönelik bilinci arttırmak ve Nipah Virüse olan maruziyeti önleyecek tedbirleri almaktır. İnsandan insana bulaş mümkün olduğu için hastalara bakım hizmeti verenlerin korunması da ayrıca önem arz etmektedir.

Korunma:

Enfeksiyondan korunma endemik bölgelerde hasta yarasa ve domuzlarla temastan kaçınma ve hurma ağacı özütünün çiğ olarak tüketilmemesi ile sağlanır. Yayılımın önlenmesi için toplum farkındalık düzeyi arttırılmalıdır. Verilecek eğitimlerde yarasa-insan, domuz-insan ve insan-insan arasındaki bulaş döngülerinin önlenmesinin üzerinde durulmalıdır. Hastaneler enfeksiyon kontrolü oldukça önemlidir. Şüpheli ve kesin olgulara ve klinik örneklerine yaklaşırken standart enfeksiyon kontrol önlemleri ödün vermeden uygulanmalıdır. Standart önlemlere ek olarak direk temas ve damlacık yayılımına karşı izolasyon sağlanmalıdır.

İlerideki olası salgınları önlemek için farkındalık ve sürveyans önemlidir. Nipah virüs ile ilgili araştırmalar sadece virüsün kendisine değil, aynı zamanda meyve yarasalarının ekolojisine ve virüsle olan ilişkisine de odaklanmalıdır.

Ülkemizde bildirilen olgu olmasa da küreselleşen dünyada akşam Singapur ya da Malezya'dan uçakla Türkiye'ye gelen enfekte bir bireyin sabaha hasta olarak karşımıza çıkmayacağını kim iddia edebilir? Ya da sera etkisiyle ısınan dünyamızda meyve yarasalarının yaşam alanının ülkemize doğru kaymayacağını?

Kaynaklar:

1. http://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/HastalikDetay/Nipah-Virusu
2. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nipah-virus
3. https://www.cdc.gov/vhf/nipah/index.html
4. Angeletti S, Lo Presti A, Cella E, Ciccozzi M. Molecular epidemiology and phylogeny of Nipah virus infection: A mini review. Asian Pac J Trop Med. 2016; 9:630-4
5. Alebiosu C.O. Nipah Virüs - An Emerging zoonotic disease. Res J of Health Sci.

Bizleri entegre sağlık tesisleri, kampüs hastaneler, kamu-özel ortaklığı, sağlıkta kamu-özel iş birliği gibi kavramlarla tanıştıran şehir hastaneleri artık hayatımızın içerisinde.

Pek çok şehrimizde hizmete giren bu hastanelerde giderek daha çok meslektaşımız görev yapıyor. Yöneticiler, sağlık çalışanları ve hastalar açısından tam bir paradigma değişikliği olan bu durum üzerinde çok düşünülmesi, konuşulması, tartışılması gereken önemli bir gündem maddesi kaçınılmaz olarak.

Kısa adı TÜSAP olan ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Sosyal güvenlik Kurumu gibi kamu kuruluşlarının üst düzey yöneticileri ile Türkiye İlaç Sanayi Derneği, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği, Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği, Türkiye Sağlık Endüstrisi İşverenleri Sendikası, Müstakil ve Sanayici İşadamları Derneği, Türkiye Sigorta Birliği, TOBB, SASDER Sağlık ve Sigorta Yöneticileri Derneği gibi sektörle ilişkili kuruluşların üst düzey temsilcilerinden oluşan Türkiye Sağlık Platformu TÜSAP Vizyon Toplantıları adıyla toplantılar düzenlemekte ve bunları rapor olarak yayımlamaktadır.

TÜSAP' ın 17 Şubat 2017 tarihinde gerçekleştirdiği Sağlıkta Sürdürülebilir Vizyon Toplantısı'nda ağırlıklı olarak ele alınan "Entegre Sağlık Kampüsleri" konusunda hazırlanan raporda (SAĞLIKTA HİZMET SUNUMU RAPORU) öne çıkan görüş ülkemizin sağlıkta hizmet sunumunda dünyanın önde gelen ülkeleri arasında yerini aldığı ve Şehir Hastaneleri olarak adlandırılan Entegre Sağlık Kampüsleri'nin kapsam ve yaygınlığının dünyada benzeri olmayan bir proje olduğu yönünde. Dönemin Sağlık Bakanlığı müsteşar yardımcısı sayın Dr. Şuayip Birinci'nin *"Şehir hastanelerine şehir efsaneleri diyen üst düzey bürokratlar vardı. Biz o efsaneyi hayata geçirmişiz ve daha iyi nasıl olur diye konuşuyoruz. Hem kamu hem özel sektör tarafı bu projeleri başarmak için gerçekten büyük gayret sarf ediyor. Bu deneyimimizi yurt dışına satabileceğimizi dahi düşünüyorum. Türkiye'de sağlık alanında hizmet veren birçok firmanın yabancı ülkelerde de başarıyla hizmet vereceğini düşünüyorum."* ifadesiyle sahip çıktığı ve *"entegre sağlık tesislerinin bir özelleştirme olmadığını ve hastanelerin işletme süresi sonunda bakımlı ve işler durumda olarak kamuya devredileceğini"* vurguladığı bu model artık kendi yolunda ilerliyor.

Kendi adıma bu konuda *"derya içre olup deryayı bilmeyen balıklar"* gibi hissettiğim ve pek çok meslektaşımın da benzer durumda olduğunu tahmin için Ayın Dosyası 'nda bu konuyu ele almak şahsen doğru bir seçim gibi göründü.

İlerleyen sayfalarda Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi ve halk sağlığı uzmanı ve "Şehir Hastaneleri" adlı bir kitabın derleyicisi olan Prof. Dr. Kayıhan Pala'nın konuyla ilgili bir yazısı ile bir şehir hastanesinde görev yapan -adı bende saklı- tıbbi mikrobiyoloji uzmanı bir arkadaşımızın izlenimlerini içeren mektubu yer almakta. Konuyu daha ayrıntılı ele almak isteyenler için ise okuma önerilerimi aşağıda bulacaksınız:

- *TÜSAP Sağlıkta Hizmet Sunumu Raporu 2017*
- *Türkiye'de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri İletişim Yayınları 2.Baskı-2018*
- *Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Enstitüsü Şehir Hastaneleri Araştırması 2018*
- *T.C. Kalkınma Bakanlığı, Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2017*

DR. KAYIHAN PALA

ŞEHİR HASTANELERİ

Neoliberal sağlık reformlarının sağlığı piyasalaştıran ve sermaye için yeni bir birikim ve kâr maksimizasyonu alanı haline getiren yapısı, Türkiye'de son otuz yılda kamu hastanelerini hem örgütlenme, hem finansman hem de istihdam yapısı açısından derinden etkilemiştir. Bu süreçte kamu hastanelerinin finansman yapısı büyük ölçüde değişmiş; hastaneler bütçe dışı kaynaklardan gelir elde etmeye zorlanmış ve bu zorlanma sonucunda sosyal/özel sigorta primleri, katkı payları/kullanıcı ödentileri ve cepten harcamalar gibi yollarla yurttaşların tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı yapması zorunlu hale getirilmiştir.

Sermayenin sağlık alanındaki faaliyet alanının genişletilmesinde, kamu hastanelerinin örgüt yapısının değiştirilmesi başat yaklaşım olmaktadır. Bu bağlamda kamu hastanelerinin kamu-özel ortaklığı (KÖO) modeliyle inşa edilmesi ve hizmet sunması Türkiye'de ön plana çıkarılmaktadır. Kamu özel ortaklığı bir özelleştirme yöntemidir ve birçok ülkedeki örnekleri kamu özel ortaklığı girişimlerinin hastaların değil, finansörlerin yararına hizmet ettiğini açık olarak ortaya koymaktadır.

Kamuya ait sağlık tesislerinin "Kiralama" karşılığı yaptırılabilmesine ilişkin ülkemizdeki ilk düzenleme Özal Hükümeti tarafından 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na 2005 yılında hükümetin bir madde (Ek Madde 7) eklemesiyle yapıldı. Ardından hem bir yönetmelik (2006), hem de yeni bir yasa (2013) ile kiralamanın kapsam ve içeriği ayrıntılı olarak belirlendi.

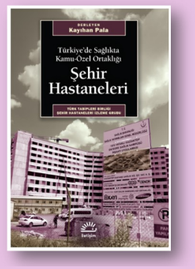
Yapılan düzenlemelere göre; ihaleyi alan firmalara bedelsiz olarak Hazine arazisi devredilmekte, yapım işleri kira, yenilemeler ise hizmet ve alanların devri karşılığında yapılabilmektedir. Kira ödemeleri, yapılan binalara taşınması planlanan devlet hastanelerinin döner sermayeleri tarafından karşılanmakta, karşılanamadığı durumlarda ise Hazine garantisi verilmektedir. Sözleşme süresi üç yılı inşaat süresi olmak üzere 28 yıla kadar çıkabilmekte, bu kapsamdaki işlerden Damga Vergisi ve Harç alınmamakta ve bu kapsamda yapılacak ihaleler Kamu İhale ve Devlet İhale yasasına tabi olmamaktadır.

Bu düzenlemeler ilk olarak "Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO)" adıyla ortaya çıkarıldı. Ancak kamunun özel sektöre kira verdiği bir anlaşmanın "ortaklık" olarak anılamayacağı deşifre edilince, bu kez "Kamu-Özel-İşbirliği" adı kullanılmaya başlandı. "Gerçek ötesi" (*post-truth*) güçlü bir algı yaratmanın bu isimle yapılamayacağı anlaşılınca, bu addan da vaz geçilerek "Şehir Hastanesi" betimlemesi tercih edildi.

Kamu-Özel-Ortaklığı yönteminin sağlık alanında uygulandığı ülkelerde bu uygulamaların piyasa için yeni fırsatlar sağlayan bir yaklaşım olduğu, amacının kamu yararı olmadığı bilinmektedir. Kamu-özel ortaklığı çerçevesinde çalışan hastaneler, sağlık hizmetleri sistemini eriten, özel ve kâr amaçlı hizmetler vermektedir. Burada hizmetin odak noktasını insanın sağlığı değil, elde edilecek kâr oluşturmaktadır. İngiltere ve Kanada gibi ülkelerdeki uygulamalar tek başına kamu sektörü ile karşılaştırıldığında; kamu-özel ortaklığı yönteminde sermaye maliyetinin daha pahalı, inşaat maliyetinin daha pahalı ya da aynı, işletme/çalıştırma maliyetinin aynı, işlem maliyetinin daha pahalı ve değişkenliğin daha riskli olduğu anlaşılmıştır. İngiltere'de yapılan çalışmalar üç kamu hastanesi için gereken kaynakla ancak bir kamu-özel ortaklığı hastanesi yapılabildiğini ortaya koymaktadır.

ŞEHİR HASTANELERİ

DR. KAYIHAN PALA



KÖO hastane sözleşmeleri genellikle gizli, kamu denetiminden uzaktadır. Uluslararası Para Fonu (IMF) bile "KÖO finansmanında saydamlık gerektiğine" işaret etmektedir. Aynı sorun ülkemizde de yaşanmış, KÖO ihaleleri ile ilgili bazı belgelere (belgelerin tümüne değil) ancak mahkeme kararı ile ulaşılabilmiştir.

KÖO hastane sözleşmeleri çok uzun süre geçerlidir. Uzun vadeli (25 yıl veya daha uzun) sözleşmeler hem demokratik değildir hem de yanıltıcıdır. Uzun vadeli sözleşmelerde çoğu kez sözleşmenin sonuna itilen ek giderler yer alır. 25 yıllık bir sözleşme demokratik değildir; çünkü bir siyasetçinin faal olabileceği sürenin çok ötesindedir. Öyle ki, önemli giderler gündeme geldiğinde bu işlerin altındaki siyasetçiler çoktan sahneden çekilmiş, belki ölmüş olacaktır.

Yurt dışındaki uygulamalar, resmi yetkililerin KÖO hastane şirketlerine çok yakın görünebildiklerini ve gerçekleşen ihaleler sonrasında kamudan ayrılarak söz konusu şirketlerde dolgun ücretlerle çalışmaya başladıklarını göstermektedir.

Şirketler KÖO hastanelerinden daha fazla kâr elde edebilmek amacıyla hastane personelinden kısıntıya gitmektedir. İngiltere'de yüzlerce çalışan KÖO hastanelerindeki işlerinden ayrılmak zorunda kalmıştır.

Kiraların ödenememesi ya da gelirlerin giderleri karşılamaması nedeniyle, KÖO yöntemiyle yapılan hastanelerden bir bölümü iflasa sürüklenmektedir. İngiltere'de bazı hastane birlikleri ile ilgili ciddi finansal sorunlar baş göstermiş durumdadır. Hükümet tarafından bu hastanelerin hizmetlerini sürdürebilmeleri için ek ödeme almaya gereksinimleri olduğu açıklanmıştır.

KÖO sisteminde hastaların hastane hizmetlerine erişimi güçleşmektedir. Daha fazla sayıda yatak sözü vermelerine karşın KÖO hastanelerinde yerlerini aldıkları kamu hastanelerinden, hizmete erişimde anlamlı fark yaratabilecek kadar daha fazla sayıda yatak bulunmamaktadır. Ayrıca daha küçük kamu hastaneleri KÖO'ler yüzünden kapandıkça acil hastane bakım hizmetleri de giderek daha erişilmez olmaktadır.

Türkiye'de de şehir hastaneleri ek bir yatak kapasitesi sağlamayacak, mevcut kamu hastanelerinin bir bölümü şehir hastanelerine taşınacağı için kapanacaktır. Örneğin Adana'da kamu hastaneleri önceden 3.011 yatak kapasitesi ile hizmet verirken, 1550 yataklı Şehir Hastanesi açıldıktan sonra 3.025 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye başlamışlardır.

Şehir hastanelerinin yüksek maliyeti gizleniyor!

Kamu-Özel-Ortaklığı ile ilgili en başta gelen sorun hastane binalarının ve donanımının kamuya yüksek maliyetidir. Hükümet tarafından yapılan yasal düzenlemelere göre, Sağlık Bakanlığı şehir hastanelerinin binalarının yapılması için kamu arazisini göstermekte ve ihale açarak söz konusu araziye şirketler tarafından hastane binasının yapılmasını istemektedir.

İhaleye göre Bakanlık yapılacak binalar ve bu binalara konacak donanım için, hastane hizmete girdikten sonra yirmi beş yıl boyunca kira ödeyecektir. Ayrıca ihale alan şirketlere hacme dayalı hizmetler için hastanede yüzde 70 doluluk oranı garanti edilmekte, tam KDV muafiyeti ve aldıkları kredilere tam Hazine garantisi sağlanmakta; kira bedellerinde enflasyon ve kur farkının yaratacağı zararların giderilmesi de taahhüt edilmektedir.

Şehir hastaneleri için yapılan ihalelerde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sabit yatırım tutarı ile yıllık kira bedelleri incelendiğinde; çok yüksek tutarların ödeneceği anlaşılmaktadır. Örneğin Kayseri ihalesinde (Toplam 1583 yatak) sabit yatırım tutarı 427 milyon TL olan "Şehir Hastanesi" için 25 yılda toplam olarak 3 milyar 443 milyon TL ödenmesi öngörülmekteydi. Bu tutarın enflasyon ve döviz kuruna göre güncellenmesi durumunda çok daha yüksek olacağı bilinmektedir.

DR. KAYIHAN PALA

BASINDA ŞEHİR HASTANELERİ

5 yıldızlı otelden farksız ŞEHİR HASTANESİ daha açılmadan ödül aldı

Şehir Hastaneleri Dünya Markası Türkiye'nin Sağlık Politikaları DÜNYAYA ÖRNEK OLDU

2020 yılına kadar 13 şehir hastanesi daha açılacak

Şehir Hastanesi'nde 7 ayda 1 milyon 72 bin 331 hasta muayene edildi

Kamu-özel-ortaklığı yöntemi klasik ihale yönteminden farklıdır. Örneğin Erzurum'da klasik ihale yöntemi ile 2011'de gerçekleştirilen 1.200 yataklı hastane ihalesinde 260 Milyon TL yaklaşık maliyet öngörülmüş ve ihale 193,3 Milyon TL bedelle tamamlanmıştır. Bu durumda, aynı yıllarda ihaleye çıkılmış Kayseri Şehir Hastanesi için 25 yılda 3.4 milyar TL kira ödenecek olması büyük bir tartışma yaratmaktadır. Bu arada, şirketlerin ihalelerde yer alan temizlik, güvenlik, otopark vb. gibi destek hizmetleri ile tıbbi destek hizmetlerinden ve ticari alan kiralarından kazanacağı parayı bu hesabın dışında tuttuğumuzu da ekleyelim.

Bir başka örnek Bilkent Şehir Hastanesi ihalesidir. Bilkent Şehir Hastanesinin klasik yöntemle yapılması halinde toplam maliyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2,79 milyar TL olarak hesaplanmıştır. İhale sonucunda 25 yıl boyunca şirketlere yılda 340.616.021 TL kira olmak üzere toplam olarak 23,42 milyar TL kira ödenecektir (Bu tutarın tahminlerin çok üzerinde seyreden enflasyon ve döviz kuru nedeniyle daha da yüksek olması beklenmektedir).

Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri için KÖO yöntemini tercih ederek hastanelerin gerek yapım, gerekse de hizmet sunumu maliyetlerinin çok yükselmesine yol açmıştır. Şehir Hastanelerinin kendi döner sermayeleriyle yıllık kira ödemelerini ve yüksek düzeydeki harcamalarını yapamayacakları açıktır. Bu durumda Hazine garantisi devreye girecek ve bu yüksek maliyetli hastanelerin kiraları Hazineden; sundukları hizmet tutarları ise (daha yüksek) katkı/katılım payları adıyla yurttaşların ceplerinden ödenmek zorunda kalınacaktır.

Şehir hastaneleri ile kamudan özele kaynak aktarılıyor!

Kamu-Özel Ortaklığı her ne kadar adında "ortaklık" sözcüğü geçse bile, gerçek anlamda ortaklık olarak adlandırılamayacak bir kavramdır. Kısaca kamunun özel sektörden aldığı hizmet ve arsası kendinden olmak üzere yaptırdığı ve uzun bir süre sonra sahibi olacağı binalar karşılığında kira ödemesi biçiminde tanımlanabilir. Ortaklardan birinin diğerine kira ödediği bir birlikteliğin ticari olarak ortaklık olarak nitelendirilmesi söz konusu olamayacağına göre; aslında bu sistemi "kamudan özel sektöre kaynak aktarmak" olarak tanımlamak daha doğru olacaktır.

Kalkınma Bakanlığı bu projelerin toplam yatırım bedelinin 10,6 milyar ABD Doları olduğunu açıklamaktadır. Bakanlık şehir hastanelerine yalnızca kira bedeli olarak toplam 30,3 milyar ABD doları ödeneceğini de açıklamaktadır. Dolar bazında bu kadar yüksek bir getiri, sağlık alanında kamudan özel sektöre kaynak aktarımının çerçevesini göstermesi bakımından önemlidir. Bu tutara kira dışında kalan hizmetler ve "özel alan gelirleri" de katılacak olursa, büyük bir kar maksimizasyonunun gerçekleşeceği öngörülebilir.

DR. KAYIHAN PALA

Şehir hastaneleri ile ilgili birçok sorun var!

Türkiye'de «Şehir Hastaneleri» için karşımıza çıkan temel sorun alanları şunlardır:

- Finansman yöntemi; kamuya çok yüksek maliyeti, taşınacak kamu hastanelerinin ödeme güçlüğü, Hazine garantisi ve iflas durumunda izlenecek yol gibi nedenler yüzünden sorunludur.
- Yer seçimi; şehirden uzak alanların tercih edilmesi, tarım arazilerinin imara açılması ve taşkın alanlarında inşaat yapılması gibi nedenler yüzünden sorunludur.
- KÖO modeli; yurttaşların söz konusu hastanelere ulaşım ve erişim sorunları (Coğrafi/ekonomik erişilebilirlik), taşınacak kamu hastanelerinin boşaltacağı yerleşkelerin durumu (İhaleleri alan şirketlere devredilmesi söz konusu olabilir) ve taşınacak kamu hastanelerindeki hem sağlık hem de destek hizmetlerinin sunulması ile ilgili imtiyazlar nedeniyle sorunludur.

Şehir hastaneleri her ne kadar kamu hastanelerinin kavuşacağı yeni ve modern binalar olarak tanıtılsa da kamu-özel- ortaklığı yöntemiyle yapılacak bu yerleşkelerin "kamu" ile ilgisinin olmadığı açıktır. Şehir hastaneleri "kamu" adını kullanarak küresel sermayeye yeni ve büyük bir kaynak aktarmanın aracı olacak gibi görünmektedir. Kamuoyu sağlık alanında yeni bir özelleştirme ile karşı karşıyadır.

Kaynaklar

1. *Erbaş Ö (2012) Kamu Özel Ortaklığı Nedir, Ne Değildir? Hekimce Bakış Bursa Tabip Odası Yayın Organı, 79:30-31.*
2. *Pala K (2013) Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı: Birleşik Krallık Deneyimi, Toplum ve Hekim, 28(6):432-435.*
3. *Pala K (2014) Neoliberal sağlık reformlarının etkisi: Kamu hastanelerinde finansman yapısı değişiyor, Toplum ve Hekim, 29(6):414-429.*
4. *Pala K (2017) Şehir Hastanelerinin Yüksek Maliyeti Gizleniyor, bianet, https://bianet.org/bianet/siyaset/183006-sehir-hastanelerinin-yuksek-maliyeti-gizleniyor.*
5. *Pollock A (2005) NHS plc The Privatization of Our Health Care, Verso, London.*
6. *TTB (2012a) Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, Türk Tabipleri Birliği yayını, Ankara.*
7. *TTB (2012b) Kanada Kamu Emekçileri Sendikası Araştırma Raporu, Kamu Özel Ortaklığı Hastaneleri Yanlış Yön, Türk Tabipleri Birliği yayını, Ankara.*
8. *TTB (2012c) Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Erbaş Ö, Yavuz CI ve İlhan B, Türk Tabipleri Birliği yayını, Ankara.*
9. *TTB (2012d) Hükümetten ihale alan şirketlere garanti: Halkı daha fazla hasta edeceğiz! http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/hukuk-3420.html*

Ayın Dosyası

ŞEHİR HASTANESİNDEN MEKTUP VAR

Merhaba,

İlk başladığımız güne göre daha kanıksadık sanırım bazı işlerin yolunda gitmemesini. En önemli sorunu düşününce ilk sıraya hangisini koyacağımı belirleyemediğim için madde madde yazmaya karar verdim. Sıralamanın önem sırasıyla ilgisi yoktur, aklıma geldikçe ekledim.

Dizayn:

Laboratuvarımız otoparkla komşu ve doktor odaları ile birbirine uzak mesafede. Laboratuvarların alanları çalışmaya yetecek kadar ayarlanmış olmasına rağmen atık toplama alanı ve pnömatik sistem Biyokimya Laboratuvarı tarafına yapıldığı için eliza cihazı Biyokimya tarafına kurulmuş. Doktor odaları sonradan düşünüldüğü için el yıkayacak bir lavabomuz yok ve yapılacak gibi de görünmüyor. Tüm uzmanlar ara bölmelerle ayrılmış bir odada bankacılar gibi birbirimizi görerek, duyarak oturuyoruz. Tamamen açılamayan pencereli mimariye sahip hastanenin bize ait oda kısmına uzun uğraşlar sonucu bir pencere açtırabildik.

Dış Laboratuvar Hizmetleri:

Yüklenici firmanın uygun gördüğü (tabii ki fiyatı en uygun veren) şehir dışında bir laboratuvara içerde çalışmanın maliyet etkin olmayacağı düşünülen testlerimiz gönderiliyor. Firmadan defalarca bize muhatap olacağımız bir Mikrobiyoloji uzmanı numarası vermesini istediğimiz halde henüz böyle bir numara elde edemedik. Örneklerin uygun ısıda gönderildiğine dair veri istedik (*data logger* gibi) ancak henüz elde edemedik. Sonuç verme süreleri kontrolümüz dışında uzamakta ve sebebini sorgulayacak muhatap bulamamaktayız. Testlerin uygun şekilde çalışıldığına dair dış ve iç kalite kontrol sonuçlarını bizimle paylaşmadılar. Velhasıl kontrolümüz dışında gelişen bu süreci test sonuçlarını görüp onaylayarak biraz olsun kontrol altına alalım istedik ancak onay konusunda uzmanlar olarak fikir birliğine varamadık. Haklı olarak arkadaşların çoğu dahil olmadıkları şekilde çalışılan testlerin onay sorumluluğunu almak istemiyor. Peki varsa yolunda gitmeyen çalışmaları kim fark edecek ve engelleyecek? Bu konuda bizden yetkin bir grup olacağını sanmıyorum. Bu testlerin çoğuna eski hastanede günlük sonuç verirken şimdi sonuçların çıkacağı zamanı bile garanti edemiyoruz. Dolayısıyla birçok test parametresinde gözle görünür azalmış istek söz konusu.

Ayın Dosyası

ŞEHİR HASTANESİNDEN MEKTUP VAR

Personel:

Anlaşma gereği eğitim araştırmadan hiçbir teknisyeni götüremeyeceğimiz söylendi. Biz de yılların tecrübeli elemanlarını bırakamayacağımızı söyledik. Bir kısmını feda ederek- mecburen- az sayıdaki personelle çalışmaya başladık. Yönetime Sağlık Müdürlüğünden, yerel basından devletin zarara uğratıldığı ve derhal eski personelin laboratuvardan çıkarılması gerektiği konusunda baskı yapıldı. Kıdemlerine göre personel kan almalara gönderilerek minimum çalışacağımız sayıda personel sayısına indik. Kalan personelden bir kişi daha azaltılırsa çalışamayacağımızı belirttik. Firma da yeni eleman almadı. Yıllardır yetiştirdiğimiz personeli kaybettiğimiz için üzgünüz, personelin bir kısmı kırgın ayrıldı. Geride kalanlar da her an gidebilirim kaygısıyla gergin bir şekilde çalışmakta.

Yaptırım:

Sağlık bakanlığının yaptığı anlaşma gereği hastane açıldıktan 6 ay sonrasına kadar tutanak tutsanız bile işleme konmayacağı söylendi. Süreyi doldurunca tutanak tutmaya başladık.

Depo:

Satın alınan malzemelerin, kitlerin takibini firma personeli yapmakta. Olaya dahil olamadığımız için bazı besiyerlerinin tarihinin geçtiğini fark ettik. Eskiden de benzer sorunlar yaşadığımız için biz peyder pey almayı tercih ederdik, firmayla o şekilde konuşurduk. Stok takibi yapan bilgisayar programları bile var ama her şeyi o programla çözemiyorlar işte. Bizi aradan kaldırınca sarflarla ilgili tecrübe de öğrene öğrene elde edilecek herhalde.

Ayın Dosyası

Satın alma:

Yüklenici firmaya onların talebiyle eski hastanede kullandığımız cihaz, kit ve test sayısına ait defalarca sayı ve marka verdiğimiz halde önceki çalıştığımız test çeşitliliğine ve test kalitesine henüz sahip olamadık.

Firma anlaşmayı yapıp kitleri aldıktan, cihazı kurdurduktan sonra ancak haberimiz oluyor.

Örneğin besiyerine yapışmayan kağıt şerit halindeki E-testleri kullanamayacağımızı söyleyince yenileri gelene kadar yaklaşık 3 ay boyunca E-testsiz çalıştık.

Birçok mikroeliza parametrelerini önceden kendi bünyemizde çalışırken şimdi dış laboratuvara gönderiyoruz.

Bilgi işlem:

Farklı yazılımların birbirine entegre olması gerektiği için hala sorunlar yaşıyoruz. Her yazılım şirketi değiştiğinde mutlaka sorunlar yaşanır ama burada çözüm için farklı firmaları dolaşıyoruz ve sorunu çözeni bulmak ve onu haberdar etmek ve takibini sağlamak gerçekten eziyet halinde devam etmekte.

.

Laboratuvar güvenliği:

Çok büyük sorun yaşadığımızı söyleyemem. Genel olarak uygun sınırlarda çalıştığımızı söyleyebilirim.

En azından bu konuda firmaya hakkını teslim etmeliyiz.

Ayın Dosyası

Hak edişler:

Muayene ve kabul komisyonları gelişigüzel hazırlanmıştı. Biyokimya testlerini komisyonda Biyokimyacı olmadan biz imzalamak zorunda kaldık. Tüm laboratuvarların ortak hak edişi imzaya çıktığı için her laboratuvardan doktorlar olması gerektiğini ilettik. Umarım bundan sonra düzelir. Özel firma olduğu için herhangi bir imza atarken kılı kırk yarıyoruz. Ay sonu hak ediş imzalaması gereken arkadaşın imza atmamak için izin kullandığını bile gördük (☺ şaka).

Firmalar:

Kongreye katılım konusunda uzmanlara destek olamaz hale geldi.

Sorun çözme:

En çok tıkandığımız nokta burada sanırım. Eskiden başhekime direkt çıkar ve sorunumuzu çözerdik. Şimdi yüklenicinin lab sorumlusu, firmanın yardımcı sorumlusu, olmadı ana sorumlu o da olmadı sorumlu başhekim yardımcısına ulaşıp bir de çağrı merkezini aramamız gerektiği söylenince bir süre sonra duyarsızlaşmaktan korkuyor insan. Bir yetki sorunu olduğu muhakkak. Bir de mutabakat var bakanlık ve firma arasında imzalanan.

O mutakabatta olmayan hiçbir şeyi çok lazım da olsa yaptıramıyorsunuz. "Yöntem beyanı" da mutabakat gibi. Hangi testi nasıl çalışacağınız yada ne talep edeceğinizi bu yöntem beyanına çok ayrıntılı ve net olarak yazmanız gerekli çünkü firmayı bağlayıcı en önemli belgeler bunlar. Sürece başında dahil olamadığımız için gözden kaçan bazı şeyler olacağını tahmin edersiniz. Bizdeki eksikler yeni açılacaklarda düzeltilmiş olabilir, bilemiyorum.

Sonuç itibariyle tecrübelerimizden, bilgi birikimimizden faydalanılmayan, kendimizi işe yaramaz hissettiren bir sistemin içinde yol aldığımızı düşünüyoruz.

İstediğimiz testi, istediğimiz şekilde ve zamanda, istediğimiz personelle çalışamıyoruz.

Test panelimiz daraldı, birçok testimize dış laboratuvardan dolayı hakim olamıyoruz.

Biyokimyayla yaşadığımız test paylaşım stresi de cabası.

Henüz geniş çaplı bir bilimsel çalışma girişimimiz olmadığı için o konuda sorun yaşar mıyız bilemiyorum.

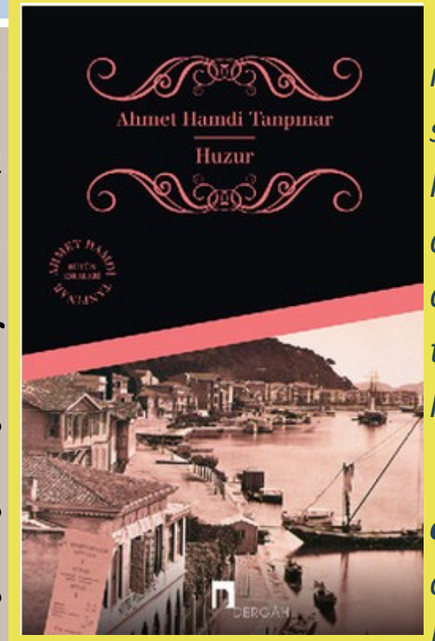
Öncesinde pek çok moleküler test dahil olmak üzere günlük sonuç verdiğimiz test çeşitliliğimizi ve hasta potansiyelimizi, klinik konsültasyon görevimizi de tam olarak yerine getiremediğimizi düşünüyorum.

Bir çırpıda aklıma gelenler bunlar.

Selamlar.

Bir Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanı

Edebiyat ve Mikrobiyoloji



Bu sayfamızda edebiyatçıların mikroorganizmalara ve enfeksiyon hastalıklarına ilişkin betimlemelerine yer vereceğiz. Farklı dönemlerden, farklı ülkelerden alanımıza farklı bir bakışı yansıtan bu metinlerin bizleri zenginleştireceğine inanıyoruz.

*Fethi Naci'nin **"Türkçe'de okuduğum en güzel aşk romanı"** olarak tanımladığı romanın ana kişisi Mümtaz'ın veremden muzdarip amcasının oğlu İhsan hakkındaki ifadelerinin tüberküloz basiline ilişkin algımızı değiştireceği muhakkak.*

Ellerine baktı. Damarları dışarıya çıkmış, kavrulmuş gibiydiler. Fakat canlıydılar. Başka türlü bir hayat tarafından zaptedilmiş, başka bir iklimde yaşıyormuş gibi canlıydılar. Bu kırk derecenin iklimi idi; fakat sade o değildi; kırk derece bu iklimi tek başına yapmıyordu. Bir yığın küçük mikrop, basil diye anılan, hususi aletlerle gösterilen, ince, sırça tüplerde, kıl borularda hapsedilen, cins cins hayvana aşılanan, böylelikle üretilen, yaşaması, çoğalması için hususi vasıtalar aranan, sıcaklıklar, soğukluklar bulunan, etrafındakilerden ayırmak, hakiki, küçük, gözle görünmez hüviyetlerinde yakalamak için bir yığın tecrübeye girişilen, en akla sığmaz şekillerde boyanılan, kırmızı kandan derece derece, kirli yeşile doğru giden mayilerde muhafaza edilen varlıklar, onların şartları vardı; ve bu mahluklarla beraberinde taşıdıkları bu şartlar, bu otuz dokuzla kırk arasındaki sıcaklık derecesini, hayatla ölümün arasında bizim coğrafyamızdan çok ayrı bir iklim, çok hususi bir yükseklik, boğucu, çürütücü bir bataklık, binlerce metre yüksekliklerde duyulan bir hava darlığı, bilinmeyen gazların terkibiyle kaynaşan bir volkan ağzı gibi bir şey yapmıştı.

Ahmet Hamdi Tanpınar'ın HUZUR romanından... [DERGAH YAYINLARI-21.Basım, Sayfa 380]

Fotoğrafhane

DR. MEHMET ALİ ÖKTEM

İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi tıbbi mikrobiyoloji uzmanı ve öğretim üyesi olarak çalışan arkadaşımızın mesleki olarak uğraştığı mikroorganizmalar ve kemirgenler dışında en yoğun ilgilendiği canlılar kuşlar.

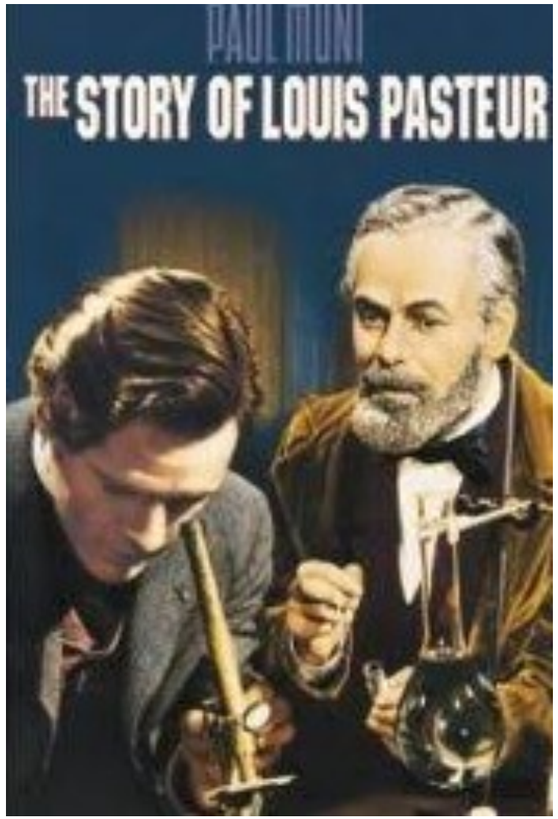
Kuş gözlemcisi ve kuş fotoğrafçısı olarak başarılı bir portfolyoya sahip meslektaşımızın fotoğraflarının kısa sürede bültenimizin vazgeçilmezleri arasında yer alacağına inanıyoruz. Fotoğrafa gönül vermiş tüm meslektaşlarımızı da sayfamıza davet ediyoruz.

Olive-backed sunbird (*Cinnyris jugularis*)

2018'in başında değerli yoldaşlarım Prof. Dr. Ahmet Karataş, Dr. Hüseyin Meşe ve H. Çağlar Güngör'le birlikte gerçekleştirdiğimiz Singapur, Tayland ve Malezya gezisi sırasında Singapur'da şehrin merkezindeki bir doğal alanda çekildi. Yeşil sırtlı nektar kuşu olarak Türkçe' ye çevirebileceğimiz bu tropik kuş ülkemizde yaşamamaktadır. 11 -12 cm boyundaki bu küçük model, böcekler, örümcekler, bitki nektarları ve küçük meyvelerle beslenmektedir. Zayıf ve tiz bir sesi vardır. İnce uzun gagasının içinde uzun ve çok ince bir dili vardır. Güneydoğu Çin, Myanmar, Malezya, Vietnam, Tayland ve Singapur'da yayılım göstermektedir.

Sine Mikrop

DR. METİN KORKMAZ



Yapım yılı :1936
Süre: 87 Dakika

Oyuncular:

Paul Muni, Donald Woods, Josephine Hutchinson, Anita Louise.

Louis Pasteur'ün Hikayesi

(The Story of Louis Pasteur)

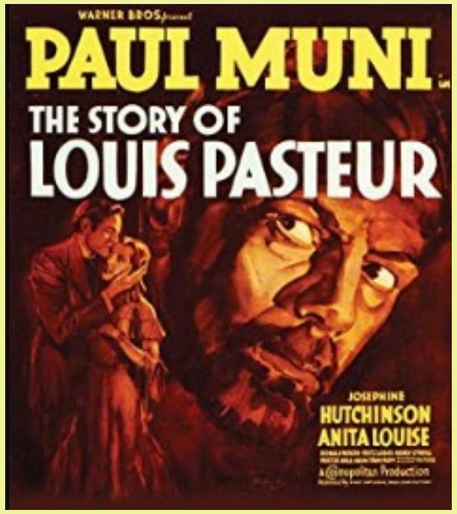
Louis Pasteur'ün hayat hikâyesini, buluşlarını ve çalışmalarını anlatan bu biyografi film, kısıtlı bir bütçeye sahip olmakla birlikte, 4 dalda Oscar'a aday gösterilip, olağanüstü engellerle karşılaşan bu bilim adamını başarıyla canlandıran Paul Muni'ye en iyi aktör olmak üzere üçünde Oscar'ı kazandırmış.

Yönetmeni William Dieterle (1893–1972) biyografik kişilikleri başarıyla sinemaya aktaran biri olarak not edilebilir. Yönetmenin filmde bağnazlık/özgür düşünce, cehalet/bilgi, karanlık/aydınlık gibi zıtlıkları başarıyla kullandığı söylenebilir. Bu film sonrası çektiği Emile Zola'nın hayatı (1937) (ki Muni yine başroldedir) bu kez en iyi film dalında Oscar ödülünü alır. Dieterle, Notre Dame'ın Kamburu'nun (1939) yanı sıra mikrobiyolojide kilometre taşlarından birisinin hayatında yine karşımıza çıkacak.

Yönetmen William Dieterle

İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıbbi parazitoloji uzmanı ve öğretim üyesi olarak çalışan meslektaşımızı yakından tanıyanlar iyi bir sinema izleyicisi olduğunu bilirler.

Mikrobiyoloji ile ilişkili sinema filmlerini tanıtmayı hedeflediğimiz bu sayfadan keyif alacağınızı umuyoruz.



1860'ların Paris'inde, kimyager Louis Pasteur tıp camiasınca cerrahlara ve doktorlara ellerini yıkamaları ve hastalarını öldürebilecek mikropları öldürmek için, aletlerini kaynatmalarını önerdiğinden şarlatan olarak nitelendirilir. Pasteur'ün bu düşüncesi ekşi şarapta yeterince ısıtıldığında öldürülebilen mikroskobik organizmaları keşfi sonrası oluşur. Dönemin bilim topluluğunun yaygın inanışı bu organizmaların hastalıkların nedeni değil, sonucu oldukları şeklindeydi. Bu inanış, Kadınların %30'nun loğusa ateşinden ölmesine, sadece Paris'te yılda yirmi bin ölüme karşılık gelmesine rağmen vardı. Pasteur, araştırmalarının boşa zaman kaybı, saçma olduğunu ileri süren tıp camiası yüzünden, ailesiyle birlikte araştırmalarını huzur içinde yapabileceği bir Fransız kasabasına taşınır. Bir süre sonra Pasteur'ün yaşadığı bölgede koyunların onun yüzünden hastalanmadığı yetkililerin dikkatini çeker.

Bu siyah-beyaz film, bilimin evrenselliğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Anlatılanı Fransız, yönetmeni Alman, çeken şirketi Amerikan Warner Kardeşler, dili İngilizce, çekim yeri Fransa...

Bizim de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 2. ve 3. sınıf öğrencilerinin özel çalışma modülü kapsamında, Türkçeye çevirisiyle çorbada tuzumuz oldu. İzlemenizi ve öğrencilerinize izletmenizi öneririz...

Asepsi ve antisepsinin kurallarını koyan İngiliz cerrah Lister'in konuşma yapmak üzere sahneye gelen Pasteur'ü karşılaması

Dünya Cüzzam Günü

OCAK

Dünya Cüzzam Günü, 1953 yılından bu yana hastalığa karşı farkındalığın arttırılması ve mücadelenin sürdürülmesi için etkinliklerin yapıldığı bir gün.

Bu günün yaratıcısı hayırsever bir Fransız avukat olan Raoul Follereau. Bu tarihi belirlemesinin nedeni Hz. İsa'nın cüzzamlı bir hastaya dokunarak tedavi etme mucizesiyle ilintili olarak Ocak ayının üçüncü pazarına denk gelen bir katolik yortusu olması. Follereau'nun bu gizli dinsel dokunuşuna rağmen Dünya Cüzzam Günü tüm dünyada benimsenmiş ve her yıl bir temayla hastalığa karşı mücadele bayrağı yükseltiliyor. Bu yılın etkinlik teması ise hastalara karşı ayrımcılığın, damgalamanın ve ön yargının bitirilmesi.

Yıllarca ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olmuş bu hastalıkla mücadelede en unutulmaz isim ise Prof. Dr. Türkan Saylan elbette. Kurucusu olduğu *Cüzzamla Savaş Derneği ve Vakfı* ile ülkemizde hastalığın bitirilmesi için ciddi bir uğraş veren Prof. Dr. Türkan Saylan, bu hastalığa karşı verdiği savaşım 1986 yılında Hindistan'da Uluslararası Gandhi Ödülü'ne layık görüldü. Dünya Sağlık Örgütü'ne cüzzam konusunda danışmanlık da yapmış olan Saylan yaşamının son yıllarında ise genel başkanlığını yürüttüğü Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği çatısı altında eğitim ve aydınlanma mücadelesindeki çabalarıyla toplumsal belleğimizde haklı bir yer kazandı. Bu vesileyle kendisini saygıyla anıyoruz.

AYRIMCILIĞA,
DAMGALAMAYA
ÖNYARGIYA
SON

Gezi Günlükleri

DR. YÜCE AYHAN

YAŞAYAN ÖLÜLER ADASI.... SPİNALONGA

Girit'in kuzey doğusunda yer alan küçük sahil kasabası Elounda'dan kalkan son tekneye yetişmeyi başarmıştık. Bilmeyene, uzaktan yekpare bir toprak uzantısı gibi görünen kara parçasının önündeki adacık, teknenin aştığı her dalgada giderek belirginleşiyordu. Sadece ada değil, adayı çepeçevre saran surlar da barizdi şimdi. Kıyıya ayak bastığımızda günün son seferine kalmanın iyi bir tesadüf olduğunu fark ettik.

Gün boyu adayı dolduran turist kalabalığından eser kalmamıştı bu vakitte. Uzaktan belli belirsiz görünen surlar ise devasa taş gövdeleriyle yükseliyorlardı tepemizde. Surların bir köşesindeki geçitten girince Spinalonga gerçeğiyle yüz yüzeydik artık. Terk edilmiş bir mahalle, unutulmuş bir köy kalıntısıydı içinde dolaştığımız.

Daracık bir yolun iki yanında dizili evler, kimi sağlam kimi harap. Fakat hepsi sessiz, hepsi insansız.

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi'nde tıbbi mikrobiyoloji uzmanı olarak çalışan meslektaşımızın **www.agitoergosum.com** *sitesinde yayınlanmış aynı adlı yazısından derlenmiştir.*

YAŞAYAN ÖLÜLER ADASI .... SPİNALONGA

DR. YÜCE AYHAN

Girit'te, dört yüzyılı aşan bir hegemonya sürmüş Venedikliler Spinalonga'da da bir kale inşa etmişler. Osmanlılar Girit'i aldıklarında Venedik kaleleri birer birer düşmüş ama bu adacığın Osmanlı'ya geçmesi için neredeyse bir yarım asır daha beklemek gerekmiş. Girit tümüyle Osmanlı'ya geçtikten sonra Spinalonga bir Türk köyü haline gelmiş kısa sürede. Geleneklerine ve dini değerlerine inatla bağlı, isyankar Giritlilerin ve uluslararası politika arenasının hamleleri Osmanlı'yı Girit'ten uzaklaştırınca tasası en çok Giritli Türklere düşmüş. İsyancıların intikamından korkup kaçanlar için bir sığınak olmuş kıyıdan 150 metre ötedeki adacık. Bir süre kendi haline bırakılan Spinalonga sakinlerinin yaşamı ani bir kararla değişivermiş.

Spinalonga' ya cüzzamlıların yerleştirilmesi hem hastaların toplumdan soyutlanması hem de Türklerden kurtulmak için "iyi" bir çözüm olmuş idareciler için. Amaç hasıl olmuş zahmetsizce ve her geçen gün sayısı artan hastalar Türkleri adadan kaçırmış iki yıl geçmeden.

Başlangıçta sadece Girit'ten toplanan cüzzamlıların sürüldüğü adaya, ilerleyen yıllarda Yunanistan'ın diğer bölgelerinden hastalar da gönderilmeye başlanmış. Bu, adanın talihini değiştiren bir gelişme olmuş. Atina'dan gönderilen hastalar arasındaki genç hukuk öğrencisi Remoundakis'in başını çektiği girişimlerle Yunan hükümeti Spinalonga için kesenin ağzını açmış. Evler onarılıp boyanmış, adayı çepeçevre saran yol açılmış. Tiyatrosu, sineması, kıraathanesi, hastanesi, okulu, kilisesi, fırını ve sebze bahçeleriyle kendi kendi kendine yeten bir yaşam sürmeye başlamış ada sakinleri. İkinci dünya savaşı yıllarında Girit'i işgal eden Naziler cüzzam korkusundan adaya iltifat etmeyince tüm dünyayı kasıp kavuran savaş rüzgarları adaya uğramamış pek. Savaş sonrasındaysa hastalığın tedavisinde sağlanan gelişmeler ada nüfusunu azaltmış epeyce. En sona kalan 20 hastanın da Atina'ya sevk edilmesi Spinalonga için sonun başlangıcı olmuş.

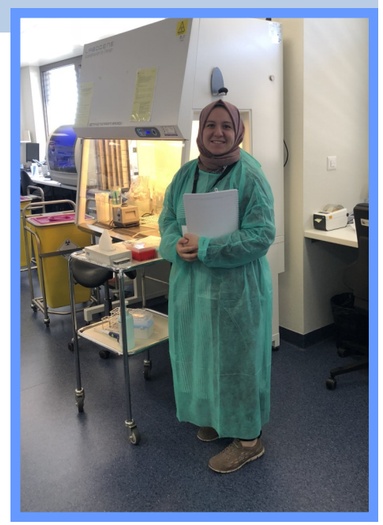
Adaya varışta surların içinden geçilen kemerli, taş geçide ise "Dante Kapısı" adını vermiş ada sakinleri yıllar önce, cehennemden çıkış olmadığını düşündükleri için. Dante kapısından süzülen ana caddenin sol tarafında dizili ve nispeten iyi durumdaki iki katlı evler Osmanlı döneminden kalmış günümüze. Alt kattaki dükkanların içinde adanın tarihine ilişkin resimli panolar var bugün, bir de karantina günlerinden kalma cüzzam tedavisinde kullanılmış araç, gereçler, ilaç ampulleri. İleride bir sur dibindeyse eski çamaşırhaneden kalan taş yalaklar.

Surların ötesinde sarp kayalıklar, hırçın bir deniz. Sokak aralarındaki tek tük ağaçlar ile yıkıntılardaki taşlara tutunmuş kaktüsler adadaki nadir yaşam belirtilerinden.

Bir zamanların tek tanığıysa isimsiz mezarlarda üst üste gömülmüş Spinalonga ölüleri.

Bursiyer Mektubu

DR. ECEM BÜYÜKYANBOLU



Şişli Etfal Eğitimve Araştırma Hastanesi tıbbi mikrobiyoloji uzmanlık öğrencisi olan arkadaşımız KLİMUD bursuyla katıldığı eğitime dair izlenimlerini paylaştı.

25-28 Eylül de İsviçre'nin Lozan kentinde ESCMID tarafından düzenlenen "Diagnostic Microbiology: MALDI-TOF, Bacterial Genomics, Metagenomics, Automation and Molecular Microbiology" başlıklı uygulamalı eğitime KLİMUD tarafından sağlanan burs desteği ile katılma fırsatı buldum. Dünya genelinde birçok ülkeden toplam 72 kişinin katılımıyla gerçekleşen bu eğitimde, değerli katılımcılarla tanışmak, farklı perspektiflerden görüşler almak, konular hakkında tecrübelerimizi paylaşmak, kariyerim ve gelecek çalışmalarım açısından önemli ölçüde katkı sağlayan bir deneyim oldu. Pratik uygulamaların ağırlıklı olarak gerçekleştiği dört günlük eğitim süresince, değerli hocaların dünya genelinde ortak ve güncel konulardaki uygulamalarını gözlemleme fırsatı buldum. Gerek yeni geliştirilen son teknoloji, gerekse rutinde kullandıkları ve kullandığımız teknolojileri tanıyarak karşılaştırma imkanı bulmak benim için oldukça faydalıydı. Eğitim programı dışında eğitim planlayıcıları tarafından bizlere sunulan sosyal programlar sayesinde hem İsviçre'yi hem de Lozan'ı gezme ve tanıma fırsatı bulduk. Lozan Olimpiyat müzesi ve oradaki bize verilen özel akşam yemeği bunlardan aklımızda kalan önemli etkinliklerden biriydi. Bu platformun mesleki olarak bana kattığı global vizyonu bundan sonraki çalışmalarımda faydalanabileceğim için çok memnunum. Bu değerli tecrübeyi edinmem için Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (KLİMUD)'a teşekkür ederim.

Mikrobulmaca

DR. CENK MİRZA

Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi tıbbi mikrobiyoloji uzmanı ve öğretim üyesi olarak çalışan meslektaşımız başından beri bültenimizin bulmacalarını hazırlıyor.

KELİMELER

- AMİKASİN
- OPTOKİN
- GRİP
- BCG
- SESTOD
- FLORA
- GRAM
- PYR
- CD4
- MAYA
- APSE
- SUŞ
- ONPG
- ÖKARYOT
- KLİMUD

Bulmacanın içindeki kelimeler soldan sağa, sağdan sola, yukarıdan aşağı, aşağıdan yukarı veya çapraz şekilde yerleştirilmiş olabilirler!!

Bulmacadaki tüm kelimeleri bulduktan sonra, geriye kalan harfleri en üstteki satırdan başlayarak soldan sağa birleştirin ve gizli cümleyi bulun!!

B	Y	A	E	N	D	P	P	F	İ
O	C	Y	M	U	I	Y	İ	L	L
N	D	G	M	İ	A	R	R	O	H
P	N	İ	E	D	K	T	G	R	M
G	L	İ	E	R	O	A	Ş	A	A
K	E	S	K	Y	Y	T	S	G	Y
Ö	P	N	R	O	L	C	S	İ	A
A	Ü	A	N	Ü	T	Z	D	E	N
C	K	E	S	U	Ş	P	O	4	S
Ö	L	G	R	A	M	S	O	U	N

GİZLİ CÜMLE:

□□□□ □□□□□ □□□ □□□ □□□□□□□□□□□ □□□□□.

KLİMUD İş Başında

14 Aralık
2018
ANKARA

Laboratuvardan Kliniğe
Gastrointestinal Sistem Örneklerine Yaklaşım

Tıbbi Entomoloji Kursu
05-06-07 Ekim ANKARA

Mantar Enfeksiyonlarında Tanı, Tanımlama ve Antifungal Duyarlılık Testleri Kursu
06-07 Aralık 2018 ESKİŞEHİR

KLİMUD İş Başında

Laboratuvar Tanı Algoritmaları ve Olgu Sunumları ile Yaşanan Sorunların Tartışılması

07 Aralık 2018 ANTALYA

KLİMUD ANA IIF DIŞ KALİTE DEĞERLENDİRME PROGRAMI

BAŞLADI

Tıpta Uzmanlık Kurultayı

08 ARALIK İZMİR

Tıbbi Laboratuvarlarda Olgularla Risk Değerlendirilmesi

30 Kasım 2018 ADANA

KLİMUD İş Başında

Bölge toplantılarımızda ve kurslarımızda ev sahipliği yapan kurumlara, verdikleri destek için kurum yetkililerine ve bölge temsilcilerimize teşekkür ediyoruz.

21-22 Aralık 2018 İZMİR

Laboratuvardan Kliniğe Antibiyotik Duyarlılık Testleri ve Direnç Mekanizmaları Kursu

Otoimmün Hastalıklarda Tanı Yöntemleri Kursu
24-25 Kasım 2018 ANKARA

Birlikte güçlüyüz

Etkinlik Takvimi

Yaklaşan Etkinlikler

The SMi 8th Annual Pharmaceutical Microbiology Conference

21-22 Ocak 2019, Londra, İngiltere

The IRES - 455th International Conference on Food Microbiology and Food Safety (ICFMFS) 08-09 Mart 2019, Girit, Yunanistan

International Conference on Advanced Microbiology and Research

11-12 Mart 2019, Berlin, Almanya

Annual Superbugs and Superdrugs Conference

18-19 Mart 2019, Londra, İngiltere

e -BÜLTEN

Yıl: 2019/Sayı:1

Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği

(KLİMUD) adına

Sahibi

Berrin Esen

İletişim Adresi:

KLİMUD

(Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği)

Meşrutiyet Caddesi, Kültür Apartmanı

No:38/15 Kızılay, ANKARA

E-posta:klimud@gmail.com

Telefon/Faks: 0 312 230 78 18

Yayın Kurulu

- **Alper Akçalı**
- **Cenk Mirza**
- **Yüce Ayhan**

Teknik Destek / Düzenleme

- **Pelin Eşber**
- **Plexus Bilişim**

Bültende yayınlanmasını istediğiniz yazı ve görsellerinizi

klimud@gmail.com

adresine gönderebilirsiniz