Başkan'dan

Yılardır sağlık sistemimizin her yerinde her koşulda hizmet sunan, kendine verilen her işi tüm ciddiyetiyle yapan, hasta olan olmayan herkesle dost, özverili, sağlık sisteminin temel taşları pratisyen hekim arkadaşlarımı genel pratisyen dergimizin 15. sayısıyla bir kez daha selamlıyorum.

Evet biz pratisyen hekimler yıllardır ülkemizin her yerinde, her kurumunda hizmet sunuyoruz. Bizler her zaman her istenilen yerde, her verilen görevde yer aldık. Bugün acillerde, ambulanslarda, kurumlarda, belediyelerde, işyerlerinde, diyaliz ünitelerinde bizler varız. Sağlık ocaklarında, Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinde, Verem Savaş Dispanserlerinde, pilot illerde aile hekimliklerinde, Toplum Sağlığı Merkezlerinde bizler varız. İdarecilerin çoğu pratisyen hekim. Özel sektörün pek çok yerinde, sigorta sisteminde, evde bakım hizmetlerinde ve sayamadığım pek çok yerde bizler varız.

Bugün çalıştığımız yer çoğumuz için değişebilir, ertesi gün yerlerimiz, rollerimiz değişebilir. Ama unutmayalım tek değişmeyen değerimiz pratisyen hekimliktir. Bu duygu ve düşünceyi hepimizin taşıdığını düşünüyorum.

Pratisyen Hekimlik Derneğinin kuruluş amacı; Genel Pratisyenliğin toplumda ve tıp ortamnda özgün bir mesleki disiplin olarak benimsenmesini sağlamak için çalışmak ve pratisyen hekimlerin mesleki, bilimsel ve sosyal sorunlarının çözümüne katkıda bulunmaktır. Çağdaş sağlık anlayışımın gerektirdiği ekip çalışmasına dayalı, bütüncül sağlık hizmetinin gereklerini yerine getirecek, genel bütçeden finanse edilen ücretsiz bir sağlık sistemini savunmaktadır.

Sağlık sistemimizin temel taşları olarak yaptıklarımızın değerini biz çok iyi biliyoruz. Ama bilmeyenlere karşı diyecek birşeylerimiz de olmalı. Çalıştığımız kurumlar farklı farklı olabilir, hepimizin farklı öncelikleri ve sorunları olabilir. Ancak ayrı ayrı yaptığımız her şey bizi birbirimizden uzaklaştıracaktır.

Bizler bir mesleki disiplinin parçalarıyız. Bu mesleki disiplini ortak paydamız yapmak zorundayız. Tek yürek, tek vücut olmalıyız. Hepimiz bu vücudun ahenk içinde çalışan parçalarıyız. Birimizin sorunu tüm vücudu rahatsız etmelidir. Hepimizin gücü ise tüm sorunlarımızı yok edecek büyüklüktedir.

Pratisyen hekimliğin hak ettiği değeri bulduğu, birlik ve beraberlik içinde, sağlık ve başarı ile dolu bir yıl dileğimle.

Dr. Rıdvan YILMAZ

Pratisyen Hekimlik Derneği

Genel Başkanı

başkan'dan

içindekiler

04 Pratisyen Hekimlik Kongresi

08 PHD Yönetim Kurulu Toplantısı

9-15 Şube etkinlikleri

16 Ankara Şubesi Etkinlikleri

20 Birinci Basamakta
Yine ve Yeniden Birlikteliğe
Dr. Hasan Değirmenci

22 Hill-Bone Hipertansiyon Tedavi

23 Birinci Basamaksız Pandemi İzlenilemez
Yönetilemez, Planlar Başarılı Uygulanamaz!
Dr. Ali DEMİRCAN

26 Toplum Bağışıklığı mı? Bireysel Yarar mı?
Doç. Dr. Pınar AY

29 Pandemik H1N1
Sorunu ve Ülkemizde Durum
Prof. Dr. Selim BADUR

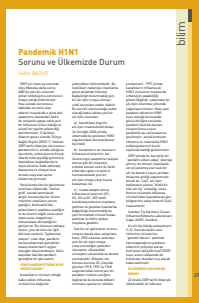
37 TTB Pandemik Influenza A H1N1v
İzleme Kurulu
Prof. Dr. Feride Aksu Tanık

38 İnfluenza A H1N1 v (Domuz Gribi)
Pandemisi Epidemiyoloji ve Yanıt
Doç.Dr.Muzaffer ESKİOCAK

46 Kafa Travmalarının Değerlendirilmesinde
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
Op. Dr. Tayfun Hakan

22

26

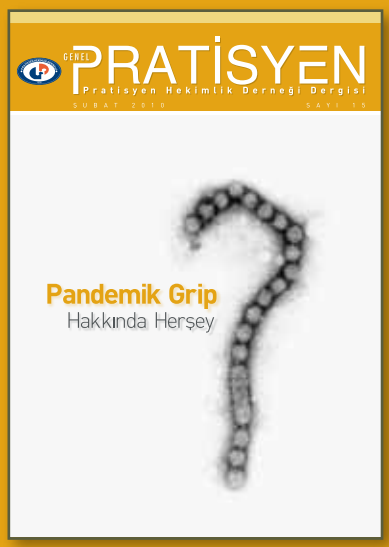


29

37

38

46



PHD Adına İmtiyaz Sahibi
Rıdvan Yılmaz

Editörler
Dr. Rıdvan Yılmaz
ridvangenpr@yahoo.com
Dr. Ali Demircan
Grafik Tasarım ve Baskı
Ege Basım
0216 470 4 470
www.egebasim.com.tr

Yayın Kurulu

Dr. **F. Aytuğ Balcıoğlu**
Ankara / 0533 346 69 02
aytugfatma@yahoo.com

Dr. **Sema İlhan**
İzmir / 0555 301 20 04
semailhanakalin@yahoo.com

Dr. **Ali Demircan**
İstanbul / 0542 237 38 61
ferrocan66@yahoo.com

Dr. **Remzi Karşı**
Samsun / 0555 226 46 53
remzikarşi65@yahoo.com

Dr. **Bülent Önder**
Tekirdağ / 0532 417 23 96
bulent.onder@veezy.com

Dr. **Recai Aldemir**
Diyarbakır / 0533 631 73 04
aldemirrecai@yahoo.com

Dr. **Kadir Karakaya**
Adana / 0532 350 52 17

www.phd.org.tr

Editörden

Editörden

11 Haziran 2009 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından Pandemi ilanına neden olan Pandemik İnfluenza A (H1N1)v olarak isimlendirilen virüs nedeni ile dünya genelinde sağlık ortamlarında çok ciddi bir tartışma yaşanmıştır. Özellikle bu sürece yönelik tartışmalar çeşitli kutuplar arasında gerçekleşmiş önceleri konunun çok abartıldığı ile çok önemli olduğu aralığında yapılan tartışmalar sonrası sağlık politikalarının ve uluslar arası kuruluşların tartışıldığı bir sürece geçilmiştir. Bu süreçte hastalığın etkinliğinin artması, ölümlerin olması işleri biraz daha karmaşıklaştırırken, antiviral - antibakteriyel ilaç tedavisi önerilerinden tutunda , geleneksel korunma ve tedavilerine kadar bir çok yöntem tartışılmış ve aslında bildiğimiz kadarı ile en kolay, en ucuz ve en etkin koruyucu yöntem olan aşı geliştirilene kadar da bu süreç sürmüştür. Sonraki süreçte aşının geliştirilmesi ve uygulanmaya başlanması sırasında da tartışma tamamen aşı odaklı olmuş ve bu konuda ilgili ilgisiz bir çok bilim insanı ile beraber konu hakkında hiçbir bilgi ve birikimi olmayan insanlarda (politikacılar, çeşitli meslek gruplarından insanlar v.b.) konu hakkında hükümlerde bulunmuşlar ve herhangi bir kanıta dayandırmadan bilinmeyen üzerinden tartışmışlar ve toplum da ciddi bir gerilim yaşanmasına ve tedirginliklerin artmasına katkıda bulunmuşlardır.

İnsan vücudu enfeksiyonlara karşı antikorlar oluşturarak mücadele eder, hiç kuşku yok ki pandemi olsun veya olmasın enfeksiyon hastalıklarına karşı en ucuz, en etkin ve en kolay korunma yolu aşıdır. Topluma yönelik bu tip süreçlerde ona en yakın kurumların aktiflenmesinin ve ona kolaylıkla ulaşabilecek birimlerin ve çalışanlarının sürece dahil edilip donanımın sağlanmasının da başarıya ulaşmada ki önemini de yine daha önceki deneyimlerimizden biliyoruz.

DSÖ, ECDC v.b. uluslararası kabul edilirliği olan kuruluşlarca yapılan uyarılara hızla yanıt veren Sağlık Bakanlığı ne yazık ki daha sonraki süreçte olayın siyasallaşmasının önüne geçememiştir. Bunun yanında kendisine bağlı etkin birinci basamak örgütlenmesini de yeterli ve etkin kullanmamış ve hatta aşılar gelene kadar geçen süreçte buna yönelik bir çalışma takvimi-yol haritası oluşturmamış ve konuyu ikinci üçüncü basamak sağlık hizmetleri üzerinden tedavi edici uygulamaları arttırarak çözebileceği yanılgısına düşmüştür. Ayrıca Bakanlığın bu tutumu zaman içinde toplumdaki (sağlık çalışanı olsun, olmasın) algıyı değiştirmiş ve çeşitli çevrelerce bilimsel gerçeklerden uzaklaşılarak bireysel tercihler üzerinden tartışılmasına ve hatta fanatik takım taraftarlığı gibi davranışlar sergilenmesine neden olmuştur.

Bu yaşanan pandemi sürecinde yaşanan deneyimlerden yola çıkılarak , böylesi dönemlere daha hazırlıklı olmak için hem sağlık otoritelerinin hem de meslek örgütlerinin yeniden çalışmalar yapması gerekmektedir. Bu çalışmalar içinde olmazsa olmaz olan verilerin ilgili kuruluşlarla (üniversiteler, meslek örgütleri, bilimsel dernekler v.b.) paylaşmak ve bunların değerlendirilmesinde ortak hareket etmesi de bir zorunluluktur. Kayıpları en aza indirecek çalışmalar da ancak ve ancak ilgili kurumlarla bir araya gelerek yapılabilir.

Bizler, kızamıktan, difteriden, tetanozdan, çocuk felcinden çocuklarını kaybeden, çocukları sakat kalan, kızamığa ağıtlar yazan bir toplumdan bu günlere geldi isek bu birinci basamak sağlık hizmetlerini veren sağlık çalışanlarının (hekim ve hekim dışı sağlık personelinin bütünü) süreci benimseyen ve içinde bulunduğu toplumla paylaşan, içten ve özverili çalışmaları ile olmuştur.

Dr. Ali DEMİRCAN

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

14. Pratisyen Hekimlik Kongresi'nin ardından

Pratisyen Hekimlik Derneğinin, Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimlik Kolu ve TTB Genel Pratisyen Enstitüsü ile ortaklaşa düzenlediği Pratisyen Hekimlik Kongresi'nin 14. sü 28 Ekim – 1 Kasım tarihleri arasında Antalya'da düzenlendi.

Bu yıl "Toplum sağlığı, iyi hekimlik ve mesleki geleceğimiz için hep birlikte! Hep beraber! Ticaret değil sağlık hizmeti" ana temasıyla düzenlenen kongrede her zamankinden daha düşük olan katılımcı sayısına rağmen oturumlara katılma oranının yüksekliği dikkat çekiciydi.

Türkiye'nin her bir bölgesinden bir araya gelen 45 kişilik düzenleme kurulu ve 25 kişilik bilimsel danışma kurulumuzun bir yıla yakın sürdürdükleri çalışmalarıyla meydana getirilen kongremizde; Alana yönelik mesleki ve bilimsel 6 kurs, 32 bilimsel oturum gerçekleştirdik. Çok sayıda serbest bildiri alanın geliştirilmesine önemli katkı sağladı. Dia gösterileri, resim sergisi, ödüllü film gösterimi, söyleşiler ve Suavi konseri ile hepbirlikte kongre sosyal ortamını paylaştık.

Adli Rapor Düzenleme Kursu, Birinci Basamakta EKG Kullanımı Kursu, Birinci Basamakta Etkin Laboratuar Kullanımı Kursu, Kronik Hasta Tedavi Yönetimi Kursu, Birinci Basamakta Küçük Cerrahi Girişimleri Kursu ve Birinci Basamakta KOAH ve Astım Hastalarında Akılcı Takip – Spirometri Kullanımı Kursları ile start alan kongremiz akşam yapılan açılış kokteyli ile de hem sosyal programın, hem de bilimsel programın kongre süresince ne denli doyurucu olacağının sinyallerini verdi.

Kongre'de günceli yakalamak adına son anda yer açtığımız "Pandemik Grip; Influenza AH1N1" oturumu ile "Aile hekimliği pilot uygulamalarında son durum" oturumları tüm salonun doluluğuyla hayli ilgi çeken oturumlar oldu. "Türkiye'de Pratisyen Hekim istihdamı ve emeğin değerlendirilmesi" ve "Türkiye'de sağlık alanında yaşananların birinci basamak sağlık hizmetlerine etkisi" oturumları mesleki disiplinimize ait sorun ve önerilerin ortaya konulduğu önemli oturumlardı. Mesleki eğitim oturumu, birinci basamak için uzmanlık eğitiminin bugünkü durumu ve geleceğinin konuşulduğu diğer önemli tek zamanlı oturumdu.

Mesleki pratiğimize yönelik pek çok klinik konuyu hatırladık, tartıştık, önerilerimizi paylaştık. Hipertansiyon, Adolesanlarda sık karşılaşılan sorunlar, Gebe izlemi ve tarama testleri, Gıda güvenliği, Çocuğum büyüyor mu? 0 – 10 yaş beslenmesi, Birinci basamakta saç dökülmelerine yaklaşım, Menopoz, Diyabette izlemde önemli noktalar, Sporcu raporları, Obezite ve kilo verme Birinci Basamakta obezite ve kilo kontrolü, Birinci Basamakta depresyon ve anksiyete bozuklukları, Su ve sağlık, Hekimlerin tükenmişlik durumları ve Bağışıklama kongremiz oturumlarının bazılarıydı.

Kongremiz için emeği geçen tüm düzenleme kurulumuzun, bilimsel danışma kurulumuzun, kongre sekretaryamızın, poster sunan, sözlü bildiri yapan, mesleklerine ve mesleki geleceklerine sahip çıkarak katkı sunan tüm meslektaşlarımızın, sponsorluklarıyla katkı sunan ilaç sektörü yetkililerinin eline, emeğine, yüreğine sağlık derken 15. Kongremizde buluşmak ümidiyle herkese sevgi ve saygılar sunarız.

14. PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ SONUÇ BİLDİRGESİ

14. Pratisyen Hekimlik Kongresi'ni 28 Ekim - 1 Kasım 2009 tarihleri arasında; "İyi Hekimlik Toplum Sağlığı ve Mesleki Geleceğimiz İçin Hep Birlikte Hep Beraber; Ticaret Değil Sağlık Hizmeti" temasıyla Antalya'da gerçekleştirdik. Kongremizde 49 ilden 600'ün üzerinde meslektaşımızla bir arada olduk.

Alanın tek bilimsel kongresi olan Pratisyen Hekimlik Kongreleri'nde, bilindiği üzere sadece bilimsel gelişmeler değil sağlık politikaları ve Türkiye sağlık ortamı da tartışılmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanı'nın ve Bakanlık yetkililerinin kongremize katılımını önemsemekteyiz. Fakat tüm davetlerimize rağmen açılışa Sayın Bakan katılmadığı gibi alanın önemli sorunlarından biri olan istihdam, hekim emeği ve mesleki eğitimine ait sorunların konuşulacağı mesleki oturumumuza da yetkili konuşmacı göndermeyen Sağlık Bakanlığı'nın bu tutumunu birinci basamağa verdiği önemin göstergesi olarak değerlendiriyoruz.

Kongremizde alanımıza yönelik mesleki ve bilimsel 32 oturum ve 6 kurs gerçekleştirdik. İl Sağlık Müdürlüklerinin anlamsız şekilde kurumlarımızda yaptığımız hizmetlere ait verileri kullandırmama tavırları nedeniyle bilimsel araştırma yapma özgürlüğümüz belirgin düzeyde kısıtlanmış olsa da; sınırlı olanaklarımız ile alan da çalışan arkadaşlarımıza ait 15 poster ve 8 sözlü bildiri ile sesimizi duyurmaya çalıştık.

Doğumdan ölüme hayatın her döneminde, yaşama dair her müdahalede kendine ulaşılmasına gerek duymadan sorumluluk alan pratisyen hekimler, bu kongrede bilgilerini paylaştılar, becerilerini arttırdılar ve sağlık hakkına, mesleki geleceğimize dair mücadeleden geri dönmeyecekleri şeklindeki tutumlarını perçinlediler.

Sağlıkta dönüşüm programı ile pratisyen hekim istihdamında çok önemli değişimler yaşanmaktadır. Sözleşmeli çalışma, taşeron şirket çalışanı olma, hizmet akdi ile çalışma gibi güvencesiz istihdam ağırlık kazanmıştır. Emeğin değerlendirilmesinde performans üzerinden döner sermaye uygulaması ekip çalışması ve iş barışı önünde ciddi bir engel olarak durmaktadır. Esnek çalışma sistemde pratisyen hekimlerin iş yükünü arttırmaktadır. Güvencesiz çalışma, güvencesiz ücret pratisyen hekimlerin gelecek kaygısını arttırmakta ve mutsuz etmektedir. Bunun da en önemli çıktısı mesleki değersizleştirme ve yalnızlaşmanın yaşanmasıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın ana ve çocuk sağlığı alanlarının yetkin temsilcileri ile sorunlarımızı konuştuk. Güvenli annelik konusunda Sağlıkta Dönüşüm Programının en büyük tehlikeyi oluşturduğu, aile hekimliği pilot illerinde kayda geçmiş kişiler üzerinden değerlendirmeler ile sorun yokmuş gibi sunulmasına rağmen, hasta listeleri üzerinden hizmet verilmesi nedeni ile sistem dışında olan, yani saha çalışmalarının yürütülememesi nedeniyle tespit edilmeyen riskli bir grubun varlığına dikkat çektik.

İşçi sağlığı - güvenliği hizmetlerinin taşeronlaştırılması, piyasalaştırılmasına ve kamusal hizmet niteliğinin ortadan kaldırılmasına karşı durmaktayız. Bu şekilde koruyucu işçi sağlığı uygulamalarımızın sadece tedavi edici hizmetlere geriletilmesini kabul edemeyiz. İşyeri hekimliği eğitimleri taşeronlar eliyle sunulamaz, piyasalaşması kabul edilemez.

TTB GPE tarafından 10 yıldan beri pratisyen hekimlere yönelik yürütülen mesleki eğitimin, hekimlerin ve toplumun gereksinimlerini karşılayan özgün bir örnek olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen aile hekimliği birinci ve ikinci aşama uyum eğitimleri içerik, yöntem ve süre açısından "mesleki eğitim" değildir. Reformların yürütüldüğü bu ülkeler arasında en kısa eğitimin ülkemizde yürütülüyor olması talihsizliktir.

İnsan sağlığını korumak önceliğiyle biz pratisyen hekimler, gıda güvenliğini, dolayısıyla insanın sağlıklı kalma hakkını yok sayan tüm uygulamaların ve özellikle genetiği değiştirilmiş organizmalarla ilgili yasal düzenlemelerin geri çekilmesini talep ediyoruz. Bu konuda kongremizde bir imza kampanyası da gerçekleştirilmiştir.

Yine insan yaşamının en önemli gereksinimi olan suyun ticarileştirilmesi ve dolayısıyla suya ulaşımı engelleme yönündeki insanı hiçe sayan politikalar derhal durdurulmalıdır. Bizler su kaynaklarımızın korunması ve eşit, adil ve ücretsiz kullandırılması konusunda takipçi ve ısrarcı olacağız.

Bağışıklama konusunda plansız programsız ve öngörüsüz uygulamaların tüm uyarılarımıza rağmen devam ettiğini görmek bizleri derinden etkilemektedir. Sadece aile hekimliği pilot uygulaması yürütülen 33 ilde yapmak gibi

garip bir yöntemle uygulanan kızamıkçık aşı programının istenmeyen sonuçlarını üzüntüyle izledik. Bağışıklama konusunda, uygulayıcısı olan biz pratisyen hekimlerin de karar süreçlerinde yer almamızın sağlanmasını istiyoruz.

Kardiyo-serebro-vasküler olay sonrası eve bağımlı kalmış hastanın takibi, ülkemizde giderek artan bir sağlık sorunu olduğu kadar aynı zamanda sosyal bir sorundur. Kendi haline bırakılmış bu soruna bir an önce çözüm bulunmalı, ticari şirketler üzerinden kısmi çözüm arayışları yerine biran önce birinci basamak sağlık hizmetleri yönetiminde sektörler arası işbirliği ile çözüm yoluna gidilmelidir.

Sporcu sağlığı koruyucu hekimlik uygulamaları ile geliştirilip sürdürülebilir bir kavramdır. Ülkemizde sporcu muayeneleri ve raporlamaları konusunda farklı uygulamalar ve belirsizlikler mevcuttur. Bu konuda tüm tarafların bir araya gelerek, standartları belirlemesi ve rehberler oluşturması gerekmektedir.

Aile Hekimliği Pilot illerinde yapıla gelen uygulamaların takipçisi olmaya devam ediyoruz, Zor şartlara rağmen aile hekimliği sürecini değerlendiren bilimsel çalışmalarla tespitlerimizi ortaya koyuyoruz. Binlerce pratisyen hekim arkadaşımızı iş güvencesinden yoksun bırakan, birinci basamak sağlık hizmetlerini parçalayan Aile Hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılmasına son verilmesini ve bilimsel tarafsız kurumlarca dönüşümün uygulandığı illerde araştırma yapılmasına izin verilmesini talep ediyoruz.

Kongremizde, şu anda tüm dünya ile birlikte ülkemizin önemli bir halk sağlığı problemi haline gelen Pandemik İnfluenza A H1N1 (Domuz Gribi) hakkında, sağlık çalışanları olarak medya aracılığı ile Sağlık Bakanlığı'ndan bilgi almak yerine, alanının yetkin isimleriyle bilimsel bir tartışma ortamı yarattık. Bu salgın bize bir kez daha gösterdi ki, kendi ulusal aşı üretim mekanizmalarınızı oluşturmaz iseniz halk sağlığınızı dışa bağımlı ve belirsizliğe terk etmiş olursunuz. Bu toplantımızı basın kuruluşlarının takip etmesine olanak sağlayarak halkımızın da doğru bilgiye ulaşmasına katkı sunduk.

Sağlığı piyasalaştıran sağlıkta dönüşümün ve bu kapsamda birinci basamağın özelleştirilmesi sürecinin, toplum sağlığını olumsuz etkileyeceği, iyi hekimlik uygulamalarından uzaklaştıracağı, halkın sağlık hakkını elinden alacağı görüşlerimizi yineliyor ve yetkililere bir kez daha sesleniyoruz; Bu yanlıştan dönebilmek mümkündür, bu yıkımı bir an önce durdurun.

İŞGÜVENCESİ, EKİP ÇALIŞMASI, BÜTÜNCÜL SAĞLIK HİZMETİ İÇİN SAĞLIK OCAĞI,

ONURUMUZ; EMEĞİMİZ; EĞİTİMİMİZ İÇİN GENEL PRATİSYENLİK,

İYİ HEKİMLİK TOPLUM SAĞLIĞI VE MESLEKİ GELECEĞİMİZ İÇİN HEP BİRLİKTE HEP BERABER; TİCARET DEĞİL SAĞLIK HİZMETİ

Pratisyen Hekimlik Derneği
TTB-Pratisyen Hekimler Kolu
TTB-Genel Pratisyenlik Enstitüsü

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

PHD Genişletilmiş Yönetim Kurulu Toplantısı

Pratisyen Hekimlik Derneği Genişletilmiş Yönetim Kurulu Toplantısı 05.12.2009 günü İstanbul'da yapıldı.

Toplantıda şube faaliyetlerinin sunumunu takiben alana yönelik genel sorun başlıkları ve dernek ana faaliyetleri görüşülerek geleceğe ilişkin kararlar alındı.

GYK DA ALINAN BAZI KARARLAR ŞUNLARDIR;

Çalışma grupları ile ilgili olarak;

- Mesleğimizle ilgili her konuda dernek görüşü oluşturmak ve materyal hazırlamak üzere dernek çalışma gruplarının oluşturulması, mevcut olanların daha aktif çalışmasının sağlanması amacıyla çalışmaların hızlandırılması, çalışma yönergelerinin oluşturulması, konu başlıklarına uygun ilgili tüm pratisyen hekimlerin çalışma grupları içinde yer almaları için aktif çalışma yürütülmesi,

- Bağışıklama konusunda bir çalışma grubu oluşturulmasına, her yıl bu konuda bir rapor hazırlanıp tıp ortamı ve kamuoyu ile paylaşılması.

STE ETKİNLİKLERİ İLE İLGİLİ OLARAK;

- Dernek web sitesine şube etkinliklerinin düzenli gönderilmesi ve web sitesinin daha aktif kullanılması

- GDO ve beslenme ile ilgili bir dernek kitapçığının oluşturulması,

- Bir yıllık STE etkinlik planının hazırlanarak tüm şubelerle ve üyelerle paylaşımının sağlanması ve dernek web sitesi üzerinden duyurulması

- Şubelerin sadece merkez illerde değil bağlı tüm illerde STE etkinlikleri düzenlemeleri

- Mesleki pratiğimiz içinde ön plana çıkan spesifik konularda bölgesel sempozyum, kurs vb organizasyonlar yapılması, özellikle içeriklerde çakışma olmaması için planların merkezi düzeyde paylaşılarak şubeler arası iletişimin sağlanması

- Kurslarımızın daha yaygın ve farklı illerde yapılması,

- Kurs eğitici sayımızın arttırılması

PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ İLE İLGİLİ OLARAK;

- 15. Kongre kurullarının oluşması, yer ve zaman tayininin yıl içinde tamamlanması, en geç Ocak ayı içinde birinci duyurunun çıkarılması

- Birinci basamağın farklı birimleri için kapsayıcı bir organizasyon içinde olunması

- Pratisyen Hekimlik Derneğinin tüm birinci basamak hekimleri için çatı örgüt olduğunun pratisyen hekimlere daha aktif şekilde anlatılması

AH PİLOT BÖLGELERİ İLE İLGİLİ OLARAK;

- Aile Hekimliği pilot illerde aile hekimliği pozisyonunda, toplum sağlığı merkezinde, acilde vb konumda çalışan tüm pratisyen hekimlerin ziyaret edilmesi, ortak ste etkinlikleri düzenlenmesi

- AH = GP olduğu, birinci basamak hekimleri olarak tüm pratisyen hekimlerin sorunlarının ortak olduğu; çalışma koşulları, mağduriyetler, sorunlar vb konularda bilgi alınması, mevcut sorun ve sıkıntıların ortaya çıkarılarak bir rapor hazırlanması, çözüm arayışlarında öncü olunması kararları alınmıştır.

PHD Ankara Şubesi Etkinlikleri

Pratisyen Hekimlik Derneği Ankara Şubesi olarak çalışmalarımıza hız kesmeden devam ediyoruz. Şube seçimleri bittikten sonra ilk olarak Kurum Hekimlerinin sorunlarına değinmek istedik. Aile Hekimliği ve Tam Gün tartışmaları hekimlerin tümünde olduğu gibi pratisyen hekimler arasında da alana, mesleğe ve geleceğe dair kaygılar yaratmaya devam ediyor. Özellikle aile hekimliği pilot uygulaması henüz başlamamış illerdeki meslektaşlarımızın "ne yapacaklarına dair" sıkıntıları had safhaya ulaşmış durumda. İşte tam da bu dönemde meslek örgütlerine gereksinim çok artıyor. Ankara Şube olarak Ankara Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu ile ortaklaşa Kurum, Belediye, 112, Acil ve Mediko Hekimlerinin sorunlarına eğilmeye karar verdik.

İlk olarak 23 Mayıs 2009 tarihinde Kurum Tabipleri Forumu düzenledik. Foruma katılım da ilgi de çok oldu. Toplantı sonucu Kurum Tabipleri Raporu hazırlandı. "kurumtabipleri@googlegroups.com" haberleşme grubu oluşturduk. Şu anda tüm ülkeden toplam 450 üyesi var; aktif bir şekilde yazışmaya ve birbirimizin sorunlarıyla ilgilenmeye devam ediyoruz. Ekipler oluşturarak Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yrd. Adnan Çınal, TSH Müdür Yrd. Halil Ekinci ve Fehmi Aydınlı ile kurum tabiplerinin sorunlarını görüşüp hazırladığımız raporu sunduk. Müsteşar ve tüm Müsteşar Yardımcılarına, TSH Genel Müdürü ve Müdür Yardımcılarına da raporumuzu ilettik. TBMM Sağlık Komisyonu üyeleri Cevdet Erdöl, Rüstem Zeydan, Kemalettin Aydın, Mehmet Domaç, Tekin Bingöl ve Lokman Ayva ile görüştük ve tüm üyelere hazırladığımız dilekçeyi faksladık ve raporumuzu sunduk. CHP'nin Tam Gün konulu grup toplantısına katıldık ve Kemal Kılıçdaroğlu, Ali Arslan ve Nesrin Baytok'a raporumuzu sunduk. MHP Başkanı Devlet Bahçeli ile görüşüp raporumuzu sunduk. Alanımızın dergisi STED'te, ATO-Hekim Postası'nda, Medimagazin'de, Sağlık Aktüel'de söyleşilerimiz ve raporumuz çıktı.

Ankaralı tüm belediye sağlık çalışanlarına çağrı yaptık ve 6 Haziran 2009 tarihinde de Belediye Sağlık Çalışanları Forumu düzenledik. Toplantı sonu bir rapor hazırladık; "belediyesaglikcalisanlari@googlegroups.com" kurduk. 112 hekimlerine çağrı yaptık ve 19 Aralık 2009 tarihinde "112 hekimleri sorunlarını konuşuyor" forumu düzenledik. Alanda yaşanan tüm sorunları ve çözüm önerilerini, alanda çalışan hekimlerimizle konuşma ve tartışma olanağı bulduk. Konu ile ilgili raporu yakında yayınlayacağız.

Hacettepe ÜTF Tıp Eğitimi ve Bilişim Anabilim Dalı ile ortaklaşa 2 temmuz 2009'da Ankara'da, 28 ekim 2009'da Antalya-14. Pratisyen Hekimlik Kongresinde olmak üzere 2 kere "Kronik Hasta Tedavi Yönetimi Kursu" düzenledik.

Şubemize bağlı olan Eskişehir ilinde de eğitim etkinliklerimiz sürüyor. 12 ve 13 aralık 2009 tarihlerinde diğer şubelerimizden Hayati, Hamit, Alp Tunga ve ..... nin katılımıyla EKG Kursu düzenledik.

Önümüzdeki dönemde diğer uzmanlık dernekleri ve üniversitelerle ortaklaşa geçen sene başlattığımız "Ankara Pratisyen Hekim Eğitim Günleri"ne devam etmek istiyoruz. İlk olarak Türkiye Psikiyatri Derneği ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ile ortaklaşa "Birinci Basamakta Ruh Sağlığına Yaklaşım Sempozyumu"nu 12-13 Şubat 2010'da gerçekleştireceğiz. İkinci olarak da Türk Ulusal Allerji ve İmmünoloji Derneği ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ile beraber "Birinci Basamakta Alerjik Hastalıklara Yaklaşım Sempozyumu"nu 27-28 Mayıs 2009'da yapacağız. Yine aynı dernekle bir alan çalışması yapmayı planladık. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan pratisyen hekimlerin alerjik hastalıklar karşısında bilgi ve tutumlarını değerlendirecek bu çalışmayı Ankara Sağlık Müdürlüğü'nün işbirliğinde tüm Ankaralı hekimlere yapacağız. Her sene olduğu gibi bu sene de 6-7 Mart 2010'da yapılacak Gazi İç Hastalıkları Günlerinin 8.sine Ankara Şube olarak katkı sunuyoruz.

Eskişehir ilinde Nisan sonlarında Küçük Cerrahi Girişim Kursu düzenlemeye karar verdik.Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici ve Saha Eğitimlerine devam etmeyi düşünüyoruz. Ocak ayında duyuracağımız yıllık eğitim programında da alanın gereksinimleri göz önünde bulundurmaya özen göstereceğiz

PHD İstanbul Şubesi Etkinlikleri

Pratisyen Hekimlik Derneği İstanbul Şubemiz 2009 yılı boyunca düzenlenen etkinlikler aşağıda özetlenmiştir.

3 Nisan 2009 tarihinde Kadıköy Büroda CPR Kursu düzenlendi ve katılımcılar sertifikalandırıldı.

16 Nisan 2009 tarihinde Dr. Naciye DEMİREL'in Oturum Başkanlığında, Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (İstanbul Ün. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları AB) ve Dr. Elif AKDENİZ'in konuşmacı olduğu "Anne Baba Bacağım Ağrıyor!" konulu eğitim semineri düzenlendi.

14 Mayıs 2009 tarihinde düzenlenen "I. Basamakta Sağlam Çocuk (0 - 1 Yaş) Muayenesi Bakım ve Takibi" konulu seminerin konuşmacısı

Prof. Dr. Yıldız PERK oldu. (İstanbul Ün. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı AB)

17 Mayıs 2009 tarihinde İstanbul Tabip Odası Kadıköy Büroda genişletilmiş üye toplantısı ve kahvaltı düzenlendi.

19 - 20 Haziran 2009 tarihinde Kadıköy Büroda EKG Kursu yapıldı.

15 Ekim 2009 tarihinde düzenlenen "Domuz Gribi Genel Bilgilendirme Toplantısı"nın konuşmacısı Prof. Dr. Selim BADUR oldu. (İstanbul Ün. İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı)

28 Ekim – 1 Kasım 2009 tarihleri arasında 14.Pratisyen Hekimlik Kongresine katılım gerçekleştirildi.

19 Kasım 2009 tarihinde konuşmacılığını Haydarpaşa Numune Eğ. Ve Arş. Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniğinden Op Dr. Tayfun HAKAN'ın üstlendiği "Birinci Basamakta Kafa Travmalarına Yaklaşım" konulu eğitim semineri düzenlendi. Katılımcılar seminerin tekrarının yararlı olacağı yönünde görüş dile getirdiler.

5 Aralık 2009 tarihinde GYK toplantısına katılım gerçekleştirildi.

PHD İstanbul Şubesi ve İTO İşyeri Hekimliği Kolu'nun birlikte düzenlediği "Anne Baba Karnım Ağrıyor!" konulu Perşembe Buluşması 17.12.2009 tarihinde yapıldı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji Beslenme Bilim Dalı Öğretim Görevlisi Prof. Dr. Tufan KUTLU tarafından yapılan sunumda, çocuklardaki karın ağrılarının çoğunun biraz daha iyi sorgulama ve muayene ile 1. basamakta tanı ve tedavilerinin mümkün olduğu vurgusu yapıldı.

Pratisyen Hekimlik Derneği İstanbul Şubesi, İstanbul Tabip Odası İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu tarafından "Pandemik Grip Sürecinde Son Durum 2" konulu panel İstanbul Ün. İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı Öğretim Görevlisi Prof. Dr. Selim BADUR, Marmara Ün. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD Öğretim Görevlisi Doç. Dr. Önder ERGÖNÜL ve Şube Başkanımız ve İşyeri Hekimi Dr. Ali DEMİRCAN'ın katılımıyla düzenlendi.

PHD Samsun Şubesi Etkinlikleri

7–8 Kasım 2009 da Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun Tabip Odası ve Pratisyen Hekimlik Derneği Samsun şubesi katkılarıyla Atakum Marın Otel de birinci basamakta EKG kullanımı kursu düzenlenmiş ve 64 katılımcı katılmıştır.

5-6 Aralık 2009 da OMÜ Kardiloji AD, STO ve PHD Samsun şubesinin ortak organizasyonu ile akut koroner sendromun anlatıldığı bir günlük seminer verilmiştir.

26 Aralık 2009 da Türk Toraks Derneği vePHD Samsun şubesi ile birlikte mesleki akciğer hastalıkları sempozyumu yapılmıştır.

PHD Samsun şubesi olarak 2010 yılı Ocak ayı içinde planlanan eğitim faaliyetleri ise şunlardır;

9 Ocak 2010 Birinci Basamak Psikiyatri günleri

23 Ocak 2010 Endokrinoloji kursu

30 Ocak 2010 Birinci Basamak Kadın Hastalıkları ve Doğum günleri eğitimleri yapılacaktır. Eğitimler Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve PHD samsun şubesi katkılarıyla yapılacaktır.

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

PHD Aydın Şubesi Etkinlikleri

Pratisyen Hekimlik Derneği Aydın Şubesi yeni yönetimi 2009 Nisan ayında görevine başladıBu tarihten itibaren dönem çalışması hedefi olarak üye kayıtlarının yenilenmesi ve eğitim faaliyetlerini benimsedi.

Pratisyen Hekimlik Derneğinin düzenlemekte olduğu kursların bir kısmı Aydında doğdu ve buradan tüm ülkeye yayıldı. Bunun en güzel örnekleri CPR, EKG, Göğüs Radyolojisi ve Laboratuar kurslarıdır. Bu kursların eğiticilerinin bir kısmı şube sınırları dışından olmakla birlikte önemli bir kısmı da şube sınırlarındadır. Bu kursların başka bölgelerde yapılması o bölgelerin eğitim etkinliği olarak görülse de ayni zamanda Aydın şubesinin katılımı ile gerçekleştirilmiş olmaktadır.

14. Pratisyen Hekimlik kongresi çalışmaları da şubemize önemli katkılarda bulunmuştur. Şimdiye kadar Pratisyen Hekim Kongrelerine oturum ve kurs olarak yaptığımız katkılarda temel prensibimizi yine bozmadık. Şimdiye kadar katkı yaptığımız oturum ve kurslara hep farklı oturum başkanları ve farklı konuşmacılar ile katıldık. Bu geleneği yine bozmadık ve yeni kişilerin derneğimiz faaliyetlerine katkı yapmasını sağladık. Bu durum Tabip odası Pratisyen Hekim Komisyonunun daha da genişlemesi ile sonuçlandı.

Bu dönem pek çok ilin geçtiği, pek çok ilin de sırada olduğu!!! Aile Hekimliği eğitimlerinin ilimizde başladığı dönem oldu. Gelecekte diğer illerin yaşadığı sıkıntıların ilimizde de yaşanacağını tahmin ediyoruz.

PHD ANKARA ŞUBESİ ETKİNLİKLERİ

- Aile Hekimliği eğitim toplantıları;
- Tam gün yasası tanıtım toplantıları
- 14. Pratisyen Hekimlik Kongresi
- Kurslar

AILE HEKIMLIĞI EĞITIM TOPLANTISI;

Ekim 2009 tarihinde Aydın'da Aile Hekimliği eğitimlerine başlandı. Eğitimler öncesinde Aydın Tabip Odası ile beraber 10 Ekim 2009 tarihinde Aydında bilgilendirme toplantısı yapıldı.

TAM GÜN YASASI TANITIM TOPLANTILARI;

Tam gün yasa tasarısının neler getireceği ile ilgili Aydın Tabip Odası ile beraber 10 ve 15 Eylül tarihlerinde Didim ve Kuşadası'nda hekimlerle toplantılar yapıldı.

14. PRATISYEN HEKIMLIK KONGRESI;

Kongreye "Akut Troiditler ve Hashimoto" konulu Panel ile katıldık. Panele Dr. Şebnem Özenir Başkan, Dr. Canan Tayşi ve Dr. Hamiyet Yılmaz Konuşmacı olarak katıldı. Konu kongrede oldukça ilgi çekti.

Ayrıca derneğin artık klasikleşmiş kursları olan "Birinci Basamakta EKG Kullanımı Kursu" ve "Birinci Basamakta Laboratuar Kullanımı kursu" ile katıldık. EKG kursunun Eğiticileri Aydın, Denizli, Tekirdağ, Hatay illerinden gelirken, Laboratuar kursunun eğiticilerinin tamamı Aydın'dan idi.

KURSLAR;

Pratisyen Hekimlik Derneğinin hem tanıtımında hem de bilimsel etkinliklerinde kurslar önemli bir yer tutmaktadır. Bu kursların pratisyen hekimlere yönelik olup katılım ücretsizdir. Kursu düzenlemek isteyen dernek şubesi veya tabip odası dernek merkezi ile bağlantıya geçmesi yeterlidir.

Bu çalışma döneminde pratisyen hekimlik kongresi dışında, ilgili şubeler veya odaların katılımı ile aşağıdaki kurslar düzenlenmiştir.

EKG Kursu; 6 Haziran Antakya, 10 Haziran Antakya 11 Haziran Mersin, 19 Haziran Kadıköy, 12 Aralık Eskişehir, 13 Aralık Eskişehir

CPR Kursu; 7 Haziran Antakya, 8 Haziran Antakya, 20 Haziran Kadıköy

Laboratuar Kursu; 13 Kasım Çorlu

Gelecek çalışma döneminde ülke genelinde pek çok kurs da programa alınmıştır.

Yine gelecek dönemde, ilkbahar yada sonbaharda bölgesel eğitim günleri yapılması düşünülmektedir.

PHD Bursa Şubesi Etkinlikleri

Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine bilgilendirme toplantıları

7 Mayıs 2009
7 Temmuz 2009
4 Eylül 2009
6 Kasım 2009

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD'da stajlarını yapan son sınıf öğrencilerine yönelik düzenlenen ve 2 ayda bir yapılan deneyim paylaşımı ve bilgilendirme toplantıları Şube başkanımız Dr. Alper Tunga TÜRKBAYRAK tafarından sürdürülmektedir. Yaklaşık yarım gün süren bu etkinliklerde pratisyen hekimlik, sağlık ocağı, hekim örgütlenmesi, TTB ve yerelde Bursa Tabip Odası, Genel Pratisyenlik ve Enstitü çalışmaları ve tabi ki Pratisyen Hekimlik Derneği ve çalışmaları hakkında bilgi ve deneyim paylaşılmakta ve en geç 1 yıl sonra hekim olarak sağlık ortamına fiilen katılacak olan meslektaşlarımızı zihinsel olarak hazırlanmalarına katkı sunmayı amaçlamaktayız.

YAŞAYAN İLLER ANLATIYOR: AILE HEKIMLIĞI PANELI 23 MAYIS 2009

Bursa Tabip Odası, Pratisyen Hekimlik Derneği ve SES tarafından düzenlenen panel, hekim ve hekim dışı sağlık personelinin yoğun katılımıyla gerçekleşti. 23 Mayıs 2009 Cumartesi günü saat 15'de Baro Evinde gerçekleştirildi. PHD Bursa Şubesi Başkanı Dr. Alper Tunga Türkbayrak'ın moderatörlüğündeki panele konuşmacı olarak Adana Huzurevleri ASM'den Dr. Ömer EŞKİ, Düzce Kaynaşlı TSM'den Dr. Hakan PEHLİVAN ve TTB PHK Başkanı ve TSM hekimi Dr. Hasan DEĞİRMENCİ katıldı. AKP Hükümeti ile gündeme gelen Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ilk Düzce ilinde başlayan ve şu an 33 ilde yürütülen Aile Hekimliği uygulaması, 6-7 Haziran tarihlerinde yapılacak olan yerleştirmelerle Bursa'da da başlamış olacaktı. Eğitimlerin bitmesi tarihlerin açıklanması, pozisyonların ve puanların açıklanması ile il genelinde sağlık çalışanlarında yoğun bir kaygı kendini hissettirdi. Yıllarca birinci basamakta çalışarak bir çok mesleki başarının yaratılmasına katkı sunan sağlık çalışanları, kendilerine zorla dayatılan bu uygulamanın neresinde yer alacaklarına karar vermek zorundaydılar. İşte bu süreçte daha önce yapılan bir çok etkinlikte olduğu gibi bilgilendirme ve doğruyu söyleme işlevini yerine getirmek adına düzenlenen panele her kesimden sağlık çalışanı ilgi gösterdi.

14.PRATISYEN HEKIMLIK KONGRESI 28 EKIM-1 KASIM 2009

Bu yıl yapılan 14. Pratisyen hekimlik Kongresine "İrritabl Barsak Sendromu" isimli oturumla katıldık. Şube Sekreterimiz Dr. Güzide ELİTEZ'in moderatörlüğünde ve Dr. Alper Tunga TÜRKBAYRAK ile Uludağ Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji ABD'dan Prof. Dr. Macit GÜLTEN konuşmacı olarak katıldılar. Birinci basamakta IBS olgularına yaklaşım ve ikinci basamakta yapılabileceklerin irdelendiği oturuma ilgi istenen düzeydeydi. uygulamaya yönelik bilgilerin paylaşıldığı etkinliğin yararlı olduğunu umuyoruz.

"III. BAŞAĞRISI OKULU" EĞITIMI 7-8 ARALIK 2009

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD öğretim üyeleri Prof. Dr. Mehmet ZARİFOĞLU ve Doç. Dr. Necdet KARLI ile birlikte sürdürdüğümüz Başağrısı Okulu etkinliklerimizin üçüncüsünü 7-8 Aralık 2009 tarihlerinde Bursa Tabip Odası toplantı salonunda gerçekleştirdik. Saat 18:00-21:30 saatlerini kapsayan 2 günlük eğitime 14 arkadaşımız katıldı. Bu etkinliği Şubemizin bir sürekli etkinliği haline getirmeyi amaçladığımızdan eğiticilerini de yetiştirmeyi amaçlamıştık. Bu nedenle Dr. Alper Tunga TÜRKBAYRAK da bir eğitici olarak etkinlikte yer aldı. Ocak ayında gerçekleştireceğimiz IV. Başağrısı Okulu eğitiminde daha fazla bizden eğitici ile daha etkin olacağız.

PHD VE PHK'DAN MURADIYE DEVLET ACILI ZIYARETI

Pratisyen Hekimlik Derneği Bursa Şubesi ve BTO Pratisyen Hekim Komisyonu 16 Ekim'de Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ"i değerlendirmek ve Aile hekimliğine geçiş sonrasında acil servislerde yaşanan sıkıntıları paylaşmak amacıyla 09 Kasım 2009 tarihinde, öncesinde bu hastanemizde acilde çalışan hekimlere bilgilendirme mesajı gönderilerek, bir ziyaret gerçekleştirdi. Her iki kurumsal yapının başkanları ve oda genel sekreterinin gerçekleştirdiği ziyarette, acilde "Domuz Gribi" endişesi kuyruğunun da yarattığı yoğun işyükü arasında bunalan 4 meslektaşımızla görüşme olanağı bulabildiler. İlgili tebliğ hakkında oda eliyle yürütülecek bir değerlendirme toplantısına katılımın paylaşıldığı ziyarette, Muradiye Devlet Hastanesi acilinde 1 Ekim itibariyle 11 deneyimli hekimin ayrıldığı , yerine 10 acil deneyimi yetersiz meslektaşımızın "son dakikada" yapılan atamalarla yaşadıkları zorluklar ve deneyimli hekimlerin artan işyüküne, "usta-çırak eğitimi" yükünün de eklenmesi ile kısa süreli de olsa sıkıntılar yaşandığı öğrenildi. Özellikle son dönemde "İnfluenza" krizinin kötü yönetilmesine paralel olarak, vatandaşın acillere yığılmasının, hizmeti zorlaştırdığı, akşam saatlerinde bu yoğunluğun 3-4 katına çıktığı belirtildi...

Ziyaret acil yoğunluğunu görüntüleyerek ve meslektaşlarımıza kolaylıklar dileyerek sonlandırıldı.

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

PHD İzmir Şubesi Etkinlikleri

- **04 Mayıs 2009 tarihinde "Sağlıkta Dönüşümüm Mağdurları Artıyor" başlıklı Denizli ilindeki bir aile hekiminin yargılanması temel alınarak yapılan basın açıklaması**

- **15 Mayıs 2009 tarihinde aile hekimliğinin İzmir'de ikinci yılının dolması nedeniyle süreci değerlendiren bir basın açıklaması yapıldı.**

- **Aynı hafta AH iki yılı yerel TV kanallarının yaptığı programlarda değerlendirildi**

- **13 - 14 Haziran 2009 tarihlerinde iki tam gün süren acil yaşam desteği eğitimi gerçekleştirildi.**

ACİL YAŞAM DESTEĞİ KURSU PROGRAMI

Acil Hastaya Yaklaşım

StandardıTemel Yaşam Desteği

Havayolunun Sağlanması ve Oksijen Uygulama

Damar yolunun Sağlanması ve Sıvı Uygulama

Basit EKG Değerlendirme

Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım

Solunum Sıkıntılı Hastaya Yaklaşım

İleri Yaşam Desteği

Manuel Defibrilatör ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanımı

- 16 Temmuz 2009 sağlık bakanlığının temmuz ve Ağustos aylarında birinci basamakta uygulayacağı "kızamıkçık" aşısı kampanyası içi kullanılan aşıların miatlarının dolmak üzere olduğunu dikkat çeken bir basın açıklaması yapıldı.

- 18 Eylül tarihinde izmir birinci basamak hekimlerine uygulanmak istenen "personel dağılım Cetveli"ni değerlendiren bir basın açıklaması yapıldı.

- 08 Ekim 2009 tarihinde uygulanmış olan "kızamıkçık" aşı kampanyasının sonuçlarını değerlendiren ve gebeler üzerinde yapmış olduğu etkiye dikkat çeken bir basın açıklaması gerçekleştirildi.

- 14 Ekim 2009 tarihinde Sağlık Bakanlığının uygulanan kızamıkçık aşı kampanyası sırsında gelişe gebelikler ve küretajlarla ilgili açıklamasını değerlendiren basın açıklaması

- 29 Ekim 2009 tarihlerinde yapılan14. pratisyen hekimlik kongresine katılım hazırlıkların yapıldı. Gene bu kapsamda küçük cerrahi girişimler kursu kongre sırasında gerçekleştirildi

- 22 Ekim 2009 tarihinde H1N1 pandemesi ve uygulanacak aşı ile ilgili sağlık personeline yönelik bilgilendirme paneli gerçekleştirildi.

- 20 Kasım 2009 tarihinde çeşitli sağılık örgütleriyle "25 kasım kamu grevi" ile ilgili bilgilendirme basın açıklaması yapıldı.

PHD Adana Şubesi Etkinlikleri

ADANA - GENEL KURUL

30 Mart 2009

Yeni dönem çalışmalarımızın başlangıç tarihi olan genel kurul ve hemen ertesinde yapılan toplantılarda şube yönetimi olarak genel çalışma programı yaptık. En öncelikli konu olarak üye kaydını arttırmayı ve hekimlerle geniş yüzeyde diyalog kurmayı hedefledik.

HATAY - EKG KURSU

6-8 Haziran 2009

HATAY - CPR KURSU

7-11 Haziran 2009

MERSİN – EKG KURSU

12 Haziran 2009

Derneğimiz etkinliklerinden olan EKG ve CPR kursları her zaman üyelerimizin ilgisini çekmektedir. Adana'da düzenlediğimiz bu iki kursu şubemize bağlı iki büyük il olan Hatay (Antakya) ve Mersin'de de düzenledik. Dr. Hayati Çakır öncülüğünde bir ekip tarafından verilen kurs başarıyla tamamlandı.

ADANA - A.H. DEĞERLENDİRME TOPLANTISI

4 Nisan 2009

Gündemimizde sürekli yer alan en önemli konu hiç şüphesiz Birinci Basamak Hekimliğinin istihdam politikasını içermesi bakımından Aile Hekimliği Uygulamalarıdır. Bir Birinci Basamak Hekimliği örgütü olarak derneğimiz ülke genelinde bu uygulamaları hem izlemekte ve değerlendirmekte hem de bu konuda politikalar üretmektedir. Bunlara katkı sağlamak amacıyla Adana Aile Hekimliği Uygulamalarını da şube olarak izlemekte ve değerlendirmekteyiz. Bu değerlendirmeleri hekimlerle paylaşmak amacıyla Tabip Odası ve Pratisyen Hekimlik Kolu ile birlikte ortak toplantılar düzenledik.

ADANA - ADLİ TIP KURSU

4 Kasım 2009

İlimizde oldukça sıkıntılı bir uygulama olan Adli Hekimlik konusu da sıkça dile getirilir. Adli raporlar konusu meslektaşlarımızın hassas oldukları konulardandır. Bu konuda onlara yardımcı olmak amacıyla düzenlediğimiz bu kurs aynı zamanda kongremizin kurs programında da yer almaktaydı. Hekimler tarafında büyük ilgi gören ve Mersin Tabip Odası ile işbirliği içerisinde düzenlenen bu eğitim etkinliğinin ikincisi için başvurular şimdiden doldu.

ADANA – KARDİYOLOJİ KURSU

3 Kasım 2009

Birinci Basamak hekimlerinin sık karşılaştıkları hastalıklar arasında Hipertansiyon ilk sıralardadır. Bu hastalığın ve birlikte Hiperlipidemi, Primer korunma, Kardiyolojide Acil Yaklaşımların ele alındığı Kardiyoloji eğitimi dernek şube yönetimimiz tarafından Başkent Üniversitesi Kardiyoloji ABD öğretim üyeleri ile birlikte ve Novartis firmasının katkılarıyla gerçekleşti. Bir hafta sonu etkinliği olarak düzenlenen ve "Yetişkin Eğitimi İlkelerine" uygun olarak hazırlanan bu eğitime 90 hekim katıldı. Eş zamanlı 4 oturumda ele alınan konular hekimlerin tercihlerine bırakıldı. Eğitim görenler katılmadıkları eğitimlere başka tarihlerde katılabileceklerdir.

ADANA – RESİM SERGİSİ

13-20 Kasım 2009

Dernek yönetimi olarak sanatsal etkinliklerin de desteklenmesi düşüncesindeyiz. Bu amaçla Şube Başkanı Dr. Ahmet Batu'nun da 48 Pastel eseriyle katıldığı Karma Resim Sergisini destekledik. Adanalı sanatseverlerin ilgisini çeken bu etkinlik pek çok meslektaşımızın yoğun iş ortamı dışında bir araya gelmesine vesile oldu.

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

PHD Ankara Şubesi
Kurum Tabiplikleri Raporu

Kamu kurum ve kuruluşlarında kurum personeline yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak ayaktan teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verildiği yerler olan kurum tabiplikleri çok önemli bir gereksinimi karşılayan birimlerdir. Kentler büyüdükçe, toplu işyerleri kuruldukça, işyerleri büyüdükçe ve yaşanılan yerlerden uzaklaştıkça, işte ve okulda geçirilen zaman arttıkça, birinci basamak sağlık hizmetinin kişiye ve işyerine en yakın mesafede ve sürekli olması daha da önem kazanıyor.

Kurum tabiplerinin görevi; personeli muayene edip tedavisini düzenlemek ya da sevk yapmakla sınırlı değildir. Kişiye yönelik birincil, ikincil ve üçüncül koruyucu hizmetler vermek, tanısı başka yerde konmuş, tedavisi düzenlenmiş ya da kronik hastalığı olan kişiyi izlemek, tedavisini sürdürmek ve yönlendirmek, yetişkin aşılaması yapmak, kurum içi sağlık eğitim etkinlikleri düzenlemek, her türlü sağlık danışmanlığı yapmak, çalışma ortamını sağlığa uygun hale getirmek, kullanılan eşyaların ergonomiye uyumunu sağlamak, işe sağlık açısından uygun olmayan personelin yer/iş değişikliği ile ilgilenmek bu hizmetlerden bazılarıdır. Bunun yanı sıra mutfak çalışanlarının portör muayenelerini yapmak, yemek listelerinin sağlığa uygun hazırlanması, kurumun ilaçlanması, su sebillerinin periyodik temizliğinin ve su depolarının bakımının yapılması, klimaların bakımının yapılması, tuvalet ve toplu kullanılan mekanların hijyenini sağlamak gibi kuruma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü de kurum tabiplikleri tarafından yapılmaktadır.

Verilen hizmetin niteliğine göre bazı kurumlarda, kurumda ikamet eden çocuk, yaşlı, kadın ve engellilere sağlık hizmeti sunma, ayrıca sporcu sağlığı ve spor karşılaşmalarında acil sağlık hizmetleri gibi çok çeşitli hizmetler de kurum tabipleri tarafından verilmektedir. Üniversitelerin Mediko-Sosyal Sağlık Birimlerinde öğrencilere, belediyelerde ise halka yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri de kurum tabiplikleri tarafından verilmektedir.

Kurum tabipleri ayrıca kurumun işçilerinin "işyeri hekimliği"ni de yapmaktadır. 2006 yılında 4857 sayılı İş Yasası'nın 81. maddesine yapılan ek değişiklik ile kurum tabiplerine, kurumlarındaki işçilere yönelik işyeri hekimliği hizmetleri, hiçbir ilave ücret ödenmeden "asli görev" adı altında gördürülüyor.

Kurum tabipleri, personel ve ailelerini çok yakından tanıyıp, sağlık durumlarını sürekli izleyebilmekte, gerekli müdahaleleri zamanından önce yapabilmektedir. Çalışılan binada çalışma saatleri içinde sağlık hizmeti veriliyor olması zaman kaybını önleme ve "işgücü kaybını en aza indirme" açısından çok önemlidir. Sağlık hizmetinin ulaşılabilir, kaliteli, nitelikli ve sürekli veriliyor olmasının, hizmetin kullanımını arttıran, kişinin sağlıkla ilgili tutum ve davranışını değiştiren bir yanı da vardır.

Kurum tabipliklerinin olmaması durumunda, gereksinimi olan personelin birinci basamağa/sağlık ocağına/aile hekimine ulaşımında, mesafe ve zamandan kaynaklanan sorunlar yaşanacak, ayrıca sevk zincirine uğramaksızın resmi ya da özel ikinci ya da üçüncü basamak hastanelere gitmeleri ise sağlık giderlerini önüne geçilmez biçimde artıracaktır. Kamu çalışanları ve aileleri de düşünüldüğünde 9 milyonluk bir nüfusun birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu olan kurum tabiplikleri, personelinin sağlık hizmeti gereksinimini ücretsiz karşılamaktadır. Kişi başına yılda 6 başvuru yapıldığı kabul edilirse, yılda yaklaşık 40-50 milyon poliklinik hizmeti, ilaç giderleri dışında hiçbir harcama yapılmadan kurum tabipleri tarafından verilebilecektir.

SORUNLAR

Sağlık kurumlarını "Tek Çatı" altında Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplama amacıyla 2005 yılında yayınlanan yasa

gereği çıkarılan "Kurum Tabipliklerinin Standardına Dair Tebliğ" sonrası, Milli Eğitim Bakanlığı'nın bütün sağlık personeli ve bina, araç-gereciyle birlikte Sağlık Bakanlığı'na devredildi. Diğer kurumlardaki standart fazlası personel de Bakanlık kadrosuna verildi.

2004 yılından sonra yayınlanan bütün Bütçe Uygulama Talimatları, Sağlık Uygulama Tebliğleri ve Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğleri, sırasıyla pratisyen hekimlere reçete kısıtlaması getirdi, memurun bakmakla yükümlü olduğu kişiler için kurum tabibine gitme zorunluluğu kaldırıldı, en sonunda da memura ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına direk başvurma ve özel hastanelerden ek ücret ödemeden yararlanma olanağı sağladı. Bu düzenlemeler özüne aykırı olarak kurum tabipliklerine olan gereksinimi gün geçtikçe azalttığı gibi kurumların sağlık giderlerini de artırdı.

Sağlık Bakanlığı personeline verilmeye başlanan "performansa dayalı döner sermayeden ek ödeme" uygulamasından kurum tabiplerinin yararlanamıyor olması bu kadrolara olan ilgiyi gün geçtikçe azalttı. Kurumdan kuruma değişse de, bazı yerlerde "sadece maaş", bazı yerlerde "maaş+düşük ek ödeme" alan kurum tabiplerinin çoğu geçinebilmek için ek işler ve part-time (yarı zamanlı) işyeri hekimliği yapmak zorunda kalmaktadır. Bütün bu uygulamalar kadroların hızla boşalmasına ve boşalan kadroların özellikle doldurulmamasına neden olmuştur.

Kurum tabiplerine kurum işçilerine yönelik herhangi bir ücret ödenmeden, asli görev olarak işyeri hekimliği yaptırılıyor olması da işçi sağlığı/iş güvenliği

mantığına terstir. İşin risk derecesine ve işçi sayısına göre işyeri hekimliği hizmetleri için ayrı bir süre ayrılmalıdır; bu da mecburen mesai saatleri içinde kurum tabipliği görevinden çalarak yapılacaktır. Bu durumda ne tam anlamıyla "kurum tabipliği", ne de tam anlamıyla "işyeri hekimliği" yapılabilecektir.

Şu anda TBMM'de olan "Tam Gün Yasa Tasarısı"nda ilk önceleri kurum ve belediye tabiplerinden hiç söz edilmiyordu. Tasarının en son halinde ise -sözleşmeli kadroda olanlar dahil- kurum ve belediye tabiplerine işyeri hekimliği yapma hakkı verilmesi gündeme geldi. Tam Gün ruhuna aykırı olan bu durum, mesai saatleri haricinde eğer bulunabilirse yapılabilecek olan garantisi ve sürekliliği olmayan bir "ek iş hakkı"dır. Ayrıca her hekim işyeri hekimliği yapamayabilir; sertifikası olmayabilir; işyeri bulamayabilir, sosyal hayatı mesai sonrası çalışmaya uygun olmayabilir.

İş sağlığı ve güvenliği mevzuatları, işyeri hekimliği hizmetlerini özel şirketlerden ve ortak sağlık birimlerinden alınması yönünde değişikliğe uğramaktadır. Bu nedenle Tam Gün yasasında işyeri hekimliği yapma yetkisi bugün için bir ayrıcalıkmış gibi sunulmakla birlikte, yakın bir gelecekte kurum ve belediye tabipleri artık isteseler de işyeri bulamayacaklardır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hekimler yıllardır sadece mesai saatleri içine çalışarak maaş+ek ödeme alabildiği halde, kurum tabipleri benzer paraları kazanabilmek için mesai saatleri dışında ek iş yapmak zorunda kalıyorlardı. Bu durumda daha önce yaşanan bu eşitsizlik artarak devam edecektir.

"Tam Gün Tasarısı" bu haliyle yasalaşırsa Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve Türk Silahlı Kuvvetleri kadrosunda çalışan tüm hekimler mesai saati içinde çalıştıkları halde MAAŞ+EK ÖDEME (PERFORMANS/ DÖNER/SAĞLIK TAZMİNATI) alabilecekler, halbuki kurum tabipleri mesai saatleri dışında ek işler yapmak zorunda kalarak o da yapabilirlerse ancak o kadar para (belki de daha azı) kazanabilecekler. Bu durum "EŞİT İŞE EŞİT ÜCRET" ilkesine aykırıdır.

Tasarıda geçen ve TSK hekimlerine yapılacak "Sağlık Hizmet Tazminatı" adı altında iyileştirmenin gerekçeleri (hekim olmaları ve hiçbir ek ödemeden yararlanmıyor olmaları) kurum ve belediye tabipleri için de aynen geçerlidir. Ama tasarıda kurum ve belediye tabiplerine hiçbir iyileştirmeden söz edilmemektedir.

Halen 33 ilde pilot olarak uygulanan Aile Hekimliği, kurum hekimlerine –şimdilik- "Yetkilendirilmiş Aile Hekimi" olarak kendi kurumunda çalışarak sisteme entegrasyon olanağı sağlasa da, iş yükü artan tabiplere herhangi bir maaş

artışı getirmemekte, imzalanan sözleşme ek iş yapma yasağı koymakta ve özlük haklarında belirsizliklere neden olmaktadır. Ek işini kaybetmemek adına yetkilendirme talebinde bulunmayan kurum hekimlerinin yazdıkları reçete bedellerinin ödenmemesi, yani hekimlik yapma yetkilerinin ellerinden alınması söz konusu. Ayrıca aile hekimi olmak istedikleri halde kurumları tarafından muvafakat verilmeyen kurum tabipleri de mevcut.

Bazı kurum tabipleri istemeden de olsa, hekimlik yapabilmek için, gelecek belirsizliği ve geçinme kaygısı ile aile hekimi olmak için ya da "emekliliğe yansımayan, düzensiz ve belirsiz olsa da" en azından gelirlerine biraz katkı sunacak döner sermayeden yararlanmak için Sağlık Bakanlığı kadrosuna geçiyor/geçmek istiyor. Böylece kurum tabiplikleri gün geçtikçe boşalıyor; 5 bin civarında olan kurum tabibi sayısı dört yıl içinde 2 binlere gerilemiş durumdadır.

Halen emekli olan kurum hekimleri de ciddi geçim sıkıntıları yaşamaktadırlar.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Kurum tabiplikleri kapatılmamalıdır. Sağlık Bakanlığı'na bağlanmak sorunlara çözüm getirmeyeceği gibi yeni sorun ve belirsizliklere neden olacak, gereksinimleri karşılamayacaktır. Kurum tabipleri kendi kurumlarının kadrolu personeli olmaya devam etmelidir. Kurum tabipleri bağlı bulundukları kurumun kadrolu "işyeri hekimleri"dir. Kurum tabipliklerinin kapanması ya da Sağlık Bakanlığı'na bağlanması çok önemli ve yararlı bir hizmetin verilememesine yol açacaktır. Kurum tabiplerinin iş/görev tanımları yeniden yapılmalı, birimlere "Kamu Kurumu Işyeri Hekimliği" statüsü kazandırılmalıdır. Hizmetlere bu yönde yeni standartlar getirilmelidir.

Kurum tabiplerinin hekimlik yapmaları ve hizmet sunmalarının önündeki, "reçete kısıtlamaları, sevk sistemindeki belirsizlikler" gibi bütün engeller ortadan kaldırılmalıdır.

Aile hekimliği pilot uygulamaya geçilen illerde kurum tabiplerinin kendi kurumunda kalmaları ve hizmetlerine eskisi gibi devam etmeleri sağlanmalıdır.

Ülkemizdeki kamuda çalışan tüm tabip/uzman tabiplerin emekliliğe yansıyan temel ücretleri çok yetersizdir. Tüm sağlık çalışanlarının temel ücretlendirmesinde emekliliğe yansıyan iyileştirmeler yapılmalıdır. Bu konudaki girişimleri sonuçlanana kadar Sağlık Bakanlığı çalışanlarıyla aradaki farkın kapanabilmesi için kurum tabipliklerine yönelik ek iyileştirilmeler yapılmalıdır:

- TSK hekimlerine Sağlık Hizmet Tazminatı adı altında verilen ve emekliliğe yansıyan ek para, aynı gerekçeyle kurum tabiplerine de verilebilir.
- Şu anda SGK yasasında var olan ve hekimlere de dağıtılan ek ödemelerden tüm kurum tabiplerinin de yararlanması sağlanabilir.
- Kurum tabipleri verdikleri ücretsiz hizmetle devletin bütçesine "artı değer" katmaktadır. Kurumda kurum tabibi bulunmaması durumunda özel bir hastaneye, üniversite hastanesine, tıp merkezine ya da devlet hastanesine direk gidebilen bir personel en az 300-400 TL'lik bir faturayla geri dönmekte, bu para da kurumun bütçesinden ödenmektedir. Kurum tabipleri ise kurumlarındaki personelin %80-90 sağlık hizmeti gereksinimini ücretsiz karşılamaktadır. Kurum Tabiplerinin bütçeye sağladıkları bu ek katkının bir kısmı, Kurum Tabiplerine "Sağlık Hizmet Tazminatı" olarak geri ödenebilir.

Kurum tabipliği ile ilgili tüm yeni düzenlemelerde görüş ve öneriler oluşturabilmek ve tüm kurum tabipleriyle iletişim ortamı sağlamak amacıyla Ankara Tabip Odası/Pratisyen Hekim Komisyonu ve Pratisyen Hekimlik Derneği/Ankara Şubesi olarak 2009 Mayıs ve Haziran aylarında Kurum Tabipleri ve Belediye Sağlık Çalışanları Forumları düzenledik. "Tam Gün Yasa Tasarısı"nın TBMM'deki görüşmelerine heyetler oluşturarak gidip, çözüm önerilerimizi sunduk ve sürece müdahil olmak istediğimizi bildirdik.

Mesleğimiz ve alanımızla ilgili yapılan ve yapılacak tüm girişimlerde söz sahibi olmak ve karar mekanizmalarına katılmak istiyoruz. Pratisyen Hekimlik Derneği olarak sayıları ikibine yaklaşan kurum tabiplerinin sesi olmaya devam edeceğiz.

HAYATA DOĞRU PENCEREDEN BAKIN...

Cipralex® ile;

- Hızlı etki başlangıcı[1,2,3]
- Remisyon sağlamada ve relapsları önlemede etkinlik[4,5,6]
- İyi tolerabilite[5,7,8,9]
- Minimal ilaç etkileşimi[5]

Formülü: Cipralex®, her tablette 10 ya da 20 mg Esitalopram'a ya da damla formunda her ml'de 10 mg Esitalopram'a eşdeğer Essitalopram oksalat içerir. Farmakodinamik özellikler: Esitalopram, serotonin taşıyıcı üzerinde allosterik modülasyon etkisine sahiptir. Serotonin taşıyının allosterik modülasyonu, esitalopramın primer bağlanma yerine daha iyi bağlanmasını ve dolayısıyla serotonin geri alımı inhibisyonunun artmasını sağlar. Endikasyonları: Majör Depresyon, Agorafobili veya Agorafobisiz Panik Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk . Kontrendikasyonları: Esitaloprama veya yardımcı maddelerinden herhangi birine karşı aşırı duyarlığı olanlarda ve non-selektif irreversibl monoaminoksidaz inhibitörleriyle (MAOI) birlikte kullanması kontrendikedir. Uyarılar/Önlemler: Cipralex®'e ait uyarı ve önlemler SSRI terapötik sınfındaki tüm ilaçlar gibidir. Antidepresan ilaçların özellikle çocuk ve gençlerdeki kullanımlarının intihar düşünce ve davranışlarını arttırma olasılığı bulunmaktadır. SSRI'lar ile tedavi başlangıcında paradoksikal anksiyete görülebilir. Epileptik ve manik nöbet öyküsü bulunan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Diyabetli hastalarda SSRI tedavisi, glisemik kontrolü değiştirebilir. Sınırlı klinik tecrübe sebebiyle, koroner kalp hastalığı olan hastalarda kullanımında özenli olunması önerilir. Kanama eğilimi olan hastalarda, özellikle oral antikoagülanlar, platelet fonksiyonunu etkilediği bilinen bazı ilaçlarla birlikte SSRI kullanıması konusunda özenli olunmalıdır. Triptanlar, tramadol, lityum, hiperikum perforatum, ve triptofan gibi serotonerjik etkili ilaçlarla birlikte kullanımda dikkatli olunmalıdır. SSRI kullanan hastalarda hiponatremi; SSRI'larla birlikte serotonerjik ilaç kullanan hastalarda, serotonin sendromu ender olarak rapor edilmiştir. SSRI'larla tedavinin ilk haftalarında intihar riskinde artış olabileceği bildirilmektedir. Yan etkiler/Advers etkiler: Tedavinin ilk 1 ila 2 haftalık bölümünde karşılaşılan advers etkiler genellikle tedavinin devam eden dönemlerinde şiddet ve sıklık açısından azalma gösterir. İştah azalması, kabızlık İdrar azalması, anorgasmi, uykusuzluk, somnolans, baş dönmesi, tat alma ve uykı bozukluğu, sinüzit, esneme, bulantı, ishal, kabızlık, terleme artışı, ejaklülasyon bozukluğu ve impotans, yorgunluk ve piroksi görülebilir. BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE, DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ. İlaç etkileşmeleri: Esitalopram, non-selektif MAOI'leri ile beraber kullanılmamalıdır. Esitalopram, moklobemid gibi geri dönüşlenlü bir MAOI (RIMA) tedavisi kesilikten en az 1 gün sonra kullanılmaya başlanmalıdır. Serotonin sendromu riskinden ötürü, Esitalopram'ın bir MAO-A inhibitörü ile birlikte kullanımı önerilmez. Serotonin sendromu gelişmesi riskinden ötürü, selejilin (irreversibl MAO-B inhibitörü) ile birlikte kullanımında dikkatli olunmalıdır. 10 mg/gün'e kadar olan selejilin dozu ile birlikte rasemik sitalopram, güvenle kullanılmıştır. Cipralex ile alkol arasında farmakodinamik veya farmakokinetik etkileşim beklenmemektedir. Ancak alkol ile birlikte kullanımı önerilmez. Esitalopram metabolizması genellikle CYP2C19 ile gerçekleşir. CYP3A4 ve CYP2D6 da bir dereceye kadar metabolizasyonuna katkıda bulunur. CYP2C19'u inhibe eden ilaçlarla birlikte kullanımı, Esitalopram'ın plazma konsantrasyonunun yükselmesi ile sonuçlanır. Bu tip ilaçlarla (ör. omeprazol, simetidin) birlikte kullanımda Esitalopram'ın dozunda bir azaltmaya gidilmesi gerekli olabilir. Esitalopram CYP2D6 enziminin inhibitörüdür. Çoğunlukla bu enzim tarafından metabolize edilen ve dar terapötik endekse sahip diğer ilaçlarla (ör. flekainid, propafenon, metoprolol, desipramin, klomipramin, nortriptilin, risperidon, tiyoridazin, haloperidol) ile birlikte kullanımda doz ayarlaması gerekebilir. Kullanım şekli ve dozu: Cipralex®, günde tek doz olarak, besinlerle birlikte veya öğün aralarında kullanılabilir. Önerilen maksimum günlük doz 20 mg'dır. Cipralex® damla her ml'de (20 damla) 10 mg esitalopram içerir. Majör Depresif Durumlar, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk tedavileri: Günde bir kez 10 mg olarak alınır. Agorafobili ve Agorafobisiz Panik Bozukluğu tedavisi: İlk hafta günde 5 mg'lık başlangıç dozu uygulanmalıdır. Yaşlı hastalar (65 yaş üstü): Başlangıç tedavisinde, tavsiye edilen dozun yarısı ve devamında da daha düşük maksimum doz uygulanmalıdır. Hamilelik ve emzirme döneminde kullanım: Cipralex'in, insanlardaki gebelik ve emzirme dönemlerindeki kullanımına ilişkin güvenilirlik bilgileri yoktur. Bu nedenle hamilelerde gerekli ise ve ancak risk/yarar durumu dikkatle değerlendirildikten sonra kullanılmalıdır. Esitalopramın anne sütüne geçmesi beklenir. Emziren kadınlara Esitalopram uygulanmaması veya emzirme kesilmelidir. Azalmış böbrek fonksiyonu olan hastalar: Hafif ve orta derceli böbrek fonksiyonu bozukluğu olanlarda doz ayarlaması gerekmez. Ciddi böbrek fonksiyonu bozukluğu (kreatinin klirensi 30 ml/dakika'dan az) olan hastalarda dikkatli olunmalıdır. Azalmış karaciğer fonksiyonu olan hastalar: İlk iki hafta için başlangıç dozu olarak 5 mg uygulanması önerilir. Bireysel hasta cevabına göre doz 10 mg'a yükseltilebilir. CYP2C19'u zayıf metabolize eden hastalar: CYP2C19'un zayıf metabolize olduğu hastalarda tedavinin ilk 2 haftalık bölümünde başlangıç dozu olarak 5 mg kullanılması önerilir. Bireysel yanıta bağlı olarak doz 10mg'a yükseltilebilir. Tedaviye son verilmesi: Olası çekilme reaksiyonlarını önlemek için doz 1 ila 2 haftalık süre içerisinde yavaşça azaltılarak Cipralex tedavisine son verilmelidir. REÇETE İLE SATILIR. Cipralex®, 10 mg 28 film tablet için Türkiye'de KDV dahil PSF 28,18 TL'dir. (4 Aralık 2009 itibariyle) Ruhsat Tarihi ve Numarası: 10.06.2003-114/14. Hazırlama ve son güncelleme tarihi: Ekim 2006. Cipralex®, 20 mg 28 film tablet için KDV dahil PSF 39,71 TL'dir. (4 Aralık 2009 itibariyle) Ruhsat tarihi ve Numarası: 13.06.2005-117/93. Cipralex®, 10 mg/ml 15 ml oral damla, solüsyon için KDV dahil PSF 16,34 TL'dir. (4 Aralık 2009 itibariyle) Ruhsat tarihi ve Numarası: 28.07.2005-118/25. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. Lundbeck İlaç Tic. Ltd. Şti. Gülsan Plaza Kat 1/-1 Rüzgarlıbahçe Mah. Cumhuriyet Cad. No:22 PK: 34829 Kavacık/İstanbul.

Referanslar: 1. Davidson JR, et al. Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. Depress Anxiety. 2004;19(4):234–40. 2.Gorman JM, Korotzer A, Su G. Efficacy comparison of escitalopram and citalopram in the treatment of major depressive disorder: pooled analysis of placebo-controlled trials. CNS Spectr. 2002 Apr;7(4 Suppl 1):40–4. 3. Wade A, Andersen H. The onset of effect for escitalopram and its relevance for the clinical management of depression. Curr Med Res Opin. 2006 Nov;22(11):2101–10. 4. Davidson JR, et al. Safety and efficacy of escitalopram in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry. 2005 Nov;66(11):1441–6. 5. Waugh J, Goa KL. Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive and anxiety disorders. CNS Drugs. 2003;17(5):343–62. 6. Montgomery SA, Andersen HF. Escitalopram versus Venlafaxine XR in the Treatment of Depression. International Clinical Psychopharmacology. 2006; 21: 297–309. 7. Allgulander C, et al. Prevention of relapse in generalized anxiety disorder by escitalopram treatment. Int J Neuropsychopharmacol. 2006 Oct;9(5):495–505. 8. Rapaport MH, et al. Escitalopram continuation treatment prevents relapse of depressive episodes. J Clin Psychiatry. 2004 Jan;65(1):44-9. Montgomery SA, et al. A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram for the prevention of generalized social anxiety disorder. J Clin Psychiatry. 2005 Oct;66(10):1270–8.

Lundbeck

Cipralex® Orijinal essitalopram

TÜRKİYE'DE 10. YIL

Lundbeck İlaç Tic. Ltd. Şti. Gülsan Plaza Kat 1/-1, Rüzgarlıbahçe Mah. Cumhuriyet Cad. No:22 PK: 34829 Kavacık/İstanbul
Tel: 0216 538 96 00 | Faks: 0216 538 96 99 | www.lundbeck.com.tr | www.cipralex.com | www.cnsforum.com | www.depnet.com.tr | www.psikiyatri.tv

sadece psikiyatri... sadece sizin için...

PSİKİYATRİTV

3000'e yakın üye... şimdi ve burada.

iyi seyirler...

www.psikiyatri.tv

Kullanıcı adı **lundbeck** Şifre **psikiyatri**

Birinci Basamakta Yine ve Yeniden Birlikteliğe

Dr. Hasan Değirmenci
TTB Pratisyen Hekimler Kolu Başkanı

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemlerinin en önemli ve öncelikli organizasyonudur. Çünkü en yaygın, en kolay ulaşılabilir ve en etkin hizmet sunumu bu basamakta olasıdır.

Olasıdır, çünkü olması için o ülkede bir siyasi irade ile bilinçli olarak kurulması ve desteklenmesi gerekir. Öncelikle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunumu gerçekleştirilmelidir. Hizmette ve hizmet ulaştırmada öncelenecekler, ulusal bir sağlık sistemi ile ihtiyaçlar, eşitliksiz gruplar ve coğrafi alanlar ve olanaklar çerçevesinde planlanmış olmalıdır. Birinci basamak sadece başvuruya yönelik değil, toplumun tümüne hizmet ulaştıracak şekilde yürütülmelidir. Yani, saha hizmetleri ile kişilerin yaşam alanlarına kadar giden hizmet sunumu, akademik alandan destek alan epidemiyolojik araştırmalarla sağlık risklerinin saptanması, toplumun tanınması gerekir. Bunun için de hizmet, bütünlükçü, entegre, sektörler arası işbirliği ile ekip hizmeti olarak sunulmalıdır. Ekibin tüm üyeleri birinci basamağa uygun ve nitelikli bir mezuniyet öncesi lisans eğitimi alabilmeli ve böylece mesleğinin profesyonelleri olarak göreve başlamalıdır. Daha sonrasında esasen hizmet alanlarında, ama hastane ve benzeri hizmet birimlerinde rotasyonlarla uluslar arası normlarda bir mezuniyet sonrası mesleki eğitim ile alanında uzmanlaşmalıdır. Meslek örgütlerince kredilendirilmiş sürekli mesleki gelişim programları ile de tüm mesleki yaşamları boyunca desteklenmelidir. Sağlık kurumları, ekipleri ile belirli bir coğrafi bölgeye hizmet götürme sorumluluğunu taşımalı böylece, ailelere, işyerlerine, okullara, bakım evlerine gibi toplu yaşayan insanlara bütünlüklü bir hizmet sunulabilmelidir. Birinci basamak sağlık personeli, bu zor ve kapsamlı görevi yürütürken, maddi ve manevi olarak güçlü bir şekilde desteklenmeli yani mutlu ve iş sağlığı ve barışı yüksek olmalıdır.

Oysa ülkemizde tüm bu yukarıda saydığımız özelliklere fazlası ile sahip bir organizasyon, daha 1961 de 224 sayılı yasa ile planlanmıştır. Ancak 1963'te pilot uygulanmasına geçilen bu sosyalleştirilmiş sağlık hizmet sunumu daha yolun en başında destek yerine köstekle karşılaşmış, değişen demografik toplumsal yapıya uygun revizyonların yapılmaması bir yana yasadaki şekliyle bile uygulanamamıştır. 1980'li yıllarla birlikte de yeni dünya düzeni diye kapitalizmin rüzgarı ile sağlık ocakları çökertilirken, personeli statü ve özlük hakları açısından geriletilmiştir. Bunda asıl amaç, sağlığın özel sektöre teslimde en zor ve tepki çekecek olan birinci basamağı piyasalaştırılmasına uygun zemini yaratmaktır. Bu dönemde, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı diye sunulanlar dikkat edilirse hep en önemli ayak olarak Aile Hekimliği adı ile bu amaca yönelmiştir.

Bu genel tablo sonrası biz birinci basamak hekimleri ve birinci basamaktan hizmet alanlar neler yaşıyor ona bakalım;

Öncelikle Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası yasasının uygulamaya geçmesi ve ekip hizmetinin birinci basamakta terk edilmesi ardından hizmete ulaşım zorlaşmıştır. En basitinden artık birinci basamak başvurularından da 2 T.L. katkı payı alınmaktadır. Sahaya çıkılmak istenmemekte, istense bile bu teknik olarak imkansız görünmektedir. Sağlık hizmetine ulaşamayanların yoğun başvuruları ile 112 ve acil servisler çökmüştür.

Tedavi edici hizmetlerin özendirilmesi ile hasta başvuruları artmış, bu da reçeteleme sayısını yükseltmiştir. Akılcı ilaç kullanımı, müşteri memnuniyeti diye adlandırılan "hasta ne isterse ve hemen yap" uygulamasına kurban

edilerek reçete başı maliyetler de artmıştır. Sonuç, artan ilaç harcamaları ve bilinçsiz ilaç tüketimi ile halk sağlığının tehlikeye atılması.

Sağlık personeli arasında etik sorunlar artmış, dayanışma rekabete dönüşmüş, böylelikle örgütlülük önemli yaralar almıştır.

Size statü sağlayacağız diyenler pratisyen hekimliği yok saymış, yılların birikimi adeta reddedilmiştir. Ama birinci basamak için yetiştirilmemiş, birinci basamakta eğitim almamış, pek çoğu da birinci basamakta istihdam ettirilmemiş aile hekimi uzmanları birden bizlerden önce sıralamaya giren, bizlerden farklı ücret alan ve ilaç, rapor yazabilen konuma yerleştirilmiştir.

5,5 gün süren bir eğitim ile aile hekimliğine başlatılan pratisyen hekimlere şimdi, aile hekimliği 2. kademe geçiş dönemi eğitimi adı ile uzaktan eğitim modelli son derece yetersiz ve yanlış bir eğitim yürütülmeye çalışılmaktadır. Halbuki 10. yılını tamamlayan TTB-Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün Genel Pratisyenlik mesleki eğitimi gibi önemli bir birikimi ve insan gücü yok sayılmakta, birinci basamağa uygun olmasa da Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile tanımlı Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi bu şekilde fiilen reddedilmektedir.

Aile hekimleri sözleşmeli çalışma ile iş güvencesiz bırakılmış, Toplum Sağlığı hekimleri görev tanımları bile olmaksızın sistemin taşeronları rolüne mahkum edilmiş ve sürgünler şeklindeki geçici görevlendirmelerle yıldırılmaya çalışılmıştır. Acil ve 112 çalışanları artan iş yükleri ile tükenmişlik sendromu yaşarlarken bir de aşırı başvuru nedeniyle hata yapma riskinin artmasının hukuki sorunlarına ve bizzat hasta ve yakınlarının şiddetine maruz kalmaktadırlar. Pek çok 112 istasyonundan hekimlerin çekilmesi ile bu alana yıllarını vermiş hekimler başka kurumlara tayin korkusu yaşatmaktadır. Ama bu korkunun ötesinde, şimdilik durdurulsa da, Bursa'dan gelen haber ile bir poşet firmasının 112 istasyon ihalesini alması ardından bu hekimler bir taşeron firmaya kiralanmak, bu şekilde ya iş güvencesiz ya da işsiz kalma ile karşı karşıya kalmışlardır. Acillerde yıllardır büyük zorluklar ve özverilerle çalışan pratisyen hekimler bu gün kendi hastanelerinde birer fazlalık gibi hissettirilmektedir. Sağlık ocağı hekimleri göz göre göre inanmadıkları/ niye para bittikten sonra böyle bir sisteme itildiklerinin sıkıntısı ile yaşamaktadırlar.

Ama bu karanlık tabloda bugün bir büyük umut ışığı doğmaktadır. Şu ana dek yalnızlığa ve öğrenilmiş çaresizliğe terk edilen birinci basamak hekimleri artık, ayrı ayrı yerlerde, farklı boyutlarda, değişik zamanlarda da olsa ortak sorunlarla boğuştuklarını gördüler;

- Artık daha fazla çalışarak daha az kazanıyor/kazanacağız,
- Mesleki bağımsızlığımızı yitirdik. Mesleğimizi yapabilmemizi, ne şekilde yapabileceğimizi Maliye Bakanlığı ve SGK belirliyor,
- Sözleşmeli çalışma modeli ile iş güvencesiz kalıyoruz. Yaratılan rekabet ortamının da desteği ile sağlık alanında yatırım yapan sermayenin ucuz insan gücüne dönüşüyoruz,
- Tüm bunlar bizi iyi hekimlikten uzaklaştırıyor.

Bu nedenle 10 Ocak 2010'da TTB ev sahipliğinde birinci basamak örgütleri olarak, TTB-Pratisyen Hekimler Kolu, TTB-Genel Pratisyenlik Enstitüsü, Pratisyen Hekimlik Derneği, Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği bir araya gelerek, sorunlarını, örgütlenmelerini tartışarak, çözüme ve geleceğe dair planlarını oluşturacaklar. Bu, örgütlerin sergilediği önemli bir iradedir ve Türk Tabipleri Birliği çatısında başarmamız için bir neden de yoktur. Aksi durumda sadece üyemiz olan birinci basamak hekimlerine değil tüm sağlık çalışanlarına, ülke sağlık ortamına ve hatta ülkemizin geleceğine dair sorumlu oluruz.

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

Birinci basamakta kullanılmak üzere Türkçe'ye uyarlanan Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği

Aşağıdaki özeti sunulan makale The European Journal of General Practice (Avrupa Genel Pratisyenlik Dergisi) dergisinin 15 Aralık 2009 sayısında yayınlanmıştır.

Makale 2003-2008 yıllarında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Maastricht Üniversitesi'nin ortaklaşa yürüttükleri, İzmir Sağlık Müdürlüğü ve TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün de katkıda bulunduğu MATRA projesi kısa adıyla bilinen "Eğitsel İşbirliği Yoluyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi" projesi kapsamında yapılan bir araştırmanın raporunu içermektedir.

Projede, mezuniyet öncesi eğitim ve sağlık ocağı hekimlerine yönelik mezuniyet sonrası eğitim etkinliklerinin yanı sıra araştırma etkinlikleri de gerçekleştirilmiştir. 'Birinci Basamakta Araştırma Becerilerini Geliştirme' etkinlikleri kapsamında 2005-2008 yıllarında İngilizce olarak gerçekleştirilen toplam dokuz çalıştay yapılmıştır. Çalıştaylara katılan toplam 10 sağlık ocağı hekiminin yer aldığı üç ekip, kendi belirledikleri araştırma konuları üzerinden araştırma planlama, araştırma yöntemi geliştirme, veri toplama, veri analizi ve sonuçların raporlanarak makale yazılması ve yayınlanması amacıyla dergilere başvurma aşamalarını içeren bir çalışma sürdürmüşlerdir. Makalenin yazarları, araştırma ekibinde yer alan sağlık ocağı hekimleri ile projenin araştırma etkinliklerinin Türkiye ve Hollanda yürütücüleridir.

Melek Karademir,
Hatay 2 Nolu Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir
İsmail Hakan Köseoğlu,
Karşıyaka 1 Nolu Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir
Kevser Vatansever,
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, İzmir
Marjan Van Den Akker,
Maastricht Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Pratisyenlik Departmanı, Maastricht, Hollanda

ÖZET

AMAÇ

Bu çalışmada, Türkiye'de birinci basamakta kullanılmak üzere Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi.

YÖNTEM

Ölçeğin Türkçe versiyonunu geliştirmek için ölçek önce Türkçeye sonra yeniden İngilizceye çevrildi. Ölçeğin son hali İzmir il merkezinde bulunan iki sağlık ocağında kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerliliğini değerlendirmek için faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Güvenilirliği ölçmek için ise Cronbach Alpha yöntemiyle ölçeğin iç tutarlılığı ölçülmüştür.

BULGULAR

Faktör analizleri sonucunda; bilinçli olarak ilaç kullanım uyumsuzluğu; bilinçsiz ilaç kullanım uyumsuzluğu ve tuz tüketimi uyumu faktörlerinden oluşan üç faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu üç faktörün varyansı açıklama oranları sırasıyla % 33.3, %14.6 ve % 11.2 olarak saptanmıştır. Ölçek iki faktörlü bir yapıya sınırlandığında tuz alımı ve ilaç uyumu kümelerinden oluşan bir faktör yapısı oluşmuştur. İlaç uyumu kümesinin ve tüm ölçeğin Cronbach alpha sonucu sırasıyla 0.72 ve 0.83 olarak hesaplanmıştır.

SONUÇ

Türkçeye uyarlanan Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği, faktör analizi sonuçlarına göre orijinal ölçekle tutarlı bulunmuştur ve yüksek bir iç tutarlılığa sahiptir. Türkçe ölçek bu özellikleriyle Türkiye'de birinci basamakta hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarını değerlendirmede kullanılmaya uygun olarak

değerlendirilmiştir.

Anahtar sözcükler: birinci basamak sağlık hizmeti, hasta uyumu, hipertansiyon, Hill-Bone Ölçeği

Birinci Basamaksız Pandemi İzlenilemez, Yönetilemez, Planlar Başarılı Uygulanamaz !

Dr. Ali DEMİRCAN
PHD İstanbul Şube Başkanı, TTB Pandemik İnf. Bil. Danışma ve İzleme Kurulu üyesi

Son yıllarda sağlık ortamlarında en çok tartışılan konulardan birisi Pandemik İnfluenza A (H1N1)v 'dir. Özellikle Şubat – Mart 2009 tarihleri ile başlayan ve 11 Haziran 2009 tarihinde Dünya Sağlık Örgütünün Pandemik Alarm Fazını 6. Seviyeye çıkarması ile bir yandan sağlık ortamlarında tartışma şiddetlenmiş bir yandan da sorunu çözme veya en azından etkisini en aza indirme çalışmaları da başlamıştır.

Öncelikli olarak tüm dünya genelinde koruyucu önleyici tutum ve davranışlar konusunda çok yoğun çalışma ve bilgilendirmeler sürerken bir yandan da aşı çalışmaları sonuçlandırmış ve "Pandemik İnfluenza A (H1N1)v" virüsüne karşı aşı geliştirilmiştir. Fakat bu aşının geliştirilmesi ile beraber bilim ortamlarında olması beklenen tartışma tamamen medya önünde yapılmaya başlanmış ve halka bilgi vermek adına doğruluğu ispatlanmamış ve kanıta dayalı olmayan ve genellikle "bence" diye başlayan cümlelerle konu tartışılmıştır. Bu tartışmalar sırasında konu hakkında bilimsel tartışma yapmak isteyen, bilim insanların çabaları da yaşanan bilgi kirliliği altında etkinliğini kaybetmiş ve kaybolmuştur. Konuyu daha sansasyonel ama kanıta dayanmayan bilgilerle yapılan tartışmalar ve tartışmacılar çoğu zaman daha fazla öne çıktığı için, topluma yönelik verilen mesajlar da hep bu boyutta kalmıştır. Bütün bu doğru olmayan zeminde yapılan tartışmalara ve bilgilendirmelere Medya 'nın eksik ve yanlış olan değerlendirmeleri ile yapmış olduğu pandemi haberleri ve bilgilendirmeleri de eklenince tablo daha da karamsar bir hal almış ve insanlarda yaratılan kafa karışıklığı pandemiye karşı yapılan uygulamalara özellikle aşı uygulamasına da yansımıştır.

Bu süreçte yaşanan olumsuzluklara siyasi otorite de kendi üslubunca katkıda bulunmuştur. Pandemi gibi toplum sağlığını direkt ilgilendiren bir konu siyasallaştırılarak sulandırılmıştır. Ülkemizin sağlık otoritesi olan Sağlık Bakanlığı Pandemi ilanından hemen sonra göstermiş olduğu sorumlu ve bilimsel tutumu kaybetmiş ve siyasilerin yapmış olduğu bilimsel olmayan yaklaşımlardan etkilenerek zamanla pandemiye yönelik haklı ve bilimsel yaklaşımını kaybetmiştir. Oluşturduğu Ulusal Pandemi İzlem Kurulunun bağımsızlığının sorgulanmasına neden olmuştur. Son dönemlere yapılan ve bizzat Başbakan'ın talebi olan konunun gündemden düşmesi yönündeki önerisine bağlı olarak zaman içinde topluma yönelik olarak yapılacak bilgilendirmelerin aralığı değiştirilmiş, haftalık hale getirilmiş ve hatta bilgilendirmenin içeriği de azaltılmıştır. Topluma doğru bilginin yetkili kurumlarca aktarılmamasının ne gibi faydası olacağını anlamak zor olmakla beraber bu bilginin aktarılmaması ile acaba salgının etkisinin azalacağı ve/veya ölümlerin ortadan kalkacağımı sanılmaktadır.

Bu arada bu tip bir salgında, salgının en iyi şekilde ve en kolay izleneceği birinci basamak sağlık hizmeti sunulan alanlar da etkisizleştirilmiş ve ne yazık ki bu salgından korunmaya ve süreci yönetmeye yönelik faaliyetlerin dışında bırakılmıştır. Sonuçta sürecin yönetilmesine ve aşı uygulamasına karşı toplum genelinde bir güvensizlik oluşmuş ve aşılama oranları çok ama çok aşağılarda kalmıştır (resmi olmayan kaynaklara göre %5-7 gibi bir

oran bildirilmekte). Bu bile birinci basamağın özellikle de sağlık ocağı örgütlenmesinin önemini bir kez daha ortaya çıkmıştır. Daha önceleri topluma yönelik yapılan aşılama kampanyaları (polio eradikasyonu, Kızamık aşılanmaları, her yıl düzenli yapılan, bebek, okul öncesi dönem ve okul aşıları v.b.) ile toplum üzerinde tamamen olumlu etkiler bırakan ve bu konuda elde ettiği başarıları övgüye değer olan (özellikle de polio eradikasyonunda tamamen bulunduğu bölgenin ileri gelenleri öğretmenlerle, muhtarla v.b. ile ortak hareket etmiş ve süreci çok iyi bir şekilde yönetip sonlandırmıştır). sağlık ocakları, neden öncelikli olarak aktiflenmemiş ve uygun duyarlılığa getirilmemiş ve çalışanları bu sürecten dışlanmıştır diye sormakta da fayda vardır.

Oysa topluma yönelik müdahalede (salgının önlenmesi, aşıyla korunma ..) ona en yakın yerde bulunan ve ulaşılabilirliği en kolay olan sağlık ocağı temel bir yapıdır. Sağlık ocağı / personeli bilgiyle donanır, önemini kavrar, ebesi hemşiresi hatta hekimiyle sahaya çıkar; topumu bilgilendirir, önemini kavratır, yüksek oranda topluma ulaşır ve gerekeni yapar. Bu pandemi ve pandeminin izlenmesi+aşılama v.b. yapılacak koruyucu uygulamalar döneminde böyle olmadığından, toplumdaki duyarlılık ve uygulamalara katılımda istenilen düzeyde ve hızda gerçekleşmemiştir.

Görülen odur ki bu konuda sağlık otoritesi olan Sağlık Bakanlığı geçmiş deneyimlerden yeterli dersi çıkartmamış ve buna uygun davranış da sergileyememiştir. Bu durumda bilimsel çevrelere ve kurumlara (TTB, Uzmanlık Dernekleri, PHD v.b.) bu konuda bakanlığa baskı yapmak ve onu doğru tutum ve politika sergilemeye zorlamak görevi de düşmektedir.

Yaşanan bu süreçte içinde bulunduğumuz durum kısaca;

1- Topluma yönelik bilgilendirmeler yeterli düzeyde bilimsel ve kanıta dayalı yapılmamıştır.

2- Toplumla en kolay temas etme noktasında bulunan sağlık ocakları ve burada hizmeti sunan hekim ve hekim dışı personel konu hakkında yeterli duyarlılığa ulaştırılmamıştır, hatta öyle kararlar alınmış ki sürecin dışında kalmıştır.

3- Sağlık ocaklarındaki, sağlık personeline en başından bu yana yeterli bilgilendirmeler yapılmamış, tutum geliştirilmemiştir. Problem ve çözümleri hakkında harekete geçirecek, aktif/temel rol almasını sağlayacak yeterli donanım ve

kavrayış geliştirilmemiştir.

4- Duyarlılığı ve bilgi seviyesi arttırılmamış olan sağlık çalışanları sürece sahip çıkamamışlar ve topluma yönelik tutum ve davranışlarda kazandıkları güvensizlikleri aktarmışlar

5- Öncelikli olarak sağlık ocağında çalışan hekim ve hekim dışı çalışanların yaşanılan sürece yönelik, sorunlara çözüm sunmaları ve deneyimlerini aktarmalarına olanak tanınmamış çalışanlar süreçte edilgen duruma düşürülmüştür.

6- Hatta sağlık çalışanları öyle bir oldu bitti ile karşı karşıya bırakılmıştır ki kendisine soru soran, bilgi almak isteyenlee ne cevap vereceğini bilememiş adeta "PARALİZİ" olmuştur. Sorulara kendisinin bireysel tercihleri üzerinden cevaplar vermek ve/veya telkinlerde bulunmak zorunda kalmıştır. (ben aşı yaptırdım, sizde yaptırın veya ben yaptırmadım sizde yaptırmayın gibi bilimselliği sorgulanan cevaplar)

7- Bakanlık atacağı adımlarda, uygulamada kararlı tutum oluşturamamış, yalpalamış, yönetimde kararsızlık uygulamada etkisizliği getirmiştir. Hem sağlık personeli hem de halkın güveni sarsılmıştır. Ayrıca bakanlık/hükümet sorunu siyasallaştırmış ve bu durum güvensizliği daha da arttırmıştır. (Başbakanın ve bazı bakanların tavrı, açıklamaları v.b.)

İnfluenza salgınında beklenen ve korkulan ikinci atağın olmasını engellemek veya en azından etkilerini azaltıp sürece yayma konusunda yapılabilecek en önemli unsur önemsizleştirmeye çalışılan ve süreç dışında bırakılan birinci basamak ve özellikle sağlık ocağı örgütlenmesinin hala var olduğu yerlerde bunlar üzerinden aile hekimliği pilot çalışmasına geçilmiş bölgelerde de TSM'ler ve ASM'ler üzerinden hareket ederek sürece birinci basamağın dahil edilmesi ve buraların deneyimlerinden faydalanarak eylem planları çıkartılması sorunların çözümünde önemli katkılar sağlayacaktır. Hatta bu deneyimlerden elde edilecek verilerle bir sonraki salgın durumlarına da hazırlıklı olunacaktır.

Ayrıca bu süreçte, aşının içeriğine ve uygulanmasına yönelik tartışmalarda dikkatle izlenmelidir. Bugünden geriye doğru bakıldığında, gereksiz ve güven sarsıcı açıklamalar ve tartışmalar olmasa idi ve TTB PandemİK tarafından yapılan basın açıklamalarında da belirtildiği üzere aşılanma faaliyetleri zamanında ve doğru olarak yapılsa idi gerçekleşmiş olan ölümlerinde önüne geçilebilinirdi. (En azından ölümlerin yaklaşık %90'nı olmayabilirdi)

İçinde bulunduğumuz şu günlerde salgının hızı azalabilir ve/veya artabilir ve buna uygun olarak stratejiler belirlemek ve hareket etmek lazımdır. Fakat bu süreç göstermiştir ki ülke sağlık otoritesi, pandemi sürecinin yönetimine yönelik zaman zaman başarılı hamleler yapmasına rağmen (aşı alınması, Pandemi İzlem Kurulu oluşturulması v.b.) bütüne yönelik bakıldığında başarılı bir yönetim sergileyememiştir. Sürecin sadece sağlık otoritesi olan Sağlık Bakanlığı tarafından değil, sağlık örgütlenmesi içindeki hekim ve hekim dışı çalışanlar, meslek örgütü ve ilgili uzmanlık dernekleri ve toplumun ileri gelen unsurları ile birlikte izlenmesi ve eylem planının uygulanması daha anlamlı ve başarılı olacaktır.

Umarız, alınan önlemler, önlem olarak kalırlar...

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

Toplum Bağışıklığı mı? Bireysel Yarar mı?

Doç. Dr. Pınar AY
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

Sağlık Ocaklarında yürütülen en nitelikli hizmetlerin hangileri olduğu sorulduğunda kuşkusuz pek çoğumuz hiç tereddüt etmeden bağışıklama hizmetleri olduğunu söyleriz. Özellikle birinci basamakta çalışan sağlık personelinin bağışıklama hizmeti ile ilgili geçmişte gösterdiği inanç ve kararlılık, aşıların kapsayıcılıklarının artmasına ve çocukluk çağında görülen aşı ile önlenebilir hastalıkların önemli ölçüde kontrol altına alınmasına olanak sağlamıştır. Bağışıklama hizmetlerinde amaç sadece sağlık kurumlarına başvuranların değil, hedef nüfusun tamamının hizmetten yararlanabilmesi sağlamaktır. Bu nedenle sağlık personeli pek çok kez hizmete ulaşımın önündeki engelleri kaldırmaya yönelik girişimlerde bulunmakta, hatta ev ev dolaşarak aşılama hizmetini yürütmektedir. Ayrıca toplumda zaman zaman ortaya çıkabilen aşı ile ilgili söylentiler ve bu nedenle oluşan direncin kırılmasında da sağlık personeli etkin görev almaktadır. Geçmiş yıllarda çocuk felci, tetanoz ve kızamık kampanyaları sırasında ortaya çıkan söylentilerin oluşturabileceği zarar, sağlık personelinin verdiği nitelikli

danışmanlık hizmeti sayesinde büyük ölçüde engellenmiştir.

Bugün ise bir sağlık personeline pandemik H1N1 aşısı ile ilgili verdiği danışmanlık hizmetini tanımlamasını istediğinizde aşağıda yer alan yanıtı almanız olasıdır:

".....aşı (H1N1 aşısı) yaptırın desem yan etkilerinden dolayı sorumluk alamıyoruz, yapmayın desem de aynı bu yüzden. Ben sorumluluk altında oluyorum, senin yüzünden olmadım ya da oldum dedikleri zaman problem oluyor, suçlanma ihtimalim var, her iki taraf açısından da tedirginlik var bizde. Tedirginlik var, ben de demokrasi var isteyen yaptırır istemeyen yaptırmaz, herkes kendi bilir diyorum, size kalmış bir şey."

Erkek, 30 yaşında, doktor, H1N1 aşısı olmamış

Yukarıda yer alan alıntı, birinci basamakta çalışan sağlık personelinin H1N1 aşısı ile ilgili algısı ile uygulamalarını ortaya koymayı amaçlayan ve Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan bir ekip tarafından halen yürütülmekte olan niteliksel bir çalışmadan aktarılmıştır. Söz konusu çalışma, henüz tamamlanmadığı için bu yazıda sonuçları ayrıntılı olarak ortaya konmayacak sadece temel bulgularından kısaca söz edilecektir.

Gerçekten de birinci basamakta çalışan sağlık personelinin pandemik H1N1 aşısı ile ilgili tutum ve uygulamaları diğer aşılarla olandan oldukça farklılık göstermektedir. Birinci basamakta çalışan personelinin, aşılanma sıklığını ortaya koyan istatistikler yayımlanmamış olsa da gözlemlerimiz personelin önemli bir kısmının aşı yaptırmamış olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık personelinin aşılanma oranı neden beklediğimizden daha düşüktür? H1N1 pandemisinin ciddiyeti ile ilgili sağlık çalışanlarının düşüncesi nedir? Aşı ile ilgili risk ve yarar algısı nasıl oluşmaktadır? Sağlık personeli nasıl olmuş da yıllardır savaştığı aşı karşıtı söylentilerin hedefi haline gelmiştir? Bu soruları yanıtlamaya yönelik kuşkusuz uzun tartışmalar yapılabilir, ancak bu tartışmada bazı temel noktalar öne çıkmaktadır.

Sağlık personeli mevsimsel gripten daha ağır, daha öldürücü olmadığı için H1N1 infeksiyonuna yönelik aşılanmanın gerekli olmadığını ifade etmektedir. Uygulamada H1N1 infeksiyonunun tanısının yapılmıyor, pek çok olguda semptomatik tedavi dışında bir tedavi verilmiyor olması da bu görüşü desteklemektedir. Bu durum, hastalığın ciddiyeti ile ilgili algıyı derinden etkilemekte ve bazı çalışanlar

arasında tahlil ile tedavisi yapılmayan bir hastalık için aşı yapılması gerekmediği ile ilgili bir görüşünün hakim olmasına neden olmaktadır. Gerçekten de birey açısından değerlendirildiğinde ölüm riskinin çok da yüksek olmadığı, hastalığın büyük ölçüde orta veya hafif şiddette atlatılabileceği izlenmektedir. Ancak bu noktada uygulamanın, bireysel yarar yerine toplumsal yararı hedef alması gerektiği ne yazık ki unutulmaktadır. Virüs çok öldürücü olduğu için değil, çok fazla sayıda kişiyi infekte etme potansiyelini taşıdığı için önemlidir. Çok sayıda kişinin infekte olması, hastaneye yatırılan, yoğun bakım yatağına ihtiyaç gösteren veya ölenlerin mutlak sayılarının artması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla aşılama yoluyla bağışık birey oranının artırılması, hem ölümleri engelleyecek hem de zaten sayıca çok az olan yoğun bakım yataklarına olan ihtiyacı da azaltacaktır. Birey bağışıklanarak kendisini koruduğu gibi infeksiyonun toplum içinde duyarlı bireylere yayılımını da engelleyerek önemli bir yarar oluşturacaktır. Ayrıca virüsün toplum içinde dolaşımının engellenmesine bağlı olarak mutasyon olasılığı da azalacaktır. Ancak sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüme de paralel olarak toplumsal yarar unutulmakta, hizmet sadece bireysel kazanımlar ile ilişkilendirilmekte ve aşılanma oranları hedeflenenin altında kalmaktadır.

Sağlık personeli aşı ile ilgili bilgiye büyük ölçüde basın veya sosyal ağları yoluyla ulaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından aşı ile ilgili eğitimler verilmiş olmakla birlikte sağlık personelinin aşının yararı ve olası istenmeyen etkilerine yönelik yeterli düzeyde bilgi kazanması tam anlamıyla gerçekleştirilememiştir. Sağlık personeli aşı konusunda bilgi gereksinimini sıklıkla dile getirmektedir. Basında yer alan bilgi kirliliği, çalışanların aşının istenmeyen etkileri ile ilgili kaygılarını daha da artırmıştır. Ayrıca aşının ömür boyu koruma sağlamaması ve sadece "mevsimlik" olması nedeniyle de getireceği yarar, oluşturacağı riskten çok daha düşük olarak algılanmıştır. Oysa kanıtlar H1N1 aşısının, yıllardır güvenle uygulamakta olduğumuz diğer aşılardan farklı olmadığını göstermektedir. Aslında aşının istenmeyen etkileri ile ilgili tıbbi yazında yıllarca önce kapanmış olan tiyomersal veya adjuvan ile ilgili tartışmaların yeniden gündeme gelebilmiş olması da şaşırtıcıdır.

Çalışma, tüm bu tartışmalara son noktanın konmasında sağlık ocağı hekiminin kilit rol oynayabileceğini göstermektedir. Sağlık ocağı hekimleri kararlı bir biçimde aşıyı yaptırdığında, diğer sağlık personelinin hiç tereddüt etmeden kendilerini izlediği görülmektedir.

"Benim burada güvendiğim doktorlar var. İsimlerini söylemeyeyim, onlar (aşı) yaptırdı düşünmeden yaptırdılar, biz de öyle, bir kişi bile tereddüt etmeden (aşı) yaptırdı. O hekim, ben hemşireyim, ben düşünüyorum, o düşünmeden yaptırıyor. Onlar daha çok biliyor, onlar çok araştırıyorlar, onlar gidip hemen (aşı) yaptırınca biz de hiç düşünmeden hemen hepimiz kollarımızı açtık, yaptırdık"
Ebe, aşı yaptırmış

Böylece aşı uygulamasında sağlık ocağı hekimi, hem diğer çalışanlara hem de topluma rehberlik edebilme özelliğini taşımaktadır. Bunun yanı sıra hekimin aşılanmayarak infekte olma ve hastalarına infeksiyonu bulaştırma riskini de alamayacağı açıktır. Tüm bunlar sağlık ocağı hekimine, toplum bağışıklığı ilkelerinin hatırlanması ve yeniden yaşama geçirilmesi için büyük bir sorumluluk yüklemektedir. Bu ne ilk salgındır ne de son olacaktır.

Dr. Seyhan Hıdıroğlu

Dr.Pınar Ay

Dr. Ahmet Topuzoğlu

Dr. Cem Kalafat

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Pandemik H1N1
Sorunu ve Ülkemizde Durum

Prof. Dr. Selim BADUR
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji A.D.

2009 yılı nisan ayı sonunda önce Meksika daha sonra ABD'de yeni bir solunum yolları enfeksiyonu sorununun ortaya çıktığı bildirilmiştir. Kısa sürede söz konusu tablodan sorumlu olan etkenin insanlarda o güne dek saptanmış olanlardan farklı bir antijenik yapıya sahip yeni bir Influenza virüsü olduğu ve süratli bir yayılım gösterdiği belirlenmiştir. O tarihten itibaren geçen sürede, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11 Haziran 2009 tarihi itibarıyla söz konusu pandeminin 6. evrede olduğunu ilan etmiş; enfeksiyonun birçok ülkede hızla yayıldığı görülmüş; hastalıktan kaybedilenlerin sayısı binlerle ifade edilmeye başlanmış ve nihayet kısa sürede onay alan aşılar kullanıma girmiştir.

Yeryüzünde tüm bu gelişmeler sürerken ülkemizde "domuz gribi" olarak tanımlanan salgın konusunda her önüne mikrofon uzatılanın yorum yaptığını, bilimsellik dışı polemiklerin uzadıkça uzadığını ve bu önemli sağlık sorununun siyasi şova, magazinsel tartışmalara dönüştüğünü görüyoruz. Bu olumsuz noktaya karşın, yine de konu ile ilgili bilimsel verilerle "ilgilenmek isteyen" çıkar diye, pandemi konusundaki bazı gerçekleri kısaca özetlemenin uygun olacağını düşünmekteyiz. Gelin başlıklar halinde pandemi gerçeğine bir göz atalım.

YENİ PANDEMİ ETKENİ H1N1 VİRÜSÜ NEDİR?

Kanatlıların virüsleri olduğu kabul edilen Influenza virüslerinin değişime yatkınlıkları bilinmektedir. Bu özellikleri nedeniyle insanlarda genel anlamda hümoral bağışıklığın bulunmadığı yeni bir alt-tipin ortaya çıkması ciddi sorunlara neden olabilir. Bu tarz bir olumsuzluğa neden olacağı kabul edilen yeni bir alt-tipin oluşması:

a)- kanatlılara özgü bir alt-tipin insana direkt bulaşı ile (örneğin 2006 yılında ülkemizde de gözlenen H5N1 olgularındaki duruma benzer biçimde);

b)- kanatlıların ve insanların Influenza virüslerinin, her ikisine özgü reseptörler taşıyan domuz gibi bir memeliyi enfekte etmesi ve bu iki farklı kökenden gelen virüslerin harmanlanarak yeni bir alt-tipin ortaya çıkıp insana bulaşması ile;

c)- insana adapte olmuş Influenza virüslerinin (H1, H2, H3 ve N1, N2) farklı kombinasyonlarının meydana gelmesi ve genelde insanlarda bağışıklığın bulunmadığı bu yeni formattaki virüsün bulaşı şeklinde üç farklı yoldan meydana gelebilir.

İşte bu tür gelişmeler sonucu ortaya çıkacak olası salgınlara karşı, DSÖ insanlar arasında yeni bir alt-tipin ortaya çıkıp çıkmadığını yakından izlemekte; ülkelerdeki sürveyans çalışmalarına destek vermektedir. Nitekim söz konusu kuruluş 20. yüzyılda görülen 1918, 1957 ve 1968 salgınlarından sonra yeni bir pandemi riskinin varlığına değinerek bu konuda dikkatli olunması uyarılarını sıklıkla yinelemiştir. 1997 yılında kanatlıların Influenza A/H5N1 virüsünün insanlarda enfeksiyon yapabildiği gösterildiğinde, çalışmalar bu alt-tipin izlenmesi yönünde yoğunlaştırılmıştır. Olası yeni pandemi etkeninin H5N1 suşu olacağı konusunda görüş birliğine varılarak, pandemi hazırlık planları oluşturulmuş ve pre-pandemik aşı çalışmalarına geçilmiştir; ancak korkulan olmamış ve insanlarda H5N1 enfeksiyonlarının kısıtlı sayılarda kaldığı gözlenmiştir.

2009 yılında bu kez farklı bir "pandemi etkeni adayı" devreye girmiş; bir dönem insanlarda sorun yaratmış olan eski bir alt-tip benzeri suşun yeniden dolaşıma girdiği saptanmıştır. Ancak bu "eski" alt-tipin beklenenin aksine "bildik bir eski alt-tip" olmadığı; insan, domuz ve kanatlı Influenza virüslerinden kaynaklanan gen bölgelerine sahip kimerik (üçlü reassortant)

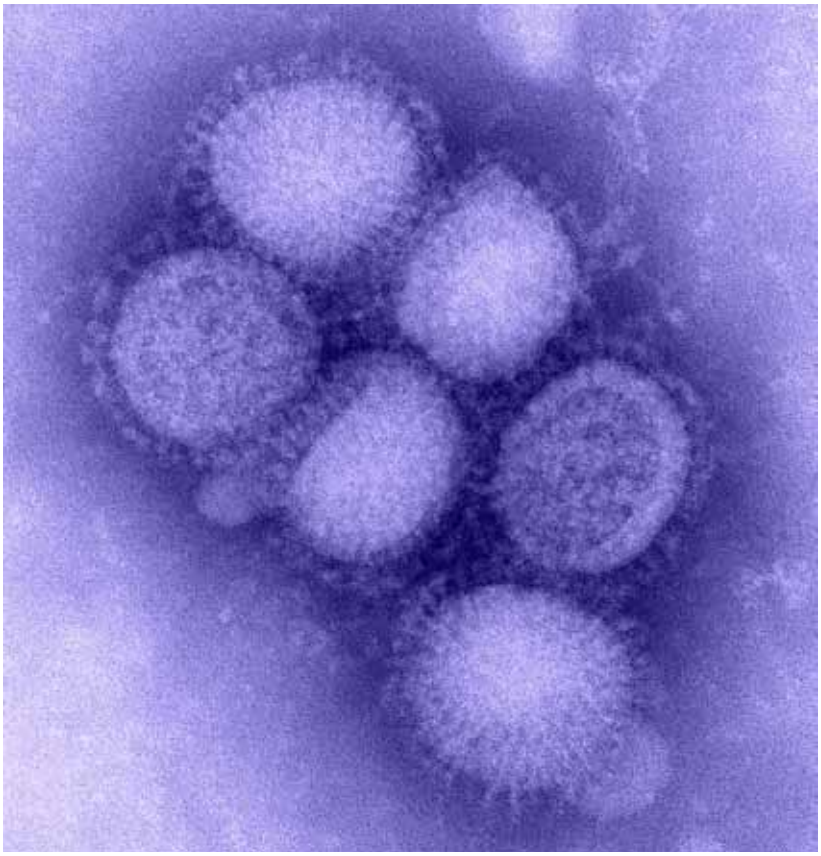
İstanbul Tıp fakültesi-Ulusal Influenza Referans Laboratuarı, Çapa-34390, İstanbul.

bir alt-tip olduğu anlaşılmıştır (1,2). Sonuçta farklı canlı türlerinin virüslerinin "genetik havuzu" şeklinde tanımlayacağımız pandemi etkeninin prototipi olarak belirlenen A/California/7/2009 suşu, aşının eldesinde de kullanılan standart suş olarak kabul edilmiştir.

ÜLKEMİZDE SON DURUM NEDİR?

22 Aralık 2009 tarihi itibarıyle ülkemizdeki iki referans

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010



laboratuarı olan: Ankara-Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı Viroloji Laboratuarı ve İstanbul Tıp Fakültesi-Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı Influenza Laboratuarında toplam 12.878 konfirme olgu bildirilmiş olup, aynı tarihde ülkemizdeki 67 ilden toplam 507 ölüm vakası bildirilmiştir. Bu sayısal verilerin Pandemi İzleme Bilim Kuruluna iletildiği 24 Aralık 2009 tarihli toplantıda, ayrıca: halen yatan hasta sayısının 316, yoğun bakımda bulunan 78 olgu ve ventilatöre bağlı 93 olgu bulunduğu Sağlık Bakanlığı yetkililerince açıklanmışltır.

2009 PANDEMİSİ NE KADAR CİDDİDİR? NE TIP OLUMSUZLUKLARA YOL AÇAR? İMLER RİSK ALTINDADIR?

Bugün için çeşitli kaynakların ortalamalarına bakıldığında, pandeminin inkübasyon süresi: 1,5-2 gün olarak kabul edilmekte; temel yayılma sayısı olarak tanımlanabilecek olan Ro değeri: 1,1-1,8; klinik atak hızı: →20; sekonder atak hızı: %7-13 ve vaka ölüm hızı: %0,1-2 olarak değerlendirilmektedir.

Klinik belirtiler genel anlamda mevsimsel gribe benzemekte ve pandemik suş ile enfekte olan hastaların çoğunda semptomlar hafif seyretmektedir. Nitekim 1.000 olgudan ancak 2-3'ünde yoğun bakımı gerektirecek şekilde tablonun ağırlaştığı hesaplanmıştır. Ancak pandemik grip için mortalite oranını gerçekçi biçimde hesaplamak kolay değildir; bunun başlıca nedeni, kontamine bireylerin bir bölümünde semptomların oluşmaması nedeniyle, enfekte birey sayısının tam olarak bilinmemesidir. Başlangıçta mevsimsel griptekine benzer biçimde her 10.000 olgudan 2-3'ünün kaybedildiği hesaplanmıştır; bu durumda bile pandemi süresince mevsimsel gribe oranla en az 4-5 kat daha fazla sayıda bireyin enfekte olacağı hesaplandığından, pandemi sürecinde kaybedilenlerin sayısının sıradan bir grip sezonunda yitirenlerden daha çok olması beklenmektedir. Hem ülkemizden hem de farklı coğrafyalardan bildirilen ağır seyirli olguların ortalama %30'unda bilinen klasik risk özelliklerinden hiçbiri bulunmamaktadır; bu durumda sağlıklı görünen çocukların ani gelişen solunum yetmezliği tablosu ile hastaneye kaldırılmalarına ve bazılarının yaşamlarını yitirmelerine gittikçe sıklaşan oranlarda rastlanmaktadır. Örneğin ABD'de yapılan hesaplamalara göre yoğun bakım gerektiren olguların %7'sinin (3), bir diğer çalışmada ise hospitalize olguların %6'sının kaybedildiği saptanmıştır (4). Yaşamını yitiren hastaların akciğer patoloji bulgularında, trakeabronşiyal epitelyum tabakasının yanı sıra, alveoler epitelyum hücreleri ve makrofajlarda da viral antijenin varlığı bildirilmiş; yaygın alveoler yıkım, akciğerlerde ödem ve hemoraji saptanmıştır (5). Bu tablo 1918 pandemisindeki görüntülere çok benzemektedir.

Pandemik H1N1 virüsünün, mevsimsel grip etkenlerinden farklı olarak, buna karşın kuş gribi etkeni olan H5N1 virüsünde görüldüğü gibi alt solunum yollarına yerleştiği; mevsimsel grip etkenlerinin, Influenza virüslerinin hücrelere tutunma bölgeleri olan sialik asit glikoproteinlerinden üst solunum yollarındaki 2-6'yı kullanırken, pandemik H1N1'in alt solunum yollarında bolca rastlanılan 2-3 yapısındaki reseptöre bağlandığı kanıtlanmıştır (6).

Patogenezde önemli olan bir diğer önemli bulgu, grip sonrası ortaya çıkan pnömonilerin özelliğidir. Mevsimsel grip olgularının %30'unda S. aureus ya da S. pneumoniae bakterilerinin etken olduğu sekonder enfeksiyonlar söz konusudur. Nitekim 1918 İspanyol pandemisinde gözlenen ölümlerin büyük kısmı bu tip koenfeksiyonlara bağlıdır. Buna karşın

pandemik H1N1 olgularında virüsün kendisinin de letal pnömoniye neden olduğu saptanmıştır. Gelinciklerde ve farelerde yapılan patogenez çalışmalarında pandemik H1N1 virüsünün mevsimsel grip etkeninden daha patojen olduğu; solunum yollarındaki replikasyonunun daha güçlü olduğu; nazal kavite dışında trakea, bronşlar ve bronşioller gibi farklı akciğer bölgelerinde de çoğalabildiği ve nihayet virüs çıkarımının daha yoğun olduğu saptanmıştır (7).

Astım başta olmak üzere hangi yaş grubundan olurlarsa olsunlar süregen hastalığı bulunanların; gebelerin; 6 ay-25 yaş grubuna dahil çocukların ve gençlerin; sağlık çalışanlarının pandemi için önde gelen risk gruplarını oluşturdukları kabul edilmektedir. Örneğin hastaneye yatışı gerektirecek oranda ağır hastalık tablosu gösterenlerin %10'unu gebelerin oluşturduğu; diğer gruplara oranla gebelerin 10 misli daha fazla oranda yoğun bakıma kaldırılma riski taşıdıkları saptanmıştır. Bu arada Arjantin'den bildirilen bir çalışmada pediatrik ölümler açısından pandemik Influenzanın, mevsimsel gribe oranla 10 misli daha fazla kayıba neden olduğu saptanmıştır (8).

Şu an için insanlarda bağışıklığın bulunmadığı yeni bir virüs söz konusu olduğundan enfekte olacak kişilerin sayısı fazla olacaktır. Bu durumda pandeminin boyutunu vurgulamak için sadece yaşamını yitirenlerin sayısına bakmak yanıltıcı olabilir. Çok sayıda insanın hastalanması sonucunda hastanelerin dolup taşması, sağlık sisteminin bir anda kilitlenmesi, solunum cihazları ve reanimasyon merkezlerinin yetersiz kalması kaosa neden olabilir. Kanada verilerine bakıldığında bugüne dek geçen süreçte pandemik H1N1 enfeksiyonları için: ortalama inkübasyon süresi 4 gün, semptomların devam ettiği süreç ise ortalama 7 gün olarak hesaplanmıştır. Ayrıca olguların hastaneye kaldırılma oranı %4,5, olgu/ölüm oranı %0,3 belirlenmiş ve simülasyon denklemlerine dayanarak Ro değeri 1,31 olarak hesaplanmıştır (9). Bu değerler şu an için salgının ılımlı seyrettiğin göstergesi olmasına karşın, virüsün değişkenlik özelliği göz önüne alınarak önlemlerin devam etmesi uygun bulunmaktadır. Aslında yaşamakta olduğumuz pandemi sorununun gerçek boyutunu, büyük olasılıkla pandemi sonlandıktan sonra, ilkbahar aylarında daha net biçimde değerlendirmek mümkün olacaktır. Kısacası, gelecekte ne olacağını, "gelecek günler" bizlere gösterecektir.

NASIL DEĞİŞİME UĞRAR; MUTASYONLARIN ANLAMI, ÖNEMİ:

Influenza A virüslerinde patojeniteyi belirleyen bir dizi faktör bulunmaktadır:

- Etkenin hangi bölgede hangi tip hücreleri enfekte edeceğini belirleyen, sialik asit yapısındaki hücre reseptörlerine bağlanma özelliğinde değişim;

- Bir hücrede replikasyon düzeyini belirleyen ve "adaptasyon mutasyonlarına açık bölgeler" olan polimeraz bölgelerindeki (PA, PB1, PB2) değişimler;

- Pandemiye neden olacak suşlarda bulunması gereken bir diğer "adaptasyon mutasyonu" bölgeleri grubu: M, NS, NP proteinlerinde farklılaşmalar;

- Anti-virallere dirençte rol oynayan bölgelerdeki mutasyonlar.

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

Influenza virüslerindeki mutasyon kapasitesi, herhangi bir suşun daha patojen veya daha dirençli olmasına, ya da hümoral yanıttan kaçmasına yol açabilir.

Günümüzün konusu olan pandemi suşu-H1N1 virüsüne ait mutasyon analizlerine bakıldığında, aşağıda özetlenen bulgular ortaya çıkmaktadır:

- Bu güne dek 3.500'den fazla H1N1 suşunun sekans analiz sonuçları gen bankasına bildirilmiştir;

- Suşların genetik devinime açık olduğu görülmektedir (3,66x10-3 sübstitüsyon/bölge/yıl)

- Ancak bu devinim yoğunluğu bu gün için antijenik farklılaşma doğuracak boyutta değildir; tüm suşlar prototip olan "A/California/7/2009 (H1N1)v" suşu ile çapraz reaksiyon vermektedir;

- Tüm genom sekanslarında bir bütünlük olmasına karşın, suşların amino asit ve nükleotid farklılıklarına göre filogenetik ağaçta birbirine çok yakın ancak farklı iki küme (clusters) söz konusudur: cluster 1 ve 2;

- Virülans mutasyonları olarak kabul edilen H, PB2, PB1 ve NS bölgelerinde bazı farklılaşmalar saptanmıştır (10).

Ancak bu farklılaşmaların bugün için önemli davranış değişimlerine yol açmayacağı kabul edilmektedir. Söz konusu mutasyonlardan:

a)- PB2 bölgesindeki E627K farklılaşması şimdiye dek Hollanda da sadece iki hastadan izole edilen suşda gösterilmiş; ancak etkenin üst / alt solunum yollarında üreme özelliğini belirleyici olan bu mutasyonun pratikte her hangi bir olumsuzluğa neden olabileceği kanıtlanmamıştır;

b)- H bölgesindeki D222G ve D222E değişimi önce Norveç'ten, daha sonra Çin Halk Cumhuriyeti, Ukranya ve nihayet ABD'den bildirilmiştir. Bu tip değişime uğramış suşların diğerlerine oranla daha hızlı biçimde üst solunum yollarından alt solunum yollarına kaydıkları düşünülmektedir.

c)- İlk olarak İtalya'dan bildirilen ve oseltamivir direncine yol açan H bölgesindeki H275Y değişimi ise, şimdiye dek 40'dan fazla olguda saptanmıştır.

Tüm bu bulgulara rağmen bugün için gelinen noktada:

- Virüsün antijenik olarak stabil olduğu; ancak genetik farklılıklara çok rastlandığı;

- Başka Influenza A suşları ile "harmanlanma" olasılığının (özellikle korkulan H5N1 ile birleşme riski) bulunduğu;

- Virülansında artış olasılığının bulunduğu (D222G tipi değişikliklere bağlı olarak);

- Oseltamivire direnç mutasyonunun yaygınlaşma riskinin her zaman var olduğu kabul edilmektedir;

- Genetik değişim daha çok immünsüprese hastalardan ve uzun süreli virüs atılımının görüldüğü olgulardan izole edilen suşlarda saptanmaktadır.

Pratik açıdan ise, yukarda değilinen mutasyonların ender görüldüğü ve bu tür değişimlerin "aşıdan kaçan" suşlara neden olmadığı; bu nedenle aşının etkisiz kalmasının söz konusu olmadığını söyleyebiliriz.

Ülkemizde, İstanbul Tıp Fakültesinde görev yapan Ulusal Influenza Referans Laboratuarında, özellikle tedaviye yanıt alınamayan

ve/veya yaşamını yitiren olgulardan izole edilen suşlar dizi analizi ile incelenmektedir. Nitekim bu laboratuarda:

- 2007-2008 sezonunda izole edilen Influenza H1N1-mevsimsel grip etkenlerinde oseltamivir direnci %20 olarak belirlenmiş;

- Ülkemizde ilk izolasyon olan 15 Mayıs 2009 tarihli ilk pandemik H1N1 suşunun analizi yapılarak "A/İstanbul/30/2009 H1N1" ismiyle GenBankasına bildirilmiştir;

- Yukarıda özellikleri belirtilen suşların H ve PB2 bölgelerine ait dizi analizleri sürdürülmekte olup, bu güne dek herhangi bir mutasyona rastlanmamıştır.

AŞININ ÖNEMİ, HAZIRLIK SÜRECİ

Neden pandemi aşısı yaptırmalıyız?

Elbette kendimizi ama aynı zamanda yakınlarımızı korumak ve genel anlamda toplumdaki salgını daha az hasar verecek düzeye çekmek için aşılanmak tek etkili yöntemdir. Bir toplumda salgın yapan bulaşıcı hastalığın şiddetini azaltmak hatta yayılımını durdurmak, ancak o toplumdaki bağışık kişilerin sayısını arttırarak mümkündür. "Bekleyelim, enfeksiyonu geçirip bağışıklanırız" yaklaşımının ciddi riskler taşıdığını; söz konusu pandemi etkeninin herhangi bir süregen hastalığı bulunmayan sağlıklı bireylerde de beklenmedik şekilde ciddi sorunlar yaratabildiğini görüyoruz. İşte bu nedenlerden ötürü bağışıklanmak, sadece kendimize karşı değil, topluma karşıda bir sorumluluk olarak değerlendirilmelidir.

Pandemik aşılar, büyük çapta, mevsimsel grip aşılarının hazırlanma teknolojileri ile üretilmektedir; immünojenin üretildiği ortam (embriyonlu yumurta), aşılara eklenen adjuvanlar ve koruyucular konusunda herhangi bir "yenilik" söz konusu değildir. Ayrıca 2000'li yıllarda H5N1 pre-pandemik aşılara ait birçok klinik çalışma yapılmış ve buradan elde edilen bulgular H1N1 aşıları için de yön gösterici olmuştur.

Haziran 2009'dan başlayarak aşıların üretildiği dört aylık süreçte, en kısa sürede, en fazla sayıda aşının eldesi için saate karşı bir yarış başlatılmıştır. Mevsimsel grip aşısı üretim teknolojisinin kullanıldığı bu süreçte, önce DSÖ aşı suşunu belirleyerek üreticilere dağıtmış; 15 temmuz 2009 tarihinde mevsimsel grip aşısı üretimi sonlandırılarak pandemik aşı hazırlıklarına başlanmış; temmuz-ağustos aylarında ilk klinik çalışmalar gerçekleştirilmiş, yeterli immünojenik özellikleri saptanan aşılar için 15 eylül 2009 tarihinde ABD'de, 30 eylül 2009 tarihinde ise Avrupa'da yetkili kuruluşlardan onayları alınmıştır. Sonuçta ekim ayı sonundan başlayarak birçok ülke aşılama kampanyalarına başlanmış ve bu yazının kaleme alındığı tarihte yaklaşık 200 milyon kişinin bağışıklandığı görülmektedir. Uygulamaya ilk başlayan ülke 21 eylül 2009 tarihinde Çin Halk Cumhuriyeti olmuş; bunu 29 eylül 2009'da Macaristan, 30 eylül 2009'da Avustralya ve 5 ekim 2009 tarihinde ABD izlemiştir.

Bu arada ülkemizde pandemi aşıları konusunda "neden 4. faz çalışmaları tamamlanmadan aşılar kullanıma girdi?" sorusu ile sıklıkla karşılaşmaktayız. Bu tip bir soru, büyük olasılıkla ilaç/aşı üretim sürecini bilmeyen kişilerce ortaya atılmaktadır. Çünkü 4. faz çalışmaları bir ilaç ya da aşı piyasaya verildikten sonra başlayan ve 2-3 yıllık süreci kapsayan bir aşamadır.

Ayrıca aşıların çocuklarda ve gebelerde denenmediği bazı ortamlarda dile getirilmiştir. Ancak hiçbir ilaç ya da aşının bu iki grupta denenmesi, bu kesimlerde klinik çalışmaların yapılması zaten söz konusu değildir.

GRİP AŞILARININ YAN ETKİLERİ NELERDİR?

Her türlü ilaç ya da aşı, enderde olsa, istenmeyen ve beklenmeyen etkilere yol açabilir. Toplumda çok sık kullanılan ağrı kesici, ateş düşürücü ilaçlar için bile bu geçerlidir. Bu nedenle ilaçlar ve aşılar, ancak sağlayacakları yararlar, ortaya çıkma ihtimali olan yan etkilere göre çok daha fazlaysa, onaylanır ve kullanıma sunulurlar. Bununla birlikte ruhsatlı ve kullanımdaki tüm ilaç ve aşılar yeni belirlenecek yan etkiler yönünden yakından izlenir, önemli bir bulgu ortaya çıkarsa ciddi önlemler alınır.

Deride lokal şikayetler ve kas ağrıları dışında grip aşılarının yan etkilerine oldukça ender rastlanmaktadır. Hangi tip

olursa olsun grip aşılarının bilinen yan etkilerini şu şeklide özetlemek olasıdır:

- Aşı yapılan yerde, ağrı, şişlik, kızarıklık

- Ateş, eklem ağrıları, halsizlik, baş ağrısı, baş dönmesi, ellerde ayaklarda uyuşma

- Vücutta döküntü, kaşıntı gibi alerjik reaksiyonlar

- Ciddi alerjik reaksiyon, anafilaksi (görülme sıklığı 1 milyon dozda bir vaka: 1/1,000,000)

Bu yan etkiler aşı yapıldıktan sonra bir kaç saat ile 1-2 gün içinde ortaya çıkar ve yine bir kaç gün içinde kaybolur. Ekim-Kasım 2009 döneminde ABD'de H1N1 aşısı yaptıran 1 milyon kişide 82 adet yan etki bildirimi yapılmışken, bu sayı aynı oranda mevsimsel grip aşısı uygulananlarda 47 olarak belirlenmiştir (11).

Grip aşısı sonrasında oluşma riski bulunduğu söylenen Guillain-Barré Sendromu (GBS)'na gelince. GBS nadir görülen bir hastalıktır; kişinin bağışıklık sisteminin yapıtaşlarından olan antikorların sinir hücrelerine karşı harekete geçerek onlara zarar vermesi sonucunda kas güçsüzlüğü ve geçici paralizilerle karakterize bir tablodur. Bu belirtiler bir kaç hafta ile bir kaç ay arasında devam edebilir ve sonuçta olguların neredeyse tamamında şikayetler kaybolurken, bazı olgularda sinirlerdeki harabiyet kalıcı olabilir. Erişkinlerde ve özellikle 50 yaş üzerindekilerde, gençlere göre daha sık görülür.

GBS'nin nedeni bilinmemektedir; ancak hastaların 2/3'ünde sorunlar başlamadan önceki bir kaç hafta içinde soğuk algınlığı, grip, ishal gibi hastalıkların, özellikle de Campylobacter jejuni enfeksiyonlarının varlığı saptanmıştır (12). Her yıl ABD'de 3.000-6.000 GBS olgusuna rastlanmaktadır; Fransa'da bu sayı 1.700-1.800 kadardır. Aşılananların 1/1.000.000'inde bu tip bir patolojiye rastlanma olasılığı bulunurken, pandemik gribin hastaneye yatış gerektirecek kadar ağır formlarına yakalanma riski 1/1.000 oranındadır.

GBS konusunda dile getirilen kaygılar 1976 yılında, ABD'de bir salgın başlangıcı nedeniyle çok sayıda insana uygulanan grip aşısı sonrasında, GBS vakalarında artış olduğu bilgisine dayanmaktadır. Bu dönemde ABD'de 48 milyon kişi aşılanmış, bunlardan 532'sinde GBS gelişmiş, olguların çoğu iyileşirken, 25'inde kalıcı hasarlar söz konusu olmuştur. O tarihten bu yana, konuyu araştıran birçok uzun soluklu çalışma yapılmış ve bunların hemen tamamında, grip aşısı ile GBS arasında bir ilişki bulanamamıştır (13). Sadece bir çalışmada, 1 milyon doz aşı uygulaması sonrasında 1 olgunun ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Daha da ilginç olan, aşılanmayan ancak gribe yakalanan 1 milyon olguda GBS bildirimi 40-70 kadardır! Sonuçta aşılanma sonucunda görülme olasılığı ile kıyaslandığında, enfeksiyonu geçirenlerde bu sorununun en az 40 kez daha fazla görülme riskinin bulunduğunu söyleyebiliriz. Dolayısıyla GBS'ye yakalanmamak için bile grip aşısı yaptırmak uygun olacaktır!

AŞILARDAKİ ADJUVAN SORUNU!

Yan etkileri azaltabilmek amacıyla aşılardaki immünojeni saflaştırma çalışmaları, aşının etkinliğinde azalmaya neden olduğundan, daha güçlü yanıt elde edebilmek için aşılara adjuvan denilen "güçlendiricilerin" eklendiğini biliyoruz. Adjuvanların aşılara eklenmesine 1920'lerde başlamış olup, uzun süre aluminyum tuzlarından hazırlanan adjuvanlardan yararlanılmıştır. Son yıllarda ise geliştirilen yeni adjuvanlar sayesinde aşıların etkinliğini arttırma çalışmalarına hız verilmiştir.

Günümüzde lisans alarak Influenza aşılarında kullanıma giren skualen bazlı üç yeni adjuvan vardır: suda yağ emülsiyonu olan MF59 (Focétria-Novartis), AS03 (Pandemrix-GSK) ve AF03 (Humenza-Sanofi Pasteur).

İçinde adjuvan olan aşılar 80 yıldan bu yana birçok aşıda kullanılmaktadır ve örneğin çocuklara yapılan karma aşılar ve hepatit aşılarında da adjuvan vardır. Adjuvansız aşılar grip enfeksiyonunun en kötü etkilediği gruplar olan yaşlı ve küçük çocuklara uygulandığında, aşılananların yaklaşık %50'sinde korunma sağlarken, yeni adjuvanların kullanıldığı aşılar %90'ın üzerinde korunma sağlamaktadır. Adjuvanlı grip aşısı, 1997 yılından bu yana 12'si Avrupa'da olmak üzere 23 ülkede kullanılmaktadır; şimdiye dek 45 milyon bireye

uygulanmış olmalarına karşın herhangi ciddi bir yan etki bildirimi söz konusu değildir. Ayrıca adjuvanlı aşılar bağışıklık sistemini daha iyi uyarabildiklerinden, çok daha az miktarda antijen içerirler. Bilimsel veriler, adjuvanlı ve adjuvansız aşılar arasında güvenlik açışından bir fark olmadığını göstermektedir.

Eleştirilerden biri, adjuvanlardaki skualen maddesi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Doğal bir madde olan skualenin "körfez sendromu" denilen bir tabloya neden olduğu ileri sürülmüşse de, bu maddenin belirtilen bir yan etkiden sorumlu olduğunu gösteren tek bir bilimsel araştırma mevcut değildir. Üstelik 1997 yılından bu güne dek, skulalen bazlı MF59 adjuvanı içeren mevsimsel grip aşıları ile 22 milyon kişi bağışıklanmış, ancak herhangi ciddi bir yan etki bildirimi gerçekleşmemiştir.

Bu bağlamda "Amerika'da neden adjuvansız aşı kullanılmaktadır?" sorusu gündeme gelmektedir. ABD bu salgından en erken etkilenen ülkelerden olup, bu nedenle aşı siparişini çok erken dönemde vermiş ve her zaman kullanmakta olduğu mevsimsel grip aşıları gibi adjuvansız aşılardan ısmarlamıştır. Bu aşıların üretimi için kişi başına 15µg antijen gerekmektedir. Fakat H1N1 salgınının bir pandemiye dönüşmesi ve tüm dünya ülkeleri için çok hızlı aşı üretilmesi gereği ortaya çıkınca, birçok ülke içinde daha az antijen bulunan (3,75-7,5 µg) buna rağmen daha iyi koruma sağlayan ve güvenirlikleri kanıtlanmış adjuvanlı aşılara yönelmiştir. Nitekim DSÖ'de bu karara ön ayak olmuş ve ülkeleri bu tür aşı kullanmaları açısından desteklemiştir. Halen ABD ve Avusturalya hariç, diğer ülkelerin kullandığı pandemi aşılarının hemen tamamı adjuvanlı aşılardır. Öte yandan, yayınlanan meta-analizlerde her üç adjuvanlı pandemik ve mevsimsel grip aşılarının hiçbir ciddi soruna yol açmadığı; buna karşın daha az antijen ile daha güçlü yanıt alındığı bildirilmiştir.

Sadece gebelerde yeterli deneyim olmadığı için ülkemizde ve bazı Avrupa ülkelerinde bu gruba adjuvansız aşı kullanımı tercih edilmiştir. Bununla birlikte DSÖ gebelerde de adjuvanlı aşıların rahatlıkla kullanılabileceğini belirtmektedir. Aslında adjuvanların gebelerde herhangi bir olumsuzluğa neden olmadığı bilinmekte olup, örneğin İtalya'da gebelere de adjuvanlı aşı uygulanmaktadır.

GRİP AŞILARININ İÇİNDE CİVA OLDUĞU SÖYLENİYOR. BU BİLGİ DOĞRUMU VE ZARARI VAR MI?

Dünya büyük bir salgınla karşı karşıya olduğundan, çok fazla miktarda aşı gerekmektedir; bu nedenle de ABD'de dahil olmak üzere tüm dünyada şu anda kullanılmakta olan aşılar çoklu dozlarda üretilmiştir; diğer bir tanımlamayla aşıların bulunduğu flakonlarda 10 kişiye yetecek miktarda aşı bulunmaktadır. Bu tür çok dozlu aşılarda, aşının mikroorganizmalarla ve özellikle bakterilerle kontaminasyonunu önlemek için, bir civa türevi olan thiomersal koruyucu olarak aşılara eklenmektedir. Bu madde uzun yıllar boyunca, tüm dünyada, çocukluk çağı aşılarının içinde kullanılmıştır; son yıllarda ise aşılar büyük oranda tekli dozlarda üretildiğinden, bu maddenin kullanımı da azalmıştır. Thiomersalin yoğun olarak kullanıldığı dönemlerde aşılanan çocuklarla ilgili bilgiler kullanılarak yapılan birçok bilimsel araştırma, bu maddenin hiçbir istenmeyen etkisinin olmadığını göstermiştir. Ayrıca bu araştırmalar, birçok bilimsel kuruluş (CDC, FDA, NIH, IOM, ACIP, AAP) ve DSÖ tarafından, yakın dönemde tekrar gözden geçirilmiş ve thiomersal maddesinin aşılarda kullanılabilir, güvenli bir madde olduğuna karar verilmiş; bu maddeyi içeren aşıların, bebeklerde, çocuklarda ve gebelerde kullanılmasında hiçbir sakınca bulunmamıştır (14).

Bu durumda ABD'de içinde cıva olmayan aşının kullanılıp kullanılmadığı sorusu gündeme gelmektedir. ABD, 200 milyon kişiyi aşılamayı planladığından dolayı, thiomersal içeren çoklu dozlu inaktive aşı kullanmaktadır. Az miktarda, tek kişilik doz içeren ve bu nedenle içinde thiomersal bulunmayan aşı da ısmarlanmış olmasına rağmen, aşı üretecileri, tüm dünyaya çok miktarda aşı yetiştirmek zorunda olduklarından, henüz bu tür aşıları üretememişlerdir.

Ülkemizde kullanıma giren aşılar, özellikleri ve miktarı

Halen ülkemizde kullanılmakta olan aşılar Avrupa ülkeleri başta olmak üzere birçok ülkede uygulanmaktadır. Bu aşıları kullanmakta olan her ülkenin kendi sağlık otoritesi (Türkiye'de Sağlık Bakanlığı) ve Avrupa'da ilaç ve aşılara lisans veren kuruluş olan EMEA, bu aşıların güvenlik ve etkinliğini değerlendirerek kullanımlarını onaylamıştır.

DSÖ'de, şu an ülkemizde kullanılmakta olan aşıların kullanımını onaylamakta ve desteklemektedir.

Ülkemizde 15 aralık 2009 tarihi itibarıyla uygulanan aşılar: a)- üretimi yumurtada gerçekleştirilen A/California/7/2009 suşundan (7,5 µg) hazırlanan inaktif, subünit, MF59 adjuvanı içeren Focetria-Novartis aşısı; b)- aynı koşullarda üretilen aynı suşun 15 µg'lık miktarını içeren, inaktif, split, adjuvansız Panenza-Sanofi Pasteur aşısıdır. Bu iki aşı dışında AS03 adjuvanı içeren, 3,8 µg'lık inaktif aşı olan Pandemrix-GSK ile AF03 adjuvanı içeren inaktif, split aşısı olan Humenza-Sanofi Pasteur için de antlaşma yapılmıştır.

Türkiye toplam 43,2 milyon doz aşı temin etmeyi planlamıştır. Bu sayı Fransa için 94 milyon doz, Kanada için 50,4 milyon doz olarak belirlenmiştir.

AŞI NE ZAMAN KORUMAYA BAŞLAR? KAÇ DOZ UYGULANACAKTIR? HASTALIK GEÇİRENLER OLSUN MU?

Aşı uygulandıktan 12-15 gün sonra etkili olmaya başlar. Bu süre savunmayı gerçekleştirecek hümoral yanıtın oluşumu için gerekli zaman dilimidir. Bu nedenle aşı olduktan 1-3 gün sonra H1N1 ile enfekte olanlarda hastalanma kaçınılmazdır.

Başlangıçta en az üç hafta ara ile iki doz aşının gereği kabul edilmişken, son bilgiler ışığında 10 yaş üzerindekilere tek doz bağışıklamanın yeterli koruyuculuğu sağlayacağı 30 ekim 2009 tarihinde DSÖ tarafından kabul edilmiştir. Elbette immün yetmezliği olanların çift doz uygulama kapsamına alınması gerekmektedir.

Pandemik H1N1 aşısı, mevsimsel grip aşısı ile birlikte, farklı kollardan aynı anda uygulanabilir. İnaktif aşının başka aşılarla da aynı anda uygulanmasında bir engel yoktur.

H1N1 enfeksiyonu geçirdikleri, laboratuar bulguları ile doğrulanmış olan kişilerin aşılanmasına gerek yoktur. Buna karşın, geçirdikleri grip benzeri hastalık etkeninin hangi virüs olduğu bilinmeyen kişilere, H1N1 enfeksiyonu geçirmiş olsalar da, aşı uygulanmasında hiçbir sakınca yoktur.

KAYNAKLAR

1- Zimmer SM, Burke DS. Historical perspective-Emergence of Influenza A (H1N1) viruses. N Engl J Med 2009;361: 279.

2- Trifonov V, Khiabanian H, Rabadan R. Geographic dependence, surveillance, and origins of the 2009 Influenza A (H1N1) virus. N Engl J Med 2009;361: 115.

3- Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, et al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 Influenza in the United States, April-June 2009. N Engl J Med 2009;361:1935.

4- Reed C, Angulo FJ, Swerdlow DL, et al. Estimates of the prevalence of pandemic (H1N1) 2009, United States, April-July 2009. Emerg Infec Dis 2009. DOI:10.3201/eid1512.091413.

5- Gill JR, Sheng ZM, Ely SF et al. Pulmonary pathologic findings of fatal 2009 pandemic Influenza A/H1N1 viral infections. Arch Pathol Lab Med 2010;134: E1.

6- Childs RA, Palma AS, Wharton S et al. Receptor-binding specificity of pandemic Influenza A (H1N1) 2009 virus determined by carbohydrate microarray. Nature Biotech 2009;27: 797.

7- Itoh Y, Shinya K, Kiso M et al. In vitro and in vivo characterization of the new swine-origin H1N1 Influenza viruses. Nature 2009;460: 1021.

8- Libster R, Bugna J, Coviello S et al. Pediatric hospitalizations associated with 2009 pandemic influenza A (H1N1) in Argentina. N Engl J Med 2009; 10.1056/NEJMoa0907673.

9- Tuite AR, Greer AL, Whelan M et al. Estimated epidemiologic parameters and morbidity associated with pandemic H1N1 influenza. CMAJ 2009. DOI:10.1503/cmaj.091807.

10- Fereidouni SR, Beer M, Vahlenkamp T, Starick E. Differentiation of two distinct clusters among currently circulating Influenza A(H1N1)v viruses, march-september 2009. Euro surveill 2009;14(46):pii=19409.

11- CDC. Safety of Influenza A (H1N1) 2009 monovalent vaccines-United States, October 1- November 24, 2009. MMWR 2009;58 (Early Release): 1

12- Sivadon-Tardy V, Orlikowski D, Porcher R et al. Guillain-Barré syndrome and Influenza virus infection. Clin Infec Dis 2009;48: 48.

13- Price LC. Should have an H1N1 flu vaccination after Guillain-Barré syndrome? Brit Med J 2009;339:b3577.

14- Clements CJ. The evidence for the safety of thiomersal in newborn and infant vaccines. Vaccine 2004;22: 1854

TTB Neden Pandemik İnfluenza A H1n1v (Domuz Gribi) Bilimsel Danışma Ve İzleme Kurulu Oluşturdu?

Prof. Dr. Feride Aksu Tanık
A.Ü. Ankara Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, TTB Merkez Konseyi II. Başkanı

Dünyadaki ve ülkemizdeki pandemik influenza A (H1N1) virusu ile ilgili veriler, ölüm sayılarının giderek arttığını ve bu salgının ciddi bir yaklaşım ile yönetilmesi gerektiğini göstermektedir. Kamuoyunda domuz gribi olarak adlandırılan H1N1 pandemisinin seyri incelendiğinde gençlere daha çok bulaştığı ve atak hızının da yüksek olduğu görülmüştür. H1N1 infeksiyonu mevsimsel gribe kıyasla klinik olarak genellikle daha hafif seyretmekle birlikte, hastalanan kişi sayısının çok olması nedeniyle çok sayıda ölüme yol açmaktadır. Milyonlarca kişinin bu hastalığa yakalanması riski göz önüne alındığında ölümlerin daha da artması beklenmektedir.

Tüm bu gerçeklere rağmen bazı kişi ve kurumlarca salgının ciddiyetine gölge düşüren ve olumsuz sonuçlar doğuran talihsiz açıklamalar yapılmakta, yazılar yazılmaktadır. Bunlardan birisi de aşılanma konusundadır. Bilmemiz gereken gerçek, ülkemizde salgının milyonlarca kişiyi etkileme riski nedeniyle ölümlerin sayısal olarak binleri aşabileceğidir.

Tutarlı, sürekli ve güven veren politikalar uygulaması gereken ulusal sağlık otoritesinin kendi içinde bile ikircikli bir durumla yüz yüze kalması toplumda kaygıyla karşılanmıştır. TTB, bu güven bunalımında sağlık otoritesinin pandemiyi yönetmekte zorlanması nedeniyle bağımsız bir PANDEMİK İNFLUENZA A H1N1v (DOMUZ GRİBİ) BİLİMSEL DANIŞMA VE İZLEME KURULU kurma kararı almıştır.

TTB-PandemİK (TTB-Pandemik İnfluenza A H1N1v (Domuz Gribi) Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu) aralarında akademik ve klinik alanda önde gelen uzmanlar, sağlık iletişimcileri ve tıp eğitimcilerinin bulunduğu bilim insanlarından oluşturulmuştur. Bu grupta yer alan uzmanlar Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji, Viroloji, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Halk Sağlığı, Sağlık İletişimi ve Yoğun Bakım branşlarında görev yapmaktadır. Kurul her 15 günde bir izlem ve değerlendirmelerde bulunacak ve pandemi sonlanıncaya kadar sürekli toplanacaktır.

*Bu yazı TTB PandemİK yönergesinden özetlenmiştir.

Kurulun amacı halkımızın influenza salgınından en az zararla çıkabilmesi için salgının doğru yönetilmesine destek olmaktır. Bu amaçla salgın süreciyle ilgili kamuoyu ve hekimlerimize yönelik düzenli bilgilendirme çalışmaları yürütülmektedir. Bu çerçevede H1N1 Pandemisi ile ilgili olarak hekimleri ve halkı bilimsel ve güncel bilgi ve veriler ışığında bilgilendirmek için bir web sayfası hazırlanmıştır. Gerekli durumlarda TV ve radyo konuşmaları yapılarak oluşan bilgi kirliliği temizlenmeye çalışılmaktadır.

1. Korunma konusunda özellikle aşı uygulaması ile ilgili sorunların çözümü konusunda öneriler geliştirmek, halkın bu konuda doğru bilgilendirilmesine destek olmak

2. Tedavi süreçlerine ilişkin olarak olgu yönetimi, sağlık insan gücü, yatak, yoğun bakım yatağı, respiratör (yapay solunum) gereksinimleri konusunda uyarılarda bulunmak

3. Sağlık hizmetlerine erişim konusundaki sorunları izlemek, bu kapsamda katkı, katılım payı alınmasına karşı çıkmak, sosyal güvencesi olmayanların tedaviye erişimini savunmak

4. Kayıtlar ve izlem verilerinin sürveyans sistemi gereklerince işlenmesi ve şeffaf bir biçimde paylaşılması konusunda öneriler geliştirmek, uyarılarda bulunmak

5. Sağlık çalışanlarına (taşeron işçi, tıp öğrencisi de dahil) ilişkin riskleri izlemek

6. Pandemi sonuçlandığında gelecekteki benzer salgınlara yönelik, yol gösterici bir kaynak olması amacıyla tüm salgın sürecinin irdelendiği bir rapor hazırlamak hedeflenmektedir.

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

İnfluenza A H1N1v (Domuz gribi) Pandemisi Epidemiyoloji ve Yanıt

Doç.Dr.Muzaffer ESKİOCAK
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

Yazının amacı: İnfluenza Pandemisi yıllardır beklendiği üzere başladı, yayıldı her nedense medikal bir sorun olarak kalmadı, medikal, siyasal, ekonomik, iletişimsel, etik, yönetsel sorunların öznesi oldu. Bu yazı Pandeminin epidemiyolojisini tarif etmeye yönelik bir deneme olarak algılanmalıdır. Pandemiyi okumak dışında ilk kez yaşıyor olmak, Sağlık Bakanlığının sürveyans etkinliklerini anlamlandıran organize veri-bilgi sunma davranışından uzaklığı, el yordamıyla derlenmiş verilerden veya ikincil verilerden epidemiyolojik tanımlama yapma zorluğunu göz önüne alma ancak konuyla ilgili sınırlılıkları da olsa bir derleme yapma gereksinimi güdüsüyle gerçekleşebilirdi. Pandemi yönetimi şeffaflaşıp sürveyans eylemini anlamlandırdıkça, üniversiteler başta olmak üzere bilgi üretme güdüsü eyleme dönükçe ilk kez yaşadığımız pandeminin çok yönlü etkilerini anlama ve öğrenme sürecimize yazının olumluluk ve eksiklikleriyle katkısı olacağı umulmaktadır.

Tarihçilere ve virüs uzmanlarına göre, büyük grip salgınlarının komedyenler kadar özgün, politikacılar kadar kaypak karakterleri vardır. Genellikle arı sürüleri gibi farklı yoğunluktaki dalgalar halinde gelirler. Ördeklerin, domuzların ve köylülerin yakın ilişkisi, başka türlere sıçraması ve insanların bilmediği bir biçimde yeniden örgütlenmesi için grip virüsüne sonsuz fırsatlar sunuyor. Böylesi ekolojik gerçekler ışığında gribin olanaklarını tüketmediğini kesinlikle söyleyebiliriz (1)

TÜRKİYE'DE HAZIRLIKLAR, İLK OLGULAR VE YANIT

Uçakla ülkemize gelen yolcuların termal kameradan geçişleri sırasında saptanan ateş ile başlayan incelemeler ülkemizde ilk pandemik influenza olgusunun duyurusunu aldığımızda Sağlık Bakanı'nın ağzından pandeminin içselleştiği de duyuruluyordu. İlk olgu kayıtlara 17 Mayıs 2009 olarak alındı. (2) İl Sağlık Müdürlüğü ve 112 Hızır Acil Servisler aracılı ile temaslı incelemesi, taşıma ve izlem yapıldı.

Türkiye hazırlıklıydı. Çok sayıda akademisyenin katkılarıyla Pandemi Ulusal Eylem Planı 2005'te hazırlanmıştı, kısa bir süre sonra Manyas'ta saptanan Kuş Gribi olgularında yol göstermişti, Ulusal Eylem Planı kılavuzluğunda il, ilçe planları, hastane planları yapılması istenmiş, Bakanlık illeri planlarını uygulamak üzere tatbikata çağırmıştı.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ilk olgudan bir hafta sonra yaptığı açıklamada Domuz gribi insandan insana bulaşan, Türkiye'de de saptanmış bir hastalıktır (3)

Bu durumda ülkemiz için-olgu görülen ülkelerde-yapılması gerekenler DSÖ kılavuzları ve Ulusal Eylem Planına göre alt başlıklarına göre aşağıda verilmiştir.

Faz 5-6'da Planlama ve Koordinasyon (5)

- o Tüm organizasyonlar ve toplum düzeyinde şeffaflık ile güvenin sürdürülmesi
- o Acil durum deklarasyonun yapılması
- o Pandeminin ekonomik ve sosyal etkilerini azaltmak için bir çok sektörü koordine etme
- o Kaynaklara ulaşmada gerçekçi ve etik çalışmak
- o İnsani gereksinimlere ulaşılması için dış yardım talep etmek

Faz 5-6'da Durum Saptama ve Değerlendirme: Pandemi sürveyansı

- o İlk pandemik grip vakalarının değerlendirilmesi
- o Coğrafik, eğim ve etkileri bağlamında pandeminin belgelenmesi
- o Pandemik virüsün epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin değişmesinin belgelenmesi
- o Antijenik ve genetik değişikler, antiviral duyarlılık ve patojenitesinin anlaşılması için uygun virolojik sürveyansın sürdürülmesi

Faz 1-3	Faz 4	Faz 5-6 Pandemi	Pik sonrası dönem	Pandemi sonrası
→ Zaman →				
Büyük çoğunlukla hayvanlarda enfeksiyon, az sayıda insan enfeksiyonu	Devam eden insandan insana bulaş	Yaygın insan enfeksiyonu	Tekrar olasılığı	Mevsimlik düzeyde hastalık aktivitesi

o Gerektiğinde klinik ve laboratuar tanı algoritmalarının güncellenmesi ve modifiye edilmesi

o Pandeminin etkilerinin değerlendirilmesi

o Sağlık ile ilgili kaynakların izlenmesi:

o Tıbbi gereksinimler: Antivirellar aşılar ve diğer ilaçlar; Sağlık personeli hastane kapasitesi alternatik sağlık hizmetlerinin kullanımı, laboratuar gereçlerinin durumu, morg kapasitesi

o Ulusal düzeyde etkilerini saptamak için iş ve okula devamsızlıklar

o Bölgesel olarak etkilenmiş grupların etkilenmesi

o Koruyucu hizmetlerin uygulanması ve etkisinin değerlendirilmesi

o Eğer mümkünse pandeminin ekonomik etkilerinin izlenmesi

Faz 5-6'da Hastalığı Yayılmasının Azaltılması

o Uluslar arası seyahatlerde DSÖ'nün rehberlerinin kullanılması

o Bireysel Düzeyde Hizmetler

• Solunum yolu hastalığı belirtileri olan kişilere evlerinden çıkmamalarını ve başkaları ile temas etmemelerini söyleme

• Ev içi temaslıların kendilerini izole etmeleri

• Ev içi hasta bakım yapanlara rehberler verilmesi

o Toplumsal Düzeyde Hizmetler

• Okulların tatil edilmesi ve çalışma hayatının düzenlemesi gibi önlemlerin uygulanması

• Seyahatlerin azaltılması toplu taşımacılığın sınırlanması

• Topluluk hareketlerinden (konserler, mitingler, maçlar v.s.) vazgeçilmesi, sınırlandırılması veya modifiye edilmesi

• Sınır kapısı taramalarının sadece erken pandemide işe yarayacağını bilme

• Seyahat edenleri bilgilendirilmesi

o Farmasotik Hizmetler

• Ulusal plana göre antivirallarde diğer ilaçların dağıtılması

• Aşılama hizmetlerinin uygulanması

• Kitlesel aşı kampanyalarının düzenlenmesi

• Sürveyans bilgilerine göre aşı ve antivirallerin motive edilmesi

• Anti virallerle medikal prfilaksi kampanyalarının uygulanması

• Farmosotik çalışmalarının güvenliğinin izlenmesi (aşı güvenliği gibi)

Faz 5-6'da Bakım Çalışmalarının Yapılması

o Ulusal düzeyde sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde çalışması

o Gerektiğinde triyaj sistemlerinin düzenlenmesi

o Ulusal plana uygun olarak bireysel koruyucuların dağıtılması, laboratuar ve sağlık bakım uygulamalarının güçlendirilmesi

o Gerektiğinde ev için temaslılar ve hastalara tıbbi ve para medikal desteğinin sağlanması

o Topluma, hastalara ve sağlık çalışanlarına sosyal psikolojik desteğin sağlanması

o Eğer gerekirse ölü yönetim işlerinin uygulanması

Faz 5-6'da İletişim

o Düzenli olarak pandemik hastalığı bulaşma yolları, klinik seyri, tedavisi ve profilaksi olanakları hakkında bilinen ve bilinmeyenler toplumu haberdar et

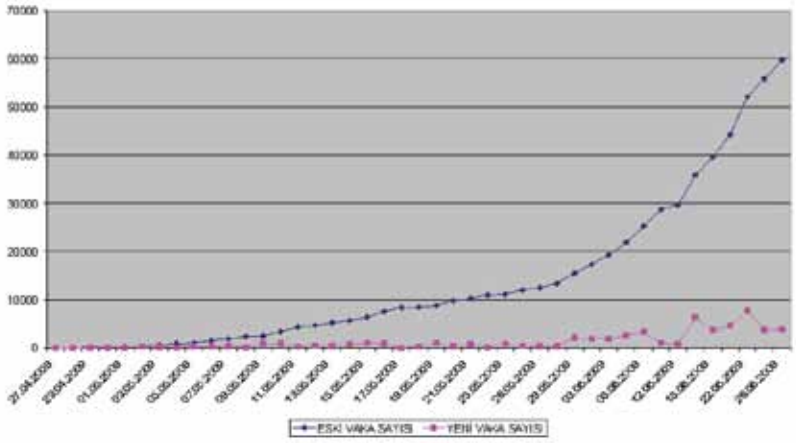
o Düzenli olarak kapalı sınırlar, okullar, ekonomi gibi sosyal sorunlar ile ilgili iletişim kurulması

o Acil Tıbbi bakım imkanları bakımından toplumun düzenli bildirilmesi

DÜNYA'DA EPİDEMİYOLOJİ

A. Sayısal İzlem

Pandeminin izlediği seyir olgu sayısı, olgu görülen ülke sayısı ve ölüm sayılarının zaman içinde değişimiyle aşağıda sunulmuştur. Grafikler Halk Sağlığı Uzmanları Derneği web sitesinde DSÖ'nün



Grafik 1: Dünya'da İnfluenza A (H1N1) Olgu Sayılarının Zamana Göre Dağılımı (7)

bilgilendirme notlarından (ilki 24 Nisan 2009, grafiklerdeki sonuncusu 26 Haziran 2009) En son güncelleme verileri- Pandemic (H1N1) 2009 - update 80- olarak verilmiştir. **http://www.who.int/csr/don/2009_12_23/en/index.html)** yararlanarak güncellenerek yayınlanmıştır (6).

Dünya'da ilk 1000 olgu için geçen süre bir ay iken, ikiye katlanma 15 gün dolayında gerçekleşmiştir. Olgu bildirimlerinde laboratuarca doğrulanmışlık koşulu vardı.

Ulaşımdaki hız pandemik influenzanın 2 ay gibi kısa sürede 100 dolayında kesin olgu bildiriminde bulunmasını gerektirecek bir yayılım gösterdi.

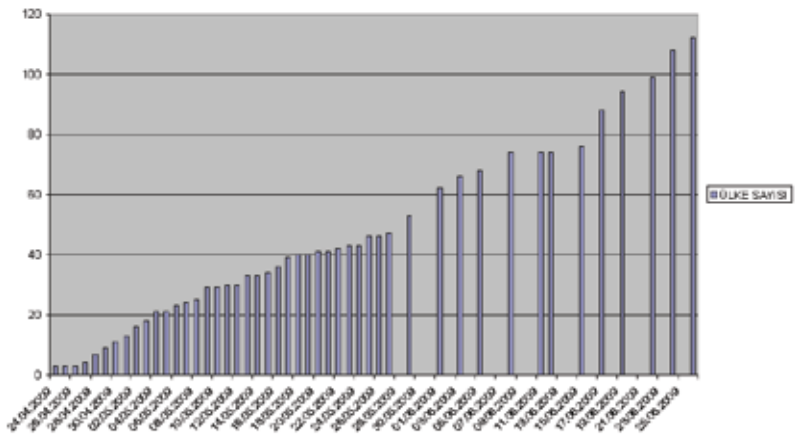
Ölümler zaman içinde gittikçe atan bir gündelik bildirimle yığılmış, zamanla bildirm duyarlılığı değişimiş ve günümüzde bildirilen ölüm sayısı -en azından ifadesiyle sunularak- 11516 rakamına ulaşmıştır.

Zaman sürecindeki değişimi izlemede haftalık değerlendirmelerin- sabit zaman aralıklarıyla gösterim avantajı- berraklığının daha yüksek olacağı öngörüsüyle HASUDER web sayfası bu tür grafik gösterimle zenginleştirilmiştir (10).

Grafik 4 ve 5'da haftalık gösterimde pandeminin seyrinin berraklığı görülmektedir.

Tablo: 1 DSÖ 80. Güncellemeye Göre İnfuenza H1N1 Ölümleri (23 Aralık 2009):

DSÖ Bölgesi	Ölüm
Afrika	109
Amerika	En az 6670
Doğu Akdeniz	663
Avrupa	En az 6670
Güneydoğu Asya	990
Batı Pasifik	1039
Toplam	En az 11516



Grafik 1: Dünya'da İnfluenza A (H1N1) Olgu Sayılarının Zamana Göre Dağılımı (7)

Grafik 4: Dünya'da İnfluenza A (H1N1) Olgu Sayılarının Haftalara Göre Dağılımı

Grafik 5: Dünya'da İnfluenza A (H1N1) Ölüm Sayılarının Haftalara Göre Dağılımı

http://www.hasuder.org/belgeler/sasmaz.grafikler.ppt#257,2,Slayt 2, Slayt 3 Erişim: 27.12.2009 (Dr.T. Şaşamaz)

DSO ölüm sayılarının bildirim eksikliği, laboratuar incelemesi yapılayışı ya da influenza ilişkisinin kabul edilmeyişi gerekçeleriyle gerçeklikten az olduğu dipnotunu düşmektedir (11).

B. Niteliksel İzlem(12)

Dünya Sağlık Örgütü 31 Temmuz 2009'da pandemi izlemi için niteliksel göstergeler ile izlemi web sitesinde sunmaya başladı. Bu uygulama ile şiddet-intensity (Grip benzeri hastalıktan pnömoniye dek geniş bir spektrumda solunum yolu enfeksiyonları aktivitesinin toplumda görülme sıklığı) , coğrafi dağılımı (doğrulanmış influenza vakalarının yokluğu, bir bildirim odağı ile sınırlılık, blgese-yönetim birimlernin yarsından az, ya da yaygın-yönetim birimlerinin yarısından çok yerde görülme) , önceki haftaya kıyasla solunum yolu enfeksiyonlarının seyri (artış, azalış, değişim yok) ve sağlık hizmetlerine etkisi (düşük, orta,ağır-maksimum kapasiteyi aşmış) pictogramlarla verilmeye başlandı. Bu izlem pictogramarını Ülkemizi de içerdiği için Avrupa Bölgesi olarak sunacağız.

DSÖ bu niteliksel değerlendirme için bilgi kaynaklarının aşağıdakileri içerebileceğini bildirmiştir:

o ASYE, Grip Benzeri Hastalık ve Ağır Solunum Sistemi Hastalığı için sentinel birimleri

o Okul ve işyerlerinden devamsızlık hızları

o Solunum sistemi hastalıkları için semptomatik rahatlamaya yönelik ilaçlar

o Akut Solunum sistemi hastalıkları için poliklinik ve acil servis başvurular

o Solunum sistemi hastalıklarınsan ölümleri gösteren yaşamsal istatistikler

o Yerel sağlık yönetimleri ve sağlık çalışanlarından formal yada formal olmayan raaporlar

TÜRKİYE'DE EPİDEMİYOLOJİ

Türkiye'de Pandemik influenzanın epidemiyolojisine ilişkin temel bilgi kaynağı Sağlık Bakanlığının gereksinim duyduğunda yaptığı basın açıklamalarıdır. Aşağıdaki grafikler ve tablolar aksi belirtilmedikçe bu basın açıklamalarında bildirilen rakamlardan Dr.Eskiocak ve Dr.Sayhan tarafından üretilmiş ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin web sitesinde basın açıklamalarını izleyen en kısa sürede güncellenerek yayınlanmıştır.

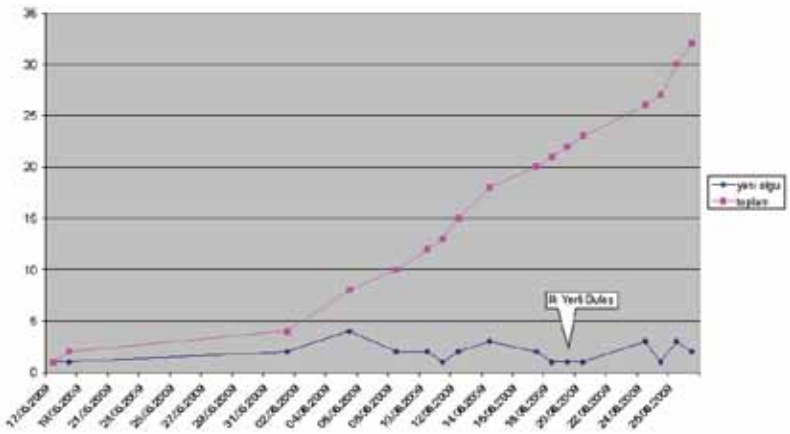
İkinci bilgi kaynağı EuroFlu (http://www.euroflu.org/html/maps.html) bültenlerdir (13).

Bülten, ülkemizde yürütülmekte olan sentinel-gözcü-bekçi sürveyans etkinliklerinin bildiriminin de katılması ile DSÖ Avrupa Bölgesi 53 ülkeden gelen infuenza sürveyans verilerinin işlenip bilgiye dönüştürülerek ilgililere sunulan bir platformda hazırlanmaktadır.

Yurtdışı seyahat kaynaklı ilk olgudan yaklaşık bir ay sonra yine yurtdışı kaynaklı olmayan, yurt içinde enfekte olan ilk hastanın bildirimi yapıldı. Termal kamera ile taramalarda kuşkulanılanların sağlık müdürlüğü ekipleri ve Hızır acil-112 çalışanlarınca incelemesi sonucu tanı kesinleştirme, hastalar için de belirlenmiş hastanelerde yatırarak tedavi yolu izlendi.

İnfluenza H1N1 ölümlerine ilişkin tablo.. da sunulan veriler ve aşağıda sunulan bilgiler Sağlık Bakanlığı 08.11.2009'a dek yayınladığı basın açıklamalarındaki bilgilerden derlenmiştir.

- İlk ölüm ilk olgu bildiriminden yaklaşık 5 ay sonra (17 Mayıs 2009) 24.10.2009'da taşeron firmada çalışan bir temizlik işçisi sağlık personelinde gerçekleşti.

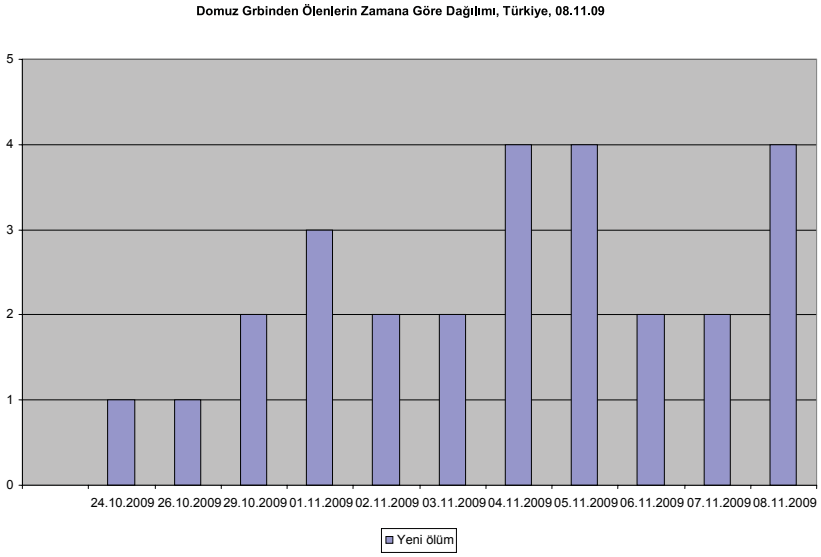


Yaş grubu	Erkek	Kadın	Toplam	TR 2007 dağılımı TÜİK-%
0				
1-4		2	2	7
5-9	1	2	3	
10-14	1		1	
15-19				
20-24	1	2	3	% 6
25-29	4		4	
30-34		5	5	
35-39		1	1	
40-44		1	1	
45-49				
50-54	1	1	2	
55-59	2		2	
60-64	1		1	
65+		1	1	60
Bilinmiyor	1		1	
Toplam	12	15	27	212271

Tablo 2: Türkiye'de Domuz Gribinden Ölenlerin Yaş Grubu ve Cinse Göre Dağılımı ve TUİK 2007 ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı (08.11.2009).

- İkisi de taşeron firmada temizlik işçisi olarak çalışan 2 sağlık çalışanı ölmüştür.
- Ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı Türkiye Genel Ölüm örüntüsünden farklı görünmektedir. Yine de TUİK verileri ile karşılaştırmada domuz gribi ölüm rakamlarının küçüklüğüne dikkat edilmelidir.

Bu bilgiler bize neler söylüyor?



Grafik 7: Türkiye'de İnfluenza A H1N1 Nedeniyle ölenlerin Zamana Göre Dağılımı. 08.11.2009

- Ölenlerin 6'sı çocuktur.
- Ölenlerin yalnızca 2'si 65 yaşından büyüktür. Örüntü mevsimsel gripte beklenen örüntüden farklı görünmektedir.
- Ölenlerin 3'ünde predispozan faktör bildirimi vardır.
- Ölenlerin üçte biri 25-34 yaşları arasındadır.
- 02.11.2009'den beri ölenlerin yeri bildirilmemektedir.

1. Ülkemizde pandemik influenza salgını yaşanmaktadır. Hastane bakımı gerektiren olgular dışında laboratuar doğrulaması gerekmediği ifade edilmiştir.

2. Hergün ölümler gerçekleşmektedir. Ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı az sayıda olsa da 2007 ölüm örüntüsüne benzememektedir.

3. Sağlık çalışanları risk altındadır.

4. Toplumun kanant önderlerinin bir bölümü- siyasi liderler, akademisyenler- 2005'te yayınlanmış pandemik influenza ulusal faaliyet planının önlem eylemlerini etkisizleştirmek sonucunu doğuracak davranışlar içindedir.

5. Salgının varlığı, potansiyel riski ve önlemleri-özellikle aşının- konularında kaygı verici bir karmaşa vardır.

6. Politikacılar, akademisyenler, hekimler görüş birliğinde olmasalar da salgın ve ölümler sürmektedir.

7. Hastalanan kişi sayısının çokluğu düşük mortaliteye rağmen çok sayıda ölüme neden olabilecektir.

Yukarıdaki tablo ve saptamalar hekimlerin dikkatine Etkin ve Demokratik TTB yahoo grubu aracılığıyla sunulmuştur.

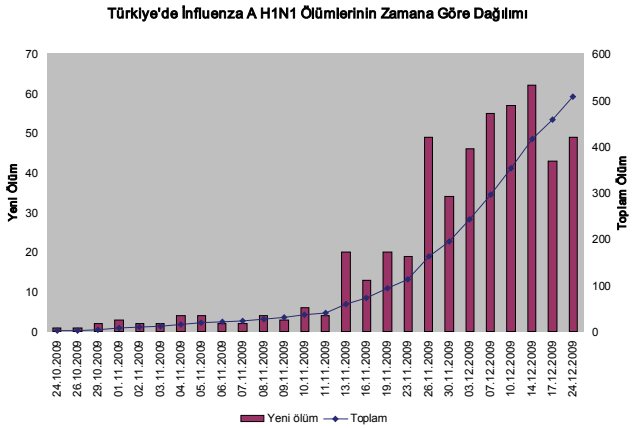
Aşağıda Sağlık Bakanlığınca 11.11.2009 tarihli basın açıklamasında yer alan ve yaş ve cinse göre İnluenza A H1N1 ölümlerini ilk kez kamuoyuna sunan grafik yer almaktadır. Aynı açıklama "Hayatını kaybedenlerden 19 kişide pandemik grip açısından risk taşıyan altta yatan kronik hastalık, 1 kişide gebelik olduğu tespit edilmiştir. 20 vatandaşımızda ise altta yatan bir hastalık olmadığı anlaşılmıştır. Altta yatan kronik hastalığı bulunmayan 20 vatandaşımızdan 2'si sağlık çalışanı, 10'u 25 yaşından küçüktür" duyurusu yer almaktadır. (SB, 11.11.09. Basın açıklamasından)

Kasım başında ölümlerin gerçekleştiği yeri bildirmeme kararına karşın bağışıklama hizmetlerinde yaşanan başarısızlık nedeniyle olsa gerek ölümlerin illere göre dağılımı basın açıklamalarında yer almaya başlamıştır.

Aşağıdaki Türkiye haritası üzerinde Sağlık Bakanlığı basın açıklaması ve NTV'de yayınlanmış son ölüm verileri yer almaktadır. Ölümlerin illere göre dağılımı il pandeminin şiddeti, etkin yönetimi, hizmete erişim, yoğun bakım ve solunum destek olanağı, bağışıklama hizmetlerinin kapsayıcılığı, sürveyans ve bildirim sisteminin işlevselliği ve eşitsizlikler bağlamında incelemeyi gerekli kılacak görüntü vermektedir.

Ölüm bildiren il sayısı 241 ölümün duyurulduğu 52 il ile yönetsel birimlerin % 64'üne; 458 ölümün duyurulduğu 17.12.2009'da 67 ille % 82'sine yayılmış durumdadır. Artık günde 10 dolayında ölüm bildirimi yapılmaktadır (Grafik 11.) Yatan hasta sayıları, yoğun bakım gören ya da solunum desteği verilen hasta sayıları aşağıda tablo.. sunulmuştur. Mekanik ventilatöre bağlı olan hasta sayısından çok ölüm bildirilmiş olması dikkatle yorumlanmalıdır. Yatmakta olan hasta sayısının % 3'ü ile 21'i arasında değişen sıklıkta yeni ölüm duyurulmuştur. Bu ölümlerin hastaneye yatmadan ölenleri kapsayıp kapsamadığı bilinmediğinden son iki kolanda üretilmiş yüzdelik değerler dikkatle değerlendirilmelidir.

Grafik 9: Türkiye'de İnfluenza A H1N1 Nedeniyle Ölenlerin İllere Göre Dağılımı. (241 ölüm-52 il) 03.12.2009,

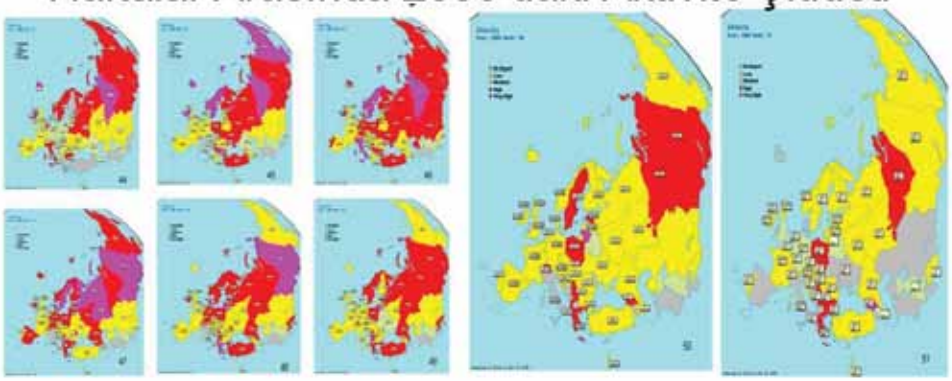


Grafik 11 Türkiye'de İnfluenza A H1N1 Nedeniyle Ölenlerin Zamana Göre Dağılımı (507 ölüm) 24.12.2009

Grafik 8: Türkiye'de İnfluenza A H1N1 Nedeniyle Ölenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı. 11.11.2009

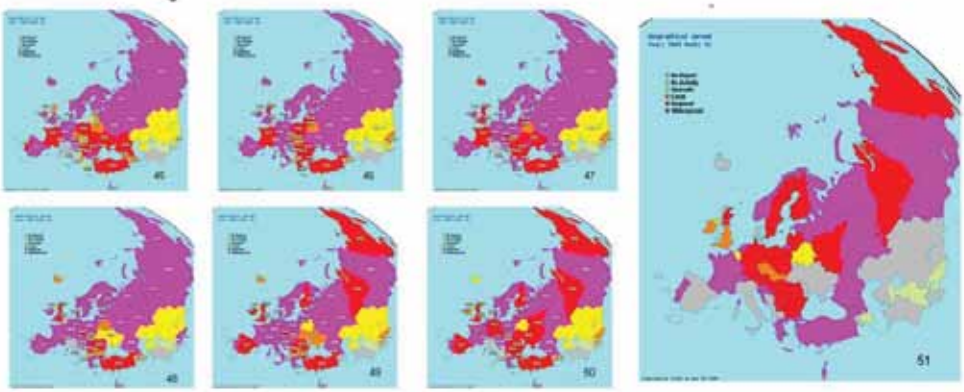
Tarih	Yatan hasta	Yoğun Bakım	Mekanik Ventilatöre bağlı	Yeni Ölüm	Yeni Ölüm/ YB (%)	Yeni Ölüm/ Yatan hasta (%)
11.11.2009	145	33	9	4	12	3
13.11.2009	202	40	11	20	50	10
16.11.2009	249	56	21	13	23	5
19.11.2009	280	59	15	20	33	7
23.11.2009	301	59	31	19	32	6
26.11.2009	243	70	32	49	70	20
30.11.2009	287	94	38	34	36	12
03.12.2009	223	86	62	46	53	21
07.12.2009	347	113	99	55	49	16
10.12.2009	306	98	102	57	58	18
14.12.2009	VY	VY	VY	62	UD	UD
17.12.2009	VY	181	VY	43	24	UD
24.12.2009	VY	VY	VY	49	UD	UD

Olağan İnfluenza Aktivitesine Kıyasla 44-51. Haftalar Arasında 2009'daki Aktivite Şiddeti



Renk etiketleri					
	Bildirim yok	Düşük	Orta	Yüksek	Çok Yüksek

İnfluenza Olgularında Coğrafi Yayılım 45-51. Haftalar



Renk etiketleri						
	Bildirim yok	Aktif değil	Sporadik	Lokal	Yaygın	Çok Yaygın

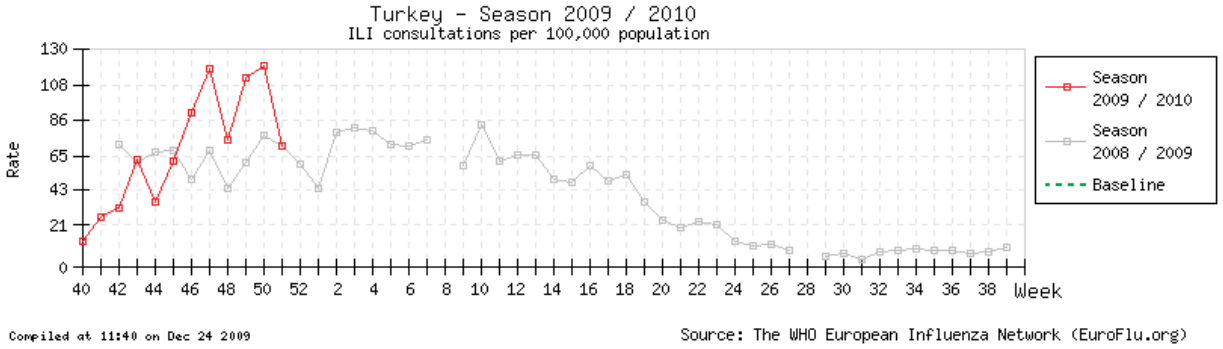
Pandeminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi: 45-51. haftalar

Renk etiketleri				
	Bildirim yok	Düşük	Orta	Ağır

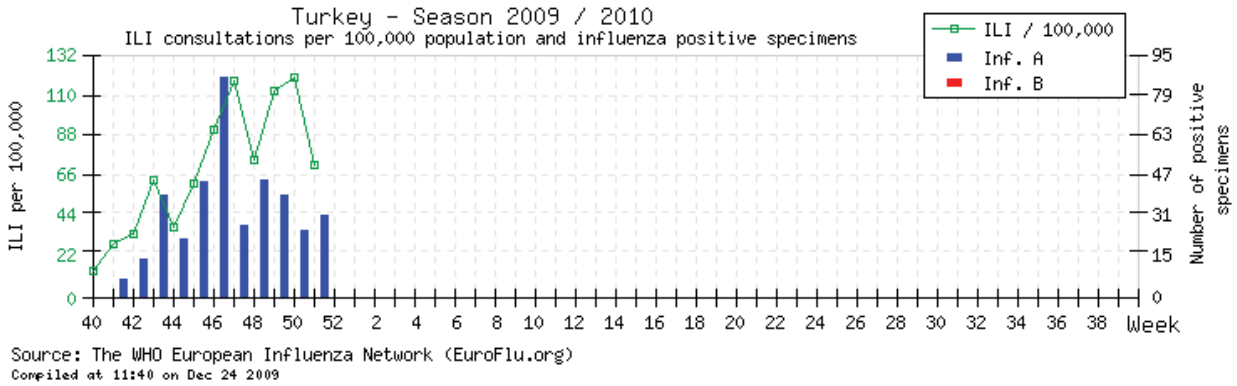
Pictogramda 45. haftada yüksek aktivite görülmekte iken 50 ve 51. haftalarda şiddet orta düzeye gerilemiştir.

45. Haftadan itibaren yaygın görünüm veen coğrafi etkilenim 51. hafrtada çok yaygına dönüşmüştür. Yani ülkemizin yönetsel birimlerinin yarısından fazlası pandemik influenzadan etkilenmiştir.

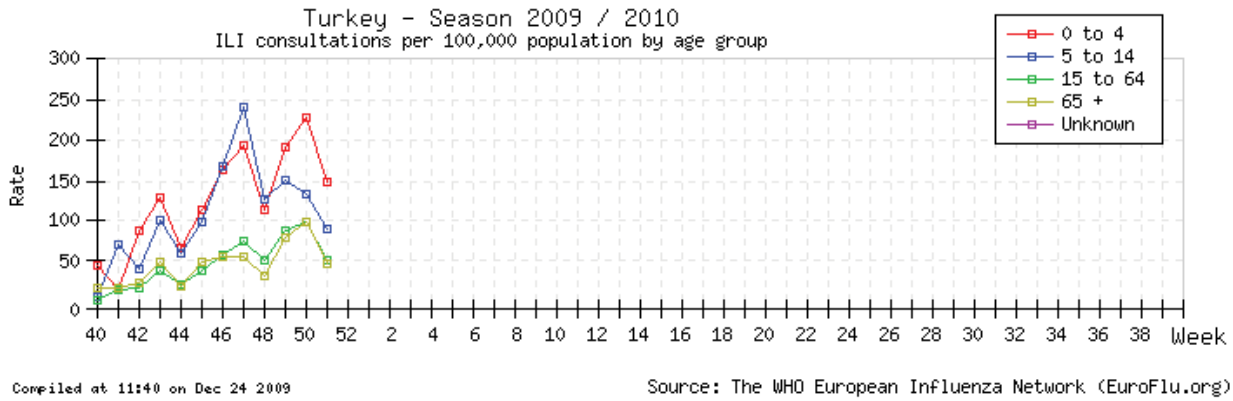
Sağlık hizmetlerinin pandemiden etkilenimi maksimum kapasiteyi henüz aşmamışsa da orta düzeydedir



Grafik. 15: 2009-2010 Sezonunda 100 000 Kişi Başına Düşen Grip Benzeri Hastalık Muayenesi



Grafik.16: 2009-2010 Sezonunda 100 000 Kişi Başına Düşen Grip Benzeri Hastalık Muayenesi ve İnfluenza yönünden pozitif spesimen düzeyleri



Grafik.17: 2009-2010 Sezonunda Yaş Gruplarına Göre 100 000 Kişi Başına Düşen Grip Benzeri Hastalık Muayenesi

Grafikteki görünüm 2009/2010 sezonunun 45. haftasından sonra 2008/2009 mevsimini aşan bir seyire işaret etmektedir.

Grafik yükselen influenza aktivitesinin büyük ölçüde influenza A kaynalı olduğuna işaret etmektedir.

Grafik muayene gereksiniminin daha çok 14 yaşından küçüklerde olduğuna işaret etmektedir.

TÜRKİYE'DE PANDEMİ YÖNETİMİ VE SONUÇLAR

Domuz Gribi Pandemisi Salgın yönetimine ilişkin 15 Ekim HASUDER Çalıştayı önerilerinden (16,17):

1. Pandemik influenza salgın yönetiminin ulusal afet yönetim planı çerçevesinde yürütülmesi konusunda hazırlıklar yapılmalıdır.

2. Toplum önderleri ve meslek örgütlerinin süreçte yer alması: Süreçte yetkili ve sorumlu sağlık bakanlığıdır ancak başta Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) olmak üzere meslek örgütlerinin kurumsal temsili önem arz etmektedir. Komuta ve Kontrol (18)

1. Sağlık Bakanlığı; pandemi durumunda ülke çapında organizasyon ve koordinasyondan sorumlu temel kuruluştur. Bu kapsamda ilgili bütün kurumların pandemi sırasındaki görevleri ile ilgili bir planlama yapılmıştır.

2. Pandemi, bir kriz olarak algılanacak ve ulusal kriz yönetim mekanizmaları devreye girecektir. Ulusal Kriz Yönetim Sistemi, Başbakanlık Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü (TAY) başkanlığında Başbakanlık Kriz Yönetim Merkezi (BKYM) aracılığıyla yürütülecektir. Sağlık Bakanlığı BKYM koordinasyonunda gerekli talimatların diğer kurumlarca gerçekleşmesini sağlayacaktır.

3. Pandemi, bilimsel ve yönetsel olarak Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda ilgili bütün kurum ve kuruluşlar ve bilim insanlarının katılımı ile oluşturulacak bir kurulun önerileri doğrultusunda izlenecek ve mücadele edilecektir.

Evre 6 Pandemik evre DSÖ açıkladı	Ülkemizde vaka var, En az 67 ilde ölüm var,	Alarm düzeyi 5-b: Vakalar birden fazla coğrafi bölgede görülmesi durumunda salgın kontrol programının tam olarak yürürlüğe girmesi gerek.

Yani Ulusal Faaliyet Planı çerçevesinde hazırlanmış il planları, hastane planları yürürlüğe girecek İlde 24 saat çalışan sağlık müdürlüğü, il yönetim bürosu İnfluenza için poliklinik ve servis ayrımı Okul kapatma, diğer sosyal alanlarda toplanmayı kısıtlama... gibi önceden tanımlanmış önlemlerle pandeminin etkisini sınırlama.

Ne yazık ki 2006'dan beri Sağlık bakanlığı Web sitesinde tam metin erişimli olarak yer alan Ulusal Faaliyet Planı süreç içinde yönetimde beklenen kolaylaştırıcılığı sağlayamamış, Üniversiteleri ev Sağlık Bakanlığıyla Türkiye, başta yılların emek ve birikimiyle değere dönüşmüş bağışıklama çalışmaları olmak üzere, pandemik influenza hastalığının medikal zararlanımından daha büyük bir zarar görmüştür. Bir yanda kanaat önderlerinin kişisel yönelimlerinin bilimi değersizleştirici yönlendirmeleri, diğer yanda güven bunalımı yaşayan siyasi ve teknik sorumluluk sahiplerinin kötü yönetimlerine karşı bilimi ve sağlık hakkının gerçekleşmesini savunan, olağan muhalif meslek odaları, sendikalar, hak örgütleri.

Ne yazık ki, sürveyans ve üretilen bilgilerin ışığında izlenecek yolu aydınlatacak, salgın yönetim sürecinde donanımlı, birikimli Halk Sağlığı topluluğundan etkin katkı sağlayacak Pandemi yönetimi arayışı henüz son bulmamıştır.

KAYNAKLAR:

1. Mahşerin Dördüncü Atlısı, Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi, Andrew Nikiforuk, 1991)

2. Sağlık bakanlığı Basın Açıklamaları, http://www.grip.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&id=113&Itemid=540

3. 24.05.2009, tarihli HASUDER Bildirisi http://www.hasuder.org/gorusler/influenza_A_H1N1.pdf, Erişim:27.12.2009

4. Current phase of alert in the WHO global influenza preparedness planhttp://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/en/print.html

5. Ertem M, Pandemi Hazırlık Çalışmaları. http://www.hasuder.org/belgeler/hasuder-calistay-kitap.pdf, 27.12.2009

6. Pandemic (H1N1) 2009 - update http://www.who.int/csr/don/2009_12_23/en/index.html

7. Dünya'da İnfluenza A (H1N1) Olgu Sayılarının Zamana Göre Dağılımı (http://www.hasuder.org/img/zaman.bmp, erişim: 27.12.2009)

8. Dünya'da İnfluenza A H1N1 Görülen Ülkelerin Zaman Göre Yayılımı (http://www.hasuder.org/img/ulke.bmp, Erişim:27.12.2009)

9. Dünya'da İnfluenza A (H1N1) Ölüm Sayılarının Zamana Göre Dağılımı http://www.hasuder.org/img/olum.bmp, 27.12.2009

10. http://www.hasuder.org/belgeler/sasmaz.grafikler.ppt#258,3,Slayt 3, 27.12.2009 (Dr.T. Şaşamaz)

11. http://www.who.int/csr/don/2009_12_23/en/index.html

12. Human infection with pandemic (H1N1) 2009 virus: updated interim WHO guidance on global surveillance 10 July 2009 http://www.who.int/csr/disease/swineflu/guidance/surveillance/WHO_case_definition_swine_flu_2009_04_29.pdf

13. EuroFlu (http://www.euroflu.org/html/maps.html

14. Türkiye'de İnfluenza A (H1N1) Olgu Sayılarının Zamana Göre Dağılımı (http://www.hasuder.org/img/turkiye.bmp, erişim: 27.12.2009)

15. Türkiye'de İnfluenza A H1N1 Nedeniyle Ölenlerin İllere Göre Dağılımı (458 ölüm-67 il) 17.12.2009 http://www.ntvmsnbc.com/id/25036435/ Erişim 27.12.2009

16. Eskiocak M. Pandemık İnfluenza: Türkıye'de Salgın Yönetımı Içın Önerıler, http://hasuder.org/belgeler/hasuder-calistay-kitap.pdf

17. HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu 15 Ekim 2009 Çalıştay Sonuç Raporu http://www.hasuder.org/belgeler/15ekim_bulasici.doc

18. Ulusal Faaliyet Planı, 2006, http://www.grip.gov.tr/images/stories/pdf/UPPTR.pdf

Pratisyen Sayı:15 • Şubat 2010

Kafa Travmalarının Değerlendirilmesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Op. Dr. Tayfun Hakan
Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı

Kafa travmaları yaşamın her anında karşımıza çıkabilen ve yerine göre herhangi bir uzmanlığımız olmasa veya başka bir alanda uzmanlığımız olsa bile sadece doktor kimliğimizle müdahale etmemiz gerekebilen olaylardır. Kafa travmalarına yaklaşımda temel ilkelerinin öğrenilmesi ve uygulanması doğru müdahalelerin yapılarak erken tedbirler alınabilmesini kolaylaştırmaktadır. Böylece birçok yaşamın kurtulması ve sakatlıkların azalması sağlanmakta, kişiler ve aileler temelinde ülke ekonomisine de katkıda bulunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kafa travması değerlendirilmesi ile kafa travmalarının değerlendirilmesinde birinci basamak sağlık hizmetleri birbiri içine girmiştir. Esasında, birbirlerinden nerede ayrılır nerede birleşir bazen kestirmek zordur. Kafa travmaları yönetiminin herhangi bir aşamasında doktor olarak hepimizin yapabileceği bir şeyler mutlaka vardır. Yeter ki bunların farkında olalım.

Bu yazıda bazı temel konular ve ilkeler irdelenmekte, bazı saptamalar yapılmaktadır. Kafa travmalarının tedavisi bu yazının konusu değildir.

MUAYENE

Kafa travmasında fizik muayene çok önemlidir. Saçlı deri gözden geçirilmeli, kranyumun muayene edilmelidir. Saçlı deride iyi muayene edilmemeye bağlı olarak kolayca gözden kaçabilecek küçük cilt kesilerinin bile ileride hastanın yaşamını tehdit eden ciddi enfeksiyonlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Kafa tabanı kırığı belirtileri olan Racoon eye's (periorbital ekimoz), Battle's sign (kulak arkasında, mastoid sinüs civarında ekimoz), Rinore, otore, otoraji, hemotimpanum ya da dış kulak yolu laserasyonu araştırılmalıdır. Yüzde asimetri varlığı, kranyal sinir muayenelri birçok patoloji için fikir verebildiği unutulmamalıdır. Bu muayene bulguları ile henüz ileri bir görüntüleme yöntemi ve uzmanlık gerektirmeden kolaylıkla kafa tabanı kırığı tanısı konulabilmekte, hasta yönlendirilmesi yapılabilmektedir. Karotid damarlar muayene edilmeli, dinlenmeli, orbitada; ödem, ekimoz ve üfürüm araştırılmalıdır.

Bilinç durumu, kranyal sinirler, özellikle pupillerin boyutu, ışık refleksi not edilmelidir. Hastada dört ekstremitede de motor kuvvet araştırılmalı, en küçük şüphe varsa spinal kolon özenle gözden geçirilmelidir. Her hasta olası eşlik eden spinal travma açısından da özenle muayene edilmelidir. Özellikle bilinci kapalı, konuşma engelli hastalar başta olmak üzere her hastanın spinal travma da geçirmiş olabileceği göz önüne alınmalıdır. Basit bir sorgulama, palpasyonla muayene bu konuda çok yardımcıdır.

Glasgow Koma Skalası (GKS), nörolojik muayenede ortak dil kullanımı açısından önemlidir. GKS 13–15 Hafif kafa travması, GKS 9–12 Orta şiddette kafa travması, GKS 8 ve altı. Ciddi şiddette kafa travması olarak değerlendirilmelidir.

GLASGOW KOMA SKALASI

Göz Açma	
Spontan	4
Sesle	3
Ağrıyla	2
Yok	1
Ses Çıkarma	
Oryante	5
Konfüze	4
Anlamsız sözcükler	3
Anlamsız sesler	2
Yok	1
Motor Hareket	
Emirlere uyar	6
Ağrıyı lokalize eder	5
Normal fleksiyon	4
Anormal fleksiyon	3
Ekstansiyon	2
Yok	1

KAFA TRAVMALARINDA FİZYOPATOLOJİ

Travma anında oluşan darbe hasarı saçlı deri kesileri, kafatası kırıkları, kortikal kontüzyon ve laserasyonlar, diffüz aksonal yaralanma ile epidural, subdural, subaraknoidal ve intraserebral kanamalar birincil hasardır. Darbe hasarını takiben gelişen ise beyin ödemi, iskemi, hipoksemi beyin şifti (herniasyonu), kanama ve enfeksiyon gibi olaylar ikincil hasar olarak adlandırılır. Travmada oluşan birincil hasar hiçbir şekilde önlenemez. Önlenebilen ve tedavi edilebilen ikincil hasardır ve en aza

indirilmesi gerekmektedir. Bu tedavi de travmanın olduğu yerde başlar.

KAFATASI KIRIKLARI

Lineer (çizgisel) kırıklar; tüm kafatası kırıklarının ~ % 80'ini oluştururlar. Kranyumun elastik deformasyonu sonucu oluşurlar. Yarısı orta çukurda görülürler. Tanıda esas olan, direkt kafa grafileridir. Dansitesi azalmış çizgi şeklindedirler ve genellikle 3 mm'den geniş olmazlar. Kenarları keskindir ve iki uçta incelme gösterirler.

Diastatik (separe) kırıklar; 2 cm'den uzun ve ↗ 5 mm olan çizgisel kırıklar olarak tanımlanırlar. Epidural kanama ve büyüyen kafatası kırığı (growing skull fracture) bu tip kırıklarda daha fazla görülür. Dura laserasyonu eşlik edebilir.

Çökme kırıkları; kemikte lokal olarak yoğun hasar oluşturabilecek kadar yoğun enerjiye maruz kalan travmalardan sonra oluşur. Basit tip ve parçalı çökme kırığı biçiminde olabilirler. Basit tip kapalı çökme kırığıdır. Parçalı çökme kırığı açık çökme kırığıdır, saçlı deri lasere olmuştur ve çöken kemik parçaları ile ilişkilidir. Kenarları 5 mm ya da daha fazla deprese olan kafatası kırıkları klinik açıdan önemlidir, bunlar cerrahi olarak kaldırılmalıdır. Serebral kortekse bası yapmaları, dural yırtıklara sebep olmaları söz konusu olmuş olabilir. Çökme kırıkları, şüpheli durumlarda tanjansiyel grafilerle ortaya konabilirler. Açık çökme kırıkları enfeksiyonları önlemek, yabancı cisimleri dokulardan uzaklaştırmak, dura yırtıklarını tamir etmek amacıyla ameliyat edilmelidirler.

TRAVMATİK BEYİN HASARI

Künt yaralanma: Fokal; kontüzyon, laserasyon, intrakranyal kanamalar, enfarktlar şeklindedir. Diffüz;diffüz aksonal yaralanma, hipoksik beyin hasarı, diffüz beyin şişmesi, diffüz vasküler yaralanma şeklindedir.

Penetran ya da perforan yaralanma: ateşli silah ve kesici-delici aletle yaralanma şeklinde olabilir

TRAVMATİK EPİDURAL KANAMA

Genellikle orta meningeal arter dallarının veya dural venlerin yırtılması sonucu kafatası ile dura arasındaki epidural mesafeye kanaması sonucu oluşan akut bir komplikasyondur. Dural sinüslerin venlerden ve kemik kırıklarının kenarlarından (diploe mesafesinden) kanamalar sonucu da gelişebilir.

Beyin cerrahisinin acil durumlarının başında gelir, cerrahi olarak tedavi edilirler. Çoğunluğunda eşlik eden bir kafatası kırığı vardır. Düz kafa grafilerinin % 40'ında kırık bulunmayabilir. BBT'de içeriye doğru dışbükey biçimde ve hiperdens olarak görülür. Orta meningeal arter kaynaklı epidural kanamalarda çoğunlukla orta meningeal arterin geçtiği oluğu çaprazlayan kafatası kırığı vardır.

En erken ortaya çıkan bulgu aynı taraflı pupil genişlemesi, bunu takiben genişleyen kanama kitlesine bağlı olarak kontrlateral hemiparezi, hızlı ilerleyen bilinç bozukluğu, baş ağrısı, bulantı-kusma, epilepsi nöbeti, tek taraflı Babinski müspetliği ile birlikte hemi-hiperrefleksi sayılabilir. Bradikardi geç bulgudur. Epidural kanamalarda pupil dilatasyonu % 60 oranında görülür ve bunların % 85'i ipsilateraldir. Çok az oranda da olsa arka çukurda da görülebilirler ve tedavi edilmezlerse çok fatal seyredebilen lezyonlardır. Zira arla çukur kanamalarında herniasyon bulguları çok az oranda spesifiktir.

TRAVMATİK SUBDURAL KANAMA

Darbe sonucu çoğunlukla kortikal yüzeyden venöz sinüslere uzanan köprü venlerin, bazı durumlarda kortikal venlerin ya da arterlerin yırtılarak kanaması sonucu oluşur. Kan, dura ile araknoid membran arasındaki subdural mesafede toplanır. Kan beyin yüzeyine yayılmıştır.

Antikoagülan ilaçlar kullanan, hematolojik hastalığı olan, koagülopati olan kişilerde

küçük travmalardan sonra bile ortaya çıkabilirler.

Kronik subdural kanamalar özellikle yaşlılarda daha sık görülür. Sıklıkla mental bozukluklar ve fokal nörolojik defisitlere sebep olurlar.

TRAVMATİK İNTRASEREBRAL KANAMA

Beyin parenkimi içindeki 5 mm'den büyük kanamalar intraserebral kanamalar olarak bilinir. Subdural veya kontüzyo/ laserasyo serebri ile birlikte olabilir.

HERNİASYON

Monro-Kellie hipotezi:

Bir bölümde artış diğer bölümlerde azalma ile karşılanır.

Hacimde küçük bir artış = basınçta büyük bir artış demektir.

Beyindeki tüm kompartmanlar bir denge halindedir. Denge bozulduğu zaman basıncın yüksek olduğu yerdeki elemanlar basıncın düşük olduğu yere hareket eder, buna herniasyon denir.

Travmalardan sonra gelişen bir intrakranyal lezyonun en önemli göstergelerinden biri de 3. sinirin mediyal temporal lobun tentoriyel açıklıktan herniasyonu sırasında direkt olarak hasara uğraması sonucu pupil dilatasyonu ve ışık reaksiyonunda kayıp olmasıdır.

Pupil ışık refleksi 2. ve 3. kranyal sinir fonksiyonları için çok yol göstericidir. Pupil dilatasyonu, lezyonun bulunduğu tarafta oluşur, ancak kafa içindeki basıncın çok artması sonucu ileri evrelerde iki taraflı pupil dilatasyonu oluşabilir.

Singüler herniasyon (subfalsiyan herniasyon): Singüler sulkusun falks serebri altından karşıya herniye olmasıdır. Letarji hali ile alt ekstremitelerde güçsüzlük şeklinde kendini belli eder.

Tentoriyel herniasyon: Yüksek kafa içi basıncına bağlı olarak mediyal temporal lobun, diğer bir deyişle hipokampal girusun unkusunun, tentoriyel insisura ile serebral pedinkül arasından herniye olmasıdır. Genellikle ünilateral pupil dilatasyonu, ilerleyici bilinç bozukluğu ve hemiparezi görülür.

Santral herniasyon: iki taraflı hemisferik lezyonlarda veya interhemisferik lezyonlarda daha sık görülür. Beyin sapı aşağıya doğru herniye olur. Kranyal sinir bozuklukları ve derin bir koma durumu vardır.

Tonsiller herniasyon (infratentoriyel herniasyon): Serebellar tonsillerin, posterior fossa lezyonları sebebiyle, foramen magnumdan aşağıya doğru herniye olmasıdır. Alt kranyal sinir fonksiyonlarında bozukluk ile ani olarak gelişen solunum ve dolaşım bozuklukları ile kendini belli eder.

KAFA TRAVMALARINDA YÖNETİM

Kafa travmalarında tedavi travma yerinde başlar. Tedavinin A,B,C'si hava yolu (Airway), solunum (Breathing) ve dolaşımdır (Circulaiton). Hastayı supine, horizontal pozisyona getirmek, ağız içini temizlemek, boynu nötral pozisyonda tutmak önemlidir.

Oksijenizasyon, şok tablosu ile mücadele, nazogastrik ve idrar sondası takılması önemlidir.

Kafa travması geçirmiş kişiler, Medulla disfonksiyonuna bağlı terminal evrede değilse, skalpte ya da kafa içine kanama olan infantil veya küçük çocuk değilse, skalpten hipovolemiye sokacak kadar kanamamışsa, bu hastalarda hipotansiyona bağlı şok çok nadir görülür.

HASTA NAKLİ

Nörolojik muayenede emirlere uymayan, ses çıkaramayan ve ağrılı uyaranlara gözlerini açamayanlara "Airway" havayolu koymak, gerekiyorsa endotrakeal entübasyon ile en kısa zamanda % 100 oksijen uygulamak ve nakil sırasında da kontrollü solunuma, devam etmek gerekir. Nazal yolla 3–5 litre/dakika 02, entübe ise % 100 konsantrasyonda 02 uygulanır.

Nakil için sert bir zemine yatırılan şahsın nötral, sırt üstü yatar pozisyonda tutulması uygundur. Böylelikle airway uygulaması daha kolaydır. Yutulan kanın, mide muhtevasına ait kusmuk materyalinin ve trakea-bronşial aspirasyon daha hızlı yapılabilir. Klinik olarak travmatize şahsın gözlenmesi, vital bulguların takibi, IV uygulama ve spinal kordun korunması daha kolay ve daha iyi olmaktadır.

HEMORAJİK ŞOK - NÖROJENİK ŞOK

Önemli noktalardan biri de "Hemorajik ve Nörojenik şok" ayrımını yapmaktır. Zira bu ikisinin tedavisi farklıdır. Hemorojik şokta taşikardi vardır, cilt- soğuk ve nemlidir. Bilinç bulanık, idrar çıkışı azdır. Nörojenik şokta ise bradikardi vardır, cilt-sıcak ve kurudur, bilinç normal ve idrar çıkışı da normaldir.

HAFİF KAFA TRAVMASI (GKS 13–15)

Bu hastalarda amnezi, bilinç kaybı öyküsü, bilinç düzeyinde kötüleşme, ciddi baş ağrısı, alkol, ilaç alışkanlığı, kafatası kırığı, BOS fistülü (rinore, otore), politravma BBT de patolojik görünüm gibi kriterlerin hiçbiri yoksa "Şayet herhangi bir değişiklik olursa" hemen gelmeleri için uyarılmaları ve hiçbir yakınması olmasa da bir hafta içinde kontrol muayenesi için gelmeleri önerilerek evlerine gönderilebilir. Ancak hastanın gittiği yerde kendisine bakacak hiç kimsesi yoksa bu hastayı önerilerle taburcu edip göndermek doğru değildir.

ORTA DERECEDE KAFA TRAVMASI (GKS 9–12)

Bu hastalar konfüze veya somnolan olabilir. Basit emirleri yerine getirebilirler. Bu olgularda ayrıntılı kan biyokimyası ve BBT temin edilmeli, BBT normal olsa bile gözleme alınmalı, gözlem sırasında sık aralıklar ile nörolojik muayene yapılmalıdır. Olguların % 90'nında tablo stabil kalır ve taburcu edilir. Olguların % 10'unda ise kötüleşme olabilir.

AĞIR KAFA TRAVMASI (GKS 8 VEYA↓)

Bu hastalar yoğun bakım koşullarında izlem ve tedavi edilmelidir.