

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**TÜRKİYE'DE KANSER HASTALARINDA HASTALIK
YÖNETİMİ POLİTİKALARININ İRDELENMESİ:
BURSA İLİ ÖRNEĞİ**

Pınar FIRAT

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Onur YARAR**

İSTANBUL, 2020

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**TÜRKİYE'DE KANSER HASTALARINDA HASTALIK
YÖNETİMİ POLİTİKALARININ İRDELENMESİ:
BURSA İLİ ÖRNEĞİ**

**Pınar FIRAT
152022004**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Onur YARAR**

İSTANBUL – 2020



T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

**DOKTORA
TEZ ONAYI**

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Pınar Fırat Öğrenci No :152022004
Anabilim/Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi :
Danışman : Dr.Öğr.Üyesi Tez Savunma Saati :
Onur Yarar

Tez Konusu : TÜRKİYE'DE KANSER HASTALARINDA HASTALIK YÖNETİMİ
POLİTİKALARININ İRDELENMESİ: BURSA İLİ ÖRNEĞİ

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin **28.Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin 'ne OYBİRLİĞİ /OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Prof.Dr. Mithat Kıyak		
Prof.Dr. Haydar Sur (Üsküdar Ün)		
Dr. Öğr. Üyesi Selden Çepni (Işık Ün)		
Dr. Öğr. Üyesi Yıldırım B. Gülhan		
Dr. Öğr. Üyesi Onur Yarar		

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA

ÖZET

Hastalık yönetimi, sistematik, çok disiplinli bir yaklaşım ve çoklu tedavi yöntemlerini kullanarak bir veya daha fazla kronik durumu önlemek veya yönetmek için tasarlanmış bir grup müdahaleden oluşmaktadır. Kanser, dünya genelinde mortalite, sağkalım, genel hastalık yükü, etken çevresel faktörler açısından coğrafi varyasyonlar gösteren majör bir hastalık yüküdür. Bununla birlikte tüm bu varyasyonlar ülkenin prevansiyon, tanı, tedavi ve palyatif programlarının tümünü içeren kanser kontrol stratejisini oluşturmaktadır. Türkiye’de kanser sıklığı dünyanın gelişmekte olan ülkeleriyle benzerlikler göstermektedir. Çalışmada, Türkiye’de kanser hastalarında hastalık yönetimi politikalarının Bursa ili örnek alınarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma niteliksel bir araştırmadır ve 01/01/2020 - 30/06/2020 tarihleri arasında Bursa ilinde çalışan, konu ile ilgili farklı branşlardan uzman hekimler ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama yöntemi olarak bireysel derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü’nün Sağlık Bakanlığı onaylı kanser verileri ve bu yöndeki tarama çalışmaları ele alınarak değerlendirme yapılmıştır. Kanser hastalarının tanı, tedavi ve takip süreçlerinin herhangi bir aşamasına dahil olan farklı branşlarda yedi uzman hekime yarı yapılandırılmış sorular yöneltilmiştir. Bu sorular ülkemizdeki hastalık yönetim politikalarını, zayıf ve güçlü yanlarını, iyileştirilmesi adına önerileri içermektedir. Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı kanser politikaları doğrultusunda çıkarılmış mevzuat ve kararlar değerlendirilmiştir. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından bu konuda yürütülen faaliyetler yoğunlaştırılmış olup, kanser kontrolünün ilk basamağı olan güçlü bir kayıt sistemi oluşturulmuştur. Buna ek olarak KETEM çalışmaları ve Ulusal Kanser Eylem politikaları yürütülmektedir.

Kanserde hastalık yönetiminin Bursa ili örneğinde cinsiyete ve yaşa standardize edilmiş hızların kanser türüne göre dağılımlarının 2010 ile 2018 yılları arasında dünya ve ülke geneli ile uyumlu şekilde erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri, kadınlarda da meme kanseri olduğu dikkat çekmektedir.

Sonuç olarak; Ülkemizdeki kanser kayıt ve tarama üzerine Sağlık Bakanlığı politikalarının geçmişe göre daha iyi olduğu ancak geliştirilmesi ve kanser merkezlerinin artırılıp, eğitimli ve donanımlı ekiplerin bu merkezlerde görevlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık Yönetimi, Kanser Yönetimi, Sağlık Politikaları, Bursa İli



ABSTRACT

DISCUSSION OF DISEASE MANAGEMENT POLICIES OF CANCER PATIENTS IN TURKEY: BURSA PROVINCE

Disease management consists of a systematic, multidisciplinary approach and a group of interventions designed to prevent or manage one or more chronic conditions using multiple treatment methods. Cancer is a major disease burden, with geographical variations in terms of mortality, survival, general disease burden, and active environmental factors worldwide. However, all these variations constitute the cancer control strategy of the country, which includes all of the country's prevalence, diagnosis, treatment and palliative programs. Cancer incidence in Turkey shows similarities with the developing countries of the world. In the study, cancer patients in disease management policies are intended to Bursa in Turkey modeled evaluation.

This study is a qualitative research and was carried out with specialist physicians from different branches working in Bursa between 01/01/2020 - 30/06/2020. Individual in-depth interview method was used as data collection method. In addition, cancer data approved by the Ministry of Health of Bursa Provincial Health Directorate and screening studies in this direction were evaluated. Semi-structured questions were asked to seven specialist physicians in different branches that are involved in any stage of the diagnosis, treatment and follow-up of cancer patients. These questions include disease management policies, weaknesses and strengths in our country, and suggestions for improvement. In our study, legislation and decisions made in line with the cancer policies of the Ministry of Health were evaluated. In recent years, the activities carried out by the Ministry of Health on this issue have been intensified and a strong registry system, the first step of cancer control, has been established. In addition, KETEM studies and National Cancer Action policies are carried out.

It is noteworthy that in the Bursa province example of cancer management in cancer, the distribution of the speeds standardized by gender and age by cancer type is

trachea, bronchus and lung cancer in men and breast cancer in women in accordance with the world and country in general.

As a result; The policies of the Ministry of Health on cancer registration and screening in our country are better than in the past, but the centers of cancer should be increased and educated and equipped teams should be employed in these centers.

Key Words: Disease Management, Cancer Management, Health Policies, Bursa Province



ÖNSÖZ

Bu araştırma, yaklaşık iki yıllık yoğun ve titiz bir çalışmanın ürünü olarak ortaya çıkmıştır. Araştırmanın her aşamasında gerçek bilgi ve verilere ulaşmak için uygun bilimsel yöntemler kullanılmış olup, özenle çalışma yürütülmüştür. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulardan çıkan sonuçlara göre Bursa ili örneğinde, Türkiye’deki hastalık yönetimi politikaları, özellikle kanser yönetimine yönelik analiz yapılmış olup, mevcut durumun değerlendirilmesi ve ileriye dönük gerekli hususlarla ilgili ülkemizdeki hastalık yönetim politikalarını, zayıf ve güçlü yanlarını, iyileştirilmesi adına önerileri içermektedir.

Öncelikle bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve bana yol gösteren değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Onur YARAR’a, tez izleme komitelerindeki desteklerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Mithat KIYAK’a ve jürimde bulunan hocalarım Prof. Dr. Haydar SUR, Dr. Öğr. Üyesi Yıldırım Beyazıt GÜLHAN ve Dr. Öğr. Üyesi Selden ÇEPNİ’ye katkılarından dolayı saygılarımı sunarım.

Araştırma kapsamında yer alan verilerin toplanmasında samimi ve gerçek bilgi verdikleri için değerli katılımcılara, çalışmam boyunca desteğini ve sabrını hiçbir zaman esirgemeyen değerli aileme teşekkürü bir borç bilirim.

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İstanbul, 2020

Pınar FIRAT

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i	
ÖZET		
ii ABSTRACT		
iv	ÖNSÖZ	
.....	vi	
BEYAN		
vii İÇİNDEKİLER		
viii	TABLolar	LİSTESİ
.....	x	ŞEKİLLER LİSTESİ
.....	xiii	SEMBOLLER,
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv	1. GİRİŞ VE
AMAÇ	1	2. GENEL
BİLGİLER	4	
2.1. Kanser ve epidemiyolojisi	4	
2.1.1. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	6	
2.1.2. Kanser Tedavisi	9	
2.2. Hastalık Yönetimi ve Programları	10	
2.2.1. Hastalık Yönetimi Tanımı	10	
2.2.2. Hastalık Yönetimi Programları	11	
2.2.3. Hastalık Yönetim Modelleri	15	
2.2.4. Hastalık Yönetimi Programlarında Olması Gereken Özellikler	18	
2.3. Dünyada Kanserle Mücadele, Önleme Çalışmaları ve Kanser Hastalık Yönetim Programları	20	

2.3.1. Kanser ile Mücadele	
21 2.3.2. Dünya Genelinde Kanser Hastalık Yönetimi Programları	
22 2.3.3. Kanser Yükünü Azaltabilecek Önleyici Tedbirler	
27 2.3.4. Kanser Yönetimi	
29 2.3.5. Erken Kanser Tespiti Programlarında Aile Hekimlerinin Rolü	
30 2.3.6. Güncel Eğilimler	
30 2.3.7. Türkiye’de Kanser Önleme Çalışmaları ve Hastalık Yönetimi	
32	
2.3.7.1. Türkiye’de Kanser Önleme Çalışmaları.....	32
2.3.7.2. Türkiye’de Kanser Kayıt Faaliyetleri	35
2.3.7.3. Türkiye’de Uygulanan Erken Tanı Politikaları	39
2.3.8 Bursa’da KETEM Çalışmaları	42
2.3.9. Türkiye’de Kanser İle İlgili Mevzuatlar	45
2.3.9.1. Türkiye Kanser Enstitüsü Yönetmeliği	45
2.3.9.2. Kanser Bildirimi Ve Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği	45
2.3.9.3. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği	46
2.3.9.4. Kanser Kayıtlılığı Genelgesi	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM	47
3.1. Araştırmanın Tipi	47
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	47
3.3. Araştırmanın Şekli	47
3.4. Veri Toplama Aracı	47
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	49
4. BULGULAR	50
4.1. Bursa İli Kanser Kayıt Verileri	50
4.2. Kanser Yönetiminde Rol Alan Çeşitli Branşlardaki Hekimlerin Ülkemizdeki Kanser Yönetim Politikalarına Dair İfadeleri	67
5. TARTIŞMA	
.....	101
6. ÖNERİLER	
SONUÇ VE ÖNERİLER	
.....	112
KAYNAKÇA	
.....	116
EKLER	
.....	130
EK 1: Bireysel Derinlemesine Görüşme İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu.....	130

EK 2:	Derinlemesine Görüşme	Onam
Formu.....132	EK 3: Etik	Kurul
Kararı.....133	EK 4: Araştırma	
İzin Talebi.....134	EK 5: Türkiye	
Kanser Enstitüsü Yönetmeliği.....136	EK 6: Kanser	
Bildirimi ve Kanser Kayıt Merkezi Yönetmeliği.....143	EK 7:	
Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliği.....150	EK 8:	
Kanser Kayıtlığı Genelgesi.....194		
ÖZGEÇMİŞ		
197		

TABLOLAR LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1: Düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli risk faktörleri	8
Tablo 2: Hastalık yönetimi tanımları	11
Tablo 3: Bursa ikametli kanser olguları içerisinde 2010 yılında cinsiyete göre en sık görülen ilk 5 kanserin olgu sayılarının ve YSH dağılımları	51
Tablo 4: Bursa ikametli kanser olguları içerisinde 2012 yılında cinsiyete göre en sık görülen ilk 5 kanserin olgu sayılarının ve YSH dağılımları	51
Tablo 5: Bursa'da ikamet eden kanser olgularının, 2013 yılında en sık görülen beş kanser türüne göre olgu sayısı ve YSH değerleri	52
Tablo 6: Bursa ikametli erkek kanser olguları içerisindeki 2014 yılında en sık görülen 5 kanserin olgu sayılarının, YSH değerleri ve toplam yüzdesi	54
Tablo 7: Bursa ikametli kadın kanser olguları içerisindeki 2014 yılında en sık görülen 5 kanserin olgu sayılarının, YSH değerleri ve toplam yüzdesi	55
Tablo 8. Bursa ikametli erkek ve kadın kanser olguları içerisindeki 2015 yılında en sık görülen 5 kanserin olgu sayılarının, YSH değerleri ve toplam yüzdesi	55
Tablo 9. Bursa Kanser Kayıt Merkezi Veri Tabanında Kayıtlı Tüm Kanser Olgularının Tanı Tarihinine Göre Dağılımı	57

Tablo 10. Bursa İkametli Kanser Olgularının, Tanı Tarihi ve Cinsiyete Göre Olgu Sayıları ve Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları	58
Tablo 11. Uçucu madde denetim verileri	59
Tablo 12. 2017 yılında Bursa ili kanser veri sayıları	60
Tablo 13. Aylara göre 2015 yılı Bursa KETEM tarama ve eğitim sonuçları	60
Tablo 14. Bursa KETEM ve KETEM dışı kanser tarama ve eğitimlerin 2014 yılı verileri	61
Tablo 15. Bursa KETEM kanser tarama ve eğitimlerin 2016 yılı verileri	62
Tablo 16. Bursa KETEM kanser tarama ve eğitimlerin 2017 yılı verileri	63
Tablo 17. KETEM Dışı Taramalar 2017	63
Tablo 18. Bursa KETEM Tarama ve Eğitim Sonuçları 2018	64
Tablo 19. KETEM Dışı Taramalar 2018	65
Tablo 20. Bursa Kanser Kayıt Merkezi Veri Tabanında Kayıtlı Tüm Kanser Olgularının Tanı Tarihinin Göre Dağılımı	65
Tablo 21. Bursa İkametli Kanser Olgularının, Tanı Tarihi ve Cinsiyete Göre Olgu Sayıları ve Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları	66
Tablo 22. Hastalık yönetimi algısı ve mevcut politikalara dair görüşler	70
Tablo 23. Hastalık yönetimi algısı ve mevcut politikalara dair görüşlerin kod matris analizi	71
Tablo 24. Hekimler arasında hastalık yönetimi algısı ve politikalara dair görüşlerin benzerlik oranları	72
Tablo 25. Sağlık Bakanlığı'nın tarama programlarına ve maliyete ilişkin görüşler	76
Tablo 26. Sağlık Bakanlığı'nın tarama programlarına ve maliyete ilişkin kod matris analizi	78
Tablo 27. Hekimler arasında Sağlık Bakanlığı'nın tarama programlarına ve maliyete ilişkin görüşlerinin benzerlik durumları	78
Tablo 28. Erken teşhiste Aile Hekimliğine dair görüşler	80

Tablo 29. Erken teşhiste Aile Hekimliğine dair görüşlerin kod matris analizi ..	81
Tablo 30. Hekimlerin erken teşhiste aile hekimliğine dair görüşlerinin benzerlik analizi.....	81
Tablo 31. Kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı eylemlerine dair görüşlerin kod matris analizi	84
Tablo 32. Hekimlerin kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı eylemlerine dair görüşlerinin benzerlik analizi	84
Tablo 33. Kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı ve paydaşlara yönelik ifadeler	86
Tablo 34. Sağlık Bakanlığı ile iletişimde olması gereken paydaşların kod matris analizi.....	87
Tablo 35. Hekimlerin kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı ile iletişimde olması gereken paydaşlara dair görüşlerinin benzerlik analizi	87
Tablo 36. Kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyon durumu ve çözüme dair ifadeler	89
Tablo 37. Kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyon durumu ve çözüme dair görüşlerin kod matris analizi	90
Tablo 38. Hekimlerin kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyon durumu ve çözüme dair görüşlerinin benzerlik analizi	91
Tablo 39. Kanser kayıtçılığı ve sistemin yürütülmesine yönelik görüşler	92
Tablo 40. Hekimlerin kanser kayıtçılığı ve sistemin yürütülmesine yönelik görüşlerin benzerlik analizi	93
Tablo 41. Kanser insidansını azaltmak için önerilen politikaların kod matris analizi.....	95
Tablo 42. Hekimlerin kanser insidansını azaltmak için önerilen politikalara dair görüşlerinin benzerlik analizi	95
Tablo 43. Kanser kayıtçılığı ve kanser insidansını azaltmaya yönelik politikalara dair görüşler	96
Tablo 44. Ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede güçlü, zayıf yönler, fırsatlar, tehditlere dair görüşler	98
Tablo 45. Ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede güçlü, zayıf yönler, fırsatlar, tehditlere dair görüşlerin kod matris analizi	99
Tablo 46.	

Hekimlerin ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede güçlü, zayıf yönler, fırsatlar, tehditlere dair görüşlerinin benzerliği
..... 100

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1: Türkiye’de erkeklerde yaşlarına göre en çok görülen kanser türleri	5
Şekil 2: Türkiye’de kadınlarda yaşlarına göre en çok görülen kanser türleri	5
Şekil 3: Türkiye 2013-2023 yılları arası kanser insidansı projeksiyonu	6
Şekil 4: İlk uygulanan hastalık yönetim programlarının hastalıklara göre etki durumları	13
Şekil 5: Almanya’ da DMP’lerinin gelişim süreci	14
Şekil 6: Başarılı bir DMP uygulamasında bilgi akış diyagramı	19
Şekil 7: Kanser kayıtçılığının iş akışı şeması	37
Şekil 8: Kanser kayıtçılığında standartlar el kitabı veri başlıkları	38
Şekil 9: Hastalık tarama süreci	40
Şekil 10: Türkiye’de gerçekleştirilmiş kanser kontrol programları	41
Şekil 11: 2010- 2013 yılları arasındaki kanser olgu sayıları ve yaşa göre standardize edilmiş hızlarının değişimi	50
Şekil 12: Cinsiyete göre kanser türlerinin Bursa 2013 yılı YSH dağılımları	53
Şekil 13: Cinsiyete bağlı en fazla görülen kanser türlerinin 2014 yılı YSH dağılımları	54
Şekil 14: Cinsiyete göre en sık görülen kanser türlerinin 2015 yılı YSH dağılımları	56
Şekil 15: Bursa KETEM tarama ve eğitim sayıları	66
Şekil 16: Bursa KETEM tarama ve eğitimlerinin yıllara göre değişimi.....	67

SEMBOLLER, SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DM	: Hastalık Yönetimi (Disease Management)
DMP	: Hastalık Yönetimi Programı (Disease Management Program)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
HIS	: Sağlık Bilgi Sistemleri
HPV	: Human Papilloma Virüs
IARC	: International Agency for Research on Cancer
KAH	: Koroner Arter Hastalık
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KOPH	: Kronik Obstrüktif Pulmoner Hastalık
KRK	: Kolorektal Kanser
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
NHS	: Ulusal Sağlık Sistemi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
UV	: Ultraviyole
VA	: Gaziler İçin Sağlık Sistemi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YSH	: Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hız

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastalık yönetimi (DM), sistematik, çok disiplinli bir yaklaşım ve çoklu tedavi yöntemlerini kullanarak bir veya daha fazla kronik durumu önlemek veya yönetmek için tasarlanmış bir grup müdahaleden oluşmaktadır. Hastalık yönetiminin amacı, bir veya daha fazla kronik rahatsızlık için risk altındaki kişileri tanımlamak, hastalara kendi kendini yönetmeyi teşvik etmek ve tedavi ortamları veya tipik geri ödeme şekillerinden bağımsız olarak maksimum klinik sonuç, etkinlik ve verimlilik ile hastalıkları veya koşulları ele almaktır (1).

Geleneksel olarak, DM programları, astım, diyabet ve kalp hastalığı gibi en yüksek prevalansı ve maliyeti olan hastalıklara odaklanmıştır. Bu model devletten sağlık bakım kuruluşlarına kadar sağlık sektörünün tüm alanlarında gelişip büyümeye devam ettikçe, bel ağrısı, obezite ve düşük prevalanslı yüksek maliyetli hastalıklara da uygulanmaya başlanmıştır. Eşlik eden hastalıkların çoğu zaman kronik koşullarla ortaya çıktığı ve buna göre ele alınması gerektiği için DM, geniş, yüksek derecede entegre hasta bakım modellerini kullanmak için daha da gelişmiştir (2). “Hastalık yönetimi, kanıta yönelik rehberler ve hasta bilinçlendirme stratejilerini kullanarak risklerden korumaya veya komplikasyon üzerinde durur. Sağlık durumunu geliştirmenin yanında yaşam kalitesi, klinik, mali sonuçlar gibi ölçütleri iyileştirmektedir” (3).

Kanser karmaşık bir hastalıktır. Etkilenenlerin, en yüksek kalitede, zamanında ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde iyileşmelerini sağlamak için sıkı tedbirlerin uygulanması çok önemlidir (4). Kanserlerin %30 ile %50’si şu anda riskten uzak durarak ve var olan kanıta bağlı engelleme stratejileri yapılarak önlenebilmektedir. Kanser yükü, kanserin erken tespit edilmesi ve etkili hastalık hastalarının yönetilmesi yoluyla eksiltilebilir (5).

Kanser, dünya genelinde mortalite, sağkalım, genel hastalık yükü, etken çevresel faktörler açısından coğrafi varyasyonlar gösteren majör bir hastalık yüküdür. Bununla birlikte tüm bu varyasyonlar ülkenin prevansiyon, tanı, tedavi ve palyatif programlarının tümünü içeren kanser kontrol stratejisini oluşturmaktadır. Kanser

önleme ve tarama müdahaleleri, kanser insidansını etkili bir şekilde azaltmadığı sürece, gelişmekte olan ülkelerde yeni kanser vakalarının sayısı 2020 yılında 15 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2050 yılına gelindiğinde ise, kanser yükünün dünya genelinde yılda 24 milyon vakaya ulaşabileceği ve bunun 17 milyon vakasının gelişmekte olan ülkelerde görüleceği öngörülmektedir (6). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kanseri kontrol etmek için ulusal stratejiler geliştirirken, ülkelerin şu dört geniş yaklaşımı göz önüne alması gerektiğini vurgulamaktadır: Primer prevansiyon, erken teşhis ve sekonder prevansiyon, tanı, tedavi ve palyatif bakım (7).

Kontrollü klinik çalışmalarda etkili olduğu kanıtlanan meme, kolorektal ve akciğer kanseri tedavilerinin birçoğunun, birkaç binden, on binlerce ABD Dolarına ulaşabilen maliyet oranları olduğu tahmin edilmektedir (8). Bu aralık gelişmiş ülkelerde oldukça elverişli olarak kabul edilirken, sağlık kaynaklarında katı kısıtlamalar yaşayan düşük ve orta gelirli ülkelerde daha az elverişli olarak görülebilmektedir. Düşük gelir ve maliyete sahip ülkelerde, birincil tedavi eksikliği nedeniyle mortalite oranları çok yüksektir. Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde özellikle düşük insidanslı ancak yüksek oranda tedavi edilebilir kanser vakalarına temel kanser tedavilerinin sağlanması, kanser kontrolünde, doğru bir maliyet planlaması yapmak için önem arz etmektedir (9).

Kanserle yaşayan vakaların ve tedavi maliyetlerinin sürekli olarak artmasıyla birlikte DM sağlayıcıları, DM kavramlarını kanser bakımına dahil etmiştir. DM'nin onkoloji için faydalı bir model olması için, prevalansı en yüksek olan kanserlere odaklanması gerekmektedir. Kadınlar için en fazla sayıda vaka bulunan 4 kanser türü akciğer, meme, rahim ağzı ve kolorektal kanserleridir. Erkekler için ilk 4 kanser prostat, akciğer, kolorektal ve mesanedir (10).

Bununla birlikte, çok sayıda kanser türü, tedavi seçeneği ve yan etki profili, onkolojide DM 'ne engel oluşturmuştur. Bu nedenle onkolojide DM'nin etkinliğini yansıtan veriler sınırlı kalmıştır. Onkoloji maliyetleri, bakım veren ile hastanın tedavi beklentileri arasındaki uyumsuzluk, birçok kanser için prevansiyon ve erken teşhisteki eksiklikler ve en önemlisi, bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarına uyma konusunda

yaşadıkları zorluklar, bu alanda aşılması gereken ek engellerdir. Ayrıca, bir onkoloji DM programı tasarlarken, kanserlerin etiyojisi, tedavisi ve etkisi bir hastadan diğerine belirgin şekilde farklı olabileceğinden, bireysel olarak kanserlere bakmak zorunludur. Etkili bir onkoloji DM programı, yorgunluğu azaltmak, hastane enfeksiyonlarını azaltmak, dehidratasyon ve ağrıyla ilgilenmek, anemiye yönetmek, cilt enfeksiyonlarını tespit etmek ve tedavi etmek, depresyonu tanımak ve tedavi etmek, hastalara palyatif bakım hizmetlerine erişim ve bilgilendirilmiş karar vermeyi sağlamak, yaşam sonu geçişleri konusunda hastalar ile bakım verenler ve doktorlar arasındaki iletişimi teşvik etmek gibi kapsama sahip olmalıdır (11).

Türkiye'deki kanser sıklık oranı ile diğer dünyanın gelişmekte olan devletlerinin kanser sıklık oranları arasında benzerlikler görülür. Buna dayanarak çalışmada, Türkiye'de kanser hastalarında hastalık yönetimi politikalarının ve Bursa ili örnek alınarak değerlendirme yapılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser ve epidemiyolojisi

“Kanser, bedenin herhangi bir parçasında görülebilecek kapsamlı bir hastalık grubu için kullanılan genel bir kavramdır. Kullanılan diğer kavramlar neoplazmlar ve malign tümörlerdir.” (5). Anormal hücre büyümesine bağlı olarak ortaya çıkan kanser, dünya çapında başlıca bir halk sağlığı sorunudur. Küresel demografik özelliklere göre önümüzdeki yıllar içinde kanser insidansının artacağı düşünülmekte olup, 2025 yılına kadar yıllık 420 milyon yeni kanser vakası beklenmektedir (12).

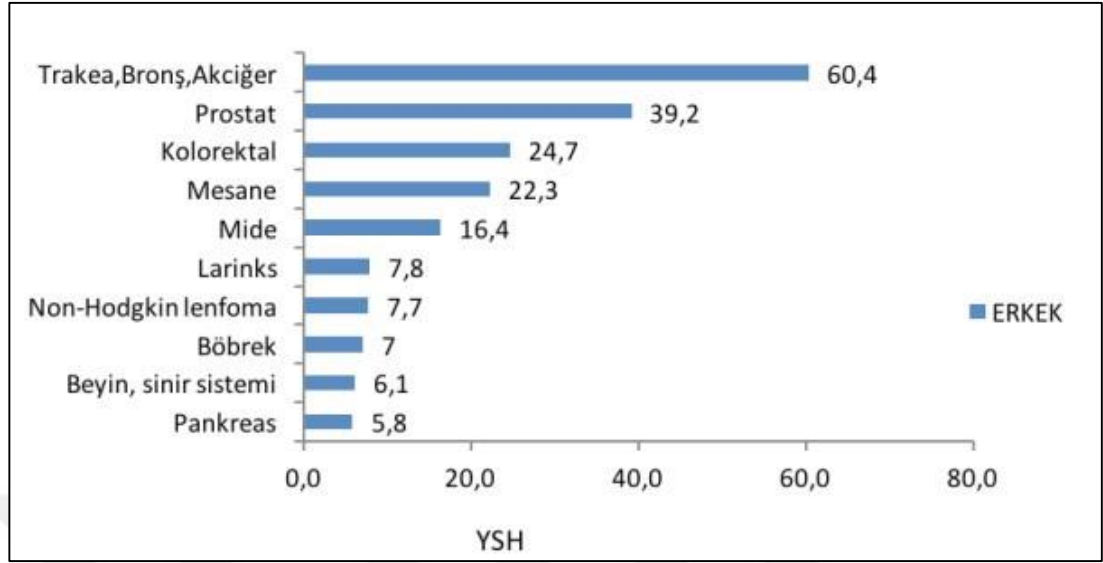
Kanserin belirgin özelliklerinden birisi, normalden fazla büyüyen ve sonrasında vücudun bitişik kısımlarına nüfuz eden ve diğer organlara sıçrayabilen tipik olmayan hücrelerin hızlı olarak oluşmasıdır, ikinci süreç metastaz olarak adlandırılır. Metastazlar kanserden ölmenin önemli bir sebebidir. Kanser, dünya çapında önde gelen bir ölüm nedenidir ve 2018 senesinde tahmini olarak 9,6 milyon ölüme neden olmuştur. Kanserlerin en yaygınları şunlardır:

- “Meme(2.09 milyon vaka)
- Akciğer (2.09 milyon vaka)
- Kolorektal (1,80 milyon vaka)
- Prostat (1.28 milyon vaka)
- Cilt kanseri (melanom dışında) (1.04 milyon vaka)
- Mide (1.03 milyon vaka)”(5).

Global olarak, 6 ölümden 1'i kanser ile bağlantılıdır (5). 2018 yılı verilerine göre dünya genelinde göğüs (627000 ölüm), karaciğer (782000 ölüm), mide (783000 ölüm), kolorektal (862000 ölüm), akciğer (1.76 milyon ölüm), kanserlerinden kişiler hayatlarını kaybetmişlerdir. Akciğer kanseri, dünya çapında kanser insidansı ve mortalitenin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir (12).

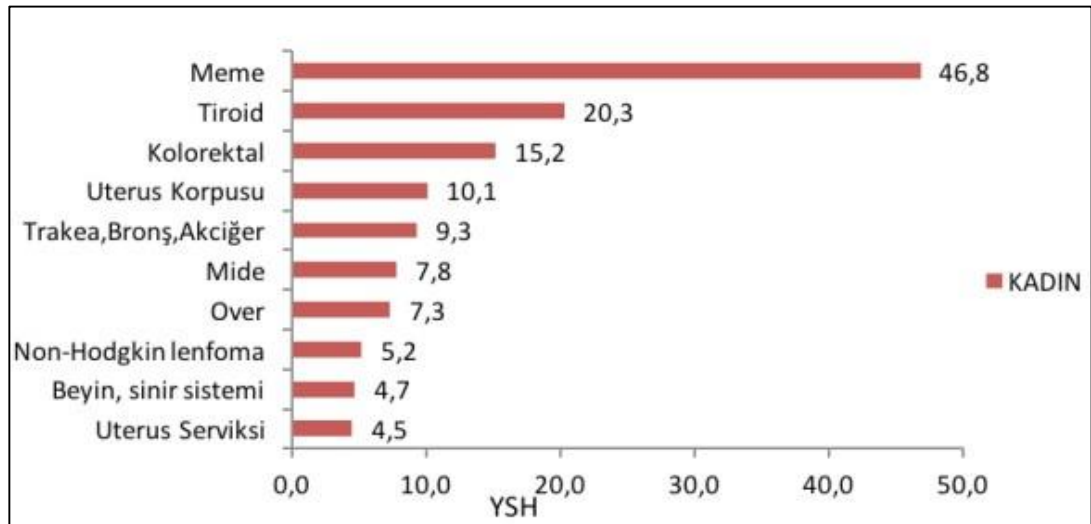
Türkiye’de de kanser yaygınlık açısından dünya ile benzer özellikler göstermektedir. Erkeklerde en yaygın kanser türü akciğer, kadınlarda ise meme kanseridir. Kanserlerin görülme durumu, yaşlara göre de farklılık göstermektedir.

Türkiye’de erkekler arasında yaşlarına göre en yaygın bulunan kanser çeşitleri Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1: Türkiye’de erkeklerde yaşlarına göre en çok görülen kanser türleri (13).

Şekil 1’de de görüldüğü üzere Türkiye’de erkekler arasında en fazla bulunan kanser çeşitleri sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal, mesane, mide, larinks, nonhodgkin lenfoma, böbrek, beyin ile pankreas kanserleridir. Şekil 2’de ise Türkiye’de yaşlarına göre kadınlarda görülen en çok kanser çeşitleri bulunmaktadır.

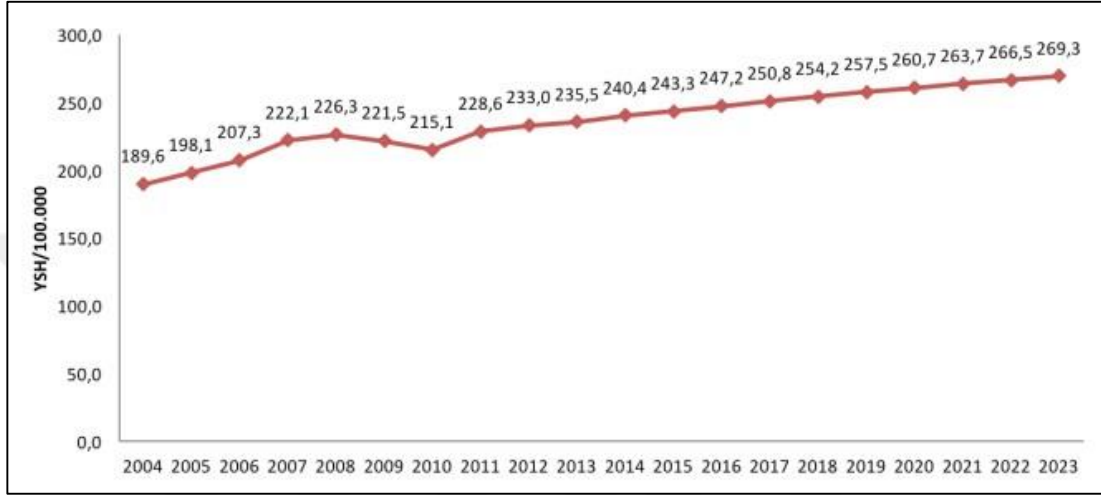


Şekil 2: Türkiye’de kadınlarda yaşlarına göre en fazla görülen kanser çeşitleri (13).

Şekil 2’de görüldüğü üzere Türkiye’de kadınlar arasında en fazla bulunan kanser türleri sırasıyla meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu, akciğer, mide, over, non-hodgkin lenfoma, beyin ve serviks kanserleridir.

Toplum içerisinde kanserin hergeçen gün yayılarak artış kaydettiği görülmektedir. Bu hızla kanser artışı devam ederse önümüzdeki yıllarda ciddi sayılara ulaşacağı bildirilmektedir (Şekil 3).

Türkiye 'de 2013 ile 2023 yılları arasındaki yaşa göre standardize edilmiş hızlara (YSH) göre kanser insidansı projeksiyonu Şekil 3'de yer aldığı üzere giderek artış göstermektedir



Şekil 3: Türkiye 2013-2023 yılları arası kanser insidansı projeksiyonu (14).

Türkiye'de bütün yaşlarda gerçekleşen ölümler birlikte ele alındığında gerçekleşen her 10 ölümden birisinin kanser nedeniyle gerçekleştirildiği bildirilmektedir (15).

Dünyadaki gibi Türkiye açısından da kanser en önemli toplumsal sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Dünyadaki ölüm sebepleri arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada bulunan kanserin 2030 yılında ölüm sebepleri arasında birinci sırada yer alacağı öngörülmektedir (14).

2.1.1. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Hastalıkları önlemek için nedenlerini tanımlamak ve bunlarla baş etmek gerekir. Bu durum, kronik bulaşıcı olmayan hastalıklarda, altta yatan sağlık risklerinin tanımlanması anlamına gelir (16). Bu konuda en önemlisi, belirli bir hastalığa birden fazla risk faktörünün neden olması ve buna karşılık birçok risk faktörünün birden fazla

hastalık ile ilişkili olmasıdır. Bu nedenle, belirli riskleri hedefleyerek, çeşitli hastalıkların yükünü azaltmak mümkündür. Bu gözlem, belirli bir hastalığa yatkınlık genotipinin olmadığını gösteren İnsan Genom Projesinin sonuçları ile uyumludur, ancak birçok genetik varyant, yaşa bağlı birçok fenotipi açıklamaktadır (17). Bu, yaygın kronik hastalıkların semptom ve bulgularının, klinik olarak ilişkili hastalıklar arasında paylaşılan çoklu genetik varyantlar ve çevresel risk faktörleri arasında zaman içinde gerçekleşen karmaşık etkileşimlerden kaynaklandığı anlamına gelir.

Kanserin nedenlerini bilmek, kanseri önleme potansiyelini anlamak için bir temel sağlamaktadır. Bir neden biliniyorsa, bunun (örneğin, tütün kullanımı) veya (atmosferdeki iyonlaştırıcı radyasyonun) kolayca önlenip önlenemeyeceğini bilmek daha kolay hale gelecektir. Sebeplerin ele alınması, aynı zamanda bilgi boşluklarını da göstererek bu konudaki araştırmaların yoğunlaştırılmasını teşvik edecektir (örneğin, kolon kanserinin spesifik nedenlerinin bir kısmı bilinmektedir) (18).

Tütün kullanımı, başta akciğer kanseri olmak üzere kansere bağlı ölüm oranına en büyük katkı yapan etkidir. Tütün kontrolündeki zorluk, yetişkinlerin sigarayı bırakmalarını (çok kısa bir zaman diliminde ortaya çıkan faydalar) ve gençlerin başlamasını engellemelerini teşvik ederek (uzun vadeli çözüm) bu ülkelerdeki gidişatı değiştirmektedir (19). Kansere neden olan en önemli üç enfeksiyon türü hepatit C virüsü, insan papilloma virüsü (HPV), hepatit B virüsü (HBV) ve Helicobacter pylori, gelişmekte olan ülkelerde tütünden sonra kanser insidansı için en önemli risk faktörleridir (20). Diyet, vücut ağırlığı ve aktivite düzeyleri birbiriyle ilişkili olmakta ve kanser riskini arttırmak veya azaltmak için karmaşık şekillerde etki etmektedirler (21). İşyerleri fabrikalar, aile çiftlikleri, şehir sokakları veya diğer resmi veya gayri resmi iş yerleri kanser için risk teşkil edebilmektedir. Bununla birlikte alkol, hava kirliliği, iyonize radyasyon, ultraviyole (UV) radyasyon, hormonal ve üreme faktörleri, ailede kanser öyküsü (genetik yatkınlık) ve immün yetmezlik de önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Özellikle düşük ya da orta gelirli ülkelerdeki kanser nedenleri Tablo 1’de özetlenmektedir (18).

Tablo 1: Düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli risk faktörleri

Kanser tipi (ölüm sayısı)	Ana Risk Faktörleri	Teorik Olarak Maruziyet Dağılımı	Popülasyon daki faktör yüzdesi	İlişkili diğer ciddi hastalıklar için önemi
Tüm kanserler (yaklaşık 5 milyon kansere bağlı ölüm)	Tütün kullanımı	Sıfır olası maruziyet	18	Kardiyovasküler hastalık (KVH), Kronik respiratuar hastalık yükünde artış
	Tüm karsinojenik enfeksiyonlar HBV ve HCV	Sıfır olası maruziyet	26 / 8,2	Diğer karaciğer hastalıkları Diğer durumlar
	HPV	Sıfır olası maruziyet	8	-
	H.pylori	Sıfır olası maruziyet	6,9	-
	Düşük meyve ve sebze alımı	600 gram/gün meyve ve sebze alımı (yetişkinler için)	6	KVH yükünde artış
	Alkol kullanımı	Sıfır olası maruziyet	5	Yaralanma, nöropsikiyatrik durumlar, KVH yükünde artış
	Fiziksel inaktivite	Haftada en az 2,5 saat orta-yoğun aktivite	2	KVH ve bulaşıcı olmayan hastalık yükünde artış
	Aşırı kilo ve obezite	Beden Kitle İndeksi (BKİ): 21	1	KVH ve bulaşıcı olmayan hastalık yükünde artış
	Kentsel hava kirliliği	Aerodinamik <2.5 mikron çapta 7.5 µg/m ³ partikül Aerodinamik <10.5 mikron çapta 15 µg/m ³ partikül	1	Kronik respiratuar hastalık yükünde artış
	Pişirme ya da ısınmaya bağlı iç mekân dumanı	Sıfır olası maruziyet	<0,5	Kardiyovasküler hastalık (KVH), Kronik respiratuar hastalık yükünde artış

Dünya için geçerli olan risk faktörleri Türkiye açısından da elbette geçerlidir. Ancak Türkiye, coğrafi yapı, sosyo-kültürel açıdan çok fazla farklılık ve çeşitliliğin olduğu bir ülke olması bakımından çok sayıda etkenle ilişkili olarak gelişebilen kanser hastalığı açısından oldukça karmaşık bir tablo ile karşı karşıyadır. Kanser sadece genetik yatkınlıkla açıklanamayan, sigara ve alkol kullanımı başta olmak üzere, beslenme, yaşam tarzı, hava ve çevre şartlarından etkilenebilen ve gelişebilen bir hastalık türüdür (14).

Kanser önleyici faaliyetleri planlarken, her bir risk faktörünün nedenlerinin neler olduğunu anlamak gerekir. Nedensel olarak çoğu faktör, çevresel ve sosyal faktör kaynaklıdır ve neredeyse bu koşullar toplum tarafından hiç fark edilmemektedir. Bu faktörlerin uygun hale getirilmesi kanser insidansı üzerine azalma etkisi yaratacaktır (22). Sağlık çalışanlarının ve politika yapımcıların bireysel olarak önleyici tedbirlerin

yanı sıra, toplumsal olarak riskleri azaltabilmek için, nüfusa dayalı stratejiler geliştirmesi büyük önem taşımaktadır (23).

Bir başka önemli gerçek, ekonomik açıdan gelişen toplumların hastalık yükünde, akut enfeksiyonlardan kronik bulaşıcı olmayan hastalıklara geçiş arasında basit bir korelasyon olmamasıdır. Yani, ekonomik gelişme gerçekleştikçe, tütün ve alkol kullanımı ve obezite artmakta olup, bu da yıllar sonra kronik hastalık yükünü artırmaktadır. Bununla birlikte, kronik hastalıklardan kaynaklanan mortalite ve morbidite, çok yüksek düzeyde sosyal ve ekonomik kalkınma düzeyine ulaşamadığında kronik hastalık vaka sayısı azalmayacaktır (24). Kronik hastalıklar akut enfeksiyonların yerini almaz, hatta yeterli sosyoekonomik düzeye erişmedikçe birlikte seyreder. Gelişmekte olan ülkeler, ekonomileri üzerinde büyük olumsuz etkileri olan çifte hastalık yükü yaşamaktadırlar (24,25).

Davranışsal, fizyolojik, mesleki ve çevresel faktörler de dahil olmak üzere bilinen risk faktörlerini toplam ölüm sayısına veya hastalık yüküne bağlayarak tahmin etmek mümkündür (16).

2.1.2. Kanser Tedavisi

Kemoterapi, cerrahi ve radyoterapi günümüzde mevcut olan en yaygın kanser tedavisi türleridir. Kemoterapi tarihi 20. yüzyılın başlarında başlamış, ancak kanser tedavisinde kullanımı 1930'larda başlamıştır. "Kemoterapi" terimi, alkilleyici ajanlara özel ilgi duyan ve "hastalığın kimyasal tedavisi" olarak ifade eden Alman bilim adamı Paul Ehrlich tarafından ortaya atılmıştır. Cerrahi ve radyoterapi, 1960'lı yıllarda solid tümör tedavisinin temelini oluşturmuştur (26). Gelişimin çeşitli aşamalarında olan daha yeni tedaviler arasında anjiyogenez inhibitör terapisi, biyolojik tedaviler (monoklonal antikorlar, aşular, interferonlar, interlökinler, koloni uyarıcı faktörler, gen terapisi ile spesifik olmayan immün modüle edici ajanlar), kemik iliği ve periferik kandan kök hücre transplantasyonu, lazer tedavisi, hipertermi, fotodinamik tedavi ve hedefe yönelik kanser tedavileri yer almaktadır (27).

Son yıllarda, immünoterapi önemli bir terapötik alternatif haline gelmiş olup birçok kanser türünde ilk tercih edilen tedavi halini almıştır (28). Tıpta immünoterapi kavramı, kanser, alerji, otoimmün ve bulaşıcı hastalıklar gibi çeşitli hastalıkları tedavi etmek için antikolar (Abs), sitokinler ve dendritik hücreler dahil olmak üzere bağışıklık sisteminin bileşenlerinin kullanımını içerir. İmmünoterapi ayrıca alerji ve tümörlerin önlenmesi için aşıların kullanımını da içermektedir (29). İmmünoterapi çok daha fazla özgüllük, daha yüksek etkinlik, hedefe yönlendirilmiş tedavi, daha az toksisite, düşük ikincil etkiler ve daha iyi tolerans sunarak klinik uygulamaya yeni boyutlar eklemektedir (30).

Nanoteknoloji son yıllarda kontrollü ilaç salınımı, görüntüleme ve tedaviyi birleştirmek, hipertermi uygulamak ve hedefe yönelik tedavi sağlamak için yeni terapötik alternatifler olarak nanomateryallerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu tedaviler, tek veya diğer bileşenlerle (antikolar, peptitler, folik asit, vb.) kombinasyon halinde uygulanabilmektedir. Kanser tedavisinde nanomateryallerin temel amacı, yan etkileri en aza indirirken ve ilaç direncini önlerken, tümör hücrelerine kontrollü bir şekilde (gerekli farmakokinetiklere bağlı olarak) terapötik bir etki sağlamaktır (31).

2.2. Hastalık Yönetimi ve Programları

Hastalık süresi boyunca sağlık hizmeti sunan sistemlerin koordineli ve kapsamlı bir şekilde yürütülerek, geniş sistematik yaklaşımların tümüne verilen isimdir. Hastalık yönetimi programları (DMP), insanların kronik hastalıklarını yönetmelerine yardımcı olmak ve yaşam kalitesini sürdürmek ve geliştirmek için yapılandırılmış tedavi planlarıdır.

2.2.1. Hastalık Yönetimi Tanımı

Hastalık yönetimi için (DM), yıllar içerisinde çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Bu tanımlamalar Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Hastalık yönetimi tanımları

<p>1. Hastalık yönetimi, risk altındaki kişileri tanımlamak, belirli bakım programlarına müdahale etmek ve klinik sonuçları ölçmek için açık bir sistematik popülasyona dayalı yaklaşımın kullanılmasını ifade etmektedir (32).</p>
<p>2. Hastalık yönetimi üç bölümden oluşur</p> <ul style="list-style-type: none">• Bir hastalığın ekonomik yapısını ölçen ve sürecin her bir bölümü için bakımın kimin tarafından ve hangi ortamda sağlanacağına ilişkin kılavuzları içeren bir bilgi tabanı;• Tıbbi uzmanlık alanları ve kurumlar arasında geleneksel sınırları olmayan bir bakım dağıtım sistemi; ve• Bilgi tabanını, yönergeleri ve dağıtım sistemini geliştiren ve rafine eden sürekli bir geliştirme süreci (33).
<p>3. Hastalığın devamlılığı boyunca sağlık hizmeti sunan sistemler arasında koordine ve kapsamlı bakımı vurgulayan bir hasta bakım yaklaşımıdır (34).</p>
<p>4. Genel olarak, hastalığın doğal seyrine dayanarak bakım ve ilişkili ödemelere yönelik kapsamlı ve entegre bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Hastalık yönetiminin amacı, tedavi ortamlarından veya sağlık hizmeti ödemelerinden bağımsız olarak maksimum etkinlik ve verim ile hastalık veya durumu ele almaktır (34).</p>
<p>5. Hastalık yönetimi, çoklu tedavi yöntemlerinin bakımı ve potansiyel olarak kullanılması için sistematik bir yaklaşım kullanarak kronik bir durumu yönetmek veya önlemek için tasarlanmış bir müdahaledir (35).</p>
<p>6. Hastalık yönetimi tipik olarak kronik hastalıklardan muzdarip seçilmiş hastalar için bakımın kalitesini ve maliyet etkinliğini arttırmaya yönelik çok disiplinli çabaları ifade etmektedir (36).</p>
<p>7. Hastalık yönetimi, hastanın öz bakım çabalarının önemli olduğu şartlara sahip popülasyonlar için koordine edilmiş sağlık müdahaleleri ve iletişim sistemidir (37).</p>

Tümüyle ele alındığında kabul edilen tanım sistematik, çok disiplinli bir yaklaşım ve çoklu tedavi yöntemlerini kullanarak bir veya daha fazla kronik durumu önlemek veya yönetmek için tasarlanmış bir grup müdahale şeklindedir. Hastalık yönetiminin amacı, bir veya daha fazla kronik rahatsızlık için risk altındaki kişileri tanımlamak, hastalara kendi kendini yönetmeyi teşvik etmek ve tedavi ortamları veya tipik geri ödeme şekillerinden bağımsız olarak maksimum klinik sonuç, etkinlik ve verimlilik ile hastalıkları veya koşulları ele almaktır (1).

2.2.2. Hastalık Yönetimi Programları

Hastalık yönetimi programları (DMP), insanların kronik hastalıklarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olmak ve yaşam kalitesini sürdürmek ve geliştirmek için yapılandırılmış tedavi planlarıdır. DMP'ler ayrıca uzun vadede tıbbi tedaviyi iyileştirme genel amacı ile yürütülmektedir. Ayrıca “yapısal tedavi programları” olarak da adlandırılırlar. Etkili DMP'lere duyulan ihtiyaç, en az yirmi yıldır söz konusudur. Nüfusun yaşlanması, zayıf beslenme seçenekleri, fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı ve diğer faktörler, kronik durumların görülme sıklığını önemli ölçüde arttırmıştır. Aynı zamanda, bu şartlara sahip hastalar için bakım maliyeti de belirgin şekilde yükselmiştir (1).

DMP'nin temel amacı, kronik bir hastalıkla ilişkili semptomları azaltmak ve bu semptomların daha da kötüleşmelerini önlemektir. Diğer hedefler arasında komplikasyonları veya buna eşlik eden hastalıkların gelişmesini önlemek yer almaktadır. Bununla beraber, tedaviye yapılan bu yapısal yaklaşım, insanların hastalıklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak ve onlara günlük yaşamlarında tedaviye bağlı gelişen durumlar (yan etki, beslenme şekli vb.) ile baş etmenin yollarını göstermeyi amaçlamaktadır. Bunların hepsi bir arada program katılımcıları için yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Hastalık yönetimi programları ayrıca aile ve uzman doktorlar, hastaneler ve rehabilitasyon merkezleri gibi bir hastaya bakım sağlayan çeşitli uzman ve kurumlar arasındaki işbirliğini geliştirmeyi içermektedir. Bu, bireysel tedavi adımlarının iyi koordine edilmesini sağlamak ve örneğin aynı tıbbi testin gereksiz yere iki kez yapılmasından kaçınılması içindir.

DMP'lerin yaygın kullanımı, 1990'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde artan sağlık bakım maliyetlerini düzenlemek üzere çabalar ile başlamıştır. İlk on yılın sonuna kadar, çok çeşitli farklı kronik durumlar için DMP'ler geliştirilmiştir. Birçok DMP özel şirketler tarafından yönetilmiştir. Bazı analistler, DMP'lerin 2010 yılına kadar 20 milyar dolarlık bir sanayi olacağını öngörmüşlerdir. Ancak 2010 yılında bu rakam ancak 3 milyar dolara ulaşabilmiştir (38).

Ne yazık ki, bu erken dönemlerde geliştirilen programların sonuçları yayınlandıktan sonra, çoğu programın değerini yeterince kanıtlayamadığı ortaya çıkmıştır. Örneğin, 300'den fazla DMP'nin analizi, programların bakım kalitesini iyileştirme eğiliminde olduğunu bulmuş, ancak çoğu iyileştirmelerin daha iyi uzun vadeli sonuçlar veya önemli maliyet tasarrufları ile sonuçlandığına dair kesin bir kanıt sunamamıştır (Şekil 4) (39). Sadece kalp yetmezliği ile ilgili DMP'lerin hastaların tedavi memnuniyetlerini arttırdığı görülmüştür. Bununla beraber olumsuz bir sonuç olarak, astım ile ilgili DMP'lerinin sağlık sonuçları ve maliyetleri üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri ve diğer ülkelerden erken dönem DMP'lerin birçok analizi de benzer sonuçlar vermiştir.



Şekil 4: İlk uygulanan hastalık yönetim programlarının hastalıklara göre etki durumları (KKY: Konjestif kalp yetmezliği; KOPH: Kronik obstrüktif pulmoner hastalık) (39)

Bu analizleri yapan araştırmacılar, üzerinde çalıştıkları DMP'lerin çoğunun önemli kısıtlamaları olduğunu kabul etmişlerdir: Örneğin, programlar kesin bulgular üretmek için çok küçük ölçekli görülmüş ve bu nedenle karşılaştırılan tedavilerin maliyetleri her zaman yeterince dikkate alınmamıştır. Analizciler bu sınırlamalara dayanarak DMP'lerin iyi çalışmayacağı yönünde kesin bir sonuca varmak istememişlerdir. Ancak programların değerini kanıtlamak için de yeterli kanıt bulamamışlardır.

İki bin iki yılında, Almanya, nüfusun yaklaşık yüzde 90'ı için sağlık sigortası teminatı sağlayan kamu maliyesini finanse etme şeklini değiştirmeye karar vermiştir. Önemli sorunlardan biri, bazı ödeme yapanların diğer ödeme yapanları ekonomik bir dezavantajda bırakan sadece genç ve sağlıklı hastaları çekmeye çalışıyor olmasıydı. Bu tür “nitelikli seçimi” bir başka deyişle “iyi müşteri odaklı seçimi” engellemek için

Almanya, kronik rahatsızlığı olan hastalar için kamu ödeneği sağlayanlara ekstra fon vermeye başlamıştır. Bununla birlikte, sağlık hizmeti maliyetlerinin kontrolsüz bir şekilde artmasını önlemek için ekstra ödemelerin büyüklüğü sınırlanmıştır. Almanya, bu arttırılmış fonu ödeme sahiplerinin en sık görülen kronik rahatsızlığı olan hastaları DMP'lara kaydetmelerini şart koşarak bir araya getirmiştir (40).

Almanya, daha önceki DMP'leri engelleyen bazı sorunların üstesinden gelmek için minimum standartlar belirlemiştir. Örneğin, programların klinik protokolleri kanıta dayalı olmak zorunda tutulmuştur. Tüm bakımlar tek bir sağlayıcı (çoğu durumda genel bir pratisyen) tarafından koordine edilmeli ve bir uzmana yönlendirmenin ne zaman yapılacağı konusunda açık kurallar getirilmiştir. Ayrıca, programların bir federal sağlık kurumu tarafından onaylanması ve daha sonra ülke çapında yürütülmesi gerekiyordu.

Almanya'nın tip 2 diyabet programı uygulanan ilk DMP olmuştur. Programa hali hazırda üç milyondan fazla hasta kayıtlı olup bu hastalara sağlık hizmeti sunumu önemli ölçüde iyileşmiştir. Örneğin, hastaların ayakları bir uzman tarafından düzenli olarak kontrol edilmekte ve bunun sonucunda diyabet ilişkili ayak ülseri insidansı düşmüştür (41). Ön kanıtlar, programın mortaliteyi azaltabileceğini de düşündürmektedir (42). Ayrıca, tedaviden hasta memnuniyeti belirgin şekilde artmış ve toplam bakım maliyeti azalmıştır. Programın poliklinikte ve ilaç maliyetlerinde ürettiği küçük artışlar, yatarak tedavi maliyetlerinde yüzde 25'ten fazla bir düşüşle dengelenmiştir. Programın idari maliyetleri hasta başına ortalama 150 € civarındadır. Bu maliyetlerin çoğu doktorlara ödenen ek ücretlerden kaynaklanmaktadır. Ödeyenlerin ortalama hasta başına maliyetleri, merkezi fondan aldıkları ekstra fondan biraz daha azdır (faydalanıcı başına yaklaşık 180 €).

Günümüzde Almanya'da, DMP'ler bu kronik hastalığı olan kişiler için mevcuttur:

- Astım
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)
- Meme kanseri

- Tip 1 diyabet
- Tip 2 diyabet
- Kronik kalp yetmezliği için bir modül içeren koroner arter hastalığı (KAH) (Şekil 5). (42,43)



Şekil 5: Almanya' da DMP'lerinin gelişim süreci (42,43)

Bu hastalıklardan birden fazlasına sahip olan insanlar, mevcut hastalıklarının her biri için DMP'lere katılabilmektedir. Metabolik, kardiyak ve solunum yolu ilişkili tüm alanları içeren bu DMP'lere günümüzde 7.7 milyondan fazla kişi kayıtlıdır.

Diğer ülkeler de programlarının Almanya'nın programlarının sahip olduğu ülke çapında ölçeğe sahip olmamasına rağmen, DMP'lerle başarıya ulaşmaktadır. Hollanda'nın Maastricht bölgesinde, örneğin, astım ve KOAH hastaları için DMP, tedaviye uyumu üçte birinden fazla artırmış ve hastaneye yatış oranını yarıya indirmiştir (43). Ayrıca toplam hasta başına sağlık bakım maliyetlerini de azaltmıştır. Benzer şekilde, ABD Gazileri Sağlık İdaresi tarafından yürütülen KOAH hastaları için DMP, hastaların uygun ilaç kullanımını arttırmış ve KOAH ile ilgili hastaneye yatış ve acil servis ziyaretlerinin oranını düşürmüştür (44).

Japonya'nın "Diyabet Önleme Programı" da oldukça başarılıdır. Bozulmuş glikoz toleransı olan (yüksek diyabet riski altında olan) hastalara odaklanan bu DMP, hastaların kilo vermesine yardımcı olmuş ve diyabet geliştirme riskini üçte iki oranında azaltmıştır (12). İtalya'da kalp yetmezliği olan hastalar için uygulanan DMP hem hastaneye yatış oranını hem de hastanede kalış süresini azaltmış ve kayıtlı hasta başına

bakım maliyetini yaklaşık 980 € düşürmüştür. İsveç, hipertansiyon ve kanser hastaları için de DMP'leri kullanarak başarılı olmuştur (45).

Ülkemiz sağlık transformasyon programı kapsamında 2003 yılı itibarıyla radikal bir reform sürecine girmiştir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikalarının genel sağlık politikaları bağlamında uygulamaya konulması 2008'den sonra hız kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı, 1994 yılında ilk Ulusal Diyabet Programını "St Vincent Bildirgesi"nde belirtilen stratejiler doğrultusunda açıklamıştır. Programın ilan edilmesinden sonra 15 ilde diyabet polikliniği ve merkezleri kuruldu. Program 1996 yılında "Ulusal Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Programı" olarak revize edildi. 1990'lardaki benzer girişimler gibi, program önceden belirlenmiş hedefleri karşılayamamıştır (46).

2.2.3. Hastalık Yönetim Modelleri

Günümüzde geçmişteki hastane merkezli modellerden hasta merkezli modellere geçilmektedir. Bunun nedeni ise hem hasta uyumunun artması hem de maliyetleri düşürmeye yardımcı olmasıdır. Hasta bakımının desteklenerek, bakım kalitesinin artırılması için sağlık kurumlarında hastalıklara özel oluşturulmuş bakım kılavuzları düzenlenmekte ve modeller oluşturulmaktadır (1). Günümüzde hastalık yönetiminde beş farklı model kullanılmaktadır.

Kronik bakım modeli: Bu modelde primer sağlık hizmetleri ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi doğrultusunda hizmetler ön plandadır. Bu model ile kronik hastalık sahibi bireylerin her gün yapılması gereken bakımları ile akut ve tedavi edici hizmetlere yönelik gereksinimlerini koruyucu ve toplum temelli bakıma dönüştürmek amaçlanmaktadır. Model kapsamında hastalar rutin olarak tanımlanmakta, aktif katılımları sağlanarak, ayrıntılı bilgilendirme yapılmakta ve özyönetim için desteklenmektedir. Modelin uygulanmasıyla hasta için en uygun tedavi yöntemi ve izleminin planlanması sonucunda hasta bakım kalitesinde iyileşme ve neticesinde hastalarda memnuniyetin sağlanması beklenilmektedir.

Güdümlü bakım modeli (guided-care model): Güdümlü bakım modeli çok sayıda kronik hastalığı olan insanlar için proaktif, kapsamlı bir sağlık bakımı modelidir.

Diğer bir ifadeyle rehberli Bakım, yedi kronik bakım yeniliğinin çalışma prensiplerini besleyerek birinci basamak bakımını geliştirir: hastalık yönetimi, özyönetim, vaka yönetimi, yaşam tarzı değişikliği, geçici bakım, bakıcı eğitimi ve desteği ile geriatrik değerlendirme ve yönetim. Rehberli Bakım uygulamak için, kayıtlı bir hemşire, bir eğitim programını tamamlar ve multimorbiditesi olan 50 ila 60 yaşlı hastanın sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için 2-5 adet birinci basamak hekimi ile çalışırken özelleştirilmiş bir elektronik sağlık kaydı kullanır. Her hasta için hemşire standart bir kapsamlı ev değerlendirmesi yapar ve daha sonra iki kapsamlı, kanıta dayalı yönetim planı oluşturmak için doktor, hasta ve bakıcıyla işbirliği yapar. Birinci basamak muayenehanesinde çalışan hemşire daha sonra düzenli olarak hastanın kronik durumunu izler, hastayı kendi kendine idare etmekte koçluk eder, ilgili tüm sağlık profesyonellerinin çabalarını koordine eder, hastanın bakım alanları arasındaki geçişlerini yumuşatır, eğitim ve aile için destek sağlar bakıcılar ve topluluk kaynaklarına erişimi kolaylaştırır.

Bakım koordinasyonu: Bakımda etkililiğin sağlanması amacıyla gerekli olan altyapının hazırlanması, verilecek bakım hizmetlerinin planlanmasının yanında etkin-maliyetin sağlanması ve yönetilmesini, kaliteyi sürekli artıracak çalışmaların yapılması için kurumlar arasındaki koordinasyonun sağlanmasına yönelik politikaların oluşturulması ve hizmetlerin planlanması, özyönetim programlarının yaygınlaştırılmasını sağlayacak kurumların desteklenerek, etkili yeni stratejileri oluşturacak ve yönetecek liderlerin belirlenmesini kapsamaktadır. Bu doğrultuda Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2005 yılı itibariyle aile hekimliği uygulamasına geçilmiş, 2010 yılı sonundan itibaren de tüm Türkiye’de uygulanır hale gelmiştir (47).

Hasta-odaklı (sağlık evi) uygulamaları: Ülkemizde sağlık evleri ilk kez 1961 senesinde onaylanan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Hakkında Kanun çerçevesinde sağlık ocaklarına bağlı olarak kurulmuşlardı. Sağlık hizmetlerinin en uç noktadaki sağlık birimleriydi ve öncelikli işi ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini yürütmektir. Değişen koşullar ve 663 Sayılı KHK uyarınca şimdiki statüsüne getirildi. “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatları Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönergesinin” 8. maddesinin, 7. fıkrasında sağlık evlerinin kuruluşu; “Türkiye İstatistik Kurumu verilerine dayanarak nüfusu 500’den fazla olan köy, belde ve mezralarda Müdürlüğün teklifi ile kurumun onayı ile beraber sağlık evleri açılabilir. Bir sağlık evinde birden fazla köy belde ve mezra bulunabilir. Sağlık evleri idari açıdan toplum sağlığı merkezine, hizmet bakımından da aile hekimlerine bağlı olan birimlerdir. Sağlık evlerinde eleman olarak sadece ebe veya ebe hemşire görevlendirilir; başka eleman yoktur” (48).

İntegre, Elektronik hasta kayıt sistemi: Günümüzde teknolojik olarak yaşanan gelişmelerden hasta kayıt sistemleri de etkilenmiştir. Özellikle sağlık bakım hizmetlerinin yönetilmesi ve ilgili bilgilerin kaydedilmesi, saklanması ve paylaşılması bilgi teknolojileri sayesinde hem kolaylaşmış hem de hızlanmıştır. Bu açıdan bilgi teknolojileri sağlık kurumlarında önemli roller üstlenmektedir. Sağlık kurumlarında oldukça geniş uygulama alanına sahip olan bilgisayarlardan; hastalığın tanı ve tedavisinde, bakımından planlanmasına ve değerlendirilmesine kadar her aşamada faydalanılmanın yanında, hasta izleme hizmetleri, muhasebe ve eczanelere kadar sağlıkla ilgili her alanda aktif olarak kullanılmaktadır. Günümüzde gelişmiş bilgi teknolojilerine sahip sağlık kurumlarında enformasyon sistemi olarak da isimlendirilen bilgisayar terminalleri aracılığıyla hasta ve ilgili birimler ve sağlık bakımında görev alan tüm bireyler arasında iletişim kurulmakta, hızlı bir biçimde bilgi paylaşımı yapılmakta, böylelikle hastaların bakımından sorumlu olan görevliler, gerekli bilgilere çok kısa süre içerisinde ulaşabilmektedirler (49).

2.2.4. Hastalık Yönetimi Programlarında Olması Gereken Özellikler

Amerikalıların neredeyse yarısının kronik bir hastalık yaşadığı, her 4 kişiden 1'inin birden fazla kronik durumdan muzdarip olduğu ve kronik hastalık

maliyetlerinin, ABD sağlık harcamalarının yaklaşık % 84'ünü oluşturduğu tahmin edilmektedir (50). Maliyeti en aza indirmek ve hastanın yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için bu tür koşulların yönetilmesi sağlık hizmetlerinde kritik bir konudur. Bu tür hastalıklara yönelik bakım, temel olarak yaşam tarzı değişikliklerinden oluşan günlük, devam eden bir süreç olduğundan, bu yönetimin çoğu temelde bireysel yönetimden oluşur.

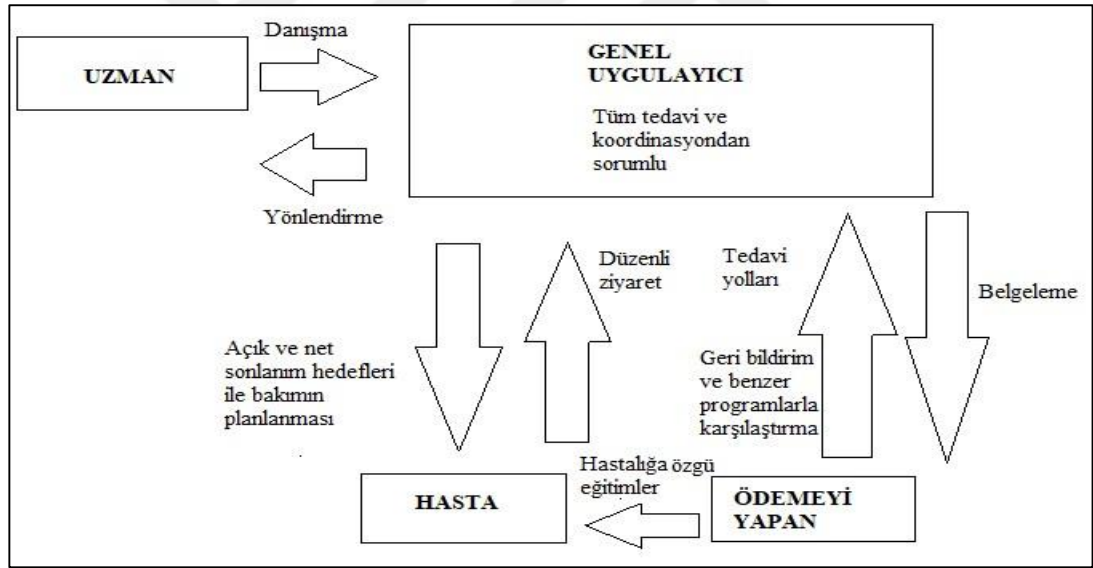
Sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık kurumları ve ödeme yapan topluluk tarafından, hastalıkların öz-yönetiminde hastaları eğitmeye ve desteklemeye çalışmak için çok sayıda program oluşturulmuştur (51). Geleneksel hasta eğitiminin aksine, bu tür programlar teknik becerilere ve hastalığa özgü bilgiye daha az odaklanırken; hastalık yönetimi alanında daha fazla öz-yeterlik geliştirmek için sorun çözme ve sosyal başa çıkma mekanizmalarına ağırlık vermektedir (52). Bu yaklaşımın davranış değişikliği ve hastalık kontrolünün geliştirilmesi açısından geleneksel yaklaşımlara kıyasla daha etkili olduğu bulunmuştur. Koçluk ve motivasyonel görüşme gibi teknikler bilinen bir çalışma grubudur (53).

DMP'lerin hedeflerine ulaşmasını sağlamada beş özellik önem taşımaktadır. Bunlar; program boyutu, tasarımın basitliği, hastaların ihtiyaçlarına odaklanma, kolayca veri toplama ve sonuçları analiz etme yeteneği ve tüm paydaşları programa uyum gösterecek şekilde teşvik etmektir.

Programın büyüklüğü: Büyük DMP'lerin ölçek ekonomilerinden yararlandıkları için küçük programlardan daha başarılı olmaları daha olasıdır. Bu DMP'ler kaynakları bir araya getirilebilir ve maliyetler birçok hastaya itfa edilebilmektedir. Sonuç olarak, net tasarruf elde etmek genellikle daha kolaydır. Büyük programların da süreçlerini düzenli olarak iyileştirmeleri daha olasıdır, çünkü topladıkları verileri genellikle daha iyi değerlendirebilmekte ve bu analizleri süreçlerini iyileştirmek için kullanabilmektedirler. Küçük DMP'ler, özellikle kayıtlı hastalar yüksek sağlık hizmeti kullanım oranlarına sahip olduğunda, daha iyi sonuçların elde edildiğini kanıtlamak üzere yeterli istatistiksel güç göstermeyebilmektedir. İlk DMP'lerin çoğunda 100'den az sayıda hasta kayıtlı olduğu düşünüldüğünde sonuçlarının genellikle sonuçsuz veya olumsuz olması şaşırtıcı

olmamaktadır. Küçük çaplı DMP'lerin bir hastalığa dair istatistiksel anlamlı genel sonuç verebilmesi için, katı hasta dahil edilme kriterleri bulunmamaktadır. Eski dönemdeki DMP'ler hedef popülasyonlarının %10'undan azına ulaşabilirken Almanya gibi bölgelerde bu oran %90'lara ulaşmaktadır.

Basitlik: Eski dönemlerdeki DMP'lerin çoğu gereksiz düzeyde karmaşık bir yapıya sahiptiler. Bu nedenle gereksinimleri yeterince karşılanamamakta, hekimlere ciddi düzeyde bürokratik engeller uygulanmakta ve program kolaylıkla yürütülememekteydi. Bu nedenle programa hasta kaydetme konusunda sorun yaşanmaktaydı. Bunun aksine başarılı DMP'ler basit olma eğilimindedir. Örneğin, katı dahil edilme kriterlerinden kaçınılmakta ve karmaşık olmayan bakım yolları uygulanmaktadır. İlgili kişinin sorumlulukları açık ve net şekilde tanımlanmaktadır. Belirgin hedefler, hastaya düzenli değerlendirme ve takip söz konusudur. Süreçteki tedavi ve testleri uygulayan uzmanı da koordine etme sorumluluğu vardır (Şekil 6).



Şekil 6: Başarılı bir DMP uygulamasında bilgi akış diyagramı

Hasta odağı: Eski dönemdeki DMP'ler hastaların ihtiyaçlarını yeterince dikkate almadığı için başarılı olamamıştır. Örneğin kalp yetmezliği olan hastaların izlemine yapan bir cihazın kullanımını içeren bir programda iki faktöre bağlı olarak başarı kısıtlanmıştır. İlki, programdaki hastalarının büyük bir kısmının hastane yatışı ya da diğer maliyetli girişim gerektirme olasılığının düşük olmasıdır. Diğer faktör de risk profili yüksek olan birçok hastanın cihaz kullanımını yeterince öğrenememesidir.

Bu nedenle başarılı bir DMP uygulanması için hastaya yapılan müdahalelerin basit, kolay ve anlaşılır olması gerekmektedir.

Bilgi şeffaflığı: Eski dönemdeki DMP'ler hastaların ne yaptığını, hangi bulgulara ulaşıldığını takip edebilecek uygun bir sisteme sahip olmadığından etkinliklerini geliştirememişlerdir. Başarılı DMP'lerde veri iki yolla elde edilmektedir. Birincisi, program rutin olarak veriyi değerlendirerek başarı durumlarını takip edebilmekte ve bu yolla bakım yolları ile diğer süreçlerdeki gereksinim ve iyileştirmeleri zamanında yapabilmektedir. İkincisi ise, verilerini yetkin üçüncü şahıslara göndererek ya da sonuçları yayınlayarak objektif değerlendirme sağlayabilmektedir. Bu iki yol sayesinde hastaya verilen bakımın kalitesi gelişerek ödeme yapan paydaşların diğer programlarla kendini karşılaştırma imkânı kazanılmaktadır. Ayrıca araştırmacılara kanıta dayalı bakım konusunda öneriler sağlamaktadır.

Teşvik: Finansal olan ve olmayan tüm teşvik yolları ile hekimler, hastalar ve ödeme sağlayanlardan oluşan tüm paydaşlar DMP protokolüne dahil edilmelidir. Örneğin hastaya, programa katılımın yaşam kalitelerini arttırabileceği, durumlarının daha kötüye gitme olasılığını düşürebileceği ve sağlık sisteminin kolaylıkla işleyeceği anlatılabilir. Birbiriyle yarışmakta olan ödenek sağlayıcılarının bulunduğu sağlık sisteminde, başarılı bir DMP'na katılmak bu bireyler için prestij ve ticari avantajı da sağlayacaktır. Başarılı bir DMP'na katılan bir hekim için de tıbbi bilgilerinin güncel kalması ve hasta kayıplarının azalması avantajı getirecektir.

2.3. Dünyada Kansere Mücadele, Önleme Çalışmaları ve Kanser Hastalık Yönetim Programları

Kanser, bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli olan toplumsal sağlık sorunlarından birisidir. Bakanlığımız, kanser önleme çalışmaları hakkında dünyadaki uygulamalar ile bilimsel gelişmeleri yakinen takip edebilmek, bazı devletlere de bu konu hakkında örnek olmak amacıyla birçok ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisindeyiz.

2.3.1. Kanser ile Mücadele

Kanser bütün dünyadaki en önemli sağlık problemlerinden birini oluşturmaktadır. Hastalarda ve hasta yakınlarında neden olduğu psiko-sosyal travma ve düşük tedavi başarısı, korkulan bir hastalık olarak algılanmasına neden olmaktadır.

Kanser büyük oranda engellenebilen bir hastalıktır. Düzenli ve sağlıklı beslenmenin yapılmaması, sigara kullanımının olması ve çevresel faktörlerin kanser olgularının yaklaşık yarısından fazlasından mevcut olduğu bilinmektedir. Kanser, korunma ve tedaviye kadar uzanan birçok boyutu olan bir durumdur. Kanser konusu değerlendirilirken bütün ölçütlerinin önemsenmesi, sağlıklı durum tespiti, güncel gelişmelerinin izlenmesi geniş bir grup ile yapılabilecek bir çalışmayı gerektirir.

“Kanserin kontrol altında tutulması hususunda önceliklerin tespit edilebilmesi için kanser yükünün binsidans (meydana gelen yeni vakalar) ve ölüm sayısı türünden tahminde bulunulması gerekmektedir. Bundan dolayı, kanseri kaydetme kanser kontrolünün başlama noktasıdır” (54).

Küresel kanser istatistiklerine dayanarak, kansere karşı mücadelede çarpıcı bir adımın ancak küresel ölçekte inisiyatifler planlandığında yapılabileceğine dair farkındalık artmaktadır. Bu küresel eylem çağrısının çerçevesi, Dünya Kanser Bildirgesi 2006 (55) gibi temel belgeler biçiminde sağlanmıştır. Bu belgeye göre, kanser önleme, erken teşhis, tedavi, palyatif bakım ve kanser hastalarına destek dahil olmak üzere ulusal kanser kontrol programlarına sahip ülkelerin sayısını artırmaktır. Kanser kayıtları, kanser istatistikleri, risk faktörleri yükü ve yapılan önlemlerin etkileri hakkında veri toplamayı desteklemek için, eğer mevcut değilse, kanser kayıtları da dahil olmak üzere kanser sürveyans sistemleri geliştirilmelidir. Düşük gelirli ülkeler özellikle artan kanser yükleriyle başa çıkabilmeleri için teşvik edilmektedir. Açıklanan amaçları uygulamaya geçirmek için uluslararası komiteler kanser kontrol stratejileri oluşturmuşlardır (56).

2.3.2. Dünya Genelinde Kanser Hastalık Yönetimi Programları

Almanya'da meme kanseri için bir hastalık yönetimi programı için ilk sözleşme Ekim 2002'de Kuzey Ren'deki Bölgesel Doktorlar Derneği ile Rheinland'daki yasal sağlık sigortası şirketleri arasında imzalanmıştır. Bununla beraber Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Rheinland sağlık sigortası şirketleri arasında lider konuma geçmiştir. Seçilen bölgesel hastaneler sözleşmeye dahil edilmiştir. İlk kez, tüm bölgede, yasal sağlık sigortası şirketi altında sigortalı olan, meme kanseri tanılı kadınlar için kalite güvenceli, yapılandırılmış bir hastalık yönetimi programı sunulmuştur. Projenin amacı, Kuzey Ren'deki meme kanseri olan kadınlarda hasta bakım kalitesini iyileştirmek için hasta merkezli bir radyolog, jinekolog, patoloğ, onkolog, radyolojik terapist, rehabilitasyon uzmanı ve psikoonkolog ağıdır. Hasta, kanıta dayalı tıbbın en yeni standartlarına göre tedaviyi garanti etmiştir. Meme kanseri hastaları için kurulan bu hastalık yönetimi programının hedefleri aşağıdaki gibi özetlenebilir (57);

- Tanı sürecindeki hataları azaltmak
- Mevcut kanser standartlarına veya adjuvan tedavi standartlarına uygun olarak meme kanseri için tedavi ve ameliyat sonrası bakım kalitesini arttırmak.
- Ameliyat sırasında, tedavi süresince ve ameliyat sonrası bakım sırasında ayrıntılı bilgi ve konsültasyon sağlamak.
- Tedavi süreci boyunca psikososyal destek sunmak.
- Hastaneler, yerel doktorlar, rehabilitasyon ve tıbbi malzeme tedarikçileri arasındaki arayüzleri kolaylaştırmak.
- Maliyet analizi, maliyet etkinliği veya maliyet-fayda analizi açısından, meme kanseri için hastalık yönetimi programının profili maliyeti azaltmaya yönelik değildir.
- Hastayı tedavi ile ilgili kararlara katılmaları için güçlendirmek.
- Karar verme için tanı ve cerrahi arasında yeterli zamanın olmasını sağlamak.
- Meme koruyucu ameliyatların sayısını arttırmak.

Meme kanseri hastalığı yönetim programına katılım genellikle 5 yıl sonra sona ermektedir. Hasta önerilen bir eğitim kursuna iki kez katılamazsa veya koordinatör

jinekolog gerekli belgeleme formlarını 3 yıl içinde iki kez göndermezse, hasta programdan çıkarılabilir.

Meme kanseri hastalığı yönetimi programının uygulanmasıyla hastaneler ve sigorta şirketleri arasındaki sözleşmelere duyulan ihtiyaç merkezi bakım kavramını güçlendirmiştir. Meme kanseri merkezlerinin kurulması (58) kısmen hastalık yönetimi programının başlatılmasının sonucuydu. Aynı zamanda, yerel hükümet (59) meme kanseri merkezleri için meme kanseri hastalık yönetimi programı için gereken standartlarla uyumlu kriterler belirlemiştir (60). Meme kanseri merkezleri için bir sertifikasyon prosedürü oluşturulmuştur.

Meme kanseri merkezleri uluslararası rehberlere göre disiplinlerarası bir şekilde çalışır ve bölgedeki hastanelerle “uydular” olarak işbirliği yapar. Bir merkez yılda en az 150 primer meme kanseri ameliyatı yapmalıdır. Birkaç hastanenin bir merkeze bağlı olması durumunda, cerrahi bölüm başına, hastane başına asgari ameliyat sayısı yılda 100'dür; cerrah başına ise en az 50 ameliyattır. Açıkçası, ameliyat sayısı tek başına bir kalite kriteri değil, hastane veya cerrahların deneyimi için bir göstergedir. Çok az sayıda prosedüre ek olarak, katılımcı hastaneler, personelinin sürekli tıbbi eğitiminin yanı sıra kendi kendine destek gruplarıyla işbirliği yapmalıdır.

Almanya'da 40'ın üzerinde merkez hastalık yönetimi programı ile sözleşme imzalamıştır. 2005 yılının Ocak ayında, eyalet hükümeti tarafından bölgesel hastane planına 35 merkez daha tahsis edilmiştir. Meme kanseri ameliyatı yapan 250 hastane yerine, 2006 yılında 74 kişi sağlayıcı olmuştur. Sertifikalı meme kanseri merkezlerinin her biri, 360.000 ila 450.000 nüfusa sahip bir alana sahiptir (19).

Gaziler için sağlık sistemi (VA) ABD'deki en büyük entegre sağlık sistemi ve ABD'de yüksek hacimli kanser bakımı sağlayıcısıdır (61). Hastaları arasında ve ABD genelinde kolorektal kanser (KRK) en sık teşhis edilen üçüncü kanserdir (61,62).

Güçlü ulusal programlar nedeniyle, VA hastalarının yaklaşık % 80'i KRK taramasına tabi tutulur (63). Daha erken tespit ve kanser tedavisindeki ilerlemelerle, yaşlı yetişkinler (≥ 50 yaş) için KRK ile ilişkili ölüm oranları düşmektedir. VA'nın kronik hastalık önleme ve KVH risk yönetimi programları geliştirme konusunda zengin bir

geçmişti vardır. Bu programlar, hasta eğitimi, izleme ve koordinasyon hizmetleri yoluyla kronik hastalıkların kontrolüne yönelik entegre bir yaklaşım sağlamaktadır. Bu hastalık yönetimi sağlık sisteminde sağlanan yüksek kalitede KRK bakımı iyi bilinmektedir (63,64). Bununla birlikte, kronik hastalık yönetimini özellikle kanser sağ kalımları bağlamında uygulamak için nispeten az çaba sarf edilmiştir. Benzer şekilde, KRK mağdurlarının KVH risk yönetimi ile ilgili algılanan takip bakımına yönelik çok az araştırma yapılmıştır (64).

İngiltere'deki Ulusal Sağlık Sistemi (NHS), dünyanın en büyük sağlık sistemlerinden biri haline gelmiştir. İngiltere için sağlık ve sağlık politikası merkezi hükümetin sorumluluğundayken, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'da ilgili devredilmiş hükümetlerin sorumluluğundadır. İngiltere ülkelerinin her birinde NHS'nin kendine özgü bir yapısı ve organizasyonu vardır, ancak genel olarak diğer sağlık sistemlerine benzemeyen sağlık hizmetleri iki geniş bölümden oluşur; biri strateji, politika ve yönetim ile uğraşırken, diğeri de birincil (toplum bakımı, aile hekimleri, diş hekimleri, eczacılar vb.), ikincil (aile hekimi başvurusu yoluyla erişilen hastane tabanlı bakım) olarak ayrılmış gerçek tıbbi / klinik bakım ve üçüncü basamak bakım (uzman hastaneler)ile ilgilenir. Ulusal olarak acil durum, kanser bakımı ve halk sağlığı hizmetleri sunan 3 NHS programı vardır (65). Kuzey İrlanda'da, tek bir organ olan Sağlık ve Bakım Kurulu ve alt kuruluşu olan Sağlık ve Sosyal Bakım Vakfı, ülkede performans ve kaynak yönetimi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini denetlemektedir bu hizmetleri sunmaktadır. Bir dizi sağlık kurumu yan hizmetleri desteklemekte ve kanser taraması, kan nakli, halk sağlığı vb. dahil olmak üzere çok çeşitli sağlık ve bakım sorunlarıyla ilgilenmektedir. Galler Toplum Sağlığı Konseyleri, halkın sağlık hizmetindeki çıkarlarını savunan yasal yasama organlarıdır. Kuzey İrlanda'da Hasta ve Müşteri Konseyi hastaları, hastaları ve bakıcıları temsil etmektedir (65).

Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI), ABD'nin İnsan ve Sağlık Hizmetleri bölümünün onbir ajansından birisi olan Ulusal Sağlık Enstitüsüne bağlı bir enstitüdür. NCI öncelikle kanserin nedenleri, önlenmesi tanı ve tedavi araştırmalarını yürütmekte ve ulaştığı veri ve bilgileri ilgililere ulaşmasını sağlamaktadır. Ayrıca kanserin tedavi

edilmesine yönelik ilaç geliştirme çalışmalarına öncülük ederek desteklemektedir. NCI bu araştırmaların bir bölümünü kendi bünyesi içerisinde gerçekleştirirken, ABD içerisinde diğer eyaletlerde yapılan kanser araştırmalarına da finansal destek sağlayarak ilerlemesine yardımcı olmaktadır. 1 Temmuz 1994'te kurulan NCI kansere karşı yürüttüğü savaşta hükümet tarafından ilgili yasalarla desteklenmekte ve üstlendiği sorumluluklar her geçen gün artan önemli bir enstitüdür. NCI'nın düzenlediği “Uluslararası Kanser Araştırmalarına Destekte

Bulunan Gelişmiş Ülkeler Toplantılarına ABD, İngiltere, Hollanda, Meksika, Japonya, İtalya, Avustralya, Hong Kong, Kanada, Almanya, Fransa, Çin vb. gelişmiş ülkelerin kanser önderleri ile Türkiye de katılım sağlamaktadır. Bu toplantılar sayesinde kansere yönelik verilen savaşta dünyada liderlik yapan devlet yetkililerinin tanışmaları ve yakın ilişkiler kurmaları sağlanmaya çalışılmaktadır. Kansere yönelik dünyada ortak bir dilin oluşturulması, uluslararası alanda ortak çalışmaların yapılması ve kanserle verilen savaşta yaşanan sorunların karşılıklı olarak tartışılması sonucunda yardımlaşmanın sağlanması açısından düzenlenen bu toplantılar önem arz etmektedir (22,66).

Avrupa Birliği oluşumu çerçevesinde tüm Avrupa'da yaşayan insanlara yönelik ortak sağlık politikaları oluşturulmaya çalışılsada toplumsal farklılıklar nedeniyle mümkün olmamaktadır. Bazı hükümetlerin tütün kullanımı konusunda sınırlamalar getirdiği, bazılarının ise tütün kullanımını bireysel sorumluluk alanı içinde gördüğü, bazılarının güvenli yollar yapmak için çok yoğun tedbirler aldığı ama bazılarının almadığı, bazılarının kanser taramaları ile ilgili organize sistemler oluşturduğu ancak bazılarının bu taramaları bireyler ve doktorları arasında belirlenen bir ilişkiye dayandırdığı örnek olarak verilmektedir. Sağlık politikalarının karşılaştırılması için yapılan raporlandırmalar genelde mevcut yönetim tarafından oluşturulacağı için objektif olma olasılığı düşüktür. Avrupa ülkeleri arasında sağlık politikasının “süreç ve sonuç” göstergelerinde çarpıcı farklılıklar vardır. Genel olarak İsveç, Norveç ve İzlanda en iyi performansa, Ukrayna, Rusya Federasyonu ve Ermenistan en kötü performansa sahiptir. Batı Avrupa'da Belçika ve Danimarka gibi ülkeler kendi komşularından önemli derecede kötü performans göstermiştir. Akdeniz ülkeleri arasında Fransa, Portekiz ve Yunanistan'a göre çok daha iyi konumdadır. Batı

Balkanlarda, Slovenya, Orta ve Doğu Avrupa’da Çek Cumhuriyeti diğer ülkelerden daha iyi performans gösteren ülkeler arasındadır. Eski Sovyetler Birliği ülkeleri arasında, Baltık ülkeleri ve Belarus biraz daha iyi durumdadır. Sağlık politikası performansı temel belirleyicileri “etnik ayrılık ve hayatta kalma/kendini ifade etme değerleri”dir. Bir ülkede toplum kendini ifade etme değerlerine ne kadar odaklıysa, puanı o kadar yüksek; bir ülke etnik olarak ne kadar parçalıysa, puanı o kadar düşük bulunmuştur. Tütün kontrolü alanında, İngiltere, İrlanda, Norveç ve İzlanda gibi ülkeler, Tütün Kontrol Ölçeğinde yüksek puanlara, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Lüksemburg ve Avusturya düşük puanlara sahiptir. Eski Sovyetler Birliği’nde erkeklerde sigara içme sıklığı yüksektir. Erkeklerde sigara içme sıklığı ile tütün kontrol puanı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin akciğer kanserinden ölüm hızları Orta ve Doğu Avrupa ve eski Sovyetler Birliği’ndeki bazı ülkelerde yüksektir. Çoğu İskandinav ülkesinde, İngiltere ve İrlanda’da, nispeten düşüktür. Sağlık politikalarının uygulanmasına yönelik önlemlerin alınabileceği diğer alanlar alkol kontrolü ve topluma dayalı meme kanseri tarama programlarıdır.

Genel olarak, İskandinav ülkelerinde, İngiltere ve İrlanda’da ve Avrupa kıtalarında uygulama daha kapsamlı ve sistematiktir. Bazı önemli istisnalar bulunmaktadır. Örneğin, Lüksemburg, Almanya ve Avusturya alkol kontrolünde, İrlanda ve Belçika, çocuk güvenliği konusunda ve Avrupa’nın kuzey batısındaki bazı ülkelerde topluma dayalı meme kanseri tarama programı uygulanmamıştır. Bu politikaların uygulanması genellikle Batı Balkanlar, Orta ve Doğu Avrupa ve eski Sovyetler Birliği’nde daha az yaygın olmakla birlikte, Slovenya ve Çek Cumhuriyeti, ile ilgili ortalama puanların üzerindedir. Çek Cumhuriyeti ve Estonya’da topluma dayalı meme kanseri tarama programları vardır. Genelde, sağlık sonuçları bu alanlarda daha kapsamlı sağlık politikaları uygulanmış ülkelerde daha iyidir (67).

Küresel olarak, kendi kendine bakım olanağı giderek kronik hastalık yönetiminin temel bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Birleşik Krallık’ta kilit bir öz bakım politikası girişimi Uzman Hastalar Programıdır. Kronik Hastalık Özyönetim Programından geliştirilen bu, farklı kronik hastalıkları olan kişiler için 6 haftalık özyönetim eğitim programıdır (68).

Avrupa Birliği'nde, 2008 yılında 2,5 milyon kişiye kanser teşhisi konmuştur (69). Avrupa'daki kanser y¼k¼n¼ azaltmak i¼in ulusal seviyenin ¼tesinde değer katmanın m¼mk¼n olduğunu g¼stermiřtir. Komisyonun “Kansere Karşı Avrupa” programları (1987-2000) kapsamında belirlenen ama¼ 2000 yılına kadar kanser mortalitesinde %15 azaltmıştır. Başlıca kansere neden olan belirleyicilerin ¼stesinden gelmeyi ama¼layan yatay yaklaşım, kanserojen ve mutajenlere işle ilgili maruziyetleri en aza indirmek i¼in oluşturulan “Avrupa ¼evre ve Sağlık Eylem Planı (2004)” gibi belgelerle ger¼ekleřtirilmektedir. Genel olarak, kanser kontrol¼nde ¼nemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, kanser AB'de hala ¼nemli bir halk sağlığı sorunudur ve erkeklerde ¼l¼mlerin % 29'unu kanser oluşturmaktadır (70).

2.3.3. Kanser Y¼k¼n¼ Azaltılabilecek ¼nleyici Tedbirler

şimdiye kadar edinilen deneyime dayanarak, erken kanser tespiti ve tedavisi, t¼t¼n kontrol¼, kansere bağlı aşılama (karaciğer ve serviks kanserleri i¼in) toplum tabanlı programlar yeterince uygulandığında d¼nya ¼apında kanser y¼k¼n¼n ¼nemli bir kısmının ¼nlenebileceđi d¼ř¼n¼lmektedir (23,71). Program i¼eriđinin anahatları aşağıda g¼r¼lmektedir.

- Sağlıklı bir yaşam tarzı prensiplerinin uygulanması, ¼zellikle sağlıklı bir diyet yoluyla- doymuş yağ ve karbonhidratlarda d¼ř¼k ve meyve ve sebzede y¼ksek, d¼zenli fiziksel aktivite, sigara i¼meme ve sadece ılımlı alkol t¼ketimi
- Cinsel davranıştaki değişiklikler (partner sayısı, partner se¼imi, cinsiyeti, partnerlerin enfeksiyon durumu hakkında bilgi, bariyer kontraseptif kullanımı dahil)
- İnsan Papilloma Vir¼s¼ (HPV) ile Hepatit B Vir¼s¼ (HBV) enfeksiyonuna karşı aşılama
- Mesleki tehlikeler ¼zerindeki kontrol¼n ele alınması
- Global ortamda ve t¼keticilerde kansere neden olan maddelerin ¼nlenmesi
- G¼neř işığına dikkatle maruz kalmanın ¼nlenmesi.

Tarama protokolleri: Kanserin tedavi edilebilirliği, erken, lokalize aşamada tespit edilirse nispeten y¼ksek olabilmektedir. Kanserin ¼nlenmesi ve erken tespiti i¼in

ulusal programların uygulandığı ülkelerin randomize denemelerinin ve deneyimlerinin sonuçları, bu programların, özellikle iyi hazırlanmış ve izlendiklerinde uygulanmasının en verimli ve uzun vadede olduğunu göstermiştir (72).

Kanserle mücadelede en az maliyetli yaklaşım (73) gerçeklerine dayanarak, Amerikan Kanser Derneği, Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF), WHO ve Avrupa Birliği Kanser Önleme Danışma Komitesi (EUACCP) gibi ilgili kurumlar, kanserin erken tespiti için öneriler hazırladılar. Hızlı teknoloji ilerlemesinin ve belirli tarama yaklaşımlarının geçerliliğinin değerlendirildiği çok sayıda randomize çalışmanın etkisi altında tarama yöntemlerinin ve protokollerinin sürekli olarak değiştirildiği görülmektedir.

Erken kanser tespit programları: Genel anlamda, tarama programı, tanımlanmış hedef popülasyonun, bazı tehlikeli hastalık veya istenmeyen tıbbi olay geliştirme veya halk sağlığı önlemi olarak uygulanmaya uygun bilimsel olarak doğrulanmış testler kullanma riski altında sistematik olarak incelenmesi anlamına gelmektedir. Tarama periyodik olarak ve uzun vadede, hastalığın nüfus yükünü ve bunun ulusal sağlık sistemi ve ekonomisi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla açıkça tanımlanmıştır. Programdaki tüm faaliyetler önceden planlanmakta ve dış finansman temin edilerek tıbbi bakımın güncel standartlarına göre gerçekleştirilmektedir.

Tarama faaliyetlerinin bir program bağlamında “program dışı” taramanın tersine kabul edilmesi için asgari düzeyde kamu sorumluluğu, organizasyon ve denetiminin gerekli olduğu konusunda geniş bir fikir birliği vardır. Bir program olarak nitelendirilebilmek için, bir yasada veya resmi bir yönetmelikte, direktifte veya tavsiyede belgelenen bir kamu tarama politikası olmalıdır. Politika, en azından, tarama testini, inceleme aralıklarını ve kamu kaynaklarından finans veya ortak ödeme dahil olmak üzere taramaya uygun konu grubunu tanımlamalıdır. Gerçekte, tarama faaliyetlerini “organize bir program” olarak nitelemek için önemli ölçüde daha organizasyonel unsurlara ihtiyaç vardır. Ayrıca, programın uygulanmasından ve koordinasyonundan sorumlu olduğu beyan edilen bir ekip veya organ, bölgesel veya ulusal düzeyde organize edilebilir. Programlar, popülasyon tabanlı ya da popülasyon

tabanlı olmayanlar açısından daha da farklılaştırılabilir. Nüfus temelli programlar genellikle yüksek derecede organizasyon gerektirir ve her tarama turunda, hedef kitlenin öznelere bireysel olarak tanımlanır ve taramaya kişisel olarak davet edilir. Son olarak, nüfusa dayalı tarama durumunda, programın uygulanması çeşitli gelişim aşamalarında olabilir. Son on yılda, Finlandiya, İsveç, İngiltere ve Hollanda da dahil olmak üzere Avrupa'daki birçok ülkede, kalite ve etkililik değerlendirmesi için olanaklar uygulandığında uygulanan faydalar hakkında programların uygulandığı kanıtlar elde edilmiştir.

Tarama kapsamı nasıl artırılır?: Kitlesele tarama programlarında ana problemlerden biri, tarama oranlarının (kapsama alanı) nasıl arttırılacağıdır. Bu iki taraflı bir sorundur. Bir tarafta, gerekli ekipman, profesyoneller, kanıtların uygulanması, çağrı geri çağırma sisteminin kurulması ve katı bir şekilde yönetilen takip (tarama politikası) dahil olmak üzere tedarik sorunları (programın uygulama performansı) vardır. Diğer tarafta, hedef gruplardan deneklerin tarama için motivasyonu problemi vardır (hastaların taramaya uyumu). Motivasyon sürecinin iki adımı kabul edilebilir: 1) Tarama döngüsüne girme kararı (alma) ve kalma kararı (bağlılık) 2) Hastaların motivasyonunu (içsel zihinsel bir süreç), hastanın güçlendirilmesi ve eğitimi de dahil olmak üzere psikolojik destek ile etkilemek mümkündür (74,75).

2.3.4. Kanser Yönetimi

Medya kampanyaları ve tanıtım faaliyetleri, politika yapıcılar, yerel topluluk yetkilileri veya halk sağlığı hizmetleri tarafından başlatılan ulusal veya yerel topluluk düzeyinde organize edilebilir. Bu faaliyetlerin çok yönlü bir amacı vardır; 1) en sık kanser bölgeleri için risk faktörleri, 2) bir hastalığın erken belirtileri, 3) erken tespit yöntemleri, 4) taramanın kabulünün önemi (76). Mesleki risk faktörlerinin maruz kalmasıyla bağlantılı olarak yüksek riskli gruplar, ergenler veya endüstrideki çalışanlar gibi belirli nüfus gruplarına yönelik daha odaklı eğitim faaliyetleri, sivil toplum kuruluşları, yerel halk sağlığı kurumları, sağlık profesyonelleri tarafından başlatılabilir ve organize edilebilir.

Hasta grupları veya bireyler için bireysel olarak yönlendirilmiş eğitim faaliyetleri, birinci basamak sağlık çalışanları, özellikle aile hekimleri tarafından gerçekleştirildiğinde daha etkili olabilir. İkinci durumda, eğitim faaliyetleri, hastaların tarama için “cesaretlendirilmesi” ve “güçlendirilmesi” olarak bilinen, daha öznel bilişsel araçlara dönüşme eğilimindedir. Bu şekilde, akıl yürütme düşüncesi ile bağlantılı olan bir öz-karar verme sürecinin bazı unsurları değişimle mücadele edilebilir (77). Bu bağlamda, kendi kendine karar verme sürecinin değişmeye daha az eğilimli unsurları olduğunu bilmek önemlidir. Bunlar sezgisel düşünmeden, değerler ve tutumlar gibi daha korunmuş psikolojik yapıları tamamlar.

2.3.5. Erken Kanser Tespiti Programlarında Aile Hekimlerinin Rolü

Organizasyon açısından, hükümet ve halk sağlığı kurumları tarafından sağlanan veya aile hekimlerinin programın uygulanmasındaki merkezi rolüne dayanan iki aşırı erken kanser tespit programı mümkündür. Aile hekimleri, sağlık sistemi ve nüfusun arayüzünde çalışarak, proaktif ve hasta odaklı bir şekilde çok çeşitli önleyici faaliyetleri teşvik etme fırsatı veren özel bir konumdadır (78). Bu, doktorun genellikle hastanın isteklerine cevap verdiği yaklaşımın aksine, doktorların grupların ve bireylerin tıbbi ihtiyaçlarını tanıdığı, önleyici tedbirler almaya teşvik ettiği ve tarama protokollerini yönettiği anlamına gelir.

2.3.6. Güncel Eğilimler

Kişiselleştirilmiş tarama: Şüphe yoktur ki, kanserin erken teşhisi etkilidir, ancak mevcut sağlık sistemi organizasyonu çerçevesinde gerçek bir durumda hangi stratejinin diğerinden daha verimli olduğu konusunda net bir tutum yoktur. Tarama stratejileri planlanırken “risk-fayda” ve “fayda-maliyet” oranı veya “yaşam kalitesi önlemleri” gibi değişkenlerin dikkate alınması gerektiği konusunda farkındalık artmaktadır (79). Dijital mamografi gibi yeni, daha spesifik tarama testleri veya gizli dışkı kanamasını test etmek için immünokimyasal testler artık mevcuttur ve kanseri erken teşhis etme şansımızı artırmaktadır. Bununla birlikte, bu testlerin konvansiyonel testlere göre daha yüksek fiyatları, taramaya kimlerin dahil edilmesi gerektiğinin kesin bir tanımı da dahil olmak üzere daha spesifik olarak ayrıntılı tarama stratejileri

gerektirir (80,81). Kanıtlar ayrıca, eşlik eden sağlık bozuklukları da dahil olmak üzere hastanın bağlamı ve taramadan kaynaklanan özel yararlar ve zararlara ilişkin hasta değerleri gibi değişkenlerin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir (82).

Kanser riski tahmin modelleri: Ortalama bir kansere yakalanma riski (5 yıl veya 10 yıl süre ile veya yaşam boyu risk olarak ifade edilir) popülasyon için insidans verilerine dayanarak tahmin edilir. Bu tahminleri en yaygın kanser bölgelerinden bazıları için daha yüksek veya daha düşük olarak değiştirebilecek birçok faktör tanımlanmıştır. Bu konudaki bilgi, skor çizelgeleri veya matematiksel risk tahmin modelleri gibi tahminlere dayanarak risk değerlendirmelerinin kişiselleştirilmesine izin verir, bu da doktorların ve politika yapıcıların taramadan diğerlerinden daha fazla fayda sağlayabilecek bireyleri tanımlamalarına yardımcı olabilir.

Bazı olağan kanser bölgeleri için, çok kolay erişilebilir epidemiyolojik ve klinik veriler ve tanımlanmış risk faktörleri esas alınarak, çok değişkenli risk tahmin modelleri oluşturulmuştur. Bununla birlikte, modele bazı biyokimyasal veya moleküler biyobelirteçler eklenirse veya daha yakın zamanda kişisel bir genom analizi hakkında bilgi verilirse, modelin hassasiyetinin daha da geliştirilebileceği anlaşılmıştır (83,84). Risk tahmin modellerinin, geleneksel tarama protokollerinin ötesinde, hedef grupların konularını daha doğru bir şekilde belirleyerek karar vermeyi desteklemesi beklenmektedir.

Erken kanser tespitinde kişiselleştirilmiş yaklaşım - genomik ve proteomiklerin rolü: Biyoteknolojideki hızlı ilerlemenin, uygulamada genomik, proteomik ve diğer tekniklerini uygulayarak, özellikle kanser olmak üzere kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve erken saptanmasında büyük faydalar sağlanması beklenmektedir. Bu tekniklerin temel prensibi, kronik bir hastalık geliştirme sırasında, tüm genom dizilimi (genomik) elde ederek veya protein ve peptidi karakterize ederek denekleri erken bir klinik veya subklinik aşamada tanımlama olasılığıdır (17). Bu tekniklerin klinik yararlarının değerlendirilebileceğinden çok daha hızlı gelişmesi nedeniyle, bu tekniklerin gerçek yaşam ortamlarında uygulanmasının makul beklentilerinin ne olacağı ve hangi engellerin aşılması gerektiği konusunda henüz net bir anlayış yoktur.

Gelecek için zorluklar: Bazı yaygın kanserlerin doğal gelişim sürecini anlamada ve önleme ve erken teşhis yöntemlerinde büyük ilerlemelere rağmen, bu bilgiyi uygulamaya dönüştürmede hala zorluklar vardır. Sorun özellikle gelişmekte olan ülkelerde vurgulanmaktadır. Ana nedenlerden bazıları şunlardır:

Kanserin Önlenmesi ve Erken Saptanması bir Halk Sağlığı biliminin görev alanıdır. Halk sağlığı ve klinik tıp arasındaki zayıf koordinasyon, sağlık politikaları ile sosyal refah seviyesi diğer yandan hızla ilerleyen biyoteknoloji, sağlık hizmetlerinde hızlı bir artışa ve erişimdeki eşitsizliğe neden olur. Yeni bireysel odaklı yaklaşımların erken tanı programlarına entegrasyonuna ihtiyaç vardır. (17,8587)

Halk sağlığı konularının sosyo-çevresel bağlamda içsel olarak yerleştiğine ve bu bağlamda yönetilmesi gerektiğine dair bir farkındalık artmaktadır. Bu nedenle, araştırmalar, halk sağlığı profesyonelleri ve politika karar vericileri, toplumdaki sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan “daha iyi”, “daha hızlı” ve “daha ucuz” müdahaleleri aramak için işbirliği yapmalıdır.

2.3.7. Türkiye’de Kanser Önleme Çalışmaları ve Hastalık Yönetimi

Kanserle mücadelede iki önemli yol bulunmaktadır. Birincisi hastalığa yakalanmadan önce önleme, ikincisi ise hastalığa yakalandıktan sonra etkin tedavi için hastalığın yönetilmesidir. Türkiye’de kanserle mücadele için 1947 yılında ilk kurulan kurum Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'dur. 1962 yılına kadar genel sağlık kurumlarında tedavisi yapılan kanser için 1955 yılında Ankara'da Ahmet Andiçen Onkoloji Hastanesi'nin yapımına başlanmış, ancak hastanenin hizmete girmesi 1962 yılında olabilmiştir. Aynı yıl Temel Sağlık Hizmetleri bünyesinde kanserle mücadele amacı ile şube şefliği kurulmuştur. 1967 yılında ise Ankara'da Etimesgut Onkoloji Hastanesi hizmet vermeye başlamıştır. 1970 yılına gelindiğinde ise kanserle mücadele şube şefliği, Kanser Savaş Müdürlüğü haline dönüştürülmüştür. 1972-1976 yılları arasında kanserle mücadele için sağlık personeline hizmetiçi eğitimler gerçekleştirilmiş ve Kanser ile Savaş Konseyi oluşturulmuştur. 1982 senesinde kanser ihbarı mecburi hastalıklar arasına alınmıştır. 1983 senesinden itibaren Sağlık Bakanlığı içerisinde Genel Müdürlük düzeyinde

bağımsız olarak daire başkanlığı tarafından faaliyetleri yürütülmeye başlanmıştır (88). 1988 senesinde Kanser Savaş Danışma Kurulu kurulmuş, 1989 senesinde Uluslararası Kanser Savaş Birliği Üyeliği meydana gelmiştir (15). Kanserle mücadele öncelikle kanseri önlemeyi içermektedir. Bundan dolayı da Türkiye’de aktif olarak kanseri önleme çalışmaları gerçekleştirilmektedir.

2.3.7.1. Türkiye’de Kanser Önleme Çalışmaları

Kanser bireylere verdiği fiziksel sorunların yanında sosyal, maddi ve manevi açıdan oldukça mücadelesi güç bir hastalıktır. Dünyada hastalık olarak kanserin bireylere ve devletlere verdiği yük hergeçen gün artış kaydetmektedir. Günümüzde kanserden korunmak için en önemli stratejinin korunma ve erken teşhis olduğu kabul edilmektedir. Bundan dolayı kanserojen maddelerin tespit edilerek gerekli önlemlerin alınması önem arz etmektedir. Özellikle birincil korunma tedbirleri ile önlenebilen kanser türlerinin başında akciğer kanseri gelmekte olup, akciğer kanseri daha öncede belirtildiği üzere dünyada ve Türkiye’de en sık görülen kanserlerin başında gelmektedir. Tütün kullanımına yönelik mücadelenin başarıya ulaşması sonucunda; başta akciğer kanseri olmak üzere ağız boşluğu, serviks, farinks, larinks, mesane ve pankreas kanserlerinin önemli ölçüde azalacağı öngörülmektedir (89).

Bu doğrultuda Türkiye’de başa sigara olmak üzere tütün kullanımının azaltılması kanser kontrol programı kapsamında olup, bireylerin sağlıklı beslenmeleri verilecek eğitimlerle sağlanması hedeflenmiştir. Ayrıca kanserin önlenmesi konusunda erken tanılama ve mortalitesinin azaltılması da önemli diğer hedeflerdir. Bu hedeflere ulaşılmasında özellikle meme ve serviks kanserlerinin taranmasına ülke çağında başlanılmış ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) 81 ilde hizmet vermeye başlanmıştır. Ayrıca daha sınırlı bölgelerde mide ve kolon kanserleri tarama programlarına da başlanılmıştır (15).

Tütün kullanımının engellenmesi: Dünyada 15 yaş üzerinde yer alan yaklaşık üç kişiden biri (yaklaşık 1,2 - 1,5 milyar kişi) tütün ürünleri tüketmektedir. Türkiye’de de 15 yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık 15 milyonu tütün

kullanmaktadır. Dünyada tütün kullanımıyla oluşan hastalıklardan dolayı her yıl yaklaşık olarak 6 milyon kişinin yaşamı sonlanmaktadır. Türkiye’de gerçekleşen tüm ölümlerin %23’ü tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle olmaktadır. Tütün kullanımının bu şekilde sürmesi halinde 2030 yılında tütün kullanımı sebebiyle yılda yaşamı sonlanan kişilerin sayısının 6 milyonun üzerinde olacağı öngörülmektedir. Türkiye’de de tütün kullanımı önlenemezse sigaraya bağlı olarak gerçekleşen yılda 100.000 ölümün 2030 yılında 240.000’ne ulaşması beklenilmektedir.

Tütün kullanımının en çok görülen biçimi sigaradır ve sigara ile mücadele Türkiye sağlık politikalarının ana öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Sigara ile mücadele kapsamında yapılan ilk hukuksal düzenleme 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 sayılı kanundur (89).

Sigara ile mücadele kapsamında önemli olan diğer bir hukuksal düzenleme ise 2009 yılında yürürlüğe girmiştir. Böylelikle tüm kapalı alanlarda sigara kullanımı yasaklanmış ve yasağa uymayanlara maddi yaptırımlar uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca sigara paketlerinin üzerinde sağlığa olan zararlarından bahseden resmi uyarılar 2010 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Sigara satışlarının azaltılmasına yönelik olarak da sigaradan alınan vergi oranı 2010 yılından itibaren %80’in üzerine çıkarılmıştır. Bunlara ek olarak hastanelerde sigara bırakma polikliniklerinin sayısı ve etkinliğinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmakta, sigara bırakmanın tedavisinde kullanılan ilaçlar, ilgili hekim reçete etmek kaydı ile eczanelerde ücretsiz olarak satılmaktadır. Sigarayı bırakmak isteyenlere rehberlik etmesi amacıyla “Alo 171 Sigara Bırakma Hattı” kurulmuş, bu hat ile vatandaşlara sigarayı bırakma konusunda canlı destek verilmektedir (15).

Alkol kullanımı: Alkol kullanımı birçok kanserle ilişkili olup, kanserlerin önlenmesinde alkol kullanımının azaltılması gerekmektedir. Bunun içinde Türkiye’de “Ulusal Alkol Kontrol Eylem Planı” hazırlanmış ve bu doğrultuda özellikle 18 yaş altında alkol kullanımının 5 yıllık süreçte %50 oranında azaltılması hedeflenmiştir (90).

Düzensiz beslenmeye bağlı şişmanlık: Tüm dünyada ve Türkiye’de obezite olma ve görülme oranı her geçen gün artış kaydetmektedir. Yapılan farklı araştırma sonuçlarına göre yetişkin bireylerde obezite sıklığı %18-35 arasındadır. Çocuk ve ergenlerde obezitenin ne düzeyde olduğuna yönelik yapılan ulusal bir çalışma olmamakla beraber, yerel ve bölgesel olarak yapılan araştırma sonuçları özellikle çocuklarda obezitenin önlenmesi için tedbirler alınmasını gerekli görmektedir (91).

Bu kapsamda Türkiye’de 2010 yılı itibariyle Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı başlatılmıştır. Programın temel hedefi; Türkiye’de görülme sıklığı her geçen gün artan obeziteden çocuk ve gençleri korumak, bu hastalıkla etkin bir şekilde mücadele ederek, toplumda obezite konusunda bilinç oluşturmak, dengeli ve yeterli beslenmeyle beraber düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının kazanılmasını desteklemek ve bunların sonucunda da obezite ile ilişkili olarak görülen başta kalp damar ve bazı kanser hastalıklarının görülmesi sıklığını azaltmaktır (89).

“KETEM”lerde obezite taramasının yapılması, riskli kişilerin uzman diyetisyenlere gönderilmesi, Milli Eğitim Bakanlığıyla işbirliği halinde ilköğretimlerde beslenme dersinin müfredat kapsamına dahil edilmesi amacıyla gereken çalışmalar yürütülmektedir” (15).

Asbest kullanımı: Doğada yaygın olarak görülen lifsi özelliklere sahip olan asbest, akciğer kanserlerine doğrudan sebep olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında kalıcı olarak fonksiyonel kayıplara yol açabilmekte, akciğer ve akciğer zarında sürekli hasarlara neden olabilmektedir. Bahsi geçen bu rahatsızlıklar asbest ile yeterli miktarda ve zamanda temas etmiş kişilerde bir “endemi” şeklinde bulunmaktadır. Gelecek 30 yıl içerisinde gelişmiş ülkelerde sanayide asbest teması nedeniyle 500.000 kişide kanserlerin oluşabileceği ve bu kişilerin yaşamlarını kaybedecekleri öngörülmektedir. Dünya ülkelerinde Asbest teması esas olarak sanayi alanında gerçekleşirken, Türkiye’deki asıl problem kırsal bölgelerde görülen çevresel maruziyettir (92).

Özellikle Türkiye’nin jeolojik yapısından kaynaklanan doğal asbest 61 ilin 80’i aşkın yerleşim yerinde toprakta bulunmaktadır. Bu yerleşim yerlerinin bazısında ise

asbest insan hayatını tehdit eden boyutlardadır. Bu kapsamda başta erozyonun önlenmesi ve toprakların bilinçsiz kullanımının önüne geçilebilmesi için program başlatılmıştır. Asbest sorununun kaynağının belirlenebilmesi için asbestli toprağın kullanımının engellenmesi ve vatandaşların asbest liflerini solumasının önüne geçilmesi ile bu sorunun çözüleceği belirtilmektedir (15).

Bu nedenle Türkiye’de Ulusal Asbest İslah Projesi yürürlüğe konulmuştur. Proje kapsamında riskli görülen yerleşim beldelerinden gerekli veriler sağlanmış ve asbestin neden olduğu hastalıklar belirlenmeye çalışılmıştır. TUBİTAK kapsamında yürütülen proje ile gerekli ıslah çalışmalarının yapılmasına başlanılmıştır (89).

2.3.7.2. Türkiye’de Kanser Kayıt Faaliyetleri

Türkiye’de kanser kayıt faaliyetleri yakın bir zamana dayanmaktadır. Kurumsal olarak Türkiye’de kanser kontrol faaliyetleri 1940’larda başlamış olmasına karşın, 14.09.1982 tarihli ve 5621 sayılı bakanlık genelgesine göre kanser kontrolüne dair çabalar 1593 sayılı Genel Hijyen Kanunu’nun 57. maddesinde yer alan “bildirilmesi mecburi hastalıklar” arasına kanser vakalarının eklenmesiyle başlamıştır. Kanseri bildirim zorunlu hale gelmesiyle 1983 senesinde 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kanseri Savaş Dairesi kurulmuştur. Bu kurumun ana görevlerinden biri nitelikli kanser kaydının yapılarak güvenilir ve doğru toplanmasıdır (14). 1983 senesinden beri tüm ülke genelinde, tanıyı koyan hekimlerin ve sağlık kuruluşlarının bildirimlerine dayalı pasif yöntemle kanser verilerini toplamaya başlamıştır. Türkiye’deki toplam kanser insidansının en az yüz binde 150 olduğu, buna bağlı olarak da yılda 90 bin,-100 bin yeni kanser olgusu tespit edileceği öngörülürken pasif yöntemle ülke genelinden toplanan bulgu sayısı yılda yirmibinlerden fazla değildir (15). Türkiye’de pasif sistemle başlayan kanser kayıtçılığında sağlıklı ve kaliteli verilerin sağlanamaması nedeniyle, aktif sistem kanser kayıtçılığına geçilmiştir (93).

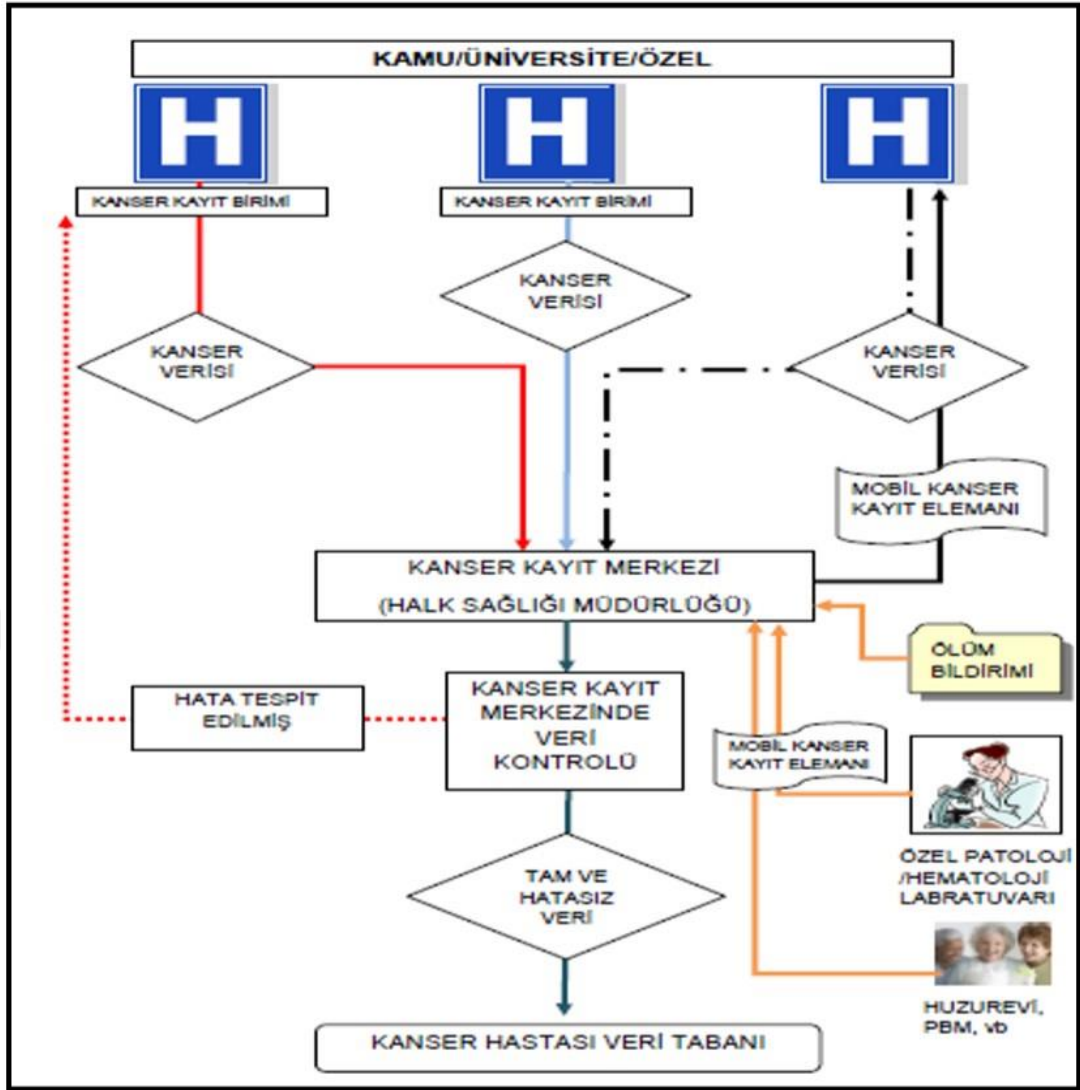
Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi kapsamında 1992 yılında İzmir ve Diyarbakır ‘da ilk kanser kayıt merkezleri kurulmuştur. Bu merkezlerde uluslararası standartlarda veri toplama şansı olmuştur. Antalya’da da 1998 yılında aktif kanser kayıtçılığı

yapılmaya başlamıştır. Kanser Kayıt Merkezi Yönetmeliği 2000 yılında çıkarılarak veriler toplanmaya başlamıştır (14).

“Pasif sistem” olarak ifade edilen bir sistemle İl Sağlık Müdürlüklerine iletilen veriler kayıt amacıyla Sağlık Bakanlığı’na ulaştırılmaktaydı ancak cevaplılık oranlarının %30-60 arasında değişmesi ile bu sistem iyi işlememiştir. Kanser Danışma Kurulu ve Daire çalışanlarının 2006 senesinde Aktif Kanser Kayıt Sistemi’ni değerlendirmesi sonucunda mevcut kaynakların etkin kullanımını sağlamak ve muhtemel en kısa süreçte sonuçlar kazanmak üzere kaliteli kayıtlar tutabilen iller tanımlanmıştır. Bu illerin ülkemizin nüfusunun en az %20 ‘sini yansıtmalıdır. Buna göre Bursa, Antalya, Trabzon, Samsun, Eskişehir, Edirne, Erzurum, İzmir, Ankara, merkezlerinin yerinde eğitim denetim faaliyetlerinin icra edilerek çalışmalarının daha etkin takibinin sağlanması kararı alınmıştır. Bu dokuz ilin nüfuslarının toplamı, neredeyse Türkiye nüfusunun %23’ünü oluşturmuştur (14).

Günümüzde Adana, Şanlıurfa, Kayseri, Van ve Kocaeli’de aktif kayıt merkezi olan iller arasına girmiştir. Bu illerde kanser kayıtları toplum tabanlı olarak kaydedilmektedir. Bunun için illerin sınırları içerisinde bulunan tüm kamu ve özel sektöre ait olan hastanelerdeki ölüm belgeleri ve hastaların olabileceği düşünülen huzurevleri ve palyatif bakım merkezi vb. kurumlardan veriler toplanmaktadır. Elde edilen veriler merkeze aktarılarak, değerlendirilmekte ve kontrol edildikten sonra il kanser kayıt veri tabanına aktarılmakta, oradan da Kanser Veri Daire başkanlığı veri tabanına kaydedilmek üzere gönderilmektedir. İllerdeki veri tabanlarında oluşabilecek hatalara yönelik olarak kontrol raporları iletilmekte, yapılan düzeltmelerin ardından “Türkiye Kanser Veri Havuzu” oluşturulmaktadır (54,94).

Türkiye’deki kanser kayıtçılığının iş akış şeması Şekil 7’de verilmiştir.



Şekil 7: Kanser kayıtçılığının iş akışı şeması

Türkiye’de yapılan kanser kayıtçılığında “Kanser Kayıtçılığında Standartlar El Kitabı”nda bulunan ve Ortadoğu Kanser Konsorsiyumun (MECC) bir üyesi olarak bu konsorsiyumda onaylanmış kurallar kapsamında kanser verisi elde edilmektedir (12). Türkiye’de kanser kayıtçılığı için Malign kanserlerin tümü (primer kanserler), santral sinir sistemi, İn situ neoplazmlar ile medulla spinalis’te bulunan benign/borderline neoplazmlar elde edilmektedir (94).

Ulaşılan kanser vakalarının hangi veri başlıkları altında toplanacağı “Kanser Kayıtçılığında Standartlar El Kitabı”na göre gerçekleştirilmektedir. Veri başlıklarının kararlaştırılmasında en önemli belirleyici kayıtların bulunabilme ihtimalidir. “Kanser Kayıtçılığında Standartlar El Kitabı” bulunan veri başlıkları, toplanmasına yönelik

derecelendirmeye Türkiye’de toplanmasına ilişkin bilgiler Şekil 8’ de görülmektedir. Veri başlıklarından “Gerekli” MECC için olan başlıkları, “Zorunlu” kanser hastalarının adlandırılması ile surveyansı için olan başlıkları, “İsteğe Bağlı” tanımlamasıysa kanser kayıt merkezinin kendisinin talebiyle kararlaştıracağı başlıkları adlandırmaktadır (54).

GEREKLİ	ZORUNLU	İSTEĞE BAĞLI
MECC kayıt merkezi kimlik numarası	√ Hastanın adı	√ Medeni durum
Kayıt merkezi hasta numarası	√ Ulusal kimlik numarası	√ Hastanın telefon numarası
Tümör sıra numarası	√ Tanı sırasında yaş	√ Doğum yeri
İkamet durumu	√ Doğum tarihi	√ Etnik köken
Tanı tarihi	√ Cinsiyet	√ Din
Tanı yöntemi	√ Hastanın adresi	√ Sigara içme öyküsü
Primer yerleşim yeri kodu (Topografi)	√ Primer yerleşim yeri metni	√ Meslek
Morfoloji kodu (Histolojik tip)	√ Morfoloji metni	√ Lateralite
Davranış	√ İlk tanı yeri	√ İlk tedavi kürü
Diferansiyasyon	√ Protokol numarası	√ İlk tedavi kürünün başladığı tarih
Tanı sırasında özet evre	√ Gönderen hastane	√ Kansere yönelik cerrahi
	√ İzleyen doktor	√ Kemoterapi
		√ Radyoterapi
		√ Hormonal tedavi
		√ İmmunoterapi
		√ Diğer tedaviler
		√ Son izlem/ölüm tarihi
		√ Hayati durum

* √ işareti: Veri başlığı toplanmaktadır

Şekil 8: “Kanser kayıtçılığında standartlar el kitabı” veri başlıkları (12).

Ancak kanser kayıt elemanlarının yetersiz olması, hastane yönetimlerinin kanser kayıtlarını etkin tutmaması ve yeterli önemi vermemesi, kayıt elemanlarının başka işlerde çalıştırılması, İngilizce ve istatistik bilen eleman yetersizliği gibi sorunlar yaşanmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığında İdari ve Mali İşler Genel Müdürlüğünde “Sağlık Bilgi Sistemleri” konusunda çalışmalar sürdürülmektedir. Bu sistem ile kanser ve ilişkili verilerin alınıp Kanserle Savaş Daire Başkanlığı ile eşgüdümlü çalışmalar yapılacaktır.

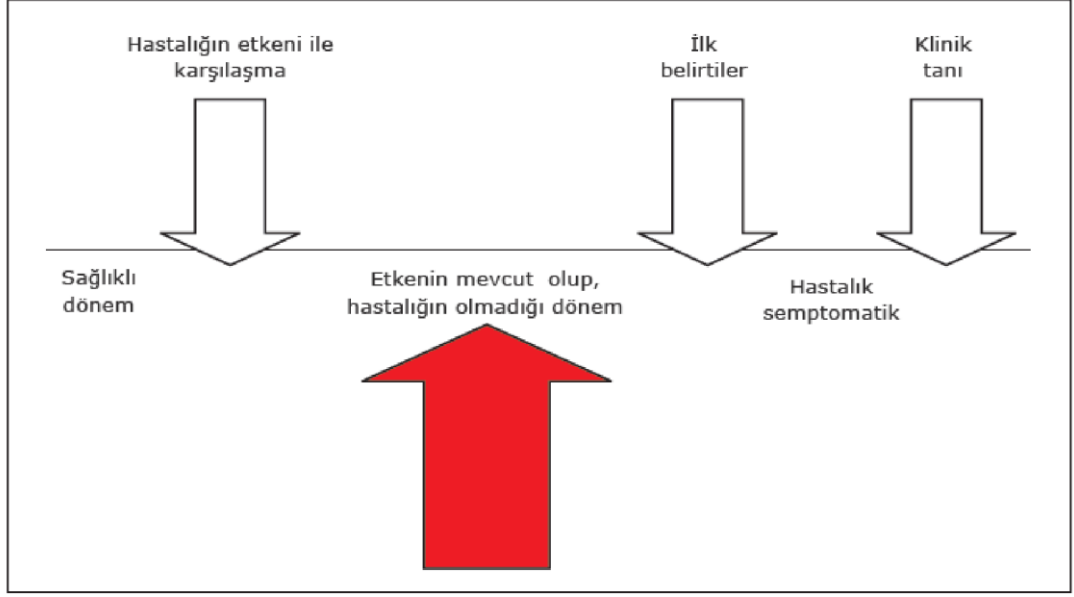
2.3.7.3. Türkiye’de Uygulanan Erken Tanı Politikaları

Erken yakalama ifadesi; geleneksel tıp, kendisine ortaya çıkan bulgu ve belirtilerle hekime başvuran veya getirilen kişilerle ilgilenir; amacı öncelikle hastalığa yakalanan kişinin hastalığını tanılamak, ardından hastalığı belirlenen kişi için en uygun tedavinin uygulanarak sağlığına kavuşmasını sağlamaktır. Koruyucu hekimliğin hedef kitlesi ise sağlıklı kişilerdir, burada amaç öncelikle hastalıklara yol açan ya da hastalık riskini arttıran etkenleri bulmak, sonra da bu etkenlerin sağlıklı kişileri hasta kişilere haline getirmesine engel olmak, yani hastalığın ortaya çıkmasını önlemek, kişiyi korumaktır.

Erken yakalama hakkında dikkat edilecek iki önemli nokta şunlardır:

- Bir hastalıkta, erken dönemde yakalanmış olmanın hastaya bir yararı olmayacaksa, erken yakalama önerilmez. Örneğin, günümüzde bilinen yöntemler çerçevesinde, kişide henüz belirti ve bulgular ortaya çıkmadan tedavisi olmayan hastalığı saptamanın hastaya tıbbi bir yararı olmayacak, tersine böyle bir bilgi hasta ve yakınları için ruhsal bir sıkıntı kaynağı olacaktır.
- Bir erken yakalama programına başlanmadan önce, tarama sırasında “kuşkulu” olarak belirlenen kişilere nasıl kesin tanı konacağı ve hasta olduğu saptananların nasıl tedavi edileceği baştan planlanmalıdır. Örneğin, görme kusuru saptananları göz hekimine muayene ettirme ve onlara gözlük sağlama olanağı yoksa bir görme kusuru tarama programına hiç başlamamak gerekir.

Tarama programlarıyla hastalığı taşıyan bireylerin tedavisi ve iyileşmesi şüphesiz ki ileri evredeki hastalara nazaran daha kolay ve daha maliyetsizdir. (89).



Şekil 9: Hastalık tarama süreci (89).

Türkiye’de bireylere yönelik yeterli ve etkin koruyucu sağlık hizmetleri istikrarlı olarak genel sağlık sigortası sistemiyle birlikte meydana gelmiştir. Bununla beraber sosyal güvencesi bulunmayan kişiler sosyal güvenlik kapsamında uygulanan sağlık yardımlarından yararlanmaya başlamıştır. Türkiye’de koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığına bağlı birimler sağlamaktadır, bunların bir kısmını SGK finanse etmektedir. Bu hususta SGK önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesine, yaygınlaşmasına yönelik sağlık harcamalarını önemsemektedir. Ülkemizde bu bağlamda gerçekleştirilen çalışmalara katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. 2015-2019 dönemindeki koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliklerinin tespit edilmesi; çalışmaların icra edilmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri bölümünde aile hekimlerinin etkili bir biçimde bulunması, hastalığa neden olan faktörlere yönelik mücadele programlarını destekleyerek kronik hastalıkların takip edilmesine yönelik politikalar yapılması hedeflenmektedir (95,96). Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Kanser Kontrol Programı Şekil 10’da görülmektedir (92).



Şekil 10: Türkiye’de gerçekleştirilmiş kanser kontrol programları

Türkiye’de ulusal kanser kontrol programı kapsamında ulusal kanser kontrol projeleri hayata geçirilmiştir. Bu projeler: tütün kontrol programı, sağlıklı beslenme ve hareketli kontrol programı, hayat programı, radon haritalandırması elektromanyetik alan sağlık etkileri izleme projesi, asbest stratejik eylem planı, kanserojen madde raporları olarak sıralanabilir. Bunların yanında Ergene, Dilovası, Tuzköy ve Doğu Akdeniz gibi bölgesel programlar yürütülmüştür.

İki bin yedi yılında toplam elli, 2008 sonundan sonra 84 “Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)” kurulmuştur. Bu merkezler devlet hastaneleri dahilinde faaliyetlerini sürdürmektedirler. Günümüzde toplam 88 KETEM faaliyet göstermektedir. Bununla birlikte İstanbul Büyükşehir Belediyesinde bulunan 34 merkez de çalışmalara dahil olmakta ve toplam sayı 122 ‘ye ulaşmıştır (14). Ulusal tarama standartları meme kanseri için 20 yaşın üzeri ayda bir defa kadının kendi muayenesi, 2 yılda bir 20 yaşın üzeri, senede bir 40 yaş üzeri olmak üzere doktor meme muayenesi, 2 senede bir 40-69 yaş arası mamografi çekimi olarak belirlenmiştir. Çekilen mamografi filmlerinin sağlıklı değerlendirilmesi için iki farklı radyoloji uzmanı tarafından değerlendirilme yapılmaktadır. Meme kanserlerinde esas yöntem mamografi olmakla birlikte tarama programına katılan her kadının hekim tarafından da muayenesi yapılmaktadır. Rahim ağzı kanserine karşı

30-65 yaş arası 5 senede bir smear testi, 30-65 yaş arası 5-10 senede bir HPV testi uygulanmaktadır. Son yapılan iki testi negatif çıkan 65 yaşında olan kadınlarda taramaya son verilmektedir. Benign jinekolojik sebeplerle total histerektomi uygulanan olguların sitolojik takibi gerekli değildir. CIN II/III sebebiyle histerektomize olan bulgularda üç dökümente yapılabilen, teknik yeterli olumsuz sitoloji ile son 10 senede olumlu/anormal sitoloji olmadığında tarama durdurulmalıdır. HIV enfeksiyonu bulunanlar/ immunosupresif tedavi alan bulgularda birinci yıl iki defa, sonuçlar olumsuz ise senede bir defa alınmalıdır.

Kolorektal kansere yönelik 50-70 yaş arası yılda bir, 51-61 yaş arası 10 yılda bir kolonoskopi SGK tarafından karşılanmaktadır. SGK monoklonal ya da poliklonal antikorları kullanarak gaytada hemoglobinin varlığını kantitatif olarak belirtebilmeli ve testlerde kullanılacak olan antijenler yalnızca insanın hemoglobinine hassas olmalıdır (92).

2.3.8 Bursa'da KETEM Çalışmaları

Bir hastalık olarak kanseri ve erken teşhisin önemi konusunda bilinçlendirmek üzere Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, kanser için gerek farkındalık sağlamak gerekse de toplum eğitimi amacıyla çeşitli faaliyetler düzenlemiştir.

- 1- Özel bir firmada çalışan 35 kadın personele serviks kanseri ve erken teşhisin önemi konulu eğitim verilmiş olup, KETEM birimleri tanıtılarak davet edilmiştir.
- 2- 4 Şubat Dünya Kanser Gününde Kanser Hastalığı ve Erken Teşhis konusunda toplum bilinci oluşturmak amacı ile belediye eğitim merkezi kursiyerleri, çocuk hastalara çeşitli hediyeler hazırlanmıştır. Hazırlanan hediyeler, Yüksek İhtisas Eğitim ve Aştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji-Hematoloji Kliniğinde yatmakta olan çocuk hastalara verilmiştir.
- 3- İlimizde hemen hemen her eve ulaşabilen Doğalgaz faturalarına kolon kanseri farkındalık bilgi notu ve görseli eklenerek erken teşhisin önemi konusunda farkındalık oluşturulmuştur.
- 4- Mart ayında kolon kanseri farkındalık ayı etkinlikleriyle birlikte Bursaspor

Kulübü ile "Farkındayız Kanseri Yeneceğiz" konulu basın toplantısı düzenlenmiştir. Stadyum içinde bulunan skorboardlar da farkındalık görseli yayınlanmıştır.

Bursaspor televizyon kanalı ve Bursaspor sosyal medya hesaplarında kanser farkındalık kamu spotu yayınlanarak vatandaşların farkındalığı arttırılmıştır. 5- Mart ayı kolon kanseri farkındalık ayı dolayısı ile KETEM Birimlerinin tanıtımı yapılarak bir Metro İstasyonu, KETEM İstasyonu olarak isimlendirilmiştir. Bir ay boyunca vagon içinde durak anonsu KETEM istasyonu olarak yapılmıştır.

Vatandaşlarımız erken teşhisin önemi ve kanser taramaları konusunda bilgilendirilmiştir.

6- 1-7 Nisan Kanser Haftası Açılış Kokteyli yapılarak açılış programının yazılı ve görsel medyada yer almasını sağlayarak kamu kurum kuruluşu, sivil toplum örgütleri ve vatandaşlarda farkındalık oluşturulması sağlanmıştır.

7- BUDO Mudanya İskelesi kanserde erken teşhisin önemine dikkat çekilmesi amacı ile pembe giydirilerek, Deniz Otobüsleri içinde bulunan ekranlarda kanser ile ilgili kamu spotları yayınlanmıştır. BUDO ile seyahat eden yolcular bilgilendirilmiştir.

8- İl Emniyet Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü Motorize Ekipleri ile kansere dikkat çekmek ve kanser konusunda farkındalığı arttırmak amacı ile "

Kansere Yol verme, Yarınlar Seninle "motor turu sürüş etkinliği gerçekleştirilmiştir. 15 Temmuz Demokrasi Meydanı'nda Sivil Toplum Kuruluşları ile birlikte Sağlıklı Yaşam Aracı da kullanılarak stand açılmıştır. Halkı bilgilendirici broşürler dağıtılarak, şehrin yoğun olduğu bölgelerde gerçekleştirilen farkındalık turu yazılı ve görsel medyada da yer alarak daha geniş kitlelere duyurulmuştur.

9- Bursa Büyükşehir Belediyesi tarafından düzenlenen Science Expo Bilim Fuarı Şenliği kapsamında stant kurularak broşür ve promosyon malzemeleri dağıtılarak, kanserde erken teşhisin önemi konusunda bilgi verilip farkındalık oluşturulması sağlanmıştır.

10- Cumhuriyet Caddesi boyunca Anadolu Lisesi ve Teknik Meslek Lisesi öğrencileri eşliğinde "Kanseri Önle, Yarınlar Seninle " kanser haftası kapanış yürüyüşü yapılmıştır. AVM önünde Sağlıklı Yaşam Aracı kullanılarak stant kurulmuştur. Böylece görsel ve yazılı medyada yer alması sağlanarak farkındalık oluşturulması sağlanmıştır.

- 11- University of Pittsburgh ile Uludağ Üniversitesi ortaklığıyla yapılan 6. Uludağ Tıbbi Onkoloji Sempozyumuna katılım gerçekleştirilip stant açıldı. Türkiye’den ve yurtdışından genel cerrahi uzmanları, radyasyon onkologları, tıbbi onkolog ve radyologların katıldığı Sempozyumda stant açılıp katılım gösteren halk da kanser ve erken teşhis konusunda bilgilendirilmiştir.
- 12- TOKİ Bölgesinde kurulan standda ücretsiz kanser taramaları ile kanserde erken teşhisin önemi konularında bilgi verilip, yurttaşlarımız KETEM’lere davet edilmiştir. Kalın bağırsak kanseri taraması amacı ile taramanın yapıldığı yaş grubu olan 50-70 yaş arası 47 yurttaşımıza Gaitada Gizli Kan (GGK) kiti dağıtılmıştır.
- 13- Kocayayla Şenliği'nde kurulan standta ücretsiz kanser taramaları ile kanserde erken teşhisin önemi konularında bilgi verilmiştir, yurttaşlarımız KETEM’lere davet edilmiştir.
- 14- Kansere dikkat çekmek ve kanser konusunda farkındalığı arttırmak amacı ile AVM içinde stant kurulmuş, sağlıklı yaşam araçları halkı bilgilendirici broşürler dağıtılmıştır.
- 15- Bursa İl Jandarma Komutanlığı personeline "Prostat Kanseri Hastalığı ve Prostat Kanseri Hastalığında Erken Teşhisin Önemi " konulu eğitim verilmiştir.
- 16- Bursa Büyükşehir Belediyesi Başkanlığı ile Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Bursa İl Sağlık Müdürlüğü işbirliği yaparak “1-31 Ekim Meme Kanseri Farkındalık Ayı” adı altında, Bursa’nın sembollerinden Tarihi Büyükşehir Belediyesi Binası meme kanserine dikkat çekmek için meme kanseri farkındalığının rengi olan pembeyle ışıklandırılmıştır. Bursa şehrinin meydanları, parkları, hastane bahçeleri, ana güzergâhları, meme kanseri sembol rengi pembe ile kurdele biçiminde boyanmıştır.
- 17- Bursaspor-MKE Ankaragücü karşılaşmasında minikler iki takım futbolcuları ile “Kanserde Erken Teşhis Hayat Kurtarır” sloganlı formalar ile seremoniye çıkarak farkındalık oluşturmuşlardır.
- 18- Bursalıların hizmet almakta yoğun talep gösterdikleri bir lokanta zinciri firmasının Özlüce şubelerinde, Mudanya yolunda ve Yalova Yolunda çalışan olan elemanlar 8-28 Ekim 2018 tarihlerinde “Kanserde Erken Teşhis Hayat Kurtarır” sloganlı baskılı tişörtlerle hizmet vermişlerdir.

- 19- Sağlıklı Yaşam ve Spor Fuarına katılım gerçekleştirilip stant açılıp katılım gösteren halk da Kanser ve Erken Teşhis konusunda bilgilendirilmiştir.
- 20- İlimizin değerli yöneticilerinin eşlerine Uludağ Üniversitesi'nin Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bilim Dalı'nın Öğretim Üyesi olan Prof. Dr. Türkkan Evrensel tarafından meme kanseri konulu sunum gerçekleştirilmiştir.
- 21- Üzerinde “Kanserde Erken Teşhis Hayat Kurtarır” sloganı bulunan pankart Bursa semalarında uçurularak havadan kansere dur diyerek farkındalık sağlanmıştır.
- 22- Türkiye İstatistik Kurumu Bursa Bölge Müdürlüğü'nde çalışan personele Kanser Hastalığı, Akciğer Kanseri ve erken teşhisin önemi konulu eğitim verilmiştir. KETEM birimleri tanıtılarak davet edilmişlerdir.
- 23- Özlüce semtinde çeşitli ortaöğrenim öğrencilerine SBÜ Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Göğüs Hastalıkları Uzmanı tarafından “Akciğer kanseri” konulu eğitim verilmiştir (97).

2.3.9. Türkiye’de Kanser İle İlgili Mevzuatlar

Türkiye'nin genelinde kanser vakası bulunan kişilerin tespit edilmesi ve kontrol altına alınabilmesi, kanser verilerinin toplanması, kaydedilmesi, değerlendirilmesi ile yeni yöntemlerin belirlenebilmesi, kanser kayıt birimlerinin ve kanser kayıt merkezlerinin görev tanımları, çalışmaları, hizmet kalitesi ile verimliliğin çoğalması, usul esaslarının belirlenmesi ile ilgili mevzuatlar yer almaktadır.

Bunlar;

“2.3.9.1. Türkiye Kanser Enstitüsü Yönetmeliği (98)

Bu yönetmeliğin amacı; Türkiye Kanser Enstitüsünün kurulması, görev ve çalışma usullerinin belirlenmesi, yapılanması ve bununla ilgili faaliyetlerin düzenlenmesi işlemlerini kapsar. (Ek:5)

2.3.9.2. Kanser Bildirimi Ve Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği (99)

Bu yönetmeliğin amacı; kanser verilerinin toplanması, kayıt altına alınması, harita haline getirilmesi ve paylaşılması, kanser tanısı konulan vakaların belirlenmesi ve kanser bildirimini zorunlu hale getirilmesini kapsar.

Halk Sağlığı bünyesinde kurulan kanser kayıt birimlerinin görev usul ve esaslarının belirlenmesi, danışma komisyon kurullarının oluşturulması ve çalışma usullerinin ve görevlerinin belirlenmesini amaçlar. (Ek:6)

2.3.9.3. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (100)

Bu yönetmeliğin amacı; Sağlık Bakanlığı, toplum sağlığı merkezleri ile onlara bağlı birimlerinin açılış ve kapanışlarının, görev yetki ve sorumluluklarının usul ve esaslarını düzenlemektir. 2000 yılında 24260 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Tarama Merkezleri Yönetmeliği ve Kanser Erken Teşhisi yürürlükten kaldırılıp, 05/02/2015 tarihindeki 29258 sayılı Resmi Gazetenin Toplum Sağlığı Merkezi ile Bağlı Birimler Yönetmeliğinin içerisinde KETEM birimi görevleri ve eğitim hizmetleri ile kanser erken teşhis taraması olarak yer verilmiştir. (Ek:7)

2.3.9.4. Kanser Kayıtcılığı Genelgesi (101)

Bu genelgenin amacı; illerde kanser kayıt merkezlerinin oluşturulması, bu merkezlerin çalışma usul ve esasları, çalışacak kişilerin görevlendirilmesi, çalışma esasları, kanser verilerinin kayıt ve muhafaza edilmesi, kanser kayıt personelinin görev usul ve esaslarını oluşturmaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Türkiye'de kanser hastalarında hastalık yönetimi politikalarının, Bursa ili örnek alınarak değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışma, nitel araştırma tipindedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Söz konusu araştırma 01/01/2020-30/06/2020 tarihlerinin arasında Bursa ilinde çalışan konu ile ilgili farklı branşlardan yedi uzman hekim ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Şekli

Bu araştırmayı kanser hastalarının tanı, tedavi ve takip sürecine dahil olan ,iki genel cerrahi uzmanı, bir medikal onkoloji uzmanı, bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, bir halk sağlığı uzmanı, bir aile hekimi uzmanı ve radyasyon onkolojisi uzmanından oluşan kanser yönetimi sürecine dahil olan ya da olabilecek toplam yedi uzman hekim oluşturmaktadır. Ayrıca, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nün Sağlık Bakanlığı onaylı kanser verileri ve bu yöndeki tarama çalışmaları etik kurul onayı ve resmi izin belgesi ile ele alınarak değerlendirme yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri yukarıda belirtilen uzman hekimlere yönlendirilen dokuz sorudan oluşan “Bireysel Derinlemesine Görüşme İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu” ile elde edilmiştir. Ayrıca Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı onaylı verileri kullanılarak değerlendirmeye alınmıştır. Bireysel Derinlemesine Görüşme İçin Yarı Yapılandırılmış Sorular;

Soru 1: Hastalık yönetimi sizce nedir?

a) Bu verdiğiniz bilgiler ışığında mevcut politikalar ve geçmiş politikalar hakkında neler düşünüyorsunuz? Olumlu ve olumsuz yanları nelerdir?

Soru 2: Erken teşhis amacıyla topluma uygulanan tarama testlerinin yapılması ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın programlarını değerlendirir misiniz?

Soru 2-1: Türkiye'de kanserden korunmaya yönelik kanser tarama maliyetlerinin, tedavi maliyetlerine göre hangi seviyede olduğunu düşünüyorsunuz?

- a) HPV-DNA testi
- b) Pap-smear- KKMM
- c) Klinik meme muayenesi
- d) Mamografi
- e) Gaitada Gizli Kan
- f) Kolonoskopi

Soru 3: Sizce erken teşhiste Aile Hekimliği Sisteminin rolü nasıldır? Nasıl olmalıdır?

Soru 4: Kanserin önlenmesi maksadıyla DSÖ kanserin önlenebilen temel risk faktörlerine yönelik eylem planları başlatmış olup, birincil koruma dahilinde ülkemizde yer alan bu eylem programları hakkında ne düşünüyorsunuz?

Soru 5: Kanser kontrolünde, kanserden korunma, kayıt sistemi, erken tanı, politikalar ve yönetim temel bileşenlerdir. Kanserle mücadele konusunda Sağlık Bakanlığı ile iletişim halinde olması gereken paydaşlar konusunda ne düşünüyorsunuz?

Soru 6: Kanser hastalarının tedavi ve tedavi sonrası hayata adaptasyon aşamalarında yaşadığı sorunlar sizce nelerdir? Bu sorunları çözmeye yönelik politikalarımızı değerlendirir misiniz?

Soru 7: 2000’li yıllardan itibaren Sağlık Bakanlığı hastalığın geçmişine ilişkin bir kayıt sistemi oluşturdu ve buna Kanser Kayıtçılığı denildi. Bu sistemin efektif olup olmadığını, güçlü ve zayıf yönlerinin neler olduğunu düşünürsünüz?

Soru 8: Sağlığı geliştirmek, kanser insidansını azaltmak için politikalardan neler değiştirilmeli ve gelecek nasıl planlanmalıdır?

Soru 9: Ülkemizin kanser politikalarını, kanserle mücadelede SWOT analizini düşünürsek, güçlü ve zayıf yönlerimiz, fırsatlar ve tehditler konusunda önerileriniz nelerdir?

Hekimler uygun görmediğinden, görüşmemiz boyunca ses kayıt cihazı kullanılmamış olup, söylenenler not alınarak kayıt altına alınmıştır. Derinlemesine görüşme onam formu da görüşme öncesi hekimlerin onayına sunulmuştur (EK-2).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Söz konusu araştırmada içerik analizi yapılmıştır. Verilerin analizi dört aşamada gerçekleştirilmiştir (63):

- Verilerin kodlanması,
- Kodlanmış olan verilerin temalarının tespit edilmesi,
- Temalar ile kodların yapılandırılması,
- Bulguların adlandırılması ve bulguların yorumlanması.

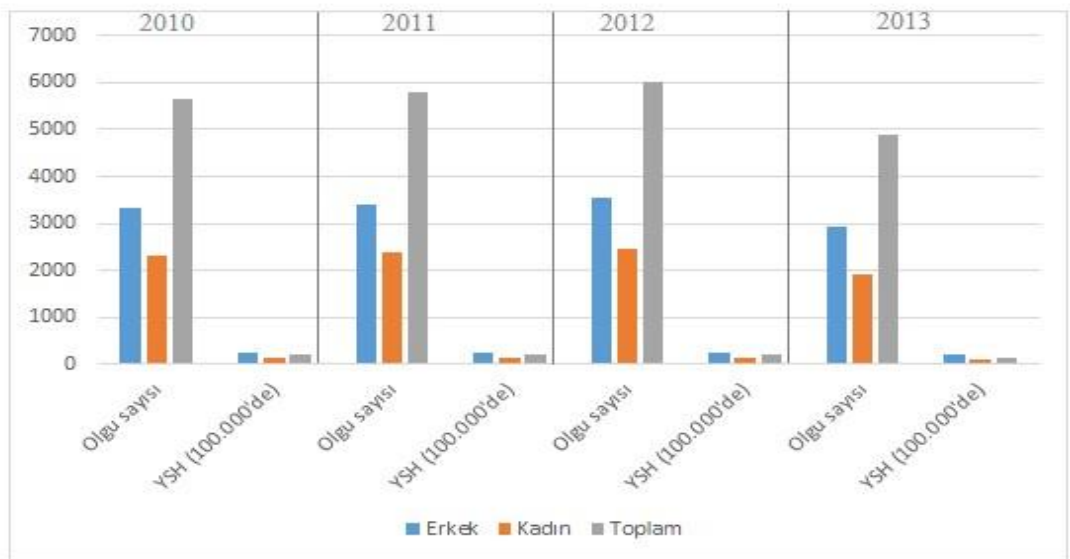
Analiz aşamasında ilk olarak görüşme kayıtları ile yazılı ifadeler tespit edilerek çözümler üretilmiştir. Yöneltilen sorulara verilen yanıtlar içerisinde benzer ifadeler gruplandırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen doktorlara birer kod numarası verilmiştir (D1: Aile Hekimliği uzmanı, (Doçent), D2: Genel Cerrahi Uzman (Doçent), D3: Genel Cerrahi Uzmanı, D4: Halk Sağlığı Uzmanı, D5: Kadın

Hastalıkları ve Doğum Uzmanı(Doçent) , D6: Medikal Onkoloji Uzmanı (Doçent) ve D7: Radyasyon Onkolojisi Uzmanı). Bireylerin verdiği yanıtlar bu kodlar ile açıklamalar halinde yazılmıştır. Benzer ifadeler verilen kodlamalar MAXQDA programı 2020 sürümünde kodlanarak kod matris analizi ve benzerlik matris analizleri yapılmıştır. Bu şekilde verilen ifadelerle dair kodlamalar karşılaştırılarak tablolar yorumlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Bursa İli Kanser Kayıt Verileri

Bursa ili Sağlık Müdürlüğü 'nün verilerine göre 2010 yılında kanser olgu sayısı toplam 5660 (3338 erkek, 2322 kadın) iken 100.000 kişide yaşa göre standardize edilmiş hızı (YSH) toplam 204 (253 erkek, 155 kadın) olarak belirtilmiştir. İki bin on bir yılında kanser olgu sayısı artış göstererek 5806 'ya (3416 erkek, 2390 kadın) ulaşmıştır. Yaşa göre standardize hızı toplam 202,7 (251,6 erkek, 153,8 kadın) olarak azalmıştır. Bu rakamlar 2012 yılında 6002 (3561 erkek, 2471 kadın) kanser olgusu ve 201,8 toplam (250 erkek, 153,8 kadın) YSH 'a yükselmiştir. Bunu takiben 2013 yılında bu rakam 4874 toplam (2944 erkek, 1930 kadın) kanser olgusu ve 159,1 toplam (202,4 erkek, 115,9 kadın) YSH değeri 159,1 (202,4 erkek, 115,9 kadın) bulunmuştur.



Şekil 11: 2010- 2013 yılları arasındaki kanser olgu sayıları ve yaşa göre standardize edilmiş hızlarının değişimi

Bursa ikametli kanser olguları içerisinde cinsiyete göre en sık görülen ilk 5 kanserin olgu sayılarının ve YSH dağılımları değerlendirildiğinde, 2010 yılında erkeklerde en sık trake, bronş ve akciğer kanseri (n:856, YSH: 64,4) ve kadınlarda en sık meme kanseri (n: 535, YSH: 35,5) görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3: Bursa ikametli kanser olguları içerisinde 2010 yılında cinsiyete göre en sık görülen ilk 5 kanserin olgu sayılarının ve YSH dağılımları

Erkek					Kadın				
Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %	Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %
1	Trakea, Bronş, Akciğer	64,4	856	25,6	1	Meme	35,5	535	23,0
2	Diğer Deri (Deri Melanomu dışında)	27,1	355	10,6	2	Kolorektal	15,3	233	10,1
3	Prostat	24,8	313	9,4	3	Diğer Deri (Deri Melanomu dışında)	15,3	232	10,0
4	Kolorektal	21,7	289	8,6	4	Uterus Korpusu	10,5	151	6,5
5	Mesane	19,8	257	7,7	5	Tiroid	9,6	145	6,2
6	Mide	17,7	233	7,0	6	Mide	8,6	133	5,7

2012 senesi değerlendirildiğinde benzer şekilde en sık görülen beş kanser türünün yıllar içerisinde cinsiyete bağlı olarak olgu sayısı ve YSH dağılımları değerlendirildiğinde 2012 yılında da erkeklerde en sık (n:957) trake, akciğer ve bronş kanseri görülmüştür. Kadınlardaysa meme kanseri (n: 636) en fazla tespit edilen kanserdir. (Tablo 4).

Tablo 4: Bursa ikametli kanser olguları içerisinde 2012 yılında cinsiyete göre en sık görülen ilk 5 kanserin olgu sayılarının ve YSH dağılımları

Erkek					Kadın				
Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %	Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %
1	Trakea, Bronş, Akciğer	67,9	957	26	1	Meme	39,7	636	24,9
2	Diğer Deri (Deri Melanomu dışında)	29,7	418	11,3	2	Kolorektal	17,7	301	11,8

3	Prostat	25,2	348	9,4	3	Diğer Deri (Deri Melanomu dışında)	14,1	228	8,9
4	Kolorektal	22,6	324	8,8	4	Uterus Korpusu	11,1	173	6,8
5	Mesane	22,1	309	8,4	5	Tiroid	9,4	151	5,9
6	Mide	16,9	239	6,5	6	Mide	8,6	141	5,5

Bursa’da ikamet eden kanser olgularının, 2013 yılında en sık görülen beş kanser türüne göre olgu sayısı ve YSH değerlerine bakıldığında, erkeklerde en fazla trake, bronş akciğer kanseri dikkat çekerken (n: 972, YSH: 67,2), kadınlarda ise en fazla olgu meme kanserinde (n:658, YSH:40) görülmektedir (Tablo 5).

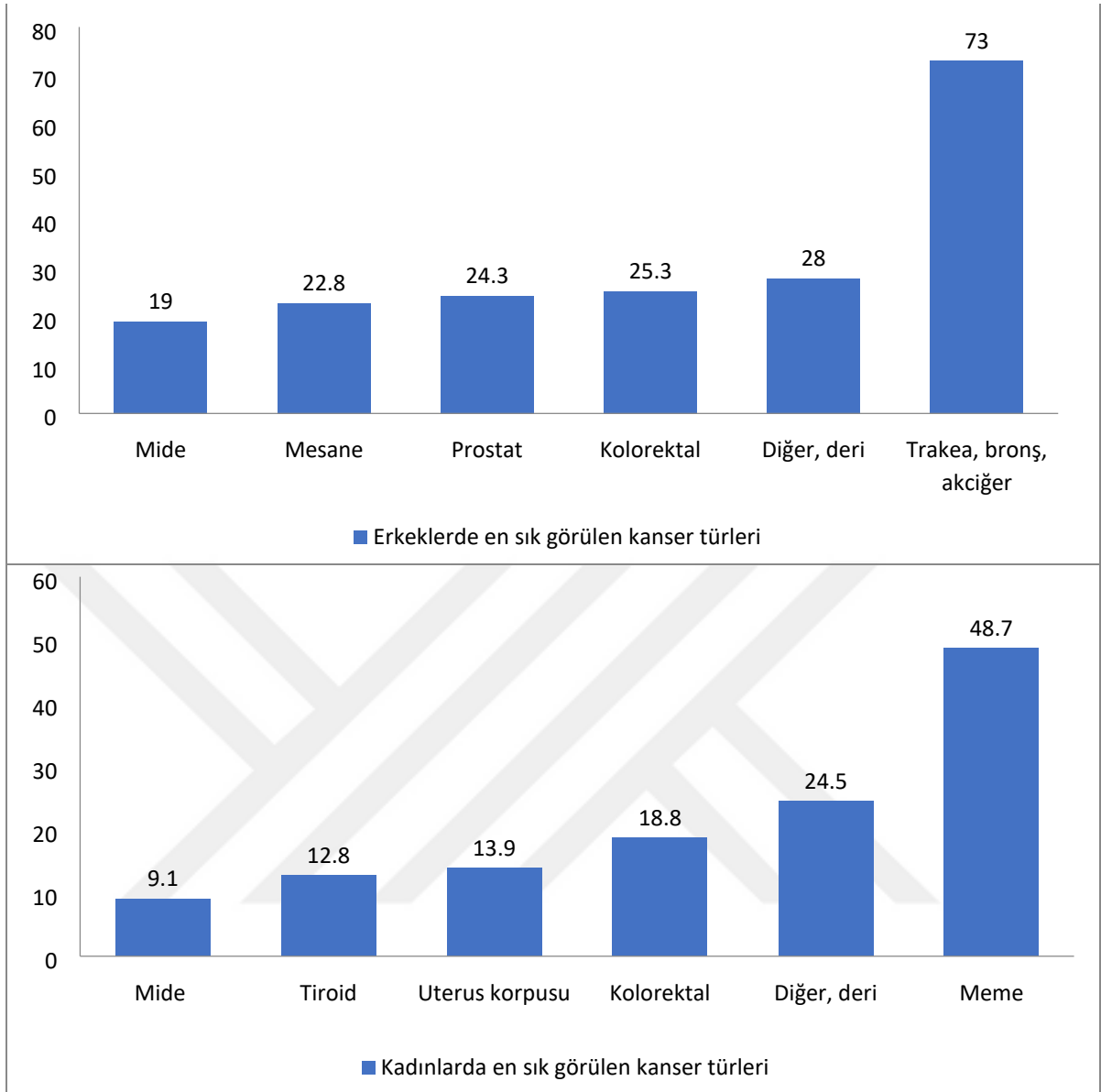
Tablo 5: Bursa’da ikamet eden kanser olgularının, 2013 yılında en sık görülen beş kanser türüne göre olgu sayısı ve YSH değerleri

Erkek					Kadın				
Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %	Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %
1	Trakea, Bronş, Akciğer	67,2	972	25,9	1	Meme	40	658	25,4
2	Diğer Deri (Deri Melanomu dışında)	29,7	418	11,1	2	Kolorektal	17,7	301	11,6
3	Prostat	25,1	369	9,8	3	Diğer Deri (Deri Melanomu dışında)	13,1	207	7,9
4	Kolorektal	24,5	346	9,2	4	Uterus Korpusu	12,7	214	8,2
5	Mesane	22,9	329	8,7	5	Tiroid	11,5	188	7,2
6	Mide	16	239	6,3	6	Mide	7,4	127	4,9



Şekil 12. Cinsiyete göre kanser türlerinin Bursa 2013 yılı YSH dağılımları

2013 yılında cinsiyete göre en sık görülen kanser türlerinin YSH değerlerine bakıldığında (100.000 kişide) erkeklerde en sık trakea, bronş, akciğer (67,2) ve onu takiben deri melanomu dışında diğer deri kanserleri (29,7), prostat kanseri (25,1), kolorektal kanser (24,5), mesane (22,9) ve mide (16) 'dır. Kadınlarda ise YSH değerlerine bakıldığında (100.000 kişide), meme kanseri (40) ilk sırada yer alırken daha sonra (17,7) ile deri melanomu hariç diğer deri kanserleri, (13,1) kolorektal, uterus korpusu (12,7), tiroid (11,5) ve mide (7,4) olarak yer almaktadır YSH değerlerinin yanı sıra erkek ve kadınların bu kanser türlerine göre olgu sayıları ve toplam yüzdeleri sırasıyla Tablo 5'de görülmektedir.



Şekil 13. Cinsiyete bağlı en fazla görülen kanser türlerinin 2014 yılı YSH dağılımları (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 kişi)

Tablo 6: Bursa ikametli erkek kanser olguları içerisindeki 2014 yılında en sık görülen 5 kanserin olgu sayılarının, YSH değerleri ve toplam yüzdesi

Erkek				
Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %
1	Trakea, Bronş, Akciğer	73	1018	26,3
2	Diğer Deri	28	390	10
3	Kolorektal	25,3	353	9,1
4	Prostat	24,3	338	8,7
5	Mesane	22,8	318	8,2
6	Mide	19	265	6,8

Tablo 7: Bursa ikametli kadın kanser olguları içerisindeki 2014 yılında en sık görülen 5 kanserin olgu sayılarının, YSH değerleri ve toplam yüzdesi

Kadın				
Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %
1	Meme	48,7	678	23
2	Diğer Deri	24,5	341	11,5
3	Kolorektal	18,8	262	8,8
4	Uterus Korpusu	13,9	193	6,5
5	Tiroid	12,8	178	6
6	Mide	9,1	127	4,3

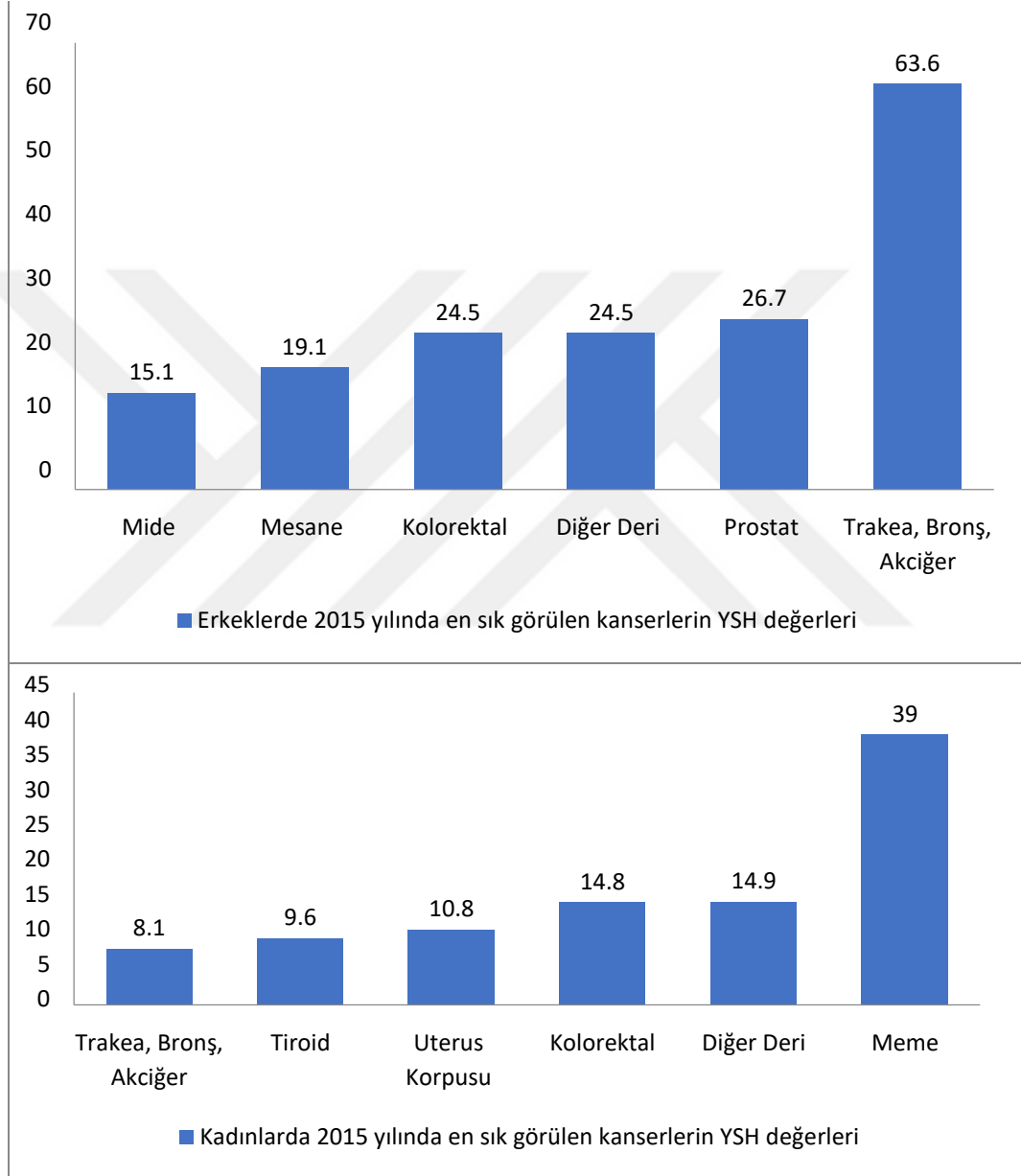
2014 yılında cinsiyete göre en sık görülen kanser türlerinin YSH değerlerine bakıldığında (100.000 kişide) erkeklerde en sık trakea, bronş, akciğer (73) ve onu takiben deri melanomu dışında diğer deri kanserleri (28), kolorektal kanser (25,3), prostat kanseri (24,3), mesane (22,8) ve mide (19) 'dur. Kadınlarda ise YSH değerlerine bakıldığında (100.000 kişide), meme kanseri (48,7) ilk sırada yer alırken daha sonra (24,5) ile deri melanomu hariç diğer deri kanserleri, (18,8) ile kolorektal, uterus korpusu (13,9), tiroid (12,8) ve mide (9,1) olarak yer almaktadır (Şekil 13). YSH değerlerinin yanı sıra erkek ve kadınların bu kanser türlerine göre olgu sayıları ve toplam yüzdeleri sırasıyla Tablo 6 ve Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 8. Bursa ikametli erkek ve kadın kanser olguları içerisindeki 2015 yılında en sık görülen 5 kanserin olgu sayılarının, YSH değerleri ve toplam yüzdesi

Erkek				
Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %
1	Trakea, Bronş, Akciğer	63,6	1010	26
2	Prostat	26,7	410	10,6
3	Diğer Deri	24,5	393	10,1
4	Kolorektal	24,5	392	10,1
5	Mesane	19,1	299	7,7
6	Mide	15,1	243	6,3
Kadın				
Sıra	Yerleşim Yerleri	YSH	Olgu sayısı	Toplam %
1	Meme	39	691	25
2	Diğer Deri	14,9	393	10,2
3	Kolorektal	14,8	270	9,8

4	Uterus Korpusu	10,8	185	6,7
5	Tiroid	9,6	163	5,9
6	Trakea, Bronş, Akciğer	8,1	146	5,3

Kanser Daire Başkanlığı'nca en son 2015 tanı tarihli kanser istatistikleri yayınlanmıştır. Dünya Standart Nüfusu, 100.000 kişide.



Şekil 14. Cinsiyete göre en sık görülen kanser türlerinin 2015 yılı YSH dağılımları (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 kişi)

2015 yılında cinsiyete göre en sık görülen kanser türlerinin YSH değerlerine bakıldığında (100.000 kişide) erkeklerde en sık trakea, bronş, akciğer (63,6) ve onu takiben prostat kanseri (26,7), deri melanomu dışında diğer deri kanserleri (24,5),

kolorektal kanser (24,5), mesane (19,1) ve mide (15,1) ‘dur. Kadınlarda ise YSH değerlerine bakıldığında (100.000 kişide), meme kanseri (39) ilk sırada yer alırken daha sonra (14,9) ile deri melanomu hariç diğer deri kanserleri, (14,8) ile kolorektal, uterus korpusu (10,8), tiroid (9,6) ve (8,1) trakea, bronş, akciğer olarak yer almaktadır. (Şekil 14)

Yukarıda yer alan kanser türü ve dağılımları Bursa ilinde ikamet eden olgulara ait olsa da 2000-2015 yılları arasında hem Bursa ilinde hem de il dışında artan sayıda kanser olgusu olduğu dikkat çekmektedir. (Tablo 8), (Tablo 9)

Tablo 9. Bursa Kanser Kayıt Merkezi Veri Tabanında Kayıtlı Tüm Kanser Olgularının Tanı Tarihine Göre Dağılımı (24.01.2019)

Yıllar	Cinsiyete Göre Dağılım		İkamet Yerine Göre Dağılım		TOPLAM
	Erkek	Kadın	Bursa	İl Dışı	
2000	1177	820	1516	481	1997
2001	2429	1584	2623	1390	4013
2002	2592	1701	2954	1339	4293
2003	2605	1834	3137	1302	4439
2004	3045	1921	3628	1338	4966
2005	3443	2180	4202	1421	5623
2006	3591	2433	4668	1356	6024
2007	4253	2897	5341	1809	7150
2008	4629	3220	5816	2033	7849
2009	4714	3209	5872	2051	7923
2010	4623	3330	6111	1842	7953
2011	4881	3509	6311	2079	8390
2012	5181	3795	6756	2220	8976
2013	4987	3598	6668	1917	8585
2014	5073	3797	6964	1906	8870
2015	5190	3822	6912	2100	9012

2016 Yılı çalışması tamamlanmış olup Bakanlık tarafından onayı beklenmektedir. 2017 ve 2018 tanı tarihli olguların bildirimini tamamlanmamıştır.

“Kanser Kayıt Merkezi Yönetmeliği” 2000 yılında oluşturularak kanser verileri kayıt edilmeye başlanmıştır. Bu çalışmada devletlerin kanser tablolarının tespit edilebilmesi amacıyla bütün nüfustan değil belirli nüfus bölgelerinden veriler toplanarak, ülkeler hakkında tahmini hesaplamalara başlanmıştır. Dünyadaki kanser kayıt çalışmalarında, herhangi bir ülke verisinin oluşturulabilmesi için o ülkenin toplam nüfusunun en az %20’sini oluşturan nüfus bölgesinden kayıtların alınması gereklidir.

Ulusal Kanser Danışma Kurulu’nun elemanları 2006 senesinde Aktif Kanser

Kayıt Sistemi'ni yeniden kontrol etmiştir. Kanser Kayıt Danışma Alt Komitesi ve Kanser Epidemiyolojisinin kararıyla, aktif kanser kayıt sistemi kapsamındaki şehirlerin faaliyetlerinin incelenerek, varolan kaynakların doğru kullanılmasını sağlamak amacıyla ve muhtemel en kısa zamanda, sonuçlar kazanmak amacıyla, kaliteli kayıtları barındıran şehirler belirlenmiştir. Bursa, Antalya, Trabzon, Samsun, Eskişehir, Edirne, Erzurum, İzmir, Ankara'da bulunan merkezlerinde, eğitim denetim faaliyetleri gerçekleştirilerek çalışmaların daha etkili takibinin yapılması kararı alınmıştır. Bu illerin nüfuslarının toplamı, ortalama nüfusumuzun % 23'ünü kapsamıştır. Bursa'da da Tablo 10'da 2000 yılı itibari ile kurulan kanser kayıt merkezi veri tabanında kayıtlı tüm kanser olgularının tanı tarihine göre dağılımı görülmektedir.

(102)

Tablo 10. Bursa İkametli Kanser Olgularının, Tanı Tarihi ve Cinsiyete Göre Olgu Sayıları ve Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları (24.01.2019)

Yıllar	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	Olgu sayısı	YSH (10000'de)	Olgu sayısı	YSH (10000'de)	Olgu sayısı	YSH (10000'de)
2000	891	89,5	609	58,2	1500	73,9
2001	1570	157,9	1020	96,6	2590	127,3
2002	1731	169,4	1157	105,9	2888	137,3
2003	1807	169,8	1264	111	3071	140,1
2004	2178	196,8	1380	119,2	3558	157,4
2005	2455	213,7	1631	132,4	4086	172,5
2006	2715	226,4	1791	139,2	4506	182,3
2007	3092	261,7	2041	152,1	5133	206,4
2008	3305	273	2240	160	5545	215,5
2009	3328	264	2257	156	5585	209,7
2010	3422	259	2385	159	5807	206,4
2011	3522	260	2444	157	5966	206
2012	3803	270	2672	167	6475	218,5
2013	3823	264	2627	159	6450	211,5
2014	3866	257	2952	165	6818	211,1
2015	3886	246	2760	156	6646	200,1

(Tanı konan kanser olguları, tedavileri tamamlandıktan (4-6 ay) sonra, hastane kanser kayıt elemanları tarafından merkeze bildirilmektedir. 2016 Yılı çalışması tamamlanmış olup Bakanlık tarafından onayı beklenmektedir. 2017-2018 tanı tarihli olguların bildirim tamamlanmamıştır.)

Merkezi ilçelerde denetimlerin gerçekleştirilmesi amacıyla 4 çevre sağlığı teknisyeni, 3 zabıta memurundan oluşan denetim ekipleri kurulmuştur. Denetim ekipleri uçucu madde satan ve uçucu maddeleri ara ürün olarak kullanan işletmelere yönelik denetimler yapmaktadır. Buna göre 2016 yılında 5770 denetim yapılmış ve bunların 2116'sında ihlal belirlenmiştir. 2017 yılında ise denetim sayısı arttırılarak 5788 'e ulaşmış ancak 2700 ihlal belirlenmiştir (Tablo 11).

Halk Sağlığı Başkanlığınca 2017 yılında çeşitli kitlelere yönelik önleme eğitimleri yapılmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarına, farklı kamu kurumu çalışanlarına, medya çalışanlarına, 18 yaş üzeri gençlere, velilere, öğretmenlere ve halka yönelik eğitimler gerçekleştirilmiş ve bu şekilde 9874 kişiye ulaşılmıştır. Risk grubundaki bireyler Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Sağlıklı Hayat Merkezlerine başvurabilmektedir. Bu amaç dahilinde Bursa ilindeki altı Sağlıklı Hayat Merkezinde 1288 kişiye psikolog, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimcisi tarafından 45'er dakikalık toplam 3602 görüşme gerçekleştirilmiştir. Madde bağımlılığını önleyici hizmetler sunulmuştur. Bu süreç Uyuşturucu ile Mücadele İl Kurulu sekreteryası kurumunca yürütülmüştür. 2017 yılında Vali başkanlığında 2 üst kurul ve temsilcileri ile 18 alt kurul toplantısı düzenlenmiştir. Buna göre kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları, medya kuruluşları ve yerel yönetimden oluşan kurum ve kuruluşlara 10'dan fazla ziyaret gerçekleştirilerek kurum hakkında bilgi alınmış, tanışılmış ve yerinde gözlem yapılmıştır.

Tablo 11. Uçucu madde denetim verileri

	2016	2017
Yapılan Denetim Sayısı	5770	5788
Yapılan Ara Ürün İşyeri Denetim Sayısı	2110	1606
İhlal Belirlenen Ara Ürün İşyeri Sayısı	1949	1468
Yapılan Satış Yeri Denetim Sayısı	3660	4182
İhlal Belirlenen Satış Yeri Sayısı	2116	2700

2017 verilerine bakıldığında kanser olgu özetleme formlarından 13706'sı gelmiş ve buna göre 8906 adet yeni kayıt bulunmuştur. Ayrıca 3230 patoloji raporu ulaştırılmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. 2017 yılında Bursa ili kanser veri sayıları

	Gelen Bildirim Sayısı	Duplike Sayısı	Yeni Kayıt
Kanser Olgu Özetleme Formu	13706	4800	8906
Patoloji Raporları	4697	1467	3230
Ölüm Bildirim Raporları	3784		
	ÖBS Sistemi üzerinden alınan veriler 6 aylık periyotlar halinde çalışıldığından dolayı şu an veri verilememektedir		

Bursa KETEM kanser tarama ve eğitim sonuçları 2015 yılı için aylık olarak Tablo 13 'de belirtilmiştir. Buna göre mamografi taraması, HPV smear taraması, gaita gizli kan testi sayısı en fazla Aralık ayında, en az ise Temmuz ayında yapılmıştır. Sigara bırakma polikliniği müracaat sayısı en fazla Mayıs ayında yapılmıştır. Bununla beraber kanserden korunma ve erken tanı konusunda en fazla Ekim ayında eğitim seansı yapılmış, Kasım ayında ise en az eğitim seansı yapılmıştır. Katılımcı sayısı açısından en fazla Nisan ayında katılım sağlanmıştır. En az ise Kasım ayında katılımcı olmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Aylara göre 2015 yılı Bursa KETEM tarama ve eğitim sonuçları

Bursa Ketem Tarama ve Eğitim Sonuçları, 2015	Mamografi Taraması	HPV (Smear) Taraması	Gaitada Gizli Kan (Kolonrektal) Taraması	Sigara Bırakma Polikliniği Müracaat Sayısı	Eğitim Seans Sayısı	Katılımcı Sayısı
Ocak	1163	1129	2019	15	47	473
Şubat	1040	1020	2057	35	69	2478
Mart	1624	1981	2311	70	63	2278
Nisan	1451	1750	2259	0	119	7782
Mayıs	1158	1167	1708	96	40	713

Haziran	1056	944	1215	77	27	444
Temmuz	486	470	581	0	37	418
Ağustos	840	876	771	95	54	648
Eylül	729	833	922	58	50	440
Ekim	1357	1546	1455	42	122	1028
Kasım	1633	1884	1833	53	23	277
Aralık	1976	2379	2291	74	82	1083
Toplam	14513	15979	19422	615	733	18062

Bursa KETEM ve KETEM dışı 2014 yılı tarama ve eğitim sonuçları değerlendirildiğinde Mamografi ve smear tarama testleri en fazla Mart ayında gerçekleşmiş, gaitada gizli kan testi Kasım ayında en sık uygulanmıştır. Sigara bırakma polikliniğine ise Eylül – Aralık ayları arası hiç müracaat gerçekleşmemiştir. Eğitim seansları ise Ocak, Şubat ve Mart ayında yapılmamışken en fazla Ekim ayında gerçekleşmiştir. Tarama ve eğitimlere en fazla Nisan ayında katılımcı gelmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Bursa KETEM ve KETEM dışı kanser tarama ve eğitimlerin 2014 yılı verileri

Bursa Ketem 2014 Yılı Tarama ve Eğitim Sonuçları						
Aylar	Mamografi	Smear	Gaitada gizli kan	Sigara	Eğitim	Katılımcı Sayısı
Ocak	1241	1395	53	9	0	0
Şubat	1378	1767	54	17	1	230
Mart	1514	1641	52	14	0	0
Nisan	1445	1415	64	8	19	536
Mayıs	1015	1053	32	12	17	240
Haziran	1057	1074	115	8	13	215
Temmuz	352	308	76	2	6	29
Ağustos	730	821	273	7	14	155
Eylül	773	912	228	0	11	165
Ekim	941	1073	791	0	20	205
Kasım	1198	1434	991	0	19	235
Aralık	848	1166	836	0	18	255
Toplam	12492	14059	3565	77	138	2265
Açıklama	Temmuz ayı itibarıyla smear sayılarına HPV sayıları eklenerek yapılmıştır.					
Ketem Dışı Taramalar						
Aylar	Smear	Mamografi	GGK (50 yaş altı)		GGK (50-70 yaş arası)	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Ocak	4922	3299	1016	862	1652	1374
Şubat	5103	3329	983	790	553	478
Mart	5569	3682	1175	874	554	535

Nisan	5328	3209	1022	852	616	505
Mayıs	5421	3692	991	860	538	447
Haziran	4819	3466	1075	811	598	489
Temmuz	3573	1904	943	795	450	352
Ağustos	4321	2441	1013	781	537	421
Eylül	4288	2719	965	764	520	365
Ekim	2960	1736	749	781	414	397
Kasım	4256	3299	1080	881	543	453
Aralık	4980	3680	1230	932	724	640

Bursa KETEM 2016 yılı tarama ve eğitim sonuçlarına bakıldığında mamografi taraması ve HPV smear testi en fazla Mart ayında, gaitada gizli kan (kolorektal kanser taraması) ve eğitim sayısı en fazla Mart ayında, sigara bırakma polikliniğine müracaat sayısı en fazla Şubat ayında, Nisan ayında ise katılımcı sayısı en fazla olduğu görülmüştür (Tablo 15).

Tablo 15. Bursa KETEM kanser tarama ve eğitimlerin 2016 yılı verileri

Bursa Ketem 2016 Yılı Tarama ve Eğitim Sonuçları	Mamografi Taraması	HPV (Smear) Taraması	Gaitada Gizli Kan (Kolorektal) Taraması	Sigara Bırakma Polikliniği Müracaat Sayısı	Eğitim Seans Sayısı	Katılımcı Sayısı
Ocak	1857	2095	2188	106	62	910
Şubat	2587	2700	2287	117	61	1565
Mart	3870	3476	3417	71	113	1720
Nisan	3250	3131	2673	40	77	2727
Mayıs	3206	2711	2029	51	33	1196
Haziran	1897	1219	1422	46	42	345
Temmuz	1865	1384	1117	20	49	793
Ağustos	2182	1895	1702	15	64	1224
Eylül	1760	1320	1182	24	46	904
Ekim	2917	2672	2023	27	43	1983
Kasım	3699	3389	2396	13	90	2356
Aralık	3046	2790	2104	12	61	2373
Toplam	32136	28782	24540	542	741	18096

Bursa KETEM 2017 yılı tarama ve eğitim sonuçlarına bakıldığında mamografi, HPV smear testi ve gaitada gizli kan (kolorektal kanser taraması) en fazla Mart ayında, sigara bırakma polikliniğine müracaat sayısı en fazla Aralık ayında, eğitim seans sayısı en fazla Mayıs ayında, Haziran ayında ise katılımcı sayısının en az olduğu görülmüştür (Tablo 16).

Tablo 16. Bursa KETEM kanser tarama ve eğitimlerin 2017 yılı verileri

	Mamografi Taraması	HPV (Smear) Taraması	Gaitada Gizli Kan (Kolorektal) Taraması	Sigara Bırakma Polikliniği Müracaat Sayısı	Eğitim Seans Sayısı	Katılımcı Sayısı
Ocak	2557	2537	1891	16	99	4043
Şubat	2883	2975	2431	11	97	3949
Mart	4075	4176	2440	10	124	3285
Nisan	3422	3055	2137	1	109	3446
Mayıs	2554	2369	2095	0	136	2323
Haziran	1359	993	1293	15	62	1129
Temmuz	2006	1959	1766	13	93	2270
Ağustos	1759	1471	1548	2	101	1241
Eylül	1436	1586	1291	1	94	1607
Ekim	2960	2610	2060	2	95	4540
Kasım	2442	2347	1365	16	82	2624
Aralık	2067	2104	1664	18	74	2196
TOPLAM	29250	28182	21981	105	1166	32653

2017 yılında KETEM Dışı Taramalara baktığımızda, smear testi en fazla

Kasım ayında, en az Mamografi taraması Haziran ayında yapılmıştır. (Tablo 17) **Tablo 17.** KETEM Dışı Taramalar 2017

	Smear	Mamografi	GGK (50 Yaş altı)	GGK (50 Yaş altı)	GGK (50 – 70 Yaş arası)	GGK (50 – 70 Yaş arası)
	Kadın	Kadın	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Ocak	3946	4620	1073	902	639	579
Şubat	4232	4686	1125	874	698	539
Mart	4685	4721	1340	985	779	543
Nisan	4353	3642	1083	814	651	411

Mayıs	4425	3925	958	1058	562	561
Haziran	2908	2410	1067	861	447	432
Temmuz	4369	3269	1237	965	653	488
Ağustos	3885	2696	1017	786	458	402
Eylül	3733	2840	1137	949	614	468
Ekim	4665	3915	1180	1029	681	511
Kasım	5083	3627	1216	972	666	505
Aralık	4776	4235	1169	1002	582	560
UÜTF YILLIK	761	10458	1614	1295	1997	1405

Bursa KETEM tarama ve eğitim 2018 yılı sonuçlarına göre mamografi, HPV taraması ve eğitim seans sayısı en fazla Ekim ayında, gaitada gizli kan taraması en fazla Kasım ayında, sigara bırakma polikliniğine müracaat sayısı en fazla Mart ayında yapılmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Bursa KETEM Tarama ve Eğitim Sonuçları 2018

	Mamografi Taraması	HPV (Smear) Taraması	Gaitada Gizli Kan (Kolorektal) Taraması	Sigara Bırakma Polikliniği Müracaat Sayısı	Eğitim Seans Sayısı	Katılımcı Sayısı
Ocak	2472	2222	2323	1026	140	2639
Şubat	2586	2537	2110	1128	221	4054
Mart	3112	3030	2589	1268	199	3254
Nisan	2739	2917	2357	1026	212	11224
Mayıs	2948	2554	2412	960	163	4562
Haziran	2204	1989	1725	369	128	3065
Temmuz	3039	3061	2569	704	231	6784
Ağustos	1811	1674	1601	870	136	2437
Eylül	2966	2903	2277	953	229	5745
Ekim	5468	4412	2092	1081	385	8473
Kasım	4666	3840	2985	941	306	5116
Aralık	3867	2992	2782	880	303	4411
TOPLAM	37878	34131	28632	11476	2653	61764

KETEM dışı tarama kayıtları 2018 verilerine göre smear testi en fazla Ekim ayında, mamografi taraması en fazla Ocak ayında gerçekleşmiştir. Gaitada gizli kan (50 yaş altı) taraması en fazla kadın ve erkeklerde Temmuz ayında, gaitada gizli kan (50-70 yaş arası) taraması ise kadınlarda Mart ayı, erkeklerde ise Ocak ayında en fazla

gerçekleşmiştir. Smear, mamografi, GGK testleri yaş gruplarına ve cinsiyetlere göre Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. KETEM Dışı Taramalar 2018

KETEM Dışı Taramalar						
Aylar	Smear	Mamografi	GGK (50 yaş altı)		GGK (50-70 yaş arası)	
	Kadın	Kadın	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Ocak	4720	5074	1095	1008	653	578
Şubat	4515	4273	1053	931	652	523
Mart	4988	4461	1333	1052	841	560
Nisan	4643	4268	1249	1011	682	524
Mayıs	3853	4252	1268	1075	722	549
Haziran	3189	1902	1383	1080	677	447
Temmuz	4207	3097	1478	1160	674	482
Ağustos	3342	2445	1171	839	567	372
Eylül	4253	3458	1222	1085	534	442
Ekim	5034	4411	1322	1085	673	483
Kasım	4771	4604	1336	1083	668	466
Aralık	4684	4278	1094	980	521	423
U.Ü.T.F. Yıllık	3202	10477	1763	1703	1954	1370
TOPLAM	55401	57000	16767	14092	9818	7219

Bursa kanser kayıt merkezi veri tabanında kayıtlı tüm kanser olgularının tanı tarihine göre dağılımı değerlendirildiğinde 2008 yılından 2015 yılına kadar hem kadın hem erkeklerde artış görülmektedir. İkamet yerine göre dağılımlara bakıldığında Bursa’da ikamet eden kanser vakalarının il dışındaki vakalara göre daha fazla olduğu ve yıllar bazında artış gösterdiği anlaşılmaktadır (Tablo 20).

Tablo 20. Bursa Kanser Kayıt Merkezi Veri Tabanında Kayıtlı Tüm Kanser Olgularının Tanı Tarihine Göre Dağılımı

Yıllar	Cinsiyete Göre Dağılım		İkamet Yerine Göre Dağılım		TOPLAM
	Erkek	Kadın	Bursa	İl Dışı	
2008	4629	3220	5816	2033	7849
2009	4714	3209	5872	2051	7923
2010	4623	3330	6111	1842	7953

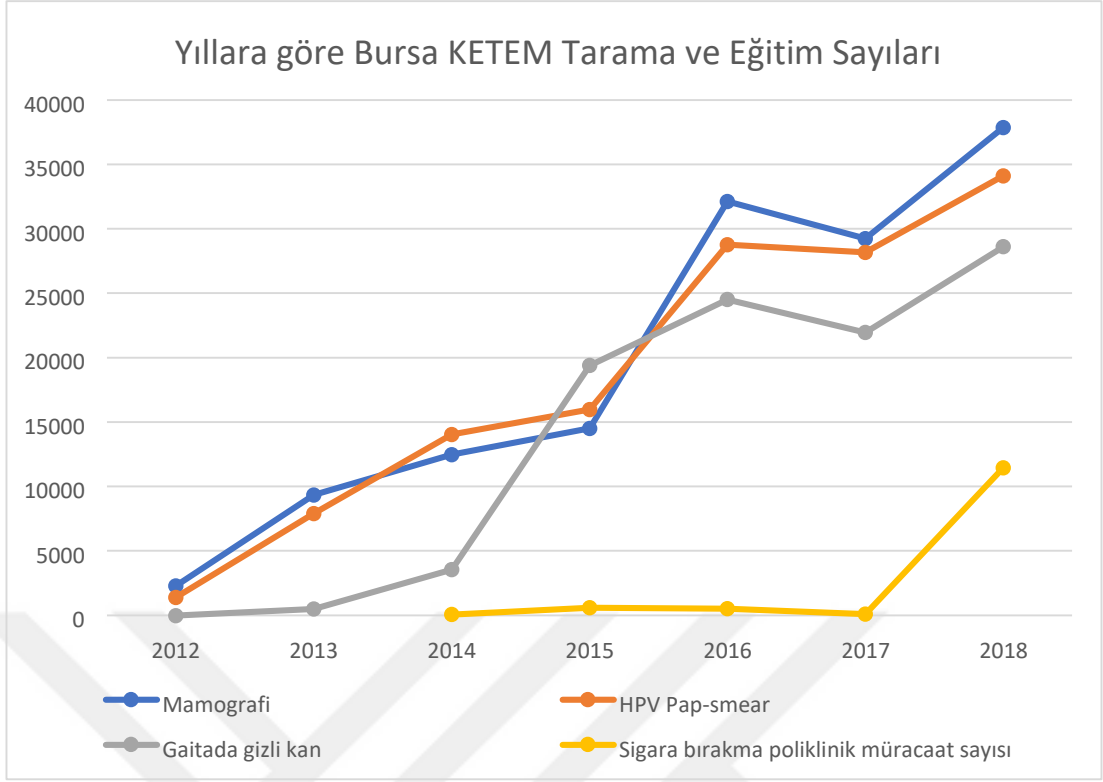
2011	4881	3509	6311	2079	8390
2012	5181	3795	6756	2220	8976
2013	4987	3598	6668	1917	8585
2014	5073	3797	6964	1906	8870
2015	5190	3822	6912	2100	9012

Bursa ikametli kanser olgularının, tanı tarihi ve cinsiyete göre olgu sayıları ve yaşa göre standardize edilmiş hızlarının dağılımları değerlendirildiğinde 2008 ve 2015 yılları arasında kadın ve erkeklerde olgu artış hızı tespit edilmiştir (Tablo 21).

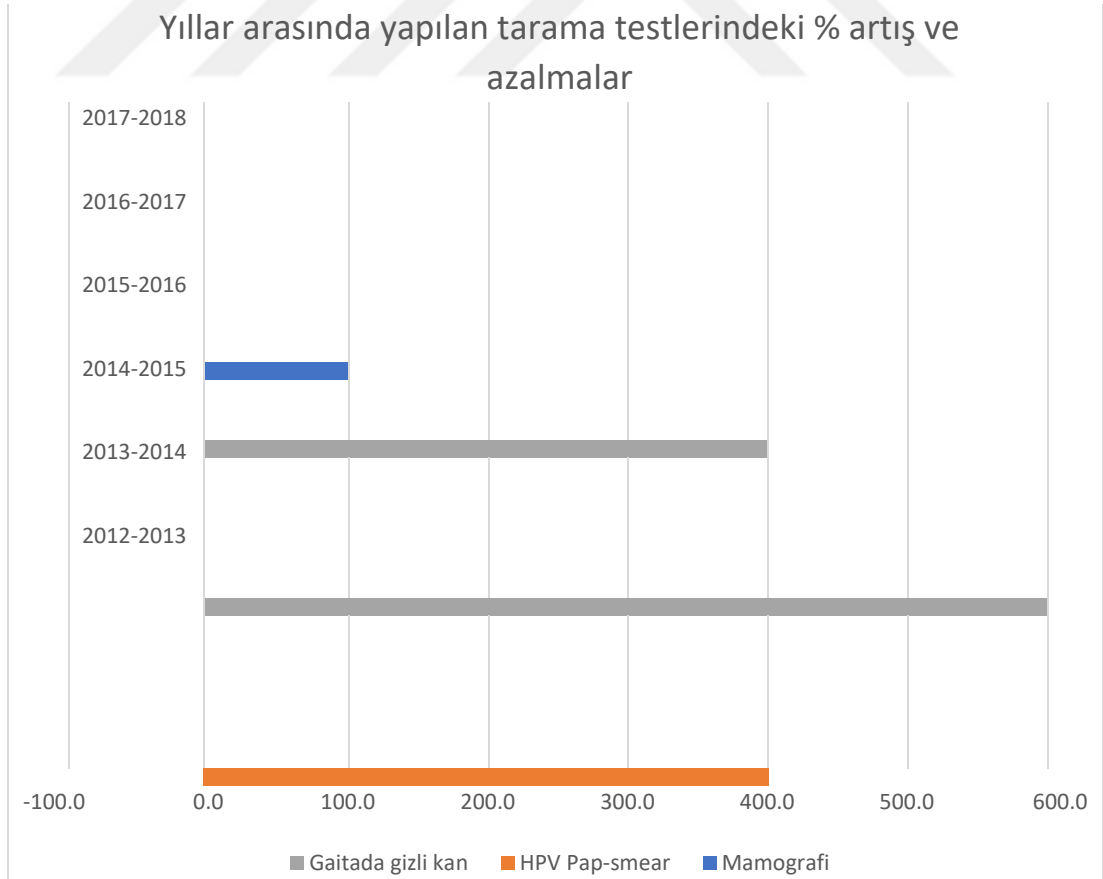
Tablo 21. Bursa İkametli Kanser Olgularının, Tanı Tarihi ve Cinsiyete Göre Olgu Sayıları ve Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları

Yıllar	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	Olgu sayısı	YSH (10000'de)	Olgu sayısı	YSH (10000'de)	Olgu sayısı	YSH (10000'de)
2008	3305	273	2240	160	5545	215,5
2009	3328	264	2257	156	5585	209,7
2010	3422	259	2385	159	5807	206,4
2011	3522	260	2444	157	5966	206
2012	3803	270	2672	167	6475	218,5
2013	3823	264	2627	159	6450	211,5
2014	3866	257	2952	165	6818	211,1
2015	3886	246	2760	156	6646	200,1

Tüm bu veriler ışığında 2012 – 2018 yılları arasında Bursa KETEM tarafından uygulanan mamografi taramaları, HPV-smear testi, gaitada gizli kan testi ve sigara polikliniğine müracaat sayıları Şekil 15 ve Şekil 16'de yer aldığı üzere artış göstermektedir.



Şekil 15. Bursa KETEM tarama ve eğitim sayıları



Şekil 16. Bursa KETEM tarama ve eğitimlerinin yıllara göre değişimi

4.2. Kanser Yönetiminde Rol Alan Çeşitli Branşlardaki Hekimlerin Ülkemizdeki Kanser Yönetim Politikalarına Dair İfadeleri

D1: Aile Hekimi, Doçent Dr.

D2: Genel Cerrahi, Doçent Dr.

D3: Genel Cerrahi, Uzman Dr.

D4: Halk Sağlığı, Uzman Dr.

D5: Kadın Hastalıkları ve Doğum, Doçent Dr.

D6: Medikal Onkoloji, Doçent Dr.

D7: Radyasyon Onkolojisi, Uzman Dr.

Bu bölümde yukarıda branşları ve ünvanı belirtilen katılımcıların ifadeleri “mean condensation” bir başka deyişle, kısaltılmış ifadeler haline getirilip ardından kodlanarak tablolar halinde gösterilmiştir.

Ülkemizdeki kanser yönetimi politikalarına dair görüşleri öğrenmeden önce hekimlerin hastalık yönetimine dair bilgilerinin değerlendirilmesi amacıyla soru yöneltilmiştir.

Soru 1: Hastalık yönetimi sizce nedir?

D1: “Hastalık tanı, tedavi ve takip sürecinde yapılması gerekenler. Burada hasta-hekim-yönetimlerin ortak çalışması gerekir.”

D2:” Bireylerin sağlığı ile ilgili potansiyel risklerin ve mevcut hastalıklarının kişiyi şifaya kavuşturma adına yönetilmesi sürecidir.”

D3: “Hastalığın yönetimi, hastanın sağlıklı ve eski hayat kalitesine dönmesi sürecidir.”

D4: “Bir hastalığın toplum üzerindeki etkileri incelenerek sağlık sistemi ve ekonomisi üzerindeki yükünü azaltmak ve bunun sürdürülebilirliğini sağlamaktır.”

D5: “Bir hastada mevcut hastalığı belirlemek ve sonrasında hastalık değil hasta vardır mantığı ile her hastanın aynı hastalıkta fiziksel, biyokimyasal, psikolojik etkilerinin farklı olabileceği gerçeği ile yola çıkmaya hasta yönetimi denir. Hastalıkta ırk, din, sosyokültürel seviye, aile yapısı, eğitim vs ile de etkileşebilecek bulgu ya da semptomlar olabileceğini de göz ardı etmemektir.”

D6: “Toplum tabanlı preventif önlemlerin alındığı, taramaların yapıldığı, tanı aldıktan sonra tedavi sürecinin başladığı, korunmanın sağlandığı, tedavi sonrası takibin olduğu ilgili birimlerin ortaklaşa hareket ettiği (multidisipliner) bir yönetimdir.”

D7: “Hastalık tanısından itibaren sağlık profesyonelleri ile hasta ve yakınlarının işbirliği içinde olduğu, tedavi ve takibin en iyi ve en faydalı şekilde olabilmesi için sürecin koordine edilmesidir.”

Soru 1.1: Bu verdiğiniz bilgiler ışığında mevcut politikalar ve geçmiş politikalar hakkında neler düşünüyorsunuz? Olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir?

D1: “Sorunuz kanser taramaları üzerine ise kanser taramalarına daha fazla önem veriliyor kanaatindeyim. Fakat yine de bizde kanser taramalarının yetersiz kaldığı ve olması gerektiği gibi yapılamadığı kanaatindeyim.”

D2: “Eskiden süreç sadece hastalıkların tedavisi yönüyleyken şimdi bir miktar daha potansiyel risklerin bertaraf edilmesine yönelik iyileştirilmiş durumdadır. Katedilmesi gereken mesafe fazladır.”

D3: “Mevcut olmayan ulusal kanser araştırma ve tedavi merkezlerinin kurulması. Kanserlerin takibi ve tarama sıklığı belirlenip erken teşhis konulması için gerekli olan işlemlerin yapılması.”

D4: “Son yıllarda yapılan hastalık yükü çalışmaları bu anlamda pozitif katkı sağlamaktadır. Ancak söz konusu politikaların toplum üzerinde yeterli uygulanması önemlidir. Ancak bu konuda yeterli politik kararlılığın eksikliği görülmektedir. Yine de bu konuda artan çalışmalar zaman içinde politik kararlılıkla beraber daha etkin olacaktır.”

D5: “Hastalarda sevk zincirinin iptal edilmesi, acillerde gereksiz yığılmalara ve aynı branşta bir uzman değerlendirmesi sonrası yine aynı branştaki bir başka uzmanın tekrar değerlendirilmesinin önünde bir engel olmaması olumsuz düşüncelerim. Hastanelerin daha modern bir yapıya kavuşması ise olumlu düşüncelerim”

D6: “Toplum tabanlı preventif önlemlerin alındığı, taramaların yapıldığı bölümde Sağlık Bakanlığı tarafından çok yol kat edilmiştir. Ancak kanser hastalığının yönetimi multi disiplinler olduğundan kanser merkezlerinin açılırken donanımlı ve uyumlu bir ekibin olması gerekliliği olduğundan bu tarz kurumlar desteklenmelidir. Özellikle bir birim olması nedeni ile her türlü destek sağlanmalıdır.”

D7: “Kanser multidisipliner bir hastalıktır. Tanı sürecinden başlayarak birçok birimin birbiri ile koordineli çalışmasını gerektirir. Dolayısı ile tedavi kararları da birçok hasta da konsey kararı ile verilmelidir. Ülkemizde Onkoloji Dal hastaneleri mevcuttur. Kanser cerrahisinin belirli merkezlerde yapılmasının ve hastanın kanser öncesi ve sonrası tedavilerini aynı merkezde almasının doğru olduğunu düşünüyorum. Kapsamlı onkoloji merkezlerinin olması gerekir. Bununla ilgili çalışmalar sürmektedir. Takip sürecinde de bazı merkezlerde gereksiz fazla tetkikler yapılmakta bu da hem gereksiz maliyet aynı zamanda da hasta ya fazla bir stres yüklemektedir. Ayrıca kanser istatistiği iyi tutulmalı ve ülke bazında kanserde yol haritası çizilmesi için bu sağlık profesyonelleri ile düzenli olarak paylaşılmalıdır. Son yıllarda tanı bildirimleri daha sıkı takip edilmektedir.”

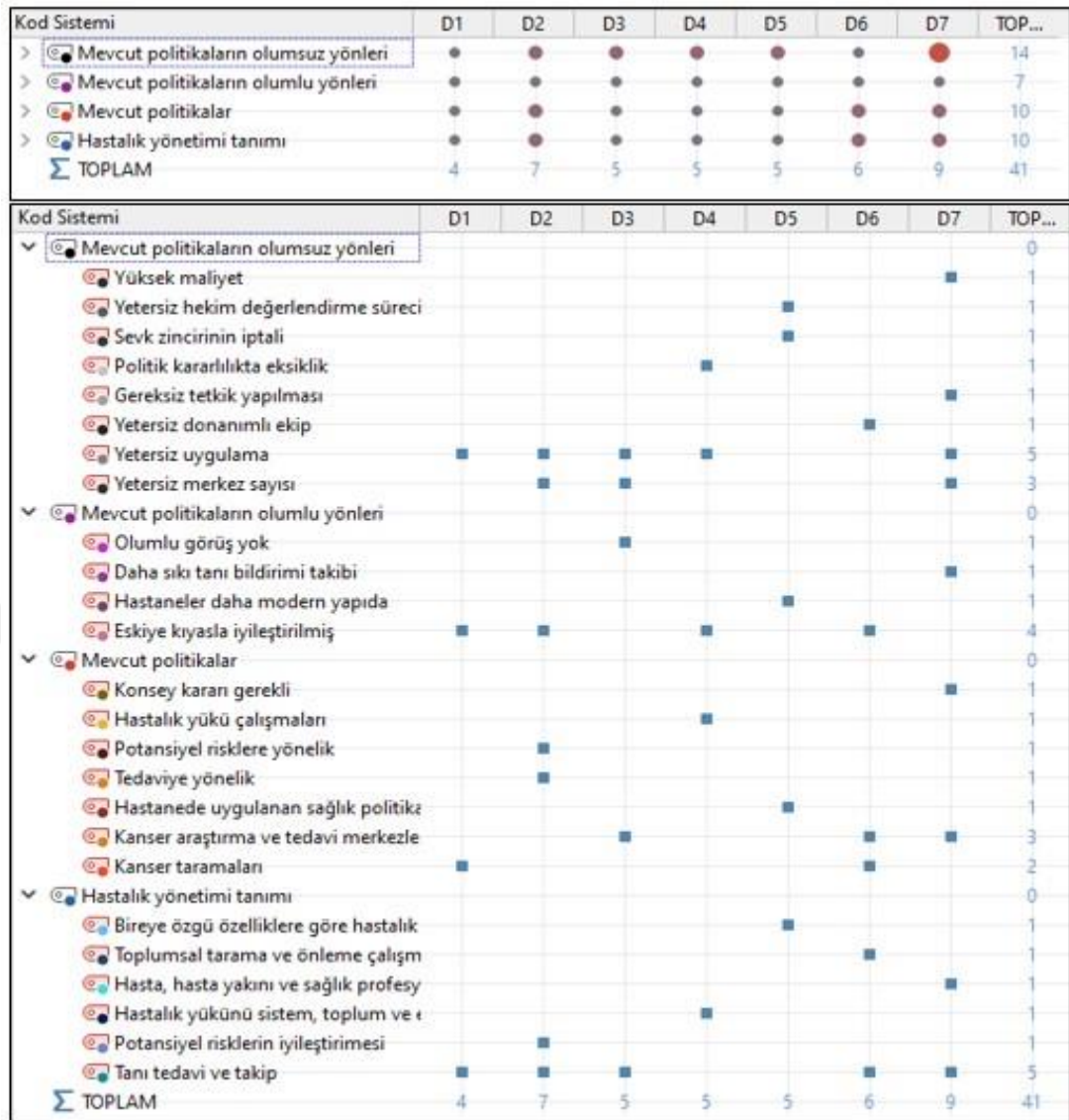
Tablo 22. Hastalık yönetimi algısı ve mevcut politikalara dair görüşler

SORU	Hastalık yönetimi sizce nedir?	Bu verdiğiniz bilgiler ışığında mevcut politikalar ve geçmiş politikalar hakkında neler düşünüyorsunuz?	Olumlu yönler nelerdir?	Olumsuz yönler nelerdir?
D1	Hasta-hekim-yönetimin hastalık tanı, tedavi ve takibinde yapılması gerekenler	Kanser taramaları	Daha fazla önem veriliyor	Yetersiz uygulama
D2	Hastalığın ve potansiyel risklerin iyileştirmeye yönelik yönetimi	Tedavi ve potansiyel risklere yönelik	Eskiye göre iyileştirilmiş	Yetersiz, gelişmesi gerekli

D3	Hastayı iyileştirmek	Ulusal kanser araştırma ve tedavi merkezleri, kanser takibi ve erken teşhis için taramalar eksik	-	Yetersiz merkez ve uygulama
D4	Hastalığın toplum, sağlık sistemi ve ekonomi üzerindeki yükünü sürdürülebilir şekilde azaltmak	Hastalık yükü çalışmaları	Eskiye göre çalışmalar artırılmış	Politik kararlılıkta eksiklik ve toplumsal uygulama yetersiz
D5	Hastalık tanısını hastanın bireysel karakteristiklerini göz önünde bulundurarak yapmak	Hastanede uygulanan sağlık politikaları	Hastaneler daha modern bir yapıda	Sevk zincirinin iptali ve hekim değerlendirme sürecinin hasta aleyhine olması
D6	Hastalık tanı, tedavi ve takibi ile birlikte toplumsal tarama ve prevansiyonunu içeren yönetim	Toplum tabanlı preventif önlemler, kanser merkezleri ve taramalar	Eskiye göre artırılmış çalışmalar	Kanser merkezlerinde donanımlı ve uyumlu ekip yetersizliği
D7	Hastalık tanı, tedavi ve takibinde sağlık profesyonelleri ve hasta yakınlarının işbirliği ile işleyen süreç	Konsey kararı gerekli, onkoloji dal hastaneleri mevcut.	Tanı bildirimleri sıkı takip ediliyor	Gereksiz tetkikler, maliyet fazla, kapsamlı onkoloji merkezi gerekiyor

Yapılan kodlamalar MAXQDA programı 2020 sürümü ile kod matris analizine tabi tutulmuştur. Buna göre radyasyon onkolojisi uzmanının en fazla mevcut kanser yönetim politikalarının olumsuz yönlerini ifade ettiği görülmektedir. Tüm hekimler hastalık yönetimi ve mevcut politikalar hakkında bir kısım bilgiye sahiptir. Mevcut politikalara dair olumlu görüşler az sayıdadır (Tablo 23).

Tablo 23. Hastalık yönetimi algısı ve mevcut politikalara dair görüşlerin kod matris analizi



Hekimlerin verdikleri yanıtlardaki benzerlikler, benzerlik matrisiyle değerlendirildiğinde en yüksek benzerlik aile hekimi ve medikal onkoloji uzmanı arasında görülmüştür (%84). Genel anlamda diğer hekimlerle ifadeleri en fazla olan aile hekimidir (Tablo 24).

Tablo 24. Hekimler arasında hastalık yönetimi algısı ve politikalara dair görüşlerin benzerlik oranları

	AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHI (DOÇENT)	GENEL CERRAHI (UZMAN)	HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)
AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	1,00	0,80	0,80	0,80	0,64	0,84	0,64
GENEL CERRAHI (DOÇENT)	0,80	1,00	0,76	0,68	0,52	0,64	0,60
GENEL CERRAHI (UZMAN)	0,80	0,76	1,00	0,68	0,60	0,72	0,76

HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	0,80	0,68	0,68	1,00	0,60	0,64	0,52
KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	0,64	0,52	0,60	0,60	1,00	0,56	0,44
MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	0,84	0,64	0,72	0,64	0,56	1,00	0,56
RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)	0,64	0,60	0,76	0,52	0,44	0,56	1,00

Kanser yönetimi dahilinde iyi tedavi yanıtı ve sağ kalımda erken teşhis ve dolayısıyla tarama testleri oldukça önemlidir. Bu nedenle hekimlerin Sağlık Bakanlığı'nın tarama testlerine dair programları konusunda görüşleri sorulmuştur. Bunun ardından kanserden korunmaya yönelik kanser tarama maliyetleri ile tedavi maliyetleri karşılaştırılmıştır.

Soru 2: Erken teşhis amacıyla topluma uygulanan tarama testlerinin yapılması ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın programlarını değerlendirir misiniz?

- *HPV- DNA Testi*
- *Papsmear-KKMM (Kendi Kendine Meme Muayenesi)*
- *Mamografi*
- *Gaitada Gizli Kan*
- *Kolonoskopi*

D1: "HPV- DNA Testi: Şu an servikal kanser taramasında başrol HPV'de. Aile hekimleri de HPV sonucu üzerinden hastalığı yönetmeye çalışıyorlar. Papsmear-KKMM: Pap-smear taramalarına hasta uyumu çok düşük. Layıkıyla yapılamadığı düşünüyorum. Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili cinsiyet ayrımcılığı söz konusu olabilir. Hemen hemen hiçbir erkek hekimin bu konuyu cümle içerisinde bile kullandığını düşünmüyorum. Değil ki bu konuda eğitim versin. Mamografi: Ketem belli sayıda mamografi hedeflerini tutturmak için sahadan hasta toplama gayreti içerisinde. Aynı durum smear için de geçerli. Gaitada Gizli Kan:

Gaita da gizli kan için aile hekimleri canhıraş çalışıyorlar ancak gaitada gizli kan taraması ile kanser tanısı alan hasta yok. Testin sensitivitesi/spesifitesi tarama testi olması için uygun değil. Kolonoskopi: Belli yaş gruplarında hastanın şikâyeti de varsa mutlaka yapılmalı. Ancak bunu yapabilecek altyapı yani endoskopist olduğunu sanmıyorum.

”D2: “Henüz sahadaki her bir bireyi kapsayıcı hale gelmemiştir. Gönüllülük esasından zorunluluk esasına doğru evrilme gerekmektedir.”

D3: “Hepsine dair görüşüm olumlu”

D4: “Tüm bu çalışmalar koruyucu sağlık hizmetleri konusunda çok önemli adımlardır. Ancak toplumumuzun sosyokültürel düzeyi göz önüne alındığında bu işlemlerin gönüllülük esasına ile yeterli düzeye gelmesi çok zordur. Bu konuda yapılan eğitimlerin kalitesi ve topluma ulaşabilirliği ve farklı kanallardan olan bilgi kirliliği sıkıntı yaratmaktadır.”

D5: “HPV- DNA Testi, KETEM de yapılan testler ile çok olumlu gelişmelere neden olmaktadır. Olası yakalanan patolojik sonuçlar çok iyi bir takip ve kontrol sistemi ile çalışmakta ve kanserin erken tanısında önemli rol oynamaktadır. Papsmear-KKMM, papsmear ile çok büyük etkeni HPV olan prekanseröz ve kanser lezyonları yine meme muayenesi ile çok ileri döneme gelmeden belirlenme şansı bulunmaktadır. Mamografi, kanserde erken teşhis hem tedavi hem de sonraki aşamalarda hem hekim hem de tedavi sürecini çok daha kolay hale getirmektedir. Gaitada Gizli Kan, birçok tanı ile karışsa da belki kolon veya mide kanserinin erken dönem tanısı ve hastaların cerrahi şansı çok daha yüksek olabilmektedir. Kolonoskopi, kolonoskopi sonrası sadece bir polip düzeyindeki olası bir kanser cerrahisinin yapılamayacak kadar geç bir evrede belirlenmesinde yararlıdır.

D6: “HPV- DNA Testi: HPV DNA'nın serviks kanseriyle olan ilişkisi kanıtlanmış ve serviks kanseri vakası bulunan hastaların yaklaşık %99 unda tespit edilmiştir. Bu bağlamda değerli bir testtir. Başka bir söylemle HPV testinin negatif olması halinde serviks kanseri olma riski düşüktür. Servikal kanser taramalarında kullanılmalı ve FDA onaylı olmalıdır ve akredite olan testler ile yapılmalıdır. Papsmear Testi: Kadın doğum hastalıkları tarafından yapılan spekulum aracılığı ile servikal hücrelerin toplanarak araştırılmasıyla gerçekleştirilen sitolojik bir tarama testidir. Söz konusu sitolojik tarama testiyle daha semptomatik duruma gelmemiş ya da erken evre serviks kanseri yakalama olasılığı mümkündür. Ya konvansiyonel yada sıvı bazlı testler kullanılmaktadır. Pap-smear ya da HPV testi beş yılda bir

tekrarlanması gereken testlerdir. Birinci basamaklarda yapılabilen testlerdir. Bu bağlamda aile sağlık merkezi (ASM), toplum sağlığı merkezi (TSM) ve KETEM 'ler önemlidir. KKMM, Kendiliğinden yapılan meme muayenesi ile memenin bütün dokularına el ile muayene yapılması ve incelenmesidir. Olağan şartlarda bütün kadınlar ayda bir kendilerine meme muayenesi yapmalıdırlar. Adet başlangıcından sonraki 6-8 günler meme muayenesi için hassas olmayan günlerdir, ve muayene için en uygun zamanlardır. Menopoz döneminde olan kadınlar belirlenmiş olan ayda bir gün kendilerine meme muayenesi yapmalıdırlar. Kendisine meme muayenesi yapan kadın kısa sürede kendi meme dokusunu tanır ve memesinde oluşan herhangi bir anormallik durumunu hemen fark eder. Meme muayenesi esnasında fark edilen her kitle kanser değildir, ancak bu durumda bir hekime başvurulması gereklidir. Ayna karşısında gözle, ayakta ve yatarak elle muayene yapılabilmektedir. Kadınlarda meme kanseri teşhisinde kullanılan, çok önemli olan görüntüleme ve teşhis yöntemlerinden birisi mamografidir. Bu yöntem mamogram olarak da adlandırılabilir. Mamografi görüntüleri tarama ve tanı aracı olarak kullanılabilir.

Kadınların kendilerine yaptığı aylık muayeneler ve istikrarlı olan klinik muayeneler meme kanserinin erken teşhisi için önemlidir. Mamogramlar memedeki anormallikleri ve diğer bozuklukları da tespit edebilir. Gaitadaki Gizli Kan, monoklonal ya da poliklonal antikörlerin kullanımıyla gaitadaki hemoglobinin varlığını gösterebilen testlerdir. Testlerde kullanılan antijenler yalnızca insan hemoglobininde hassas olmalıdır. Gıdalar yoluyla alınabilecek hayvanlardan kaynaklanan hemoglobinler ile reaksiyona girmemeli ve bu biçimde yalancı olumlu sonuçlara neden olmamalıdır. Kolonoskopi: Kolonoskopi gastroenterologlar tarafından özel bir düzenek sayesinde anüs girişinden itibaren kolonu gözle görmeyi sağlayan bir görüntüleme işlemidir. Gaitada Gizli Kan Testleri bütünüyle olumsuz olsa dahi tarama yaş grubundaki kişilerden tam bağırsak kolonoskopisi istenir. Yeterli olan bir kolonoskopide bütün kolon segmentleri incelenip değerlendirilmiş olmalı, bunun yanında şüpheli alanlardan biyopsi alınmalıdır. Kolonoskopi yeterli ve biyopsi alımlarında kanser tespit edilmemişse kolonoskopide anormal bir durum gözlenmemiş demektir. Gaitada kolonoskopi 10 yılda bir, gizli kan testi ise her iki yılda bir yapılır. Risk gruplarındakilere daha erken yapılabilir.”

D7: “Bu testler ketemler de yaygın olarak yapılmaktadır. Kanser de erken tanı için oldukça önemlidir. Mamografinin yaygın olarak yapılması ile özellikle meme kanseri erken tanısında artış olmuştur. Buda kanser gibi erken tanının çok önemli olduğu bir hastalık da tedavi sonuçlarını oldukça iyi etkilemiştir. Kolonoskopi yeterli düzeyde yapılmamaktadır.”

Soru 2.1: Türkiye’de kanserden korunmaya yönelik kanser tarama maliyetlerinin, tedavi maliyetlerine göre hangi seviyede olduğunu düşünüyorsunuz?

D1: “Çok düşük olduğunu düşünüyorum. Korumak esas olmalı. Kanser taraması bir sır gibi saklanıyor. Bence sistem şeffaf olmalı. Şu kadar kişi taradık ve şu kadar vaka tespit ettik diye haftalık yayınlanması gerektiğini düşünüyorum. Yıllık raporları bile bilmiyoruz.”

D2: “Miktar olarak arada uçurum olduğunu düşünüyorum. Maalesef halen potansiyel riskleri minimize edici alana pek yatırım yapılmamaktadır. Tedavi edici alanı azaltabilmek için risk azaltıcı alana yatırım yapılmalıdır.”

D3: “Kanserden korunmaya yönelik girişimler yeterli değil diye düşünüyorum. Aslında tarama ve korunmaya yönelik girişimler artırılırsa total sağlığa harcanan maliyetlerin düşeceği kanaatindeyim. Erken yakalanan bir kanserin tedavi maliyeti ve tedavi etkinliği çok daha fazla olur.”

D4: “Tarama maliyetleri her zaman tedavi edici hizmetlerden azdır.”

D5: “Kendi branşında smear testi serviks kanserinin önlenmesi ve de erken belirlenmesinde çok etkin bir rol oynamıştır. Smear testinin maliyeti 1 birim kabul edersek kanser operasyonu ve sonrasında maliyeti ise 200 belki de kemo ve radyoterapi ile olursa 500 birime kadar çıkmaktadır. Hem erken tanı hem de hastanın kanser olmasını önlenmesi çok büyük bir ekonomik kazanç da sağlayacaktır.”

D6: “Gelişmekte olan bir ülke olmamıza rağmen hem medikal hem cerrahi tedavilerde kansere oldukça yüksek masraf harcayan bir ülkeyiz. Erken tanı ve tarama testleri ülkemiz için daha da önemlilik arz ediyor.”

D7: “Kanser multidisipliner bir hastalıktır. Tanı sürecinden başlayarak birçok birimin birbiri ile koordineli çalışmasını gerektirir. Dolayısı ile tedavi kararları da birçok hasta da konsey kararı ile verilmelidir. Ülkemizde Onkoloji Dal hastaneleri mevcuttur. Kanser cerrahisinin belirli merkezlerde yapılmasının ve hastanın kanser öncesi ve sonrası tedavilerini aynı merkezde almasının doğru olduğunu düşünüyorum. Kapsamlı onkoloji merkezlerinin olması gerekir. Bununla ilgili çalışmalar sürmektedir. Takip sürecinde de bazı merkezlerde gereksiz fazla tetkikler yapılmakta bu da hem gereksiz maliyet aynı zamanda da hasta ya fazla bir stres yüklemektedir. Ayrıca kanser istatistiği iyi tutulmalı ve ülke bazında kanserde yol haritası çizilmesi için bu sağlık profesyonelleri ile düzenli olarak paylaşılmalıdır.

Son yıllarda tanı bildirimleri daha sıkı takip edilmektedir.”

D7: “Tarama maliyetleri tedavi maliyetlerinden daha düşüktür.”

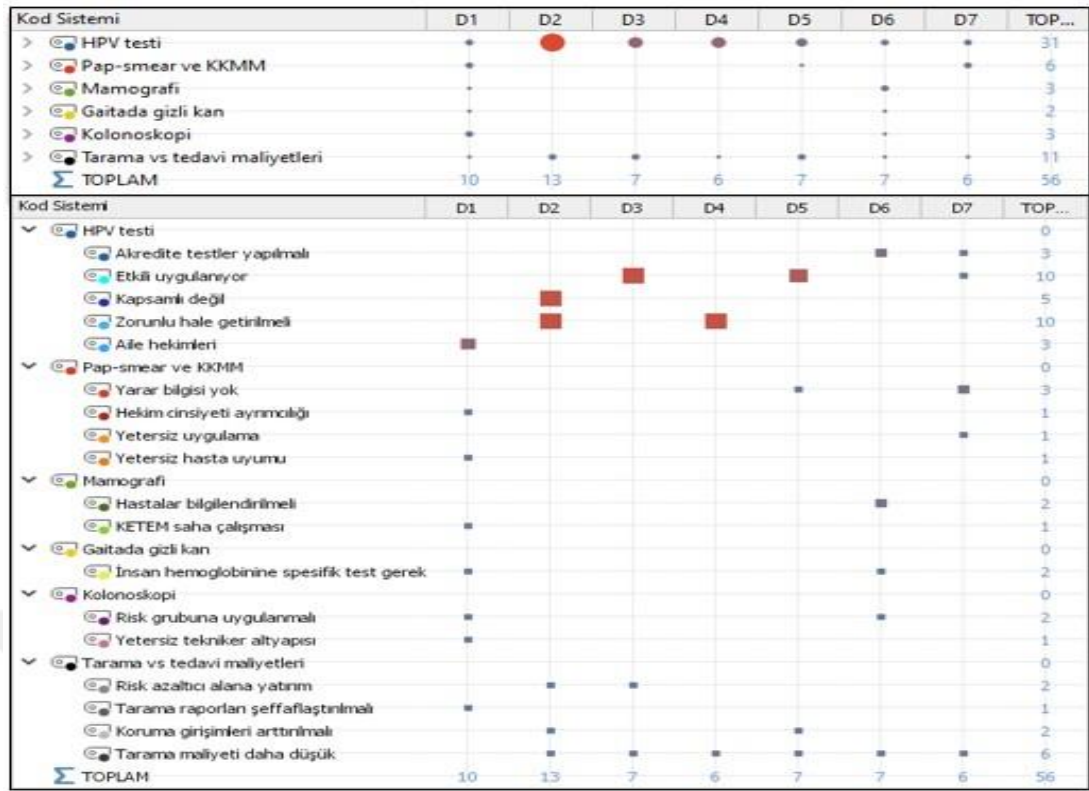
Tablo 25. Sağlık Bakanlığı’nın tarama programlarına ve maliyete ilişkin görüşler

SORU	Sağlık Bakanlığı’nın HPV-DNA Testi hakkındaki görüş	Sağlık Bakanlığı’nın Papsmear-KKMM Testi hakkındaki görüş	Sağlık Bakanlığı’nın Mamografi uygulanması hakkındaki görüş	Sağlık Bakanlığı’nın Gaitada Gizli Kan Testi hakkındaki görüş	Sağlık Bakanlığı’nın Kolonoskopi uygulaması hakkındaki görüş	Kanser tarama maliyetlerinin tedavi maliyetlerine göre seviyesi
D1	Aile hekimleri bu test ile hastalık yönetiminde	Papsmear hasta uyumu ve uygulama yetersiz, KETEM belli sayı hedefi dahilinde uyguluyor KKMM hekim bazında cinsiyet ayrımcılığı var	KETEM belli sayı hedefi için saha çalışması yapıyor	Aile hekimleri çok çalışıyor ancak bu test kanser tanısı için yetersiz	Yaş ve belirtilere göre hastaya uygulanmalı ancak uygulayacak tekniker altyapısı yetersiz	Tarama maliyetleri çok daha düşük ancak yıllık raporlar şeffaf olmalı
D2	Gönüllülük esasına dayandığı için kapsamlı değil, zorunluluk getirilmeli	Gönüllülük esasına dayandığı için kapsamlı değil, zorunluluk getirilmeli	Gönüllülük esasına dayandığı için kapsamlı değil, zorunluluk getirilmeli	Gönüllülük esasına dayandığı için kapsamlı değil, zorunluluk getirilmeli	Gönüllülük esasına dayandığı için kapsamlı değil, zorunluluk getirilmeli	Tarama maliyetleri çok daha düşük, Risk azaltıcı yatırım yapılmalı
D3	Uygulamaya yönelik olumlu görüş	Uygulamaya yönelik olumlu görüş	Uygulamaya yönelik olumlu görüş	Uygulamaya yönelik olumlu görüş	Uygulamaya yönelik olumlu görüş	Kanserden korunma girişimleri yetersiz, artırılmalı
D4	Sosyokültürel açıdan gönüllülük esasını yeterli düzeyde gelemez	Sosyokültürel açıdan gönüllülük esasını yeterli düzeyde gelemez	Sosyokültürel açıdan gönüllülük esasını yeterli düzeyde gelemez	Sosyokültürel açıdan gönüllülük esasını yeterli düzeyde gelemez	Sosyokültürel açıdan gönüllülük esasını yeterli düzeyde gelemez	Tarama maliyetleri çok daha düşük

D5	KETEM tarafından yapılan testler olumlu	Sağlık Bakanlığı uygulamalara dair bilgi verilmemiştir ancak yararına yönelik yeterli bilgi ifade edilmiştir	Sağlık Bakanlığı uygulamalara dair bilgi verilmemiştir ancak yararına yönelik yeterli bilgi ifade edilmiştir	Sağlık Bakanlığı uygulamalara dair bilgi verilmemiştir ancak yararına yönelik yeterli bilgi ifade edilmiştir	Sağlık Bakanlığı uygulamalara dair bilgi verilmemiştir ancak yararına yönelik yeterli bilgi ifade edilmiştir	Tarama maliyetleri çok daha düşük
D6	Aile ve Toplum sağlık merkezleri, KETEM tarafından FDA onaylı ve akredite testler yapılmalı	Aile ve Toplum sağlık merkezleri, KETEM tarafından FDA onaylı ve akredite testler yapılmalı, Kadınların doğru zamanda, doğru pozisyonla uygulaması konusunda bilgi verilmeli	Düzenli klinik muayeneler konusunda hastalar bilgilendirilmeli	Kullanılan testler insan hemoglobinine spesifik olmalı ve diğer kaynaklı hemoglobünlere karşı aktif olmamalıdır	Risk sınıfındaki ve uygun yaş grubundaki kişilere gizli kan testi negatif de olsa uygulanmalı	Tarama maliyetleri çok daha düşük
D7	KETEM tarafından yapılan testler olumlu, erken tanıda artış sağladı	KETEM tarafından yapılıyor, görüş belirtilmemiş	KETEM tarafından yapılan testler olumlu, erken tanıda artış sağladı	KETEM tarafından yapılıyor, görüş belirtilmemiş	KETEM tarafından yapılıyor, yeterli değil	Tarama maliyetleri çok daha düşük

Yapılan kodlamalar MAXQDA programı 2020 sürümü ile kod matris analizine tabi tutulmuştur. Buna göre tarama testleri arasında en fazla görüş belirtileni HPV testidir. Bu tarama testinin etkin uygulanmasına karşın kapsamlı olmaması nedeniyle zorunlu hale getirilmesi gerektiği düşünülmektedir. En az etkinlik ve spesifiklik ile gerçekleştirilen test ise gaitada gizli kan testidir. Bununla beraber tarama maliyetlerinin tedavi maliyetlerinden çok daha az olduğu konusunda görüş birliği söz konusudur (Tablo 26).

Tablo 26. Sağlık Bakanlığı'nın tarama programlarına ve maliyete ilişkin kod matris analizi



Hekimlerin Sağlık Bakanlığı'nın tarama programlarına ve maliyete ilişkin görüşlerindeki benzerlikler, benzerlik matrisiyle değerlendirildiğinde en yüksek benzerlik genel cerrahi uzmanı, halk sağlığı uzmanı ve kadın hastalıkları uzmanı arasındadır (%83). En düşük benzerlik ise aile hekimi ile genel cerrahi doçenti ve radyasyon onkolojisi uzmanı arasındadır (%28) (Tablo 27).

Tablo 27. Hekimler arasında Sağlık Bakanlığı'nın tarama programlarına ve maliyete ilişkin görüşlerinin benzerlik durumları

	AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (UZMAN)	HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)
AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	1,00	0,28	0,39	0,44	0,33	0,50	0,28
GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	0,28	1,00	0,78	0,83	0,72	0,56	0,56
GENEL CERRAHİ (UZMAN)	0,39	0,78	1,00	0,83	0,83	0,67	0,78
HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	0,44	0,83	0,83	1,00	0,78	0,72	0,72
KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	0,33	0,72	0,83	0,78	1,00	0,61	0,83
MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	0,50	0,56	0,67	0,72	0,61	1,00	0,67
RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)	0,28	0,56	0,78	0,72	0,83	0,67	1,00

Tarama testleri ardından kanser yönetiminde temel rolü olan aile hekimliğinin mevcut koşullarda nasıl yürütüldüğü ve nasıl olması gerektiğinin değerlendirilmesine yönelik soru sorulmuştur.

Soru 3: Sizce erken teşhiste Aile Hekimliği sisteminin rolü nasıldır? Nasıl olmalıdır?

D1: “Aile hekimleri görev verildiğinde yapıyorlar. Kanser tarama programları pozitif performans olarak özendirici olarak ele alınırsa hekimlerin kanser taramasına katılımı daha iyi olacaktır. Ancak ödemeler her şey demek değildir. Tarama yaptıkları kanser hakkında bilgileri de tazelenmelidir. Örneğin PAP smear konusunda bilgi düzeyleri HPV ile sınırlıdır diye düşünüyorum.”

D2: “Aile hekimliği maalesef istenilen ve öngörülen performansta değildir. Tarama programları aile hekimlerinin iş yükü azaltıldıktan sonra sıkı bir takiple bütün vatandaşları kapsayıcı hale getirilmelidir.”

D3: “Aile hekiminin tüm süreçlerin içerisinde olması kanaatindeyim. Hastanın bütün takip süreçlerine dahil olan bir aile hekimi hastanın tedaviye ve tarama uyum ve sonuçlarını direkt olarak etkileyecektir.”

D4: “Bizim ülkemizdeki aile hekimliği sistemi maalesef tedavi edici odaklı durumdadır. Almanya’da aile hekimi her yaş grubu için belirli tarama programları için kendisine kayıtlı nüfusunu zamanı geldiğinde bu işlemler için davet etmektedir. Maalesef ülkemizde aile hekimleri bu programlar konusunda hem istekli değiller hem de yeterli bilgiye sahip değiller. Bunun dışında var olan iş yükleri ve kayıtlı nüfus rakamları buna katılımı da etkilemektedir. Ayrıca vatandaşlara herhangi bir yaptırım olmaması bu hizmetlerin yeterli düzeye gelmesini engellemektedir.”

D5: “Aile hekimliği koruyucu hekimliğin başlangıç noktası olmalıdır. Erken teşhis, aşılama ile bağışıklığın sağlanması ayrıca hastanelerdeki yoğunluğun azalması yine aile hekimliği sayesinde olmaktadır.”

D6: “Toplum tabanlı bir sistemde aile hekimleri, aile üyelerinin ikamet ettikleri yerlere yakındır ve hizmet sağladığı toplumu bütün yönleriyle tanıyan, bununla beraber ailenin tüm üyelerinin yaşama koşullarını, sağlık durumlarını, yani sağlık eğitimleri ile koruyucu sağlık uygulamalarını kişilere uygulama yöntemlerini en iyi bilen sağlıkçılar olduğundan son derece önemli yere sahiptirler. Bu bağlamda Aile hekimliği ile Türkiye’de kişilerin çalıştıkları, yaşadıkları alanlarda tanı koyucu, koruyucu aşamada son derece önemlidir. Aile Hekimlerinin programa entegrasyonu ile doğru bir tarama ve tanı koyma olasılığı çok yüksektir. Bu nedenle bu gruptaki hekimlerle işbirliği içinde olunmalı gerekli destek ve ekipmanlar (veri kayıt testler vb) sağlanmalıdır.”

D7: “Aslında aile hekiminin rolü çok olmalı, ancak ülkemizde maalesef hastalar birçok durumda direk 2. ve 3. Basamak hastaneye başvurduğu için böyle olamamak da. Basamak sistemi getirilirse ve tanı için aile hekimlerine eğitim verilirse daha iyi olacağını düşünüyorum.”

Tablo 28. Erken teşhiste Aile Hekimliğine dair görüşler

SORU	Erken teşhiste Aile Hekimliği sisteminin rolü nasıldır?	Erken teşhiste Aile Hekimliği sistemi nasıl olmalıdır?
D1	Görev verildiğinde uyguluyorlar.	Katılımı arttırmak için, “pozitif performans” olarak özendirici şekilde ele alınmalı. Tarama yapılan kanser hakkında bilgi arttırılmalı.
D2	Yetersiz performans	İş yükü azaltılarak, takipler arttırılıp tarama programları kapsamı geliştirilmeli.
D3	Tüm süreçlere dahil değil	Hastanın tedavi ve tarama uyum ve sonuçları için tüm süreçlere dahil olmalı.
D4	Tedavi edici odaklı	İş yükü azaltılarak, takipler arttırılıp tarama programları kapsamı geliştirilmeli.
D5	Hastane yoğunluğunu azaltmakta	Koruyucu hekimliğin başlangıcı olmalı
D6	Bireyleri kapsamlı olarak tanıyan sağlık uygulama ve eğitimleri iyi bilen hekimlerdir	Tarama programlarına entegre edilmeli
D7	Rolü çoktur	Basamak sistemi getirilmeli, tanı için eğitim verilmeli, hastalar ilk bu hekimlere gitmeli

Erken teşhiste Aile Hekimliğine dair görüşlere dair kodlamalar MAXQDA programı 2020 sürümü ile kod matris analizine tabi tutulmuştur. Bu yolla erken teşhiste gerekli olan aile hekimliği sistemine ve erken teşhiste aile hekimliğinin rolüne dair en

sık belirtilen ifadeler ortaya çıkarılmıştır. Buna göre tüm hekimler erken teşhiste aile hekimliği sistemi ve rolüne dair bilgi sahibidir. Ancak çoğunlukla sistemin yetersiz performans gösterdiği görüşü vardır. Erken teşhiste aile hekiminin rolünün tarama kapsamının arttırılarak yer alması gerektiği düşünülmektedir (Tablo 29).

Tablo 29. Erken teşhiste Aile Hekimliğine dair görüşlerin kod matris analizi

Kod Sistemi	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	TOP...
> Erken teşhiste gerekli aile hekimliği siste	■	■	■	■	■	■	■	11
> Erken teşhiste aile hekimliği rolü	■	■	■	■	■	■	■	14
Σ TOPLAM	3	4	3	4	4	2	5	25

Kod Sistemi	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	TOP...
Erken teşhiste gerekli aile hekimliği sistemi								0
Uygulamaya hakim ve eğitimi						■		1
Hastane yoğunluğunu azaltır							■	1
Tedavi edici odaklı				■			■	2
Tüm süreçlere dahil değil			■					1
Yetersiz performans		■	■		■			3
Görev verilince uygulama	■				■		■	3
Erken teşhiste aile hekimliği rolü								0
Koruyucu hekimliğin başlangıcı olmalı					■		■	2
Tarama kapsamı arttırılmalı		■		■		■		3
Tüm süreçlerde yer almalı			■		■			2
Takipler arttırılmalı		■		■				2
İş yükü azaltılmalı		■		■				2
Bilgilendirici	■						■	2
Pozitif performans teşviki	■							1
Σ TOPLAM	3	4	3	4	4	2	5	25

Hekimlerin verdikleri yanıtlardaki benzerlikler, benzerlik matrisiyle değerlendirildiğinde en yüksek benzerlik halk sağlığı uzmanı ve genel cerrahi doçenti arasında görülmüştür (%87). (Tablo 30)

Tablo 30. Hekimlerin erken teşhiste aile hekimliğine dair görüşlerinin benzerlik analizi

	AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (UZMAN)	HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)
AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	1,00	0,53	0,60	0,53	0,67	0,67	0,73
GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	0,53	1,00	0,67	0,87	0,60	0,73	0,40
GENEL CERRAHİ (UZMAN)	0,60	0,67	1,00	0,53	0,80	0,67	0,47
HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	0,53	0,87	0,53	1,00	0,47	0,73	0,53
KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	0,67	0,36	0,80	0,47	1,00	0,60	0,67
MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	0,67	0,73	0,67	0,73	0,60	1,00	0,53

RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)	0,73	0,40	0,47	0,53	0,67	0,53	1,00
------------------------------	------	------	------	------	------	------	------

Kanserin önlenmesi ve birincil koruma amacıyla DSÖ'nün başlatmış ve yürütmekte olduğu eylemlerin ülkemizdeki uygulama şekline dair değerlendirme yapılması kanser yönetimi açısından ele alınması gereken bir konudur. Bu konuda da hekimlere soru yöneltilmiştir.

Soru 4: Kanserin önlenmesi için DSÖ kanserin önlenebilen temel risk faktörlerine yönelik eylem planları başlatmış olup, birincil koruma dahilinde ülkemizde yer alan bu eylem programları hakkında ne düşünüyorsunuz?

D1: “Düşüncem olumlu. Ancak daha önemli risk faktörleri de var. Örneğin tarım ilaçları. Bizim zirai ürünlerimiz ihraç sırasında geri çevrildiğinde vatandaş seviniyor. Ucuza meyve sebze yiyeceğiz diye. Hâlbuki tarım ilaçları benim fikrime göre en büyük tehlike. Tarım ilacı kullanımına sınırlama getirmek hükümetimizin ilk hamlesi olabilir. Lenfoma gibi kanserler için daha güçlü bir risk faktörü bilmiyorum. Radyasyondan korunmakta önemli bir diğer konu olabilir. Baz istasyonları her ne kadar masum dense de pek inandırıcı değil. Avustralya’da kablosuz yerine kablolu internet sanırım bu endişelerle uygulanıyor.”

D2: “Sigara için program başlatılmış olup, maalesef hassasiyette azalma vardır. Süreçler daha sıkı takip edilmelidir.Şişmanlık ve fiziksel aktivite boyutuyla yapılan çalışmalar reklamın ötesine geçememektedir. Toplumsal bilinç eksikliği mevcuttur.HPV için aşı programları devletin güvencesi altında yaygınlaştırılmalıdır.Ailede kanser öyküsü olan insanların çocukları mutlaka genetik danışmanlık alacak şekilde yapı kurgulanmalıdır.”

D3: “Bizler biraz daha geriden geldiğimizi düşünüyorum. Bu süreçlerin başlaması ve devamlılığı iyi takip edilmeli.”

D4: “Ülkemizde kâğıt üzerinde eylem programları çok iyi yazılmakla beraber sahada bu çalışmalar yetersiz kalmaktadır. Gerek sağlık personelinin gerekse

vatandaşın yetersiz bilgilendirilmesi ve politik kararlılığın olamaması çalışmaların etkisini tam olarak göstermesini engellemektedir.”

D5: “Aksaklıklar olmakla birlikte DSÖ kanserin önlenmesi ile ilgili önerileri sağlık bakanlığının da katkısı ile olumlu bir şekilde yürütülmektedir.”

D6: “APOCP (Asian Pacific Organization for Cancer Prevention), ANCCA (Asian National Cancer Centers Alliance), IPRI (International Prevention Research Institute), MECC (Middle East Cancer Consortium), UICC (Union for International Cancer Control), MECC (Middle East Cancer Consortium), BSC (The Black Sea Countries Coalition on Breast and Cervical Cancer Prevention), IARC (International Agency for Research on Cancer), ABD Kanseri Enstitüsü ve Dünya Kanseri Liderleri Toplantıları gibi tüm dünyada görev alan, denetleyen ve program yapan dernekler olduğu gibi ülkemizde de bu bağlamda eylem programları Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Çevresel faktörlerin ve beslenme düzeninin iyi bir şekilde sağlanması ile 3 hastadan birinin kanserini engellendiği düşünüldüğünde son derece önemlidir. Eylem dahilinde sağlık yaşam merkezlerinin açılması, her semte spor aletlerinin konulması, eğitimlerinin verilmesi ile kanserde önlemede önemli yollar kat edilmiştir. Sigara bırakma, obezite ile mücadele çalışmalarında önemli oranda katkı sağlamıştır. Kamu spotları ile de desteklenmiştir.”

D7: “Birçok hastane de ve KETEM’lerde sigara bıraktırma poliklinikleri mevcut. Bu oldukça önemli. Yine obezite ile mücadele önemli. Bunlarla ilgili çalışmalar ve toplum bilinci artırılabilir. Kapalı alanlarda sigara yasağı özellikle pasif içiciliğin önlenmesi için oldukça iyi oldu. Eskiye nazaran bu konuda toplum bilinci oturdu diye düşünüyorum. Aktif sigara içiciliğinin azaltılması yönünde çalışmalar devam etmelidir.”

Kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan eylemlere dair görüşler MAXQDA programı 2020 sürümü ile kod matris analizine tabi tutulduğunda çoğunluk olumlu eylemler gerçekleştiği ancak eksiklikler olduğu görüşünde bulunmuştur. Bu olumlu eylemler özellikle sigara ve obezite karşıtı eylemler olarak görülmektedir. Bunlara ek olarak baz istasyonlarının azaltılması, tarım

ilacı kullanımının sınırlandırılması, uygulanan eylemlerin daha iyi takibinin yapılması, aile öyküsü olanlara genetik danışmanlık yapılması ve HPV aşısının devlet güvencesinde sağlanması önerilmektedir (Tablo 31).

Tablo 31. Kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı eylemlerine dair görüşlerin kod matris analizi

Kod Sistemi	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	TOP...
Önlenilebilir risk faktörlerine karşı ülkemizdeki								0
Sigara karşıtı eylemler olumlu						■	■	2
Obeziteye karşı eylemler olumlu						■	■	2
Politik kararlılık yetersiz				■				1
Olumsuz			■	■				2
Aile öyküsü olanlara genetik danışmanlık		■						1
HPV aşısı devlet güvencesinde olmalı		■						1
Obeziteye değinilmeli		■						1
Sigara konusunun takibi yetersiz		■						1
Baz istasyonları azaltılmalı	■							1
Tarım ilacı kullanımı dikkate alınmalı	■							1
Olumlu ancak eksik	■				■	■	■	4
Σ TOPLAM	3	4	1	2	1	3	3	17

Kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı eylemlerine dair görüşlerin hekimler arasında benzerlik matris analizi gerçekleştirildiğinde en yüksek benzer görüş genel cerrahi uzmanı ile halk sağlığı uzmanı arasındadır (%92). Buna ek olarak kadın hastalıkları uzmanının diğer hekimlerle görüşlerinin benzer olduğu görülmüştür (Tablo 32).

Tablo 32. Hekimlerin kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı eylemlerine dair görüşlerinin benzerlik analizi

	AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (UZMAN)	HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)
AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	1,00	0,42	0,67	0,58	0,83	0,67	0,67
GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	0,42	1,00	0,58	0,50	0,58	0,42	0,42
GENEL CERRAHİ (UZMAN)	0,67	0,58	1,00	0,92	0,83	0,67	0,67
HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	0,58	0,50	0,92	1,00	0,75	0,58	0,58

KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	0,83	0,58	0,83	0,75	1,00	0,83	0,83
MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	0,67	0,42	0,67	0,58	0,83	1,00	1,00
RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)	0,67	0,42	0,67	0,58	0,83	1,00	1,00

Soru 5: Kanser kontrolünde kanserden korunma, kayıt sistemi, erken tanı, politikalar ve yönetim temel bileşenlerdir. Kanserle mücadele konusunda Sağlık Bakanlığı ile iletişim halinde olması gereken paydaşlar konusunda ne düşünüyorsunuz?

D1: “Aile hekimleri, hastaneler, yerel yönetimler, milli eğitim, müftülük”

D2: “Sivil toplum bu süreçleri takip etmeli, politika geliştirmeli, Sağlık Bakanlığı’na yön çizmelidir. Bu süreçler siyaset üstü olmalı ve bütün bireylerin insanca yaşamasını ve hizmetlerden eşit istifade etmesini sağlayacak şekilde kurgulanmalıdır. Sivil toplum olarak meslek paydaşları ve bütün vakıf, dernek ve federasyonlar süreçte yer almalıdır.”

D3: “Aile hekimliği, hastanelerin tümör ile uğraşan tüm uzmanlık birimlerinin sürece katılması gerekir.”

D4: “Meslek örgütleri, Sivil toplum kuruluşları ve dernekler, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı kuruluşlar, kanaat önderleri, din adamları, diyanet işleri başkanlığı”

D5: “Sağlık Bakanlığının hasta takip sistemi, e-nabız, il sağlık müdürlükleri, aile hekimleri ve de bakanlık hastanelerin entegrasyonu ile olumlu yönde işlemektedir.”

D6: “Bu süreç uzun ve kapsamlı bir süreç olduğu gibi uzun dönemdeki sonuçlara dikkat edildiğinde veri girişin düzgün bir şekilde sağlanması riskli bireylerin daha erken tanınması ve prevantif tedavilerin yapılması ile maliyet düşecektir. Bu bağlamda paydaşların veri girişi için sağlıklı bir sistem ve merkezi sistem olması son

derece önemlidir. Kanser tedavisinin maliyeti düşünülduğünde maliyet daha az olacaktır”

D7: “Sağlık hizmeti sunan ekip (hekimler ve eğitim hemşireleri) , sivil toplum örgütleri, medya, İlaç firmaları ortaklaşa çalışılmalı.”

Tablo 33. Kanserinin kontrolünde Sağlık Bakanlığı ve paydaşlara yönelik ifadeler

SORU	Kanserinin önlenmesi için DSÖ kanserinin önlenemeyen temel risk faktörlerine yönelik eylem planları başlatmış olup, birincil koruma dahilinde ülkemizde yer alan eylem programları hakkında ne düşünüyorsunuz?	Kanser kontrolünde kanserden korunma, kayıt sistemi, erken tanı, politikalar ve yönetim temel bileşenlerdir. Kanserle mücadele konusunda Sağlık Bakanlığı ile iletişim halinde olması gereken paydaşlar konusunda ne düşünüyorsunuz?
D1	Olumlu. Diğer risk faktörleri de düşünülmeli; tarım ilacı kullanımının sınırlanması, bazı istasyonlarının azaltılması	Aile hekimleri, hastaneler, yerel yönetimler, milli eğitim, müftülük
D2	En bilinen eylem programı sigara konusunda ancak takip yetersiz. Obezite konusuna değinilmeli. HPV aşısı devlet güvencesinde yapılmalı. Aile öyküsü olanlara genetik danışmanlık sağlanmalı	Sivil toplum örgütleri, vakıf, dernek ve federasyonlar
D3	Yeterli düzeyde değil (olumsuz). Başlatılmalı ve takip edilmeli.	Aile hekimliği, ilgili uzmanlık birimleri
D4	Kağıt üzerinde (olumsuz). Sağlık personelleri ve toplum bilgilendirilmeli. Politik kararlılık gerekli.	Meslek örgütleri, Sivil toplum kuruluşları ve dernekler, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı kuruluşlar, kanaat önderleri, din adamları, diyanet işleri başkanlığı
D5	Aksaklıklar var ama Sağlık Bakanlığı DSÖ önerileri ile olumlu şekilde yürütüyor (olumlu).	Hasta takip sistemi, e-nabız, il sağlık müdürlükleri, aile hekimleri
D6	Olumlu eylemler yapılmakta: Spor aletleri, sigara ve obeziteye dair çalışmalar ve kamu spotları gibi	Tedavi maliyetlerini azaltmak üzere paydaşlar düzenli veri girişi yapmalı
D7	Olumlu. Sigara ve obeziteye karşı çalışmalar, Eskiye göre toplum bilinci arttırıldı	Sağlık hizmeti sunan ekip (hekimler ve eğitim hemşireleri), sivil toplum örgütleri, medya, İlaç firmaları ortaklaşa çalışılmalı.

Kanserle mücadele konusunda Sağlık Bakanlığı ile iletişim halinde olması gereken paydaşlar konusunda hekimlerin görüşlerinin MAXQDA programı 2020 sürümü ile kod matris analizi yapıldığında çoğunluğun aile hekimliği, hastaneler ve sivil toplum örgütlerini belirttiği tespit edilmiştir (Tablo 34).

Tablo 34. Sağlık Bakanlığı ile iletişimde olması gereken paydaşların kod matris analizi

Kod Sistemi	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	TOP...
▼ Sağlık Bakanlığıyla iletişimde gerekli paydaşlar								0
İlaç firmaları							■	1
Medya							■	1
Maliye	■					■		2
Diyanet işleri başkanı				■				1
Din adamları				■				1
Kanaat önderleri				■				1
Müftülük	■							1
Milli eğitim	■			■				2
Vakıf ve dernekler		■		■				2
Yerel yönetimler	■				■			2
Sivil toplum örgütleri		■		■			■	3
Hastaneler	■		■				■	3
Aile hekimleri	■		■		■			3
Σ TOPLAM	6	2	2	6	2	1	4	23

Hekimlerin kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı ile iletişimde olması gereken paydaşlara dair görüşlerinin benzerlik matris analizine göre en yüksek benzerlik kadın hastalıkları doğum uzmanı ile genel cerrahi uzmanı arasında görülmüştür (%86) (Tablo 35).

Tablo 35. Hekimlerin kanser kontrolünde Sağlık Bakanlığı ile iletişimde olması gereken paydaşlara dair görüşlerinin benzerlik analizi

	AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (UZMAN)	HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)
AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	1,00	0,43	0,71	0,29	0,71	0,64	0,43

GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	0,43	1,00	0,71	0,71	0,71	0,79	0,71
GENEL CERRAHİ (UZMAN)	0,71	0,71	1,00	0,43	0,86	0,79	0,71
HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	0,29	0,71	0,43	1,00	0,43	0,50	0,43
KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	0,71	0,71	0,86	0,43	1,00	0,79	0,57
MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	0,64	0,79	0,79	0,50	0,79	1,00	0,64
RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)	0,43	0,71	0,71	0,43	0,57	0,64	1,00

Soru 6: Kanser hastalarının tedavi ve tedavi sonrası hayata adaptasyon aşamalarında yaşadığı sorunlar sizce nelerdir? Bu sorunları çözmeye yönelik politikalarımızı değerlendirir misiniz?

D1: “Tedaviye ulaşma sorunu olabilir. Şuan için örneğin Bursa’da onkoloji hastanesi Şehir hastanesine taşındı. Hastaların büyük sıkıntı yaşadığını gözlemliyorum. Ama tabii ki bu durum geçici olabilir. Palyatif servislerin de sayıca yetersiz olduğunu düşünüyorum.”

D2: “Maalesef kanser merkezleri yeterince etkin değildir. Bu süreçte mükemmeliyet merkezleri kurulmalı ve süreçler mutlaka hastaya bırakılmadan yönetilmelidir. En önemli olan ancak hastanın ifade edemediği sorun alanında iyihil-insanların azlığıdır. Bu bütün süreçleri olumsuz etkilemektedir. Sağlık meslek grupları kanserli hastalara hizmet için özel yetiştirilmeli.”

D3: “Hasta rehabilitasyonları, bilgilendirilmesi ve uyumu sürecinde oluşturulacak iletişim bölümleri, hastalara ve yakınlarına yönelik bilgilendirme konusunda yardımcı olacaktır.”

D4: “Sosyal destek programları yetersiz, bazen ilaç alma ile ilgili bürokratik ve maddi sıkıntılar, toplumsal duyarsızlık”

D5: “Öncelikle hastaların bu durumu kabullenmeleri ve de tedavi ve sonraki süreçte sosyal ve psikolojik destek almaları çok önemli bir husustur. Bu durum maalesef devlet hastanelerinde gerek kanser cerrahisi ve medikal onkolojisi ve

psikiyatri bölümlerinin çok yoğun olması gerekse diğer yoğunluklar hastaların tedavi sonrası dönemde eksik kalmakta ya da hem hasta hem de yakınları tarafından ihmal edilmektedir. Bu tür hastalar için özel birimler oluşturulması çok önem arz etmektedir. Evde bakım hizmetleri birimi ülkemizde sağlıklı bir şekilde hizmet vermektedir. Bu tür bir devlet ve yerel yönetim destekli birimler yardımcı olabilecektir.”

D6: “Kanser hastalarının tedavisi ile ilgili genel olarak bir sıkıntı olmamakla birlikte adaptasyon süreci içerisinde kanserin toplum tarafından daha az bilinmesi ve yanlış bilgiler nedeniyle bu hasta grubu tedavilerden uzaklaşmaktadır. Aynı zamanda bu yanlış bilgi nedeniyle insanların adaptasyon sürecinde ve sonrasında sıkıntı yaşadığı aşikardır. Bu sorunları çözmeye yönelik politikalarımızı değerlendirir misiniz? Toplum bilgilendirme amaçlı kanser haftalarında yapılan bilgilendirme toplantıları olmakla birlikte (hastalar daha fazla bilgi edinmektedir) yeterli olduğu düşüncesinde değilim. Toplum tabanlı bilgilendirme broşürleri, programlar yapılmalıdır. Maliyeti kanser tedavi maliyetinden daha düşük olacaktır.”

D7: “Hastaların büyük kısmı tedavi sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyor. Bir kısmı hastalığı konuşmuyor yada ailesi hastanın yanında konuşmuyor. Hastalık uygun bir dille kişinin umudunu kırmadan hasta ile konuşulmalı. Konuşulmadığı zaman durumlarının olduğundan daha ağır olduğunu da düşünebiliyorlar. Bu süreçte doğru aile desteği çok önemli. Bazı hastaların maddi problemleri var. Zaten zor bir süreçten geçerken maddi zorluklar onları daha da kötü etkiliyor. Tedavinin ardından genel durumlarına göre normal hayatlarına dönmeleri sağlanmalı. Düzenli psikolojik destek programı yok. Maddi durum değerlendirmesi yapılarak maddi destek sağlanması kolaylaştırılmalı. (Hastalar bu desteğe ulaşmakta zorlandığını ifade ediyorlar.)”

Tablo 36. Kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyon durumu ve çözüme dair ifadeler

SORU	Kanser hastalarının tedavi ve tedavi sonrası hayata adaptasyon aşamalarında yaşadığı sorunlar sizce nelerdir?	Bu sorunları çözmeye yönelik politikalarımızı değerlendirir misiniz?
D1	Tedaviye ulaşma sorunu var	Onkoloji hastaneleri ayrı olmalı, palyatif servislerin sayısı artırılmalı

D2	Kanser merkezleri yeterince etkin değil	Merkezler kurulmalı, süreçte özel yetiştirilmiş sağlık meslek grupları hizmet vermeli
D3	İletişim ve bilgilendirme sorusu var	Rehabilitasyon, bilgilendirme ve uyum konusunda iletişim bölümleri kurulmalı
D4	Sosyal destek programları yetersiz, ilaç alma konusunda bürokratik ve maddi sıkıntılar, toplumsal duyarsızlık var	Sosyal destek programları, ilaç alımlarına dair bürokratik eylemler ve toplumsal duyarlılık geliştirilmeli
D5	Hasta ve hasta yakınlarına yönelik sosyal ve psikolojik destek yetersiz	Hastanelerde kanser hasta ve yakınlarına destek verecek birimler oluşturulmalı, evde bakım hizmetleri arttırılmalı
D6	Eksik bilgilendirme nedeniyle hastalar tedaviden uzaklaşmakta	Toplum bilgilendirme amaçlı toplantı, bilgilendirme broşürleri, programlar yapılmalı
D7	Sosyal ve psikolojik destek programları yetersiz, ilaç alma konusunda bürokratik ve maddi sıkıntılar, toplumsal duyarsızlık var	Sosyal destek programları, psikolojik destek programları, ilaç alımlarına dair bürokratik eylemler geliştirilmeli

Kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyon durumu ve çözüme dair görüşlerin MAXQDA programı 2020 sürümü ile kod matris analizine göre en sık belirtilen sorun sosyal destek yetersizliğidir. Bunu psikolojik destek yetersizliği, tedaviye ulaşma ve ilaç alma sorunu, toplumsal duyarsızlık, bürokratik eylemlerin yetersizliği takip etmektedir. Bu sorunları çözmeye yönelik ise çoğunluk bilgilendirme, rehabilitasyon ve iletişim birimlerinin kurulması gerektiği ifade edilmiştir. Buna ek olarak sosyal ve psikolojik destek birimleri kurulmalı, ilaç alımı ve maddi sıkıntılara yönelik bürokratik eylemler gerçekleştirilmeli ve toplumsal duyarlılık arttırılmalıdır (Tablo 37)

Tablo 37. Kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyon durumu ve çözüme dair görüşlerin kod matris analizi

Kod Sistemi	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	TOP...
▼ Hastaların tedavi ve sonrası adaptasyon sorunları								0
Psikolojik destek yetersizliği					■		■	2
Maddi sıkıntılar				■			■	2
Bürokratik sorunlar				■			■	2
Toplumsal duyarlılık				■			■	2
Sosyal destek programı yetersizliği				■	■		■	3
İletişim ve bilgilendirme eksikliği			■			■		2
Etkin kanser merkezi yetersizliği		■						1
Tedaviye ulaşma	■						■	2
▼ Sorunlara yönelik çözüm önerileri								0
Daha fazla evde bakım hizmetleri								0
Bürokratik eylemler				■	■		■	3
Toplumsal duyarlılık				■	■		■	3
Sosyal destek programları				■		■	■	3
Bilgilendirme, rehabilitasyon ve iletişim bölümleri			■		■	■	■	4
Daha fazla palyatif servis	■							1
Ayrı onkoloji hastaneleri	■	■						2
Σ TOPLAM	3	2	2	7	5	3	10	32

Hekimlerin kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyon durumu ve çözüme dair görüşlerinin benzerlik matris analizine göre en büyük benzerlik medikal onkoloji uzmanı ile genel cerrahi uzmanı arasında görülmektedir (%94) (Tablo 38).

Tablo

38. Hekimlerin kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyon durumu ve çözüme dair görüşlerinin benzerlik analizi

	AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (UZMAN)	HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)
AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	1,00	0,82	0,71	0,41	0,53	0,65	0,35
GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	0,82	1,00	0,76	0,47	0,59	0,71	0,29
GENEL CERRAHİ (UZMAN)	0,71	0,76	1,00	0,47	0,71	0,94	0,41
HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	0,41	0,47	0,47	1,00	0,65	0,53	0,82
KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	0,53	0,59	0,71	0,65	1,00	0,65	0,71
MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	0,65	0,71	0,94	0,53	0,65	1,00	0,47
RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)	0,35	0,29	0,41	0,82	0,71	0,47	1,00

Soru 7: 2000’li yıllardan itibaren Sağlık Bakanlığı hastalığın geçmişine ilişkin bir kayıt sistemi oluşturdu ve buna Kanser Kayıtcılığı denildi. Bu sistemin efektif olup olmadığını, güçlü ve zayıf yönlerinin neler olduğunu düşünürsünüz?

D1: “Hastanede böyle bir sistem olduğunu biliyorum. Toplanan bilgiler ilgili hekimlerle paylaşılıyor mu? Bu konuda şüpheliyim.”

D2: “Sistem var ancak etkinliği konusunda tereddütlerim bulunmaktadır. Hastaların bütün süreçlerinin işlenebilirliği konusunda eksikliği olduğunu düşünmekteyim.”

D3: “Başlanmış olan her şey iyidir, ancak sistemin iyileştirilmesi gerekir. Bunların 6 aylık ve yıllık sürelerle güncelleştirilmeli, oranların belirlenmesi, hasta prognozu ve tedavi yaklaşımlarına yönelik eğitici toplantılar tertip edilmelidir.”

D4: “Ülkemiz için bir kanser veri bankasının oluşturulması, kanserle mücadele ve politika oluşturulması için önemlidir. Ancak bu veri kaynağının ne kadar doğru ve zamanında kullanıldığı daha da önemli. Ayrıca kurumların buna verdiği ve gösterdiği hassasiyet gelecek kuşaklar için gereklidir. Şu an itibarı ile her ne kadar görüntü olarak tatmin edici olmasa bile, bu hali ile bile çok yararlı bir sistemdir.”

D5: “Bu konu hakkında fikrim yok”

D6: “Kanser kayıtçılığı ilk başlarındaki döneme göre oldukça iyi ve birçok ülkenin önündedir. Ancak sistemde mükerrer girişler olabilmektedir. Buda merkez bir sistemle çözülebilir.

D7: “Kanser kayıtlarının tutulması çok önemli. Ancak bu kayıt sistemi daha merkezi olmalı ve her hastaneden görülebilmeli.”

Kanser Kayıtçılığı sisteminin efektif olup olmadığını, güçlü ve zayıf yönlerine dair görüşler MAXQDA programı 2020 sürümü ile kod matris analizi yapıldığında hekimlerin büyük çoğunluğunun kanser kayıtçılığı sistemini bildiği ancak etkin yürütülmediğini düşündüğü görülmüştür (Tablo 39).

Tablo 39. Kanser kayıtçılığı ve sistemin yürütülmesine yönelik görüşler

Kod Sistemi	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	TOP...
▼ Kanser kayıtçılığı sistemi algısı								0
Fikrim yok					■			1
Sistem var	■	■	■	■		■	■	6
Sistem yok								0
▼ Sistem işleyişi								0
Eğitici toplantı gereksinimi			■					1
Fikrim yok					■			1
Güncellenmeli			■					1
Etkin yürütülüyor		■	■	■		■	■	5
Bilgi paylaşımı yetersiz	■						■	2
Σ TOPLAM	2	2	4	2	2	2	3	17

Hekimlerin kanser kayıtçılığı ve sistemin yürütülmesine yönelik görüşlerin benzerlik matris analizine göre hekimlerin birbiriyle yüksek benzerlik gösterdiği görülmektedir (%80- %90) (Tablo 40).

Tablo

40. Hekimlerin kanser kayıtlılığı ve sistemin yürütülmesine yönelik görüşlerin benzerlik analizi

	AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (UZMAN)	HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)
AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	1,00	0,80	0,60	0,80	0,60	0,80	0,90
GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	0,80	1,00	0,80	1,00	0,60	1,00	0,90
GENEL CERRAHİ (UZMAN)	0,60	0,80	1,00	0,80	0,40	0,80	0,70
HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	0,80	1,00	0,80	1,00	0,60	1,00	0,90
KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	0,60	0,60	0,40	0,60	1,00	0,30	0,50
MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	0,80	1,00	0,80	1,00	0,60	1,00	0,90
RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)	0,90	0,90	0,70	0,90	0,50	0,90	1,00

Soru 8: Sağlığı geliştirmek, kanser insidansını azaltmak için politikalardan neler değiştirilmeli ve gelecek nasıl planlanmalıdır?

D1: “Radyasyon ile mücadele, Tarım ilaçlarının azaltılması, Egzersizin özendirilmesi, Sigara ile mücadele çocuklar sigara ile tanışmadan başlamalı, Cinsel yolla geçen hastalıklara karşı korunma, Stresin azaltılmasına yönelik çabalar.”

D2: “Sigarayla sıkı mücadele edilmeli ve hükümetler üstü ulusal politika olmalıdır. Alkolle mücadele edilmelidir. Obeziteyle etkin mücadele edilmelidir. Fizik aktivite için toplumsal akıl oluşturulmalıdır. Seksüel yaşam ile ilgili riskleri minimize edecek toplumsal planlama yapılmalıdır. Belki de bütün bunları yapmak için işi sadece bu konular olan bir Halk Sağlığı Bakanlığı kurulmalıdır.”

D3: “Genel cerrahi açısından düşünürsek, gastrointestinal sistem kanseri erken yakalandığında hem tanı hemde tedavisi aynı anda yapılabilmekte, hasta çok kısa sürede sağlığına kavuşmakta olacak ve tedavisi hızlı, etkin ve ileri evre tümörlere göre çok daha maliyeti az olacaktır. Bunun için endoskopiyle ulaşılabilirliğin artırılması gerekir. Endoskopi ünitelerinin yaygınlaşması, endoskopi cihazlarının artırılması ve yaygınlaştırılması uygun olacağı kanaatindeyim.”

D4: “İnsanların sağlıklı koşullarda yaşaması ve sağlıklı ve yeterli beslenmesi gereklidir. Yediğimiz gıdanın güvenilirliği konusunda çok büyük eksiklikler söz konusudur. Yenilen ve içilen gıdaların denetimleri maalesef yok gibidir. Hiçbir gıdanın pazara gerekli ilaç ve diğer kimyasal denetim yapılmadan sunulması gerekirken maalesef bu konuda hiçbir işlem yapılmamaktadır. Sosyo-ekonomik refah düzeyinin arttırılması da bu konularda etkin olacaktır.”

D5: “Tarama programları etkinliği için aile hekimleri ve halk sağlığı müdürlükleri daha etkin bir biçimde irtibat kurmalı, kaçak eksik vs durumları değerlendirilerek 3 ya da 6 aylık periyotlarda bakanlık bünyesinde bu veriler toplanmalıdır. Olası patoloji de hastalar etkin teşhis ve tedavi alıp almadığı teyit edilmelidir.”

D6: “Toplum tabanlı programlar yapılmalı, mücadele programları artırılmalı ve desteklenmelidir.”

D7: “Sigara ile mücadele çok önemli bu konuda iyi yol alındı. Devam edilmeli. Obezite ile mücadele edilmeli. Toplumun beslenme alışkanlıkları daha çocukların büyüme aşamasında düzenlenmeli. Hava kirliliği azaltılmalı. Sağlığın bozulmasında en önemli faktörlerden biri olan stresle mücadele için toplumdaki her türlü ŞİDDET le mücadele edilmeli.”

Kanser insidansını azaltmak için politikalarından nelerin değişmesi gerektiği ve geleceğin nasıl planlanmasına dair görüşlerin MAXQDA programı 2020 sürümü ile kod matris analizine göre obezite karşıtı önlemlerin alınması en sık belirtilmiştir. Bunun ardından da mevcut sigara karşıtı önlemlerin ise takibinin arttırılıp geliştirilmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı eğitim ve önlemlerin alınması belirtilmiştir (Tablo 41).

Tablo

41. Kanser insidansını azaltmak için önerilen politikaların kod matris analizi

Kod Sistemi	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	TOP...
▼ Sağlık geliştirmek için önerilen politikalar								0
○ Aile hekimleri ve halk sağlığı müdürlüklerinin veri paylaşım					■			1
○ Stres ve şiddetle mücadele							■	1
○ Hava kirliliği önlemleri							■	1
○ Toplum tabanlı programlar						■	■	2
○ Sosya-ekonomik refah arttırımı				■				1
○ Endoskopi üniteleri kurulması			■					1
○ Obezite karşı önlemler	■	■		■			■	4
○ Cinsel yolla bulaşan hastalık önlemleri	■	■						2
○ Sigara karşı önlemler	■	■					■	3
○ Tanrı ilacı kullanımını kısıtlaması	■							1
○ Radyasyon önlemleri	■							1
Σ TOPLAM	5	3	1	2	1	1	5	18

Hekimlerin kanser insidansını azaltmak için politikalardan nelerin değişmesi gerektiği ve geleceğin nasıl planlanmasına dair görüşlerinin benzerlik matris analizine göre en fazla benzerlik genel cerrahi uzmanı ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve medikal onkoloji uzmanı arasında tespit edilmiştir (%83) (Tablo 42).

Tablo 42. Hekimlerin kanser insidansını azaltmak için önerilen politikalara dair görüşlerinin benzerlik analizi

	AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (UZMAN)	HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)
AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	1,00	0,83	0,50	0,58	0,50	0,50	0,50
GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	0,83	1,00	0,67	0,75	0,67	0,67	0,67
GENEL CERRAHİ (UZMAN)	0,50	0,67	1,00	0,75	0,83	0,83	0,50
HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	0,58	0,75	0,75	1,00	0,75	0,75	0,58
KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	0,50	0,67	0,83	0,75	1,00	0,83	0,50
MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	0,50	0,67	0,83	0,75	0,83	1,00	0,67
RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)	0,50	0,67	0,50	0,58	0,50	0,67	1,00

Tablo 43. Kanser kayıtçılığı ve kanser insidansını azaltmaya yönelik politikalara dair görüşler

SORU	2000’li yıllardan itibaren Sağlık Bakanlığı hastalığın geçmişine ilişkin bir kayıt sistemi oluşturdu ve buna Kanser Kayıtçılığı denildi. Bu sistemin efektif olup olmadığını, güçlü ve zayıf yönlerinin neler olduğunu düşünürsünüz?	Sağlığı geliştirmek, kanser insidansını azaltmak için politikalardan neler değiştirilmeli ve gelecek nasıl planlanmalıdır?
D1	Sistem var ancak toplanan bilgiler hekimlerle yeterince paylaşılmıyor	Radyasyon, tarım ilacı kullanımı, sigara ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile mücadele, egzersizin özendirilmesi
D2	Sistem var ancak yeterince etkin değil	Sigara, alkol, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve obezite ile mücadele eden Halk Sağlığı Bakanlığı kurulmalı
D3	Sistem var ancak güncellenmeli ve prognoz, tedaviye dair eğitici toplantılar olmalı	Gastrointestinal kanserlere karşı endoskopi üniteleri ve ulaşılabilirliği geliştirilmeli
D4	Sistem var ancak doğru ve zamanında kullanımına önem verilmeli	Sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirme yapılmalı, gıdalar konusunda denetimler yapılmalı, sosyoekonomik refah artırılmalı
D5	Bu konuda fikrim yok	Aile hekimliği ve Halk Sağlığı Müdürlükleri düzenli periyotlar ile verileri paylaşmalı
D6	Sistem var ancak veri girişleri merkezi bir sistemle iyileştirilmeli	Toplum tabanlı programlar yapılmalı, mücadele programları artırılmalı ve desteklenmeli
D7	Sistem var ancak toplanan bilgiler her hastaneden ulaşılamıyor, tek merkez olmalı	Sigara ile mücadele, obezite ile mücadele, çocukluktan beslenme alışkanlıkları düzenlenmeli, hava kirliliği azaltılmalı, stresle mücadele, şiddet ile mücadele

Yukarıda belirtilen tüm ifadeler sonunda ülkemizde kansere karşı mücadeledeki politikalarımızın SWOT analizi düşünülerek güçlü ve zayıf yönlerinin, bu bağlamda mevcut fırsat ve tehditlerin hekimler tarafından değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle son olarak bu konuda görüşlere yer verilmiştir.

Soru 9: Ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede SWOT Analizini düşünürsek, güçlü ve zayıf yönlerimiz, fırsatlar ve tehditler konusunda önerileriniz neler olurdu? Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler

Tablo

D1: “Sebepler bilinse de popülist politikalar sebebiyle aksiyonun olmaması zayıf yön olabilir.”

D2: “İyi bir sağlık alt yapısı güçlü yön; Alana spesifik yetişmiş insan gücü az, maddi zorluklar var, zayıf yön; Fırsatlar: Genç nüfus halen fazla, Sağlık çalışanları



fedakâr; Tehditler: Özellikle belli bölgelerde eğitim seviyesinin hala düşük olması, Ulusal politikaların siyasetle ilişkisi olması”

D3: “Takip sisteminin olmayışı, Kanser tarama sisteminin oturtulamaması, Ulusal kanser tedavi guideline larını geliştirememiş olmamız zayıf yönlerimizdir.”

D4: “Bakanlığımızca yapılan çalışmaların devamlılığı ve stratejik planların yapılması güçlü yanlarımız olmakla beraber, politik kararlılığımız ve bürokratlardaki değişimle beraber politikanın değişme olasılığı zayıf yönümüzdür. Toplumsal olarak kanser konusunda bilgilendirmelere açık olmakla beraber, yapılan yetersiz bilgilendirmeler veya toplumun anlayabileceği düzeyin üzerindeki bilgilendirmeler zayıf yönlerimizdir. Genç ve eğitilebilir nüfusa sahip olmamız fırsat iken sağlık okuryazarlığı düzeyimiz tehdit olabilir.”

D5: “Halkın eğitim seviyesi ve farkındalıkları mutlaka artırılmalı. Yeni bir sorun olan göç ve göçmenlerden kaynaklanan ek yük ve de kaçaklar en aza indirgenmesi için göç idaresi ve sağlık bakanlığının hem özel hem kamu hastaneleri ile etkin bir kayıt ve takip sistemi oluşturularak birbiri ile entegrasyonu sağlanmalıdır.”

D6:“Bu Sağlık Bakanlığı tarafından istatistik birimi ile ele alınıp toplumun düzeyine göre irdelenmesi ve planlanması gereken bir durumdur.”

D7: “Radyoterapi alanında teknolojik açıdan oldukça iyi cihazlar mevcut. Ancak bu cihazların ihtiyaca göre dağılımı daha iyi yapılmalıdır. Poliklinikteki hasta sayılarının (özellikle tıbbi onkolojide) fazla olması hekimin hastaya ayırabildiği sürenin azalmasına ve tedavi kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.”

Tablo 44. Ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede güçlü, zayıf yönler, fırsatlar, tehditlere dair görüşler

SORU	Ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede SWOT Analizini düşünürsek, güçlü ve zayıf yönlerimiz nelerdir?	Ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede SWOT Analizini düşünürsek, fırsatlar nelerdir?	Ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede SWOT Analizini düşünürsek, tehditler nelerdir?
D1	Popülist politikalar sebebiyle aksiyonun olmaması zayıf yönlerdir	-	-
D2	İyi bir sağlık alt yapısı güçlü yön, alana özgü yetişmiş insan gücünün az olması ve maddi zorluklar zayıf yön	Genç nüfusun fazla olması, sağlık çalışanlarının fedakar oluşu	Belli bölgelerde eğitim seviyesi düşük, ulusal politikalar siyasetle ilişkili
D3	Takip sistemi eksik, tarama sistemi oturmuş değil, ulusal kanser tedavi kılavuzumuzun olmaması zayıf yön	-	-
D4	Sağlık Bakanlığı çalışmalarının devamlılığı ve stratejik planlamaların varlığı güçlü yönler, politik kararlılık ve bürokratlardaki değişime bağlı politikaların değişimi zayıf yönler	Genç ve eğitilebilir nüfus	Sağlık okuryazarlığı düzeyi
D5	Toplum eğitim seviyesi ve farkındalığının eksik olması zayıf yön	-	Göç ve göçmenlerden kaynaklanan ek yük
D6	Sağlık bakanlığı istatistik birimi bu durumu irdelemeli ve planlamalı		
D7	Radyoterapi cihazları iyi, ihtiyaca göre dağılımı yapılmıyor, hasta sayısı çok, hekimin ayırdığı süre az, tedavi kalitesi düşüyor		Polikliniklerdeki fazla sayıdaki hasta, yetersiz radyoterapi cihaz dağılımı

Ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede SWOT Analizini düşünürsek, güçlü ve zayıf yönlerimizin, fırsat ve tehditlerin neler olduğuna dair görüşlerin MAXQDA programı 2020 sürümü ile kod matris analizi yapıldığında güçlü yönler hemen hemen hiç değinilmemiştir. Sırasıyla en fazla zayıf yönler, tehditler, fırsatlar ve güçlü yönler ifade edilmiştir (Tablo 45).

Tablo 45. Ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede güçlü, zayıf yönler, fırsatlar, tehditlere dair görüşlerin kod matris analizi

Kod Sistemi	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	TOPLAM
> Tehditler		■		■	■		■	6
> Fırsatlar		■		■				3
> Zayıf yönler	■	■	■	■	■	■		11
> Güçlü yönler		■		■			■	4
Σ TOPLAM	1	7	3	6	2	2	3	24

Kod Sistemi	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	TOP...
▼ Tehditler								0
○ Fazla hasta sayısı							■	1
○ Radyoterapi cihazlarının yetersiz dağılımı							■	1
○ Göç ve göçmenlerden kaynaklanan ek yük					■			1
○ Sağlık okuryazarlığı düzeyi				■				1
○ Siyasetle ilişkili ulusal politikalar		■						1
○ Eğitim seviyesi düşük bölgeler		■						1
▼ Fırsatlar								0
○ Sağlık çalışanlarının fedakar oluşu		■						1
○ Genç ve eğitilebilir nüfus		■		■				2
▼ Zayıf yönler								0
○ Toplumsal eğitim ve farkındalık eksik				■	■			2
○ Bürokratik nedenlerden değişmeyen politikalar	■			■				2
○ Ulusal kanser tedavi klavuzunun yokluğu			■					1
○ Tarama sistemi oturmamış			■			■		2
○ Takip sistemi eksik			■			■		2
○ Alana özgü yetişmiş insan gücü az		■						1
○ Maddi zorluklar		■						1
▼ Güçlü yönler								0
○ Sağlık bakanlığı çalışmalarının devanlığı				■				1
○ Stratejik planlamaların varlığı				■				1
○ Kaliteli radyoterapi cihazları							■	1
○ İyi bir sağlık alt yapısı		■						1
Σ TOPLAM	1	7	3	6	2	2	3	24

Hekimlerin ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede SWOT Analizini düşünürsek, güçlü ve zayıf yönlerimizin, fırsat ve tehditlerin neler olduğuna dair görüşlerinin benzerlik matrisine göre analizi yapıldığında en yüksek benzerlik medikal onkoloji uzmanı ile genel cerrahi uzmanı arasında görülmüştür (%96) (Tablo 46).

Tablo 46. Hekimlerin ülkemizin kanser politikalarını, kanser ile mücadelede güçlü, zayıf yönler, fırsatlar, tehditlere dair görüşlerinin benzerliği

	AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	GENEL CERRAHİ (UZMAN)	HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)
AİLE HEKİMİ (DOÇENT)	1,00	0,65	0,83	0,78	0,87	0,87	0,83
GENEL CERRAHİ (DOÇENT)	0,65	1,00	0,57	0,52	0,61	0,61	0,57
GENEL CERRAHİ (UZMAN)	0,83	0,57	1,00	0,61	0,78	0,96	0,74
HALK SAĞLIĞI (UZMAN)	0,78	0,52	0,61	1,00	0,74	0,65	0,61
KADIN HST VE DOĞUM (DOÇENT)	0,87	0,61	0,78	0,74	1,00	0,83	0,78
MEDİKAL ONKOLOJİ (DOÇENT)	0,87	0,61	0,96	0,65	0,83	1,00	0,78
RADYASYON ONKOLOJİSİ (UZMAN)	0,83	0,57	0,74	0,61	0,78	0,78	1,00

3. TARTIŞMA

Hastalık yönetimi kavramı, kronik hastalık veya sağlık ile ilgili riskleri yüksek olan bireylere yönelik sağlık hizmetleri girişimleri ile iletişiminin koordine edildiği bir sistemdir. Hastalık yönetimi programları sayesinde, doktorlar sadece hasta takibinde destek sağlamamakta, bununla beraber hastanın tedaviye uyumunu arttırmakta ve klinik çalışmalar için çözümler sunabilmektedir (103).

Güncel olarak toplanan deneyimler, erken kanser tespiti için programların en iyi şekilde iyi organize edilmiş ve koordine edilmişse, hükümet ve halk sağlığı kurumları tarafından yürütülüp yürütülmediğine veya ağırlıklı olarak aile hekimliği ekipleri tarafından sağlandığına göre gerçekleştirildiğini göstermektedir. Erken kanser tespit programlarının organize edilmesinde uzun bir geleneğe sahip olan yüksek gelirli ülkelerde, beklenen tedavi ve hayatta kalma oranları elde edilmiştir. Bu olumlu sonuçlar sadece çok sayıda çalışanı, iyi teknik tesisleri ve programları koordine eden hükümet yetkililerini değil, kısmen de olsa, ortak risk faktörlerinin yükünü en fazla azaltmayı amaçlayan kapsamlı olarak gerçekleştirilen ve sürdürülebilir güdümlü stratejilerle ilişkilendirilebilir. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi önemli kronik hastalıklar. Bu manada, nüfusun sağlığına yatırım yapmanın en iyi yolu, sağlığı koruyucu çalışma ve yaşam ortamını sağlamaktır (104,105). Düşük gelirli ülkelerde, kanserin önlenmesi ve erken tespiti programlarının uygulanmasında birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik güçlü yönelim, daha iyi birinci basamak sağlık kaynaklarının sosyal eşitsizliklerin olumsuz etkilerini azaltmaya katkıda bulunduğu için en iyi çözüm olabilir (106). Kanser Yönetimi iyi bir birinci basamak sağlık hizmetine (sistem) bağlıdır, yani birinci basamak sağlık hizmeti belirli bir sağlık sistemi politikasını yansıtır (105).

Kanser hastalığı, ilaçlar, hastaneye yatışlar, yaşam sonu bakımı, görüntüleme ve teşhis açısından maliyetlidir. Bu maliyetlerin çoğu doktor ofisinin dışında gerçekleşmektedir. Kanser bakımı için ödenmesi gereken tutarın dörtte üçü doktor ofisinin ve tedavi için verilen ilaçların dışında kalmaktadır. Birçok kanser yönetim programı, artan onkoloji maliyetlerini dizginlemeye yardımcı olmayı vaat eder, ancak

sadece doktor hizmetlerinde ortaya çıkan maliyetlere ve ayakta tedavi ortamındaki ilaçların yönetimine ve maliyetlerine odaklanır. Finansal destek olanlar kanseri anlama konusunda yardım arayan birey ya da kurumlardır. 2009 yılında “Diyabet 2020” projesinin başlatılması, farklı paydaşların dikkatini tekrar hastalığa çekmiştir. Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü ve IDF tarafından desteklenen proje, Türkiye’de sağlık hizmetlerinde sektörler arası eylemin çok iyi bir örneğini teşkil etmiştir. Sağlık Bakanlığı ve uluslararası ortaklar dışında, sivil toplum kuruluşlarından hastalar, akademisyenler ve tedarikçiler de dahil olmak üzere çok çeşitli paydaşlar projeye dahil edilmiştir.

Hangi onkoloji tedavisinin uygun olduğunun, hangi uygulama modellerinin en iyi şekilde çalışacağını ve ilaçların nasıl yönetileceğinin tartışılması, giderek daha fazla sayıda ödeme yapan birey ve politika ihtiyacı doğurmaktadır. Bakım kararlarında tutarlılık için artan bir talep ve tedavi seçeneklerinde (uygun olduğunda) varyasyonda bir azalma söz konusudur. Bazı ödeyiciler başlangıçta birincil çözüm olarak ilaç maliyetinde azalma aramasına rağmen, birçok erken onkoloji yönetimi programı şimdi problemler göstermektedir (96).

Uygulamada çeşitli kanser yönetim modelleri bulunmaktadır. İlaç yönetim modelinin odak noktası onkoloji için kullanılan ilaçlardır. Kullanılan araçlar, tercih edilen ürün fiyatlandırması, formüller ve önceki yetkililerdir. Hastalık yönetim modelinin odak noktası, onkoloji hastalığının semptomlarını, olumsuz etkilerini ve doktor muayenehanesi dışından tedaviyi yönetmektir. Eczane fayda modeli, onkoloji ilaçlarını özel eczane satıcılarına kaydırmak ve onkoloji ilaçlarının ödemesini farmasötik fayda yoluyla göndermek için tasarlanmıştır. Ödeyenler, ilaç yararıyla ilgili ilaçlarla ilgili üye fayda yapılarını ayarlamak için daha fazla esneklik bulmaktadır, ancak beklenmedik olumsuz sonuçlar da bulmaktadırlar. Onkoloji fayda modeli, kullanım yönetimi, ön izin, onay logaritmaları ve rasyonel hekimin geri ödemesi olarak adlandırılan yeni bir kavram içeren bir modeldir. İşbirliği yapan mükellef/hekim programları hızla ortaya çıkmaktadır (öncelikle diğer başarısız modellerin duraklamalarına ve başlangıçlarına bir çözüm olarak) ve hem ödeyenler hem de hekimler tarafından büyük ilgi görmektedir. Arka uç uyumluluk programı (*back-end*),

onkoloji yönetimi için bir modelden ziyade bir araçtır. Arka uç olarak adlandırılır, çünkü tedaviden sonra veri toplamaya veya tercih edilen birkaç tedavi yöntemlerine karşı geriye dönük olarak uygun olduğunu kanıtlamak için tedavi belgelerine (bazı ek manuel verilerle) dayanmaktadır (107,108).

Türkiye coğrafi, sosyal, kültürel ve ekonomik farklılıklar olan devletlerden birisidir. Söz konusu farklılıklar kansere benzer fazla sayıda faktör ile ilişkin çoğalabilen bir hastalığın kontrolü düşünüldüğünde daha fazla karışık bir tablo meydana gelmesine sebebiyet vermektedir. Bunun nedeni, kanserin yalnızca genetik olarak gözlemlenen bir hastalık değil, ilk olarak sigara kullanılması olmak üzere beslenme, yaşanılan çevre koşulları, solunan hava, teknolojik gelişmeler, sedanter yaşam biçimi ile farklı birçok faktörle ilişkin olarak çoğalabilen bir hastalık biçimidir. Kanser tanısı ile tedavisi zorlu bir zaman zarfıdır. Bu zaman zarfında hastalık görülen kişiler ile sağlık çalışanları arasında iletişim problemleri görülebilmektedir (107).

Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelere bakıldığında, kanser insidans profilleri ile oranlarının devlet grupları arasında çeşitlilik gösterdiğini ortaya çıkarmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde, kadınlarda servikal ve meme kanserleri, erkeklerde karaciğer, mide ve akciğer kanserleri daha fazla gözlemlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise kadınlarda kolorektal ve meme kanserleri, erkeklerde prostat ve akciğer kanserlerinin daha sık görüldüğü gözlemlenmektedir (9).

Türkiye Kanser Yönetimi programının ilk aşaması 2008-2013 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Programın ikinci aşaması, deneyimlerimiz ve yeni uluslararası bilimsel veriler ışığında ulusal kanser aktif uluslararası organizasyonlar ve kurumlara (WHO, IARC, Avrupa Birliği Bilim Komisyonu) danışarak oluşturulmuştur. Kanser kayıt sistemi kapsamında eğitimler verilmiştir. İki bin on altı yılında 10 kanser kayıt eğitimi verilmiş her eğitime yaklaşık 30 kanser kayıtçılığı yapacak birey katılmıştır. Her eğitim 4 gün sürmüştür ve toplamda 176 personel eğitimini tamamlamıştır. Gözetim, epidemiyoloji ve sonuçlar programı dahilinde 4 eğitim verilmiş, her eğitimde yaklaşık 27 personel olmak üzere 3'er günlük eğitim gerçekleştirilmiştir. Kanser kayıtçılığında kullanılan yazılım olan CANREG-4 bilgisayar programı için de bilgisayar kullanıcısı olan ilgili 30 personel 3 günlük eğitim almıştır (109).

Kanserde hastalık yönetiminin Bursa ili örneğinde cinsiyete ve yaşa standardize edilmiş hızların kanser türüne göre dağılımlarının 2010 ile 2018 yılları arasında dünya ve ülke geneli ile uyumlu şekilde erkeklerde akciğer, bronş, trakea kanseri, kadınlarda da meme kanseri olduğu dikkat çekmektedir (97).

Bursa kanser kayıt verilerine göre 2010-2012 yılları arasında giderek artan sayıda kanser olgusu belirtilmişken, 2013 yılında ani bir azalma dikkat çekmektedir. Buna ek olarak 2010 yılında erkeklerde trakea, bronş akciğer kanseri %25,6 görülme oranı gösterirken 2012 de %26, 2013 yılında %25,9 oranında, 2014 yılında %26,3, 2015 yılında %26 olarak yavaşça artış göstermektedir. YSH'ları da birbirine yakın seyretmektedir.

2014 senesinde ülkemiz verilerine bakıldığında yaşa sabitlenen kanser hızı erkeklerde daha yüksek olup, yüz binde 246,8 kadınlarda bu durum yüz binde 173,6 olarak hesaplanmıştır. Kanser insidansı yüz binde 210,2'dir. Bu rakam 2014 senesi için 163.417 insana yeni kanser teşhisine tekabül etmektedir. Ülkemiz kanser insidansı sıklığı, erkeklerde daha belirgin olup dünya insidansının üzerinde seyrederken kadınlarda dünya rakamlarından biraz geridedir. Gelişmiş ülkelere göre ülkemiz kanser açısından her iki cinsiyet için daha az bir oranda olduğu izlenmektedir. En fazla gözlemlenen 5 kanser türü için gelişmiş ülkelerdeki ile bizim oranlarımız benzerlikler içermektedir. Solunum yolu kanserleri, erkeklerde yüzbinde elliiki ile en fazla izlenirken, meme kanseri kadınlarda yüzbinde kırküç ile en fazla görülen malignitelerdir.

Genel de akciğer kanseri geç teşhis almakta ve uzak metastaz (%52,7) yaptıktan sonra teşhis almaktadır. Erkek nüfus için Türkiye' de tütüne bağlı kanserler ve Akciğer kanserlerinde azalma trendi devam etmektedir ama toplum alışkanlıklarına yönelik istatistiksel çalışmalarda tütün tüketimi son yıllarda artma eğiliminde olup bu kazanımlar ileride tersine dönebilir.

. En çok karşılaşılan kanser çeşidi kadınlarda meme kanseri olup,. Tanısı konulan her 100 kadın malignitesinden 25'i meme kanseri teşhisi almaktadır. Ülkemizde 5069 yaş arasında kadınlar bu hastaların %44,5'ini ,25-49 yaş aralığında meme kanserli

kadınlar toplamın %40,4 ünü oluşturmaktadır. Bu hastalık için kadın nüfusta evreleme açısından değerlendirildiğinde meme kanseri için invaziv vakaların %11,1'i ileri evredeydi.

Üçüncü sıradaki maligniteler, her iki cinsiyet içinde geçerli olmak üzere Kolorektal tümörlerdir. Sıklık oranları, erkek cinsiyet için 22,8/100000, kadın cinsiyet için 13,8/100000 olarak gözlemlenmiştir.

Etyolojisinde Human Papilloma Virüs (HPV) olduğu bilinen serviks kanserleri ülkemizde yurtdışına göre daha düşük insidanda saptanmakla birlikte kadın malignitelerinin sıralanmasında 10. Sıradadır. Yurtdışında kadınlarda izlenen kanserlerin %5-10'u HPV ile ilişkilidir. Türkiye'de erkeklere nazaran kadınlarda 5 kat daha fazla HPV ile ilişkili tümörler olduğu düşünülmektedir.

Diğer kadın kanserlerinde (Over, meme, uterus korpusu vb.) risk faktörü olarak en önemli etkenlerden biri de obezitedir. Kadınlarda obezitenin artışı ve obeziteyle ilişkilendirilmiş kanserlerin kadınlarda daha sık gözlenmesi, kadın cinsiyeti için daha çok tehlikenin arttığı anlamına gelmektedir.

Erkeklerde dokuzuncu sırada karşımıza çıkan tiroit kanserleri kadınlarda ise en sık ikinci sırada yer almaktadır. Son beş yıl içinde bu kanserin sıklığı stabil seyretmiş olup yüz binde 20 civarındadır. Sağlık sistemlerinde hem ülkemiz hemde dünya ülkelerinde son yıllardaki gelişmelerin getirdiği kişinin hizmete ulaşılabilirliğini artması, kayıt ve takip sistemlerinin oturması stabilliği sağlamıştır, Tiroit malignitelerinin, ülkemiz erkeklerinde dünya ülkelerine nazaran daha yüksek insidanda olması ve kadınlarda bunun bir nebze daha düşük olması dikkat çekicidir.. Gelişmiş ülkeler olarak kabul edilen ABD ve Avrupa Ülkeler ile Ülkemizi karşılaştırdığımızda her iki cinsiyette de kanser açısından daha düşük bir hız izlenmektedir (110).

KETEM standart hizmeti; farkındalık oluşturacak eğitimler, serviks kanseri taraması, meme kanseri taraması, kolorektal kanser taramasını içermektedir. Bursa ilinde ikamet eden kadın olgularda her yıl en fazla gözlemlenen kanser çeşidinin meme kanseri olduğu, 2010 yılında %23, 2012 yılında %24,9, 2013 yılında %25,4 ve 2014

yılında %23, 2015 yılında %25 olarak artış gösteren bir seyirdedir. Bursa KETEM tarama ve eğitim verilerine bakıldığında özellikle gaita gizli kan testi, sigara bırakma polikliniği müracaat sayısı, eğitim sayısı ve katılımcı sayısı 2014 yılında 2015 'e kıyasla belirgin ölçüde daha azdır. Aylar bazında değerlendirildiğinde özellikle yaz aylarından sonra Ekim ayı ile birlikte ya da yaz aylarından hemen önce (Nisan ayı) tarama programları ve katılımın daha fazla olduğu dikkat çekmektedir.

Yıllara göre KETEM kanser taramaları değerlendirildiğinde mamografi, smear ve gaitada gizli kan testlerinin en fazla 2013 yılında gerçekleştiği görülmüştür. Gaitada gizli kan değerlendirilmesi 2012 yılında hiç gerçekleşmemiştir. Bunun nedeni SGK tarafından karşılanarak kolorektal kanserler açısından 2013 yılından itibaren bu tarama başlamıştır. Bursa Sağlık Müdürlüğü 2018 yılı raporuna göre, en fazla mamografi tarama testi ile HPV smear taramasının yapıldığı ve geçmiş yıllara göre artış olduğu dikkat çekmektedir (97). Çalışmamızda 2012 yılından 2018 yılına dek Bursa KETEM kanser taramaları ve eğitimlerinin kayıtları değerlendirildiğinde en fazla artış gaita da gizli kan ve ardından smear testi olarak dikkat çekmiştir. Mamografide de artış olmasına karşın eski yıllardan beri en fazla uygulanan tarama testi olduğu için artış oranı daha düşüktür. Hekimlerle yapılan görüşmelerde de kansere karşı erken tanı ve tarama testleri içerisinde en etkin şekilde uygulanan taramanın mamografi olduğunun belirtilmesi resmi verilerle uyum göstermektedir.

Çalışmamızda kanser tanı, tedavi ve takibinde yer alan aile hekimliği, genel cerrahi, halk sağlığı, kadın hastalıkları ve doğum, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi branşlarındaki uzman hekimlere ülkemizdeki hastalık yönetimine dair süreçler ile ilgili düşünceleri sorulmuştur. İlk olarak hastalık yönetimi tanımı konusunda tüm hekimlerin belli bir bilince sahip olduğu dikkat çekmiştir. Ancak bu hususta sadece hastanın iyileştirilmesi olarak da ifade edilmesi eksik bir farkındalık olduğunu göstermektedir. Bu nedenle özellikle uzman ve yetişmekte olan hekimlere hastalık yönetimi konusunda eğitim toplantılarının ya da bilgilendirmelerin yapılması önerilmektedir.

Ülkemizdeki hastalık yönetimi politikalarına ilişkin tüm hekimler geçmiş yıllara göre gelişme kaydedildiği konusunda hemfikirdir. En etkin hastalık yönetiminin

kanser araştırma ve tedavi merkezleri ile tarama programları olduğu ifade edilmiştir. Ancak merkez sayısının yetersiz olduğu, toplumsal uygulamanın yeterince etkin gerçekleşmediği ve bu merkezlerdeki ekibin daha donanımlı ve uyumlu olması gerektiği vurgulanmıştır. Sadece kanser merkezleri ve tarama programları değil Sağlık Bakanlığının oluşturduğu sistemlerde de zaman içinde programlara bağlı kalınmadığını, değişen bürokratlara bağlı olarak sağlık politikalarının da değiştiği ve bu durumun hasta ve yakınlarının yanı sıra hekimleri de olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bu durum, yetkin kişiler tarafından belirli yasa ve yönetmelikler ile düzeltilmeli ve istikrar sağlanmalıdır.

Sağlık politikalarını oluşturan birim ve bireyler, tarama testleri yoluyla kanserin erken saptamasını organize tarama programlarının uygulandığı çok düzeyli sistem dahilinde dikkate almalıdır (111). Bu sistem, bireyin eğitimi, tutumları, tarama anlayışı ve bakım arayışı kalıplarına ilişkin heterojenliğine göre değişkenlik gösterir. Teknik uzmanlığa sahip tedarikçi ekipleri; politikaları, personeli ve bilgi sistemleri altyapısında değişiklik gösteren bölgesel teşhis, tedavi kuruluşları, kanser insidansı, sigorta geri ödemesi ve mevcut kanser bakımında farklılık gösteren toplulukları içermektedir (112). Ayrıca, bu topluluklardaki sorumlu birimler sağlık harcamaları için rekabet eden önceliklerin yanı sıra bir bütün olarak ülkedeki siyasi ve ekonomik durumu ele almalıdır. Bu nedenle taramanın uygulandığı belirli sosyopolitik ve sağlık sistemi bağlamının ele alınması karmaşık bir süreçtir. Kanser tarama programlarını başlatmış olan ülkelerde organize veya oportünist tarama olmak üzere iki temel yaklaşım kullanılmıştır (113). Her iki yaklaşım da asemptomatik bireylerin kanser için taranmasını içermekte ve ulusal sağlık sistemlerinin yapısı ve organizasyonuna ve hizmet sunumuna bağlıdır. Organize tarama programları, tarama için bir hedef kitle tanımlar ve nüfusun tüm uygun üyelerini sistematik olarak davet eder (114). Organize programlar genellikle merkezi olarak yönetilir ve tarama denemelerine karşılık gelen ilerleme kriterlerine ulaşmak için bir gözetim komitesi tarafından yakın program izleme ve değerlendirmesini içerir. Aksine, vaka bulma olarak da adlandırılan oportünist tarama, talep edenlere tarama testleri sunan veya sağlayıcıdan bir teklifi kabul eden bireyi içerir. Oportünist taramada ne tanımlanmış bir nüfus ne de bireylerin sistematik daveti kullanılmaz ve nadiren sistematik değerlendirmeyi içerir. Ancak

toplam tarama oranları nüfus temelli ya da sağlık tesisi tabanlı anketler ya da kayıtlarla tespit edilebilir. Çoğu ülke ya organize tarama (örneğin Hollanda, Danimarka) ya da oportünist tarama (örneğin ABD) uygulamakta ve İsviçre gibi bazı ülkelerde her iki yaklaşıma da rastlanmaktadır (115). Buna göre ülkemizde organize tarama yaklaşımının uygulandığı görülmektedir. Bu yönüyle dünya genelindeki yaklaşımlarla uyum gösterdiği olumlu bir durum olarak dikkat çekmektedir.

Bu kapsamda çalışmamızda kanserde erken teşhise dair tarama testleri ve uygulamalara dair hekimlerin görüşü sorulmuştur. Verilen ifadelere göre hekimlerde, erken teşhis amacıyla uygulanan tarama testleri olan HPV DNA testi, papsmear testi, mamografi ve kolonoskopinin aile hekimliği, KETEM ve alanındaki uzmanlar tarafından uygulandığı bilinci mevcuttur. Bu testin serviks kanseri için önemine dair farkındalık söz konusudur ancak ülkemizdeki uygulamalar konusunda sosyokültürel seviyemizin gönüllülük esası dahilindeki uygulamayı yeterince etkin kılmadığı görüşü vardır. Çoğu hekim, Sağlık Bakanlığı tarafından toplumu özellikle potansiyel risk altındaki bireyleri bilgilendirme yapılması ve gönüllülük değil, zorunluluk haline getirecek sistem oluşturulmasını önermektedir. Toplum açısından bilinçlendirilip düzenli takipler ile sağlık güvencesi kapsamında bu uygulamaların yapılması ile maliyet açısından da fayda sağlanacağı düşünülmektedir. Öyle ki tarama maliyetlerinin kanser tedavi maliyetlerine kıyasla açık ara daha düşük düzeyde olduğu bilinmektedir.

Yılmaz ve Aksüyek tarafından yapılan bir saha çalışmasında, Bursa'da yaşamakta olan yaşları 30 ile 69 arasında 3000 kadına meme kanseri hakkındaki farkındalık ve erken teşhisin önemine dair görüşlerinin ele alındığı sorular sorulmuştur. Buna göre kadınların büyük çoğunluğunun KKMM yaptığı ancak erken teşhiste önemli bir olan doktor ziyaretlerinin çok düşük oranlarda olduğu sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak sağlık kurumlarının meme kanserinin erken teşhisi hakkında bilgi sahibi olabileceği önemli yerler olması gerektiği düşüncesine rağmen, yapılan analiz sonucunda kadınların çoğunun sağlık kurumlarına hakkında bilgi sahibi olma konusunda isteksiz oldukları gözlemlenmiştir (116). Güvenç ve arkadaşlarının çalışması ulusal rahim ağzı, meme ve kolorektal kanser tarama programlarına katılan kadınların oranlarının istenen düzeyde olmadığını göstermektedir. Daha önce tarama

testlerine dair bilgi sahibi olmak, neden yapıldığını bilmek ve ulusal kanser tarama programı hakkında bilgi sahibi olmak, kadınların testleri yaptırma oranlarını etkileyen önemli faktörlerdir. Hizmetin tanıtımını yapmak için yazılı ve görsel kampanyaların daha büyük bir nüfusu eğitmek için kullanılması ve böylece kanser tarama programlarına katılım oranlarının artırılması önerilmektedir (117). Her iki çalışmada da belirtilen katılımcı sayısı yadsınmayacak düzeydedir. Bu nedenle Bursa ilinde kadınlara sağlık merkezlerine yönlendirmeye yönelik uygulamalar yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Çalışmamızda da konu ile ilgili hekimlerin görüşü alındığında, hekimlerin tarama testlerinin etkin şekilde yapılmadığı yönündeki görüşleri dikkat çekmektedir.

Erken teşhiste aile hekimliğinin rolü konusunda performans açısından yetersiz, tedavi edici odaklı olduğu, tüm süreçlere dahil olmadığı ve görev verildiği halde uygulama yaptıkları gibi olumsuz yönde görüşler söz konusudur. Bunun yanı sıra aile hekimliğinin erken teşhisten çok hastane yoğunluğunu azaltıcı bir etkisi olduğu yönünde bir yanlış algı vardır. Oysa ki erken teşhis konusundaki etkinliği arttırmak için aile hekimlerinin bu sürece daha fazla dahil edilmesi gerekmektedir. Bu konudaki öneriler iş yüklerinin azaltılması, tedavi ve tarama süreçlerine dahil edilmesi hatta pozitif performans gibi bir uygulama ile katılıma teşvik edilmesi ve tarama programlarına daha fazla entegre edilmesi şeklindedir (118).

DSÖ önerileri dahilinde dünya genelinde kanserin önlenmesi amacıyla gerek tarama testleri gerek broşür, eğitimler ve kamu spotu gibi uygulamalar ile eylemler gerçekleştirilmektedir. Bir hastalık olarak kanseri ve erken teşhisin önemi konusunda bilinçlendirmek üzere Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, kanser için gerek farkındalık sağlamak gerekse de toplum eğitimi amacıyla çeşitli faaliyetler düzenlemiştir, bu gibi farkındalık faaliyetlerinin artması uzun vadede kanser konusunda toplum bilincini olumlu yönde etkilemiştir.

Bu konuda hekimlerin ülkemizdeki farkındalık eylemleri konusundaki görüşleri sorulduğunda uygulamaların olduğu ancak dahada artırılması gerektiğini belirtilmiştir. Daha detaylı olarak ifade edilirse sigara kullanımını sınırlama konusunda çalışmaların yoğunlaştığı ancak obeziteye karşı bilinçlendirme, HPV aşısını devlet

güvencesi kapsamında uygulama, tarım ilacı kullanımını sınırlandırma gibi başka eylemler gerçekleştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu eylemlere dair Sağlık Bakanlığı ile iletişim içerisinde olan paydaşlar konusunda tüm hekimler farkındalık göstermektedir. Bu paydaşların aile hekimleri, hastaneler, yerel yönetimler meslek örgütleri, sivil toplum kuruluşları ve dernekler, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı kuruluşlar, din adamları, Diyanet İşleri Başkanlığının yanı sıra enabız, hasta takip sistemi gibi uygulamalar olduğu ifade edilmiştir.

Kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyonu konusunda başlıca problemin sosyal destek program ve birimlerinin yetersizliği belirtilmektedir. Hasta ve yakınlarının yanlış ya da eksik bilgilendirilmesi nedeniyle hastalık ve tedaviye uyum sorunları yaşadığı düşünülmektedir. Bu durum özellikle gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla belirtilmektedir. Bu sorunları gidermek üzere özel merkezlerin kurulması, onkoloji hastanelerinin ayrı olması, sosyal destek programlarının geliştirilmesi, toplum bilincini arttırmak üzere kamu spotu, broşür gibi uygulamalar yapılması, evde bakım hizmetlerinin artırılması önerilmektedir. Oysa ki Bursa

Sağlık Müdürlüğü'nün 2018 yılı raporunda kanser farkındalığı ve erken teşhise yönelik kamu spotu, skorboard görselleri, broşür ve promosyon gibi uygulamalar yapıldığı belirtilmiştir. Bu durum Bursa ilindeki hekimlerin yapılan uygulamalar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını ancak yapılan faaliyetlerin önerileriyle örtüşmesi göz önüne alındığında, Bursa ilinde kansere yönelik uygun ve aktif çalışmalar olduğu anlaşılmaktadır. Bununla beraber kanser kayıtçılığı konusunda sistemin mevcut olduğu ancak yeterince etkin yürütülmediği özellikle vurgulanmıştır. Bu konuda verilerin düzenli, takip altında ve hekimler ile belirli aralıklarla raporlar halinde paylaşılması gerektiği yönünde önerilerde bulunulmuştur. Buna ek olarak polikliniklerdeki hasta sayısının hekim başına fazla düştüğü ve bu nedenle yeterince etkin muayene süresi geçirilemediği ifade edilmiştir. Bu durum özellikle tanı aşamasında oldukça önemlidir. Türk popülasyonunu içeren bir çalışmada çalışmamızla benzer bir şekilde Yurdakul ve arkadaşları küçük hücreli olmayan akciğer kanseri teşhisi olan 1016 hastayı kapsayarak hekimin hasta muayenelerine ayırdığı süreyi değerlendirmiştir. Çalışmada hasta ya da doktor kaynaklı muayene randevularının ertelenmesinin tedavinin de ertelenmesi ya da aksaması ile

sonuçlandığı görülmüştür. Çalışmada hastaların doktora gitmeyi erteleme sürelerinin uzun görülmesi, insanları akciğer kanseri hakkında eğitmenin gerekliliğinin altını çizmiştir. Doktor sayısındaki yetersizlik nedeniyle ortaya çıkan gecikmeleri azaltmak için eğitim çok önemli bir ilk adımdır. Ayrıca, ilgili branş uzmanlarının tanı ve tedavi gecikmelerini daha da azaltmak için düzenli olarak multidisipliner yönetim ve algoritmalar kullanılmalıdır (119).

Dünya genelinde sağlık otoriteleri, öz bakım ve ayakta tedavi uzun vadeli izlemeye yönelik bir hareketi desteklemek için teknolojiyi kullanarak yükü azaltmaya çalışmaktadır (120,121). Bu bağlamda “E-Sağlık” ın birçok tanımı vardır. Terim, sağlık hizmeti sağlayıcılarına, tüketicilere, bakım yönetimi ve eğitimine erişim sağlamak için bilgisayarlar, telefon ve kablosuz iletişim de dahil olmak üzere çok çeşitli teknolojileri kapsayabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, E-Sağlık ‘ı dört ayrı fakat ilgili bileşeni içeren genel bir terim olarak görmektedir (122). Mobil Sağlık (mSağlık): Mobil ve kablosuz teknolojiler aracılığıyla sağlık hizmetleri ve bilgi sağlanması; sağlık bilgi sistemleri (HIS): elektronik hasta kayıtları ve idari sistemler; teletıp: Uzaktan sağlık hizmetlerinin sağlanması, profesyonel iletişim, hasta iletişimi ve uzaktan konsültasyon için kullanılabilen; ve uzaktan eğitim (e-öğrenme): sağlık çalışanları için elektronik ortamda eğitim ve öğretim olarak bu dört bileşen yer almaktadır (123). Çalışmamızda bu bağlamda hekimlerden sadece biri e-nabız uygulamasının hastalık yönetimi açısından önemini vurgulamıştır. Bu durum dünya genelinde dört farklı bileşen dahilinde ele alınan e-sağlık uygulamalarının, ülkemiz kapsamında Bursa ilinde görev yapan hekimler tarafından benimsenmediği görüşünü düşündürmektedir. Bununla beraber Bursa İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından mobil sağlık hizmetleri kapsamında çok sayıda köy ziyaret edilmiş, hastalara evlerinde sağlık okuryazarlığı eğitimleri verilmiş, düzenli tansiyon takipleri gerçekleştirilmiş, sağlık merkezlerinde kanser taramaları yapılması amacıyla yönlendirilmeler yapılmış ve yatalak ya da engelli hastalara sağlık hizmetine ulaşma imkânı sağlanmıştır (97). Buna göre yapılmakta olan uygulamalar hakkında hekimlerin bilgilendirilebileceği platformlarda paylaşımlar yapılması gerekmektedir.

Hekimlere ülkemizdeki mevcut kanseri önleme politikalarımızın zayıf ve güçlü yönleriyle tehdit ve fırsatlar hakkındaki görüşleri sorulduğunda güçlü yönlerden yeterince bahsedilmemiştir. İyi bir sağlık altyapısı, kanser kayıtçılığı, özellikle radyoterapi cihazları gibi güçlü yönler olmasına karşın yetersiz iletişim ve bilgilendirme ile sosyal ve psikolojik destek, ilaca ulaşmada maddi sıkıntılar birkaç soru altında ele alınmıştır. Ancak bu durum sadece ülkemizde değil dünya literatüründe de sıklıkla ele alınan bir konudur. ABD’de onkolojide kullanılan ilaçlara yapılan harcamalar, diğer sağlık alanlarında kullanılan ilaçlara göre orantısız olarak daha yüksek bir oranda artmaktadır (124). Erzurum’da gerçekleştirilen bir çalışmada da 48 kanserli hasta değerlendirilerek sosyal destek ve hastalıkla baş etme durumları incelenmiştir. Buna göre çalışmamızda hekimlerin ön gördüğü üzere sosyal destek ve probleme odaklı üstesinden gelme stratejileri arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (kendine güvenen yaklaşım, sosyal destek arama, iyimser yaklaşım); yani ortalama sosyal odaklı başa çıkma becerisi arttıkça ortalama sosyal destek algıları da artmıştır. Bu sonuç ailelerin hastalar için önemli rolleri olduğunu ve sağlık uzmanları tarafından hastalara bilerek yaklaşımları konusunda eğitilmeleri ve desteklenmeleri gerektiği anlamına gelir. Hastalar bu şekilde daha sonra semptomlarla ilişkili sıkıntıyı çözmek için ikincisini kullanabilir ve sonuç olarak yaşam kalitelerini arttırabilir (125).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda konu ile ilgili farklı branşlardan uzman hekimler ile gerçekleştirilen bireysel derinlemesine görüşmelerde; ülkemizdeki hastalık yönetimi politikalarına ilişkin tüm hekimler geçmiş yıllara göre gelişme kaydedildiği konusunda hemfikirdir. En etkin hastalık yönetiminin kanser araştırma ve tedavi merkezleri ile tarama programları olduğu ifade edilmiştir. Ancak merkez sayısının yetersiz olduğu, toplumsal uygulamanın yeterince etkin gerçekleşmediği ve bu merkezlerdeki ekibin daha donanımlı ve uyumlu olması gerektiği vurgulanmıştır. Kanserde erken teşhise dair tarama testleri ve uygulamalara dair hekimlerin görüşü sorulduğunda, verilen

ifadelere göre hekimlerde, erken teşhis amacıyla uygulanan tarama testleri olan HPV DNA testi, papsmear testi, mamografi ve kolonoskopinin aile hekimliği, KETEM ve alanındaki uzmanlar tarafından uygulandığı bilinci mevcuttur. Bu testin serviks kanseri için önemine dair farkındalık söz konusudur ancak ülkemizdeki uygulamalar konusunda sosyokültürel seviyemizin gönüllülük esası dahilindeki uygulamayı yeterince etkin kılmadığı görüşü vardır. Çoğu hekim, Sağlık Bakanlığı tarafından toplumu özellikle potansiyel risk altındaki bireyleri bilgilendirme yapılması ve gönüllülük değil, zorunluluk haline getirecek sistem oluşturulmasını önermektedir.

Toplum açısından bilinçlendirilip düzenli takipler ile sağlık güvencesi kapsamında bu uygulamaların yapılması ile maliyet açısından da fayda sağlanacağı düşünülmektedir. Öyle ki tarama maliyetlerinin kanser tedavi maliyetlerine kıyasla açık ara daha düşük düzeyde olduğu bilinmektedir.

DSÖ önerileri dahilinde dünya genelinde kanserin önlenmesi amacıyla gerek tarama testleri gerek broşür, eğitimler ve kamu spotu gibi uygulamalar ile eylemler gerçekleştirilmektedir. Bir hastalık olarak kanseri ve erken teşhisin önemi konusunda bilinçlendirmek üzere Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, kanser için gerek farkındalık sağlamak gerekse de toplum eğitimi amacıyla çeşitli faaliyetler düzenlemiştir, bu gibi farkındalık faaliyetlerinin artması uzun vadede kanser konusunda toplum bilincini olumlu yönde etkilemiştir.

Erken teşhiste Aile Hekimliği sisemine dair görüşlerde tüm hekimler aile hekimliği sistemi ve rolüne dair bilgi sahibidir. Erken teşhiste aile hekiminin rolünün tarama kapsamının arttırılarak yer alması gerektiği düşünülmektedir. Bu konudaki öneriler iş yüklerinin azaltılması, tedavi ve tarama süreçlerine dahil edilmesi hatta pozitif performans gibi bir uygulama ile katılıma teşvik edilmesi ve tarama programlarına daha fazla entegre edilmesi şeklindedir.

Hekimlerin ülkemizdeki farkındalık eylemleri konusundaki görüşleri sorulduğunda uygulamaların olduğu ancak dahada artırılması gerektiği belirtilmiştir. Daha detaylı olarak ifade edilirse sigara kullanımını sınırlama konusunda çalışmaların yoğunlaştığı ancak obeziteye karşı bilinçlendirme, HPV aşısını Devlet güvencesi

kapsamında uygulama, tarım ilacı kullanımını sınırlandırma gibi başka eylemler gerçekleştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu eylemlere dair Sağlık Bakanlığı ile iletişim içerisinde olan paydaşlar konusunda tüm hekimler farkındalık göstermektedir. Bu paydaşların aile hekimleri, hastaneler, yerel yönetimler meslek örgütleri, sivil toplum kuruluşları ve dernekler, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı kuruluşlar, din adamları, Diyanet İşleri Başkanlığının yanı sıra e-nabız, hasta takip sistemi gibi uygulamalar olduğu ifade edilmiştir.

Çalışmamızda kanser tanı, tedavi ve takibinde yer alan aile hekimliği, genel cerrahi, halk sağlığı, kadın hastalıkları ve doğum, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi branşlarındaki uzman hekimlere ülkemizdeki hastalık yönetimine dair süreçler ile ilgili düşünceleri ve hastalık yönetimi tanımı sorulduğunda belli bir bilince sahip oldukları dikkat çekmiştir. Ancak bu hususta sadece hastanın iyileştirilmesi olarak da ifade edilmesi eksik bir farkındalık olduğunu göstermektedir. Bu nedenle özellikle uzman ve yetişmekte olan hekimlere hastalık yönetimi konusunda eğitim toplantılarının ya da bilgilendirmelerin yapılması önerilmektedir.

Kanser hastalarının tedavi ve sonrası adaptasyonu konusunda başlıca problemin sosyal destek program ve birimlerinin yetersizliği belirtilmektedir. Hasta ve yakınlarının yanlış ya da eksik bilgilendirilmesi nedeniyle hastalık ve tedaviye uyum sorunları yaşadığı düşünülmektedir. Bu durum özellikle gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla görüldüğünden, bu sorunları gidermek üzere özel merkezlerin kurulması, onkoloji hastanelerinin ayrı olması, sosyal destek programlarının geliştirilmesi, toplum bilincini arttırmak üzere kamu spotu, broşür gibi uygulamalar yapılması, evde bakım hizmetlerinin arttırılması önerilmektedir.

Hekimlere ülkemizdeki mevcut kanseri önleme politikalarımızın zayıf ve güçlü yönleriyle tehdit ve fırsat hakkındaki görüşleri sorulduğunda güçlü yönlerden yeterince bahsedilmemiştir. İyi bir sağlık altyapısı, kanser kayıtçılığı, özellikle radyoterapi cihazları gibi güçlü yönler olmasına karşın yetersiz iletişim ve bilgilendirme ile sosyal ve psikolojik destek, ilaca ulaşmada maddi sıkıntılar birkaç soru altında ele alınmıştır. Ancak bu durum sadece ülkemizde değil dünya literatüründe de sıklıkla ele alınan bir konudur.

Buna göre çalışmamızda hekimlerin ön gördüğü üzere sosyal destek ve probleme odaklı üstesinden gelme stratejileri arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (kendine güvenen yaklaşım, sosyal destek arama, iyimser yaklaşım); yani ortalama sosyal odaklı başa çıkma becerisi arttıkça ortalama sosyal destek algıları da artmıştır. Bu sonuç ailelerin hastalar için önemli rolleri olduğunu ve sağlık uzmanları tarafından hastalara bilerek yaklaşımları konusunda eğitilmeleri ve desteklenmeleri gerektiği anlamına gelir. Hastalar bu şekilde daha sonra semptomlarla ilişkili sıkıntıyı çözmek için ikincisini kullanabilir ve sonuç olarak yaşam kalitelerini arttırabilir.

Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı kanser politikaları doğrultusunda çıkarılmış mevzuat ve kararlar değerlendirilmiştir. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından bu konuda yürütülen faaliyetler yoğunlaştırılmış olup, kanser kontrolünün ilk basamağı olan güçlü bir kayıt sistemi oluşturulmuştur. Buna ek olarak KETEM çalışmaları ve Ulusal Kanser Eylem politikaları yürütülmektedir.

Kanserde hastalık yönetiminin Bursa ili örneğinde cinsiyete ve yaşa standardize edilmiş hızların kanser türüne göre dağılımlarının 2010 ile 2018 yılları arasında dünya ve ülke geneli ile uyumlu şekilde erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri, kadınlarda da meme kanseri olduğu dikkat çekmektedir.

Bursa ilinde görülen ilk beş kanser türünün yıllara göre değerlendirilmesi yapıldığında ortaya çıkan sayısal oranlar, ülkemizdeki ve diğer gelişmiş ülkelerdeki oranlar değerlendirildiğinde benzerlikler göstermiştir. Bursa ili örneğinden yola çıkarak ülkemizdeki kanser kayıt ve tarama üzerine Sağlık Bakanlığı politikalarının geçmişe göre daha iyi olduğu ancak geliştirilmesi ve kanser merkezlerinin arttırılıp, eğitilmiş ve donanımlı ekiplerin bu merkezlerde görevlendirilmesi önerilmiştir.

Görüşmelerin tümü ele alındığında çalışmamız, hekimlerin hastalık yönetimi bilincine sahip olduğu ancak ülke politikaları genelinde geçmişe göre gelişim sağlanmasına karşın yeterince kararlılık gösterilmediği görüşünü göstermiştir. Takip sistemlerinin geliştirilmesi, ulusal kanser tedavi kılavuzunun geliştirilmesi, sigara kullanımına ek olarak obezite, tarım ilacı kullanımı, radyasyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi diğer faktörlerin de ele alınıp özel merkezler ve birimler aracılığıyla

toplumun bilinçlendirilmesi gerektiği önerilmektedir. Bu konuda en önemli fırsatın genç ve eğitilebilir nüfusun varlığının olduğu belirtilmiştir.



KAYNAKÇA

1. Schrijvers G. Disease management: a proposal for a new definition. *Int J Integr Care (Internet)*. 2009 (cited 2020 May 6); 9. doi: 10.5334/ijic.301.
2. Rager RC, Leutzinger JA, Hochberg JA, Kirsten W, Chenoweth DH. Employee Disease Management in US and Global Workplaces. *Dis-ManageHealth-Outcomes*. 2008; 16: 87–94. doi: 10.2165/00115677-20081602000003.
3. Sullivan SD, Weiss KB, Lynn H, Mitchell H, Kattan M, Gergen PJ, Evans R. The cost-effectiveness of an inner-city asthma intervention for children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. Elsevier; 2002; 110: 576–81. doi: 10.1067/mai.2002.128009.
4. Anderson B. Cancer management: the difficulties of a target-driven healthcare system. *Br J Nurs*. 2016; 25: S36-40. doi: 10.12968/bjon.2016.25.9.S36.
5. World Health Organization. Cancer (Internet). 2018 (cited 2020 May 21). Available 2020 May 21, from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>
6. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer*. 2001; 37: S4-66. doi: 10.1016/s0959-8049(01)00267-2.
7. World Health Organisation. National Cancer Control Programmes, Policies, and Managerial Guidelines. 2nd ed. Geneva; 2002.
8. Yabroff KR, Lund J, Kepka D, Mariotto A. Economic burden of cancer in the United States: estimates, projections, and future research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011; 20: 2006–14. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0650.
9. Horton S, Gauvreau CL. Cancer in Low- and Middle-Income Countries: An Economic Overview. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors. *Cancer: Disease Control Priorities (Internet)*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank;

2015 Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343620/>
Available 2020 October 14.

10. Fetterolf DE, Terry R. Oncology disease management. *Dis Manag.* 2007; 10: 30–6. doi: 10.1089/dis.2006.622.
11. Kash KM, Sharma S, Goldfarb NI. Is disease management right for oncology? *Popul Health Manag.* 2009; 12: 337–43. doi: 10.1089/pop.2009.0029.
12. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2015; 136: 359–86. doi: 10.1002/ijc.29210.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri. Şencan İ, İnce GN, editors. Ankara: Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu; 2016.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı; 2016.
15. Tuncer M, Özgür N, Olcayto E. Kanserler. In: Erkoç Y, Yardım N, editors. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011. p. 73–83.
16. Venkat Narayan KM, Ali MK, Koplan JP. Global Noncommunicable Diseases - Where Worlds Meet. *New England Journal of Medicine.* 2010; 363: 1196–8. doi: 10.1056/NEJMp1002024.
17. Majnarić-Trtica L, Vitale B, Kovačić L, Martinis M. Trends and challenges in preventive medicine in European Union countries. Comment on the state in Croatia. *Periodicum Biologorum.* 2009; 111: 5–12.
18. Institute of Medicine (US) Committee on Cancer Control in Low- and Middle-Income Countries. *Cancer Control Opportunities in Low- and Middle-Income Countries (Internet).* Sloan FA, Gelband H, editors.

Washington (DC): National Academies Press (US); 2007 (cited 2020 May 6). Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54030/>

19. Jacob L, Freyn M, Kalder M, Dinas K, Kostev K. Impact of tobacco smoking on the risk of developing 25 different cancers in the UK: a retrospective study of 422,010 patients followed for up to 30 years. *Oncotarget*. 2018; 9: 17420–9. doi: 10.18632/oncotarget.24724.
20. Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer*. 2006; 118: 3030–44. doi: 10.1002/ijc.21731.
21. Kohler LN, Garcia DO, Harris RB, Oren E, Roe DJ, Jacobs ET. Adherence to Diet and Physical Activity Cancer Prevention Guidelines and Cancer Outcomes: A Systematic Review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016; 25: 1018–28. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0121.
22. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010: Burden, Mortality, Morbidity and Risk Factors (Internet). Italy: WHO Library Cataloguing in Publication Data; 2011 (cited 2020 May 6). doi: [/entity/nmh/publications/ncd_report2010/en/index.html](http://entity/nmh/publications/ncd_report2010/en/index.html).
23. American Cancer Society. The American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention. *CA-A Cancer Journal for Clinicians*. 2002; 52: 92–119.
24. Yach D, Hawkes C, Gould L, Hofman K. The Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2004; 291: 2616–22. doi: 10.1001/jama.291.21.2616.
25. Daar AS, Singer PA, Persad DL, Pramming SK, Matthews DR, Beaglehole R, Bernstein A, Borysiewicz LK, Colagiuri S, Ganguly N, Glass RI, Finegood DT, Koplan J, et al. Grand challenges in chronic noncommunicable diseases. *Nature*. 2007; 450: 494–6. doi: 10.1038/450494a.

26. Arruebo M, Vilaboa N, Sáez-Gutierrez B, Lambea J, Tres A, Valladares M, González-Fernández Á. Assessment of the Evolution of Cancer Treatment Therapies. *Cancers* (Basel). 2011; 3: 3279–330. doi: 10.3390/cancers3033279.
27. National Cancer Institute. Comprehensive Cancer Information - (Internet). (cited 2020 May 21). Available 2020 May 21, from <https://www.cancer.gov/>
28. Jeanbart L, Swartz MA. Engineering opportunities in cancer immunotherapy. *PNAS*. 2015; 112: 14467–72. doi: 10.1073/pnas.1508516112.
29. Knutson KL, Mittendorf EA. Cancer vaccines in the new era of cancer immunotherapy. *Vaccine*. 2015; 33: 7376. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.09.086.
30. Zhang H, Chen J. Current status and future directions of cancer immunotherapy. *J Cancer*. 2018; 9: 1773–81. doi: 10.7150/jca.24577.
31. Sanchez-Moreno P, Ortega-Vinuesa JL, Peula-Garcia JM, Marchal JA, Boulaiz H. Smart Drug-Delivery Systems for Cancer Nanotherapy. *Curr Drug Targets*. 2018; 19: 339–59. doi: 10.2174/1389450117666160527142544.
32. Epstein RS, Sherwood LM. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Ann Intern Med*. 1996; 124: 832–7. doi: 10.7326/0003-4819-124-9-199605010-00008.
33. Dellby U. Drastically improving health care with focus on managing the patient with a disease: the macro and micro perspective. *Int J Health Care Qual Assur*. 1996; 9: 4–8. doi: 10.1108/09526869610112699.
34. Ellrodt G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-based disease management. *JAMA*. 1997; 278: 1687–92.
35. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A, Ofman JJ. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002; 325: 925. doi: 10.1136/bmj.325.7370.925.

36. Faxon DP, Schwamm LH, Pasternak RC, Peterson ED, McNeil BJ, Bufalino V, Yancy CW, Brass LM, Baker DW, Bonow RO, Smaha LA, Jones DW, Smith SC, et al. Improving quality of care through disease management: principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. *Circulation*. 2004; 109: 2651–4. doi: 10.1161/01.CIR.0000128373.90851.7B.
37. DMAA: The Care Continuum Alliance. DMAA Definition of Disease Management. Available from: http://www.dmaa.org/dm_definition.asp Available 2019 October 18.
38. Hisashige A. The Effectiveness and Efficiency of Disease Management Programs for Patients with Chronic Diseases. *Glob J Health Sci*. 2013; 5: 27–48. doi: 10.5539/gjhs.v5n2p27.
39. Mattke S, Seid M, Ma S. Evidence for the effect of disease management: is \$1 billion a year a good investment? *Am J Manag Care*. 2007; 13: 670–6.
40. Kottmair S, Frye C, Ziegenhagen DJ. Germany's disease management program: improving outcomes in congestive heart failure. *Health Care Financ Rev*. 2005; 27: 79–87.
41. Mehring M, Donnachie E, Bonke FC, Werner C, Schneider A. Disease management programs for patients with type 2 diabetes mellitus in Germany: a longitudinal population-based descriptive study. *Diabetol Metab Syndr*. 2017; 9: 37. doi: 10.1186/s13098-017-0236-y.
42. Miksch A, Laux G, Ose D, Joos S, Campbell S, Riens B, Szecsenyi J. Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? *Am J Manag Care*. 2010; 16: 49–54.
43. Steuten L, Vrijhoef B, Van Merode F, Wesseling G-J, Spreeuwenberg C. Evaluation of a regional disease management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18: 429–36. doi: 10.1093/intqhc/mzl052.
44. Rice KL, Dewan N, Bloomfield HE, Grill J, Schult TM, Nelson DB, Kumari

S, Thomas M, Geist LJ, Beaner C, Caldwell M, Niewoehner DE. Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010; 182: 890–6. doi: 10.1164/rccm.200910-1579OC.

45. Del Sindaco D, Pulignano G, Minardi G, Apostoli A, Guerrieri L, Rotoloni M, Petri G, Fabrizi L, Caroselli A, Venusti R, Chiantera A, Giulivi A, Giovannini E, et al. Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2007; 8: 324–9. doi: 10.2459/JCM.0b013e32801164cb.
46. Tatar M. Management of diabetes and diabetes policies in Turkey. *Global Health*. 2013; 9: 16. doi: 10.1186/1744-8603-9-16.
47. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2008. 47–49 p.
48. MEGEP (Mesleki Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi). Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri). Ankara; 2008.
49. Ay FA. Hemşirelik süreci. In: Ay FA, editor. *Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2007. p. 60–74.
50. Robert Wood Johnston Foundation. *Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care*. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation; 2010.
51. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002; 48: 177–87. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00032-0.
52. Linden A, Butterworth S, Prochaska J. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2010; 16: 166–74. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01300.x.
53. Martins R, McNeil D. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical psychology review*. 2009; 29: 283–93. doi:

10.1016/j.cpr.2009.02.001.

54. Young JR, Ward KC, editors. *Kanser Kayıtlılığında Standartlar İçin El Kitabı*. Ankara; 2013.
55. UICC. World Cancer Declaration, In: UICC World Cancer Congress (Internet). 2006 (cited 2020 May 29). Available 2020 May 29, from <https://www.worldcancercongress.org/>
56. WHO. Cancer, In: Fact sheet N°297 (Internet). 2006 (cited 2020 May 29). Available 2020 May 29, from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>
57. Rupprecht C. First German disease management program for breast cancer. *Health Care Financ Rev*. 2005; 27: 69–77.
58. Richards M, Sainsbury R, Kerr D. Inequalities in breast cancer care and outcome. *Br J Cancer*. 1997; 76: 634–8. doi: 10.1038/bjc.1997.437.
59. Lungen M, Rupprecht C, Plamper E, Lauterbach K. Centralisation of breast cancer management by giving minimum work-load. Empirical effects in the region of North-Rhine, Germany. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*. 2004; 98: 385–9.
60. Fischer B, editor. *Brustzentren- Neue Wege in NRW und Europa*. 8 Ministry of Health. Düsseldorf: Social Affaires, Women and Family NRW; 2003. p. 17–26.
61. Zullig LL, Jackson GL, Dorn RA, Provenzale DT, McNeil R, Thomas CM, Kelley MJ. Cancer incidence among patients of the U.S. Veterans Affairs Health Care System. *Mil Med*. 2012; 177: 693–701. doi: 10.7205/milmed-d11-00434.
62. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*. 2016; 66: 7–30. doi: 10.3322/caac.21332.
63. Chao HH, Schwartz AR, Hersh J, Hunnibell L, Jackson GL, Provenzale DT, Schlosser J, Stapleton LM, Zullig LL, Rose MG. Improving colorectal cancer

screening and care in the Veterans Affairs Healthcare system. *Clin Colorectal Cancer*. 2009; 8: 22–8. doi: 10.3816/CCC.2009.n.004.

64. Long MD, Lance T, Robertson D, Kahwati L, Kinsinger L, Fisher DA. Colorectal cancer testing in the national Veterans Health Administration. *Dig Dis Sci*. 2012; 57: 288–93. doi: 10.1007/s10620-011-1895-4.
65. Grosios K, Gahan PB, Burbidge J. Overview of healthcare in the UK. *EPMA J*. 2010; 1: 529–34. doi: 10.1007/s13167-010-0050-1.
66. Wagner EH. The Changing Face of Chronic Disease Care. In: Schoeni PO, editor. *Curing the System Stories of Change in Chronic Illness Care The National Coalition on Health Care and the Institute for Healthcare Improvement*. Washington: The National Coalition on Health Care Institute; 2002. p. 4–5.
67. Akbulut Y. Ülkelerin sağlık politikası performanslarının değerlendirilmesi. Piyal B, editör. 21. Yüzyılda Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.29-36.
68. Wilson PM. The UK Expert Patients Program: lessons learned and implications for cancer survivors' self-care support programs. *J Cancer Surviv*. 2008; 2: 45–52. doi: 10.1007/s11764-007-0040-z.
69. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Parkin DM. *GLOBOCAN 2008: Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No: 10*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010.
70. European Commission. Major and chronic diseases. Cancer, In: *Public Health (Internet)*. European Commission - European Commission. 2011 (cited 2020 May 29). Available 2020 May 29, from https://ec.europa.eu/info/index_en
71. Commission of the European Communities. Communication from the Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of the Regions on Action Against Cancer: European Partnership (Internet). 2009 (cited 2020 May 29). Available 2020 May 29, from <https://ec.europa.eu/anti.../ECAntifraud-Strategy.pdf>

72. Majnarić L, Vitale B, Martinis M. Is it time for a new approach in cardiovascular risk assessment? *Periodicum Biologorum*. 2008; 110: 45–50.
73. Majnarić-Trtica L, Strnad M, Gmajnić R, Ebling B, Ebling Z, Marković I, Samija M. Efforts in fighting against cancer in Croatia have to be focused on the primary health care. *Coll Antropol*. 2008; 32: 709–24.
74. Flight I. *Interventions for Improving Uptake of Population-Based Screening for Colorectal Cancer Using Fecal Occult Blood Testing*. John Wiley & Sons; 2008.
75. Smith RA, Duffy SW, Gabe R, Tabar L, Yen AMF, Chen THH. The randomized trials of breast cancer screening: what have we learned? *Radiol Clin North Am*. 2004; 42: 793–806. doi: 10.1016/j.rcl.2004.06.014.
76. Ebling B, Majnarić-Trtica L, Gmajnić R, Ebling Z, Vranjes Z. Psycho-social aspects of measures aimed at decreasing prevalence of chronic diseases in the population of returnees in the Osijek Region, Croatia. *Coll Antropol*. 2007; 31: 441–50.
77. Ackerson K, Preston SD. A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening: systematic review. *J Adv Nurs*. 2009; 65: 1130–40. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.04981.x.
78. Summerton N. Cancer recognition and primary care. *Br J Gen Pract*. 2002; 52: 5–6.
79. Aebi S, Davidson T, Gruber G, Cardoso F, ESMO Guidelines Working Group. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2011; 22: 2–24. doi: 10.1093/annonc/mdr371.
80. Jellema P, van der Windt DAWM, Bruinvels DJ, Mallen CD, van Weyenberg SJB, Mulder CJ, de Vet HCW. Value of symptoms and additional diagnostic tests for colorectal cancer in primary care: systematic review and metaanalysis. *BMJ*. 2010; 340: c1269. doi: 10.1136/bmj.c1269.
81. Schousboe JT, Kerlikowske K, Loh A, Cummings SR. Personalizing mammography by breast density and other risk factors for breast cancer:

analysis of health benefits and cost-effectiveness. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 10–20. doi: 10.7326/0003-4819-155-1-201107050-00003.

82. Warner E. Breast-cancer screening. *The New England Journal of Medicine.* 2011; 365: 1025–32.
83. Barlow WE, White E, Ballard-Barbash R, Vacek PM, Titus-Ernstoff L, Carney PA, Tice JA, Buist DSM, Geller BM, Rosenberg R, Yankaskas BC, Kerlikowske K. Prospective breast cancer risk prediction model for women undergoing screening mammography. *J Natl Cancer Inst.* 2006; 98: 1204–14. doi: 10.1093/jnci/djj331.
84. Ashley EA, Butte AJ, Wheeler MT, Chen R, Klein TE, Dewey FE, Dudley JT, Ormond KE, Pavlovic A, Morgan AA, Pushkarev D, Neff NF, Hudgins L, et al. Clinical assessment incorporating a personal genome. *Lancet.* 2010; 375: 1525–35. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60452-7.
85. Evans JP, Dale DC, Fomous C. Preparing for a consumer-driven genomic age. *N Engl J Med.* 2010; 363: 1099–103. doi: 10.1056/NEJMp1006202.
86. Hudson KL. Genomics, Health Care, and Society. *New England Journal of Medicine.* 2011; 365: 1033–41. doi: 10.1056/NEJMra1010517.
87. Pigeot I, De Henauw S, Foraita R, Jahn I, Ahrens W. Primary Prevention from the Epidemiology Perspective: Three Examples from the Practice. *BMC Med Res Methodol.* 2010; 10: 10. doi: 10.1186/1471-2288-10-10.
88. Bilir N. Cancer Frequency in Turkey. *Kanser, Scientific Organ of the Turkish Assoc for Cancer Research and Control.* 1981; 11: 93–7.
89. Özkan S, Keskinılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal kanser kontrol planı 2013-2018. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.; 2014.
90. Sağlık Bakanlığı, alkol kullanımını azaltmak için tedbirler aldı (Internet). İstanbul Gerçeği. 2013 (cited 2020 May 22). Available 2020 May 22, from

https://www.istanbulgercegi.com/saglik-bakanligi-alkol-kullaniminiiazaltmak-icin-tedbirler-aldi_45123.html

91. Kesici C, Çakır B. Beslenme. In: Erkoç Y, Yardım N, editors. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011. p. 88–94.
92. Gültekin M. Türkiye’ de Kanser Kontrolü, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2013.
93. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye’nin Demografik Dönüşümü Raporu. Ankara: HÜ Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2010.
94. Forman D, Bray F, Steliarova-Foucher E, Ferlay J, editors. Cancer Incidence in Five Continents (Internet). 2012 (cited 2013 Jan 10). Available from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29670>
95. Altuntaş Ö. Alternatif Sağlık Hizmeti: Evde Bakım Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. (Internet). 2015 (cited 2020 May 6). Available 2020 May 6, from <https://slideplayer.biz.tr/slide/2809823/>
96. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi (Internet). 2005 (cited 2020 May 6). Available 2020 May 6, from https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240.
97. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, Akan Ö., Atıcı E., Kazancı A. F. Ed.
98. Türkiye Kanser Enstitüsü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, sayı: 29921
99. Kanser Bildirimi Ve Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği, T.C.Resmi Gazete, sayı: 29375
100. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, T.C.Resmi Gazete, sayı: 29258

101. Kanser Kayıtçılığı Genelgesi,Kanser Kayıtçılığı Genelgesi (2019/07)
102. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018, Özkan S., Keskinlik B., Gültekin M. ve ark. Ed.)
103. Holcombe D. Oncology Management Programs for Payers and Physicians: Evaluating Current Models and Diagnosing Successful Strategies for Payers and Physicians. J Oncol Pract. 2011; 7: 46–9. doi: 10.1200/JOP.2011.000305.
104. Cancer Society of Finland. Screening programme (Internet). 2011 (cited 2020 May 29). Available 2020 May 29, from <https://www.cancersociety.fi/publications/reports/cancer-in-finland2016/cancer-screenings/>
105. WHO/Regional Office for Europe. Developing the new European policy for health - Health 2020 In: First meeting of the European Health Policy Forum (Internet). 2011 (cited 2020 May 29). <https://www.euro.who.int/en/mediacentre/events/events/2011/03/first-meeting-of-the-european-health-policyforum/health-2020/embarking-on-developing-the-new-european-healthpolicyhealth-2021>
106. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? J Epidemiol Community Health. 2011; 65: 653–5. doi: 10.1136/jech.2009.102780.
107. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008.
108. Eczacıbaşı. Hastalık Yönetimi (Internet). Available from <http://eczacibasisaglik.com/hastalik-yonetimi> Erişim : 12 Ekim 2018
109. T.R. Ministry of Health, Turkey Public Health Agency, Cancer Department. Turkey Cancer Control Programme (Internet). Ankara: Anıl Reklam Matbaa

Ltd. Sti.; 2016. Available from
https://www.iccpportal.org/system/files/plans/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi_Engizlis.pdf

110. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri. Şencan İ, Keskinçılıç B, editors. Ankara: Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu; 2017.
111. Taplin SH, Anhang Price R, Edwards HM, Foster MK, Breslau ES, Chollette V, Prabhu Das I, Clauser SB, Fennell ML, Zapka J. Introduction: Understanding and influencing multilevel factors across the cancer care continuum. *J Natl Cancer Inst Monographs*. 2012; 2012: 2–10. doi: 10.1093/jncimonographs/lgs008.
112. Mallath MK, Taylor DG, Badwe RA, Rath GK, Shanta V, Pramesh CS, Digumarti R, Sebastian P, Borthakur BB, Kalwar A, Kapoor S, Kumar S, Gill JL, et al. The growing burden of cancer in India: epidemiology and social context. *Lancet Oncol*. 2014; 15: 205–12. doi: 10.1016/S14702045(14)70115-9.
113. Sullivan T, Sullivan R, Ginsburg OM. Screening for Cancer: Considerations for Low- and Middle-Income Countries. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors. *Cancer: Disease Control Priorities*, (Internet). Third Edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015 (cited 2020 May 6). Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343622/> Available 2019 February 10.
114. Lynge E, Törnberg S, von Karsa L, Segnan N, van Delden JJM. Determinants of successful implementation of population-based cancer screening programmes. *Eur J Cancer*. 2012; 48: 743–8. doi: 10.1016/j.ejca.2011.06.051.
115. Miles A, Cockburn J, Smith RA, Wardle J. A perspective from countries using organized screening programs. *Cancer*. 2004; 101: 1201–13. doi: 10.1002/cncr.20505.
116. Yılmaz H, Aksüyek H. Fieldwork About Importance of Awareness in Early Diagnosis of Breast Cancer in Bursa. *Eur J Breast Health*. 2012; 8: 76–80.

117. Guvenc G, Seven M, Ayse K, Akyüz A, Gulcin A. Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening Status of a Group of Turkish Women. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2012; 13: 4273–9. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.9.4273.
118. Yılmaz HH, Yazıhan N, Tunca D, Sevinç A, Olcayto EÖ, Özgül N, Tuncer M. Cancer trends and incidence and mortality patterns in Turkey. *Jpn J Clin Oncol*. 2011; 41: 10–6. doi: 10.1093/jjco/hyq075.
119. Yurdakul A, Kocaturk C, Bayiz H, Gürsoy S, Bircan H, Özcan A, Akkoçlu A, Uluorman F, Celik P, Köksal D, Ulubaş B, Sercan E, Özbudak Ö, et al. Patient and physician delay in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in Turkey. *Cancer epidemiology*. 2015; 39: 216–21. doi: 10.1016/j.canep.2014.12.015.
120. Fidler MM, Bray F, Soerjomataram I. The global cancer burden and human development: A review. *Scand J Public Health*. 2018; 46: 27–36. doi: 10.1177/1403494817715400.
121. Castelnovo G, Mauri G, Simpson S, Colantonio A, Goss S. New Technologies for the Management and Rehabilitation of Chronic Diseases and Conditions. *BioMed Research International*. 2015; 2015: 180436. doi: 10.1155 / 2015/180436.
122. Mendoza G, Levine R, Kibuka T, Okoko L. *mHealth Compendium*. Arlington, VA: African Strategies for Health, Management Sciences for Health; 2014.
123. Lewis J, Ray P, Liaw S-T. Recent Worldwide Developments in eHealth and mHealth to more Effectively Manage Cancer and other Chronic Diseases - A Systematic Review. *Yearb Med Inform*. 2016; : 93–108. doi: 10.15265/IY2016-020.
124. Smith S. Cancer Treatment: The Cost Factor. *West Indian Med J*. 2014; 63: 766–70. doi: 10.7727/wimj.2014.080.
125. Tan M. Social Support and Coping in Turkish Patients with Cancer. *Cancer Nurs*. 2007; 30: 498–504. doi: 10.1097/01.NCC.0000300158.60273.ba.

EKLER

Ek 1: Bireysel Derinlemesine Görüşme İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

Soru 1: Hastalık yönetimi sizce nedir?

a) Bu verdiğiniz bilgiler ışığında mevcut politikalar ve geçmiş politikalar hakkında neler düşünüyorsunuz? Olumlu ve olumsuz yanları nelerdir?

Soru 2: Erken teşhis amacıyla topluma uygulanan tarama testlerinin yapılması ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın programlarını değerlendirir misiniz?

Soru 2-1: Türkiye'de kanserden korunmaya yönelik kanser tarama maliyetlerinin, tedavi maliyetlerine göre hangi seviyede olduğunu düşünüyorsunuz?

- a) HPV-DNA testi
- b) Pap-smear- KKMM
- c) Klinik meme muayenesi
- d) Mamografi
- e) Gaitada Gizli Kan
- f) Kolonoskopi

Soru 3: Sizce erken teşhiste Aile Hekimliği Sisteminin rolü nasıldır? Nasıl olmalıdır?

Soru 4: Kanserın önlenmesi amacıyla DSÖ kanserin önlenabilir ana risk faktörlerine karşı eylem planları başlatmış olup, birincil koruma dahilinde ülkemizde yer alan bu eylem programları hakkında ne düşünüyorsunuz?

Soru 5: Kanser kontrolünde, kanserden korunma, kayıt sistemi, erken tanı, politikalar ve yönetim temel bileşenlerdir. Kanserle mücadele konusunda Sağlık Bakanlığı ile iletişim halinde olması gereken paydaşlar konusunda ne düşünüyorsunuz?

Soru 6: Kanser hastalarının tedavi ve tedavi sonrası hayata adaptasyon aşamalarında yaşadığı sorunlar sizce nelerdir? Bu sorunları çözmeye yönelik politikalarımızı değerlendirir misiniz?

Soru 7: 2000’li yıllardan itibaren Sağlık Bakanlığı hastalığın geçmişine ilişkin bir kayıt sistemi oluşturdu ve buna Kanser Kayıtlılığı denildi. Bu sistemin efektif olup olmadığını, güçlü ve zayıf yönlerinin neler olduğunu düşünürsünüz?

Soru 8: Sağlığı geliştirmek, kanser insidansını azaltmak için politikalardan neler değiştirilmeli ve gelecek nasıl planlanmalıdır?

Soru 9: Ülkemizin kanser politikalarını, kanserle mücadelede SWOT analizini düşünürsek, güçlü ve zayıf yönlerimiz, fırsatlar ve tehditler konusunda önerileriniz nelerdir?

Ek 2: Derinlemesine Görüşme Onam Formu

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAM FORMU

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Programı kapsamında Dr. Öğretim Üyesi Onur YARAR danışmanlığında “Türkiye’de Kanser Hastalarında Hastalık Yönetimi Politikalarının İrdelenmesi, Bursa İli Örneği” konulu doktora tezi çalışması yapmaktayım.

Sizin kanser hastalarında hastalık yönetimi deneyimleriniz ile bu konudaki görüş ve önerileriniz söz konusu araştırmama önemli katkı sağlayacağını değerlendirdiğimden konu ile ilgili olarak sizinle derinlemesine görüşme yapmak istiyorum.

Uygun gördüğünüz takdirde, görüşmemiz boyunca ses kayıt cihazı kullanarak ve not olarak söylediklerinizi kaydedeceğim. Görüşme sırasında sizin uygun görmediğiniz bölümler kaydedilmeyecek ve isterseniz ses kaydının bir kopyası size teslim edilecektir.

Görüşmemizden elde ettiğim veriler sadece doktora tezimde kullanılacak, bunun dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Bu kapsamda görüşmeyi kabul edip etmediğinize ilişkin olarak aşağıdaki bölümü imzalamanızı saygılarımla arz ederim.

Pınar FIRAT

Doktora Öğrencisi

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAYI

Adı Soyadı :
İmzası :
Tarih :

Görüşme Yapılacak Kişi Tarafından Doldurulacaktır.

Ek 3: Etik Kurul Kararı

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜK



Sayı : 56665618-204.01.07
Konu : Etik Kurul Kararı

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 29.04.2020 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 14-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Sağlık Yönetimi Bölümü'nden Pınar FIRAT'ın "Türkiye'de Kanser Hastalarında Hastalık Yönetimi Politikalarının İrdelenmesi: Bursa İli Örneği" başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Mithat KIYAK
Rektör Yardımcısı-Etik Kurul Başkanı

Ayrıntılı Bilgi İçin: Banu ÖĞÜT E-posta: banu.ogut@okan.edu.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <https://e-belge.okan.edu.tr> adresinden 4831219d-7432-4d9c-a02b-85747ad50acc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ TUZLA KAMPÜSÜ
34959 Akfırat / Tuzla / İSTANBUL
444 OKAN (6526) www.okan.edu.tr

*İş yaşamına
en yakın üniversite*



Ek 4: Araştırma İzin Talebi



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BURSA TOPLUM
SAĞLIĞI BİRİMİ



00113863013

Sayı : 72873149-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Pınar FIRAT)

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU TOPLANTI TUTANAĞI

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonuna sunulan dosyanın Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün "*Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler*"e uygunluğunu değerlendirmek üzere 02.03.2020 tarihinde saat 14.00'da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, Bursa İstatistik Analiz ve Raporlama Biriminin 17/02/2020 tarihli ve 67508481-042-358 sayılı yazısıyla; Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalında doktora yapmakta olan Müdürlüğümüz Destek Hizmetleri Başkanlığında uzman olarak görev yapan Pınar FIRAT'ın İl Sağlık Müdürlüğüne vermiş olduğu 14.02.2020 tarihli dilekçesinde, "Türkiye'de Kanser Hastalarında Hastalık Yönetimi Politikalarının İrdelenmesi; Bursa İl Örneği" konulu bitirme tezinde kullanmak üzere Bakanlığımıza ait İlimiz 2018 yılı sağlık verilerini talep ettiği ve bu istatistiki bilgi ve belgelerin verilip verilemeyeceğinin, Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonunca değerlendirilerek taraflarına bilgi verilmesinin istendiği görülmüştür.

Buna göre; Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda istenmekte olan istatistiki verilerin kullanılmasında Komisyonumuzca bir sakınca olmadığına, çalışmacıya bilgi verilerek tebliğine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Dr. Yunuz ARSLAN
Halk Sağ. Hizm. Başk. Müdür. Yrd.
(Komisyon Başkanı)

Dr. Betül Fatma AKAÇ
Toplum Sağlığı Birim Uzmanı (Üye)

Dr. Raif ÖZDEMİR
Aile Hekimliği Birim Uzmanı (Üye)

Tansu KAHRAMAN
İzleme Değerlendirme ve İstatistik Brm
Uzmanı (Üye)

Zülkif YILMAZ
Uzman (Üye)

Ekler:

- 1- TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ ÇALIŞMALARI Bilgi Talebi
- 2- Pınar FIRAT'ın Araştırma İzin Belgeleri
- 3- Bursa Sağlık İstatistik ve Bilgi İşlem Birimi Bilgi Talebi hk._Ustyazi

Dağıtım:

- Bursa Aile Hekimliği Birimi
- Bursa İzleme, Değerlendirme Ve İstatistik Birimi
- Bursa Diğer Personel Atama Birimi
- Bursa Toplum Sağlığı Birimi

Ek 5:

Türkiye Kanser Enstitüsü Yönetmeliği

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı, Türkiye Kanser Enstitüsünün kuruluşu, yapılanması, görev ve yetkileri ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, Türkiye Kanser Enstitüsünün yapılanması, faaliyetleri ve bunlara ilişkin iş ve işlemleri kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, 19/11/2014 tarihli ve 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanununun 11 incimaddesinin üçüncü fıkrasına dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Ar-Ge: Sağlık bilimi ve teknolojileri alanındaki araştırma ve geliştirme faaliyetlerini,
- b) Bakan: Sağlık Bakanını,
- c) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- ç) Başkan: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanını,
- d) Bilim Kurulu: Türkiye Kanser Enstitüsü Bilim Kurulunu,
- e) Enstitü: Türkiye Kanser Enstitüsünü,
- f) Enstitü Başkanı: Türkiye Kanser Enstitüsü Başkanını,
- g) TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığını,
- ğ) Yönetim Kurulu: TÜSEB Yönetim Kurulunu, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Enstitünün görev ve yetkileri

MADDE 5 – (1) Türkiye Kanser Enstitüsünün görev ve yetkileri şunlardır:

- a) Kanser konusunda Ar-Ge yapmak, Ar-Ge'lere mali ya da bilimsel destek sağlamak, bunları koordine etmek, teşvik etmek, izlemek ve bu amaçla program ve projeler geliştirmek.
- b) Kamu kurum ve kuruluşları, özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kanser ile ilgili Ar-Ge'lerin yapılmasını veya yaptırılmasını sağlamak, bunları desteklemek, teşvik etmek ve iş birliği yaparak ortak projeler yürütmek.
- c) Kanser bilimi ve teknolojilerindeki gelişme, buluş ve yeniliklerin sağlık hizmetlerinde kullanımına ve yaygınlaştırılmasına, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin yükseltilmesine dönük Ar-Ge yapmak ve/veya yaptırmak, bu maksatla ArGe merkezleri ve ihtiyaç duyulan diğer birimleri kurmak veya kurdurmak.
- ç) Ar-Ge sonucu üretilen veya geliştirilen kanser ile ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve ürün ile teşhis ve tedaviye yönelik teknik ve yöntemlerin üretimini, tanıtımını, kullanılmasını ve bunlardan yararlanılmasını sağlamak, bu maksatla ilgili sektörlerle iş birliği ve ortaklıklar yapmak; elde edilen çıktılarının ticari değere dönüştürülmesini ve bu alanlardaki girişimciliği desteklemek; Yönetim Kurulu tarafından belirlenecek usul ve esaslar çerçevesinde hibe niteliğinde ve/veya geri ödemeli destekler vermek ve ön ödemede bulunmak.
- d) Öncelikle 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 50 nci maddesi olmak üzere, görev alanına giren hususlarda Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından talep edilen işleri Yönetim Kurulu kararı ile yapmak veya yaptırmak.
- e) Bakanlık bağlı kuruluşları, yükseköğretim kurumları ve özel sektör ile iş birliği içerisinde kanser ile ilgili sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının belirlenmesinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsüne bilimsel katkı sağlamak ve adı geçen Enstitü ile iş birliği yapmak.
- f) Kanser teşhis ve tedavi standartlarının oluşturulmasına ve yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunacak Ar-Ge yapmak veya yaptırmak.
- g) Kanser bilimi ve teknolojilerindeki gelişmelerin uygulamaya aktarılması ve ArGe'nin özendirilmesi maksadıyla seminer, sempozyum, kolokyum, kurs, konferans

ve benzeri etkinlikler ile sertifika verilmesi öngörülen eğitim-öğretim programlarını düzenlemek ve uygulamak.

ğ) Görev alanına giren faaliyetlerle ilgili danışmanlık hizmeti vermek ve görüş bildirmek üzere bilim kurulları, ulusal ve uluslararası danışma kurulları ve komisyonlar oluşturmak.

h) Fikri mülkiyet haklarını koruyacak ve geliştirecek şekilde kanser konusundaki ulusal ve uluslararası literatür ve patentleri takip etmek, yeni patent başvuru alanlarını keşfetmek ve gerçekleştirmek, araştırmacılar adına bu süreçleri gerektiğinde karşılıksız olarak yürütmek, fikri haklar, lisans ve bilgi aktarımı amacıyla girişimlerde bulunmak, fikri mülkiyet ve lisans haklarının satın alınmasını, satılmasını ve bu konuda ortaklık yapılmasını sağlamak.

ı) Uluslararası kurum ve kuruluşların kanser bilim ve teknolojisi alanındaki gelişmelerle ilgili yayınlarını takip etmek, gerekli görülenleri tercüme ettirerek yayımlamak, görev ve faaliyet alanı ile ilgili yayınlar yapmak.

i) Kanser alanında çalışan bilim insanlarının ve araştırmacıların yetiştirilmeleri ve geliştirilmeleri için imkânlar sağlamak; bu amaçla ödüller vermek, öğrenim sırasında ve sonrasında üstün başarısıyla kendini gösteren bilim insanlarını izleyerek onların yetişme ve gelişmelerine yardım etmek.

j) Kanser bilim ve teknolojisinin geliştirilmesi amacıyla teknopark, kuluçka merkezi, teknoloji merkezi, teknoloji transfer ofisleri, proje geliştirme ve bilgi aktarım merkezleri, bilim merkezi, bilim parkı ve benzerlerini kurmak ve bu amaçla faaliyet gösteren üniversiteleri desteklemek, destek programları oluşturmak, iş birliği ağları ve kümelenme faaliyetlerini desteklemek, proje pazarı, bilim fuarı, yarışma ve benzeri etkinlikleri düzenlemek ve desteklemek, araştırmacı eğitimi veren kurum ve programları desteklemek, Yönetim Kurulu tarafından belirlenecek usul ve esaslar çerçevesinde teminatlı veya teminat alınmaksızın hibe ve/veya kredi olarak sermaye desteği vermek ve ön ödemede bulunmak.

k) Görev ve yetkileri kapsamında yurt içinde veya yurt dışında, kamu ve özel hukuk tüzel kişilerine ait sağlık kurumları, kanser klinik araştırma hastaneleri,

enstitüler, Ar-Ge merkezleri ve laboratuvarları, insan kaynağı, fiziki mekân ve altyapı, donanım, finansman dâhil her türlü kaynağı iş birliği ve/veya birlikte kullanım protokolü çerçevesinde kullanmak veya kendisine ait kaynakları kullandırmak.

l) Kanser alanında Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca talep edilecek saha araştırmaları, Ar-Ge, yayın ve danışmanlık hizmetlerini yerine getirmek.

m) Kamu kaynağı kullanılan projeler ile kamu kurum ve kuruluşlarının finanse ettiği projelere başvurmak.

n) Kanser önlenmesi, erken teşhis ve tedavisi amacıyla toplumsal bilinci artırıcı faaliyetlerde bulunmak, Enstitü faaliyetleri ile ilgili basın açıklamaları yapmak ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.

o) Ülkenin kanser politikalarının belirlenmesinde çalışmalar yapmak ve görüş bildirmek.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Enstitünün Yapılanması ve Birimleri Yapılanma ve Birimleri

MADDE 6 – (1) Enstitü; Başkanlık, Bilim Kurulları ve bu Yönetmelikte belirtilen diğer birimlerden oluşur.

Başkanlık teşkilatı ve görevleri

MADDE 7 – (1) Başkanlık, Enstitü Başkanı ve Bilim Kurullarından oluşur.

(2) Enstitü Başkanının en az doçentlik derecesi sahibi olması, İngilizce, Almanca ya da Fransızca dillerinden en az birini iyi derecede bilmesi ve en az on yıl kanser ile ilgili alanlarda kamu ve/veya özelsektörde çalışmış olması ve kanser ile ilgili alanlarda uluslararası nitelikli dergilerde yayınlanmış bilimsel çalışmalarının olması şartı aranır.

(3) Enstitü Başkanı, Başkanın teklifi üzerine Bakan tarafından üç yıllığına atanır.

Süresi biten Enstitü Başkanı iki dönem daha aynı usulle yeniden atanabilir.

(4) Enstitü Başkanı, gerektiğinde görevlendirilmelerindeki usulle görev süresi dolmadan görevden alınabilir.

Enstitü başkanının görevleri

MADDE 8 – (1) Enstitü Başkanının görevleri şunlardır:

- a) Enstitüyü yönetmek ve temsiletmek.
- b) Türkiye Kanser Enstitü Bilim Kurulunca kabuledilen, bir milyon Türk lirasının altındaki Ar-Ge proje tekliflerini hazırlayarak Başkanın onayına sunmak, bir milyon Türk lirasının üzerindeki Ar-Ge proje tekliflerini ise TÜSEB Yönetim Kuruluna sunmak.
- c) Başkan tarafından uygun görülen Ar-Ge projelerini yürütmek. ç) Enstitünün yıllık faaliyet programını hazırlayarak Başkanın onayına sunmak, bunların uygulanmasını sağlamak ve yılsonu faaliyet raporunu hazırlamak.
- d) Enstitünün görev alanı ile ilgili uluslararası veya bölgesel kuruluşlara üye olması ve Enstitünün bu kuruluşlar nezdinde temsil edilmesi hususlarında Başkana teklifte bulunmak.
- e) Oluşturulacak Bilim Kurulları üyelerinin belirlenmesinde Başkana teklifte bulunmak.
- f) Bu Yönetmelik ve diğer mevzuat çerçevesinde verilen görevleri yürütmek.
- g) Başkan tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek.

Bilim kurulunun oluşumu, görevleri ve çalışma usulü

MADDE 9 – (1) Bilim Kurulu, Enstitünün bilim politikası, hedefleri, çalışma usul ve esaslarının belirlenmesi ile araştırma stratejilerinin hazırlanması hususlarında tavsiyede bulunmak üzere oluşturulmuştur.

(2) Bilim Kurulu, Enstitü Başkanının başkanlığında en fazla 15 üyeden oluşur. Üyeler kanser ve/veya teknolojileri alanlarında en az doktora derecesine sahip, eser, araştırma, buluş veya çalışmalarıyla temayüz etmiş veya bilimsel ve teknolojik

sistem, kurum ve birimleri başarı ile kurmuş ve/veya yönetmiş olan kişiler arasından Enstitü Başkanının teklifi ile Başkan tarafından iki yıllığına seçilir. Görev süresi biten üye, aynı usulle tekrar seçilebilir.

- (3) Kurul üyeliklerinden birinin herhangi bir sebeple boşalması halinde, boşalan üyeliğe kalan süreyi tamamlamak üzere Enstitü Başkanının teklifi ve Başkanın onayıyla yeni üye görevlendirilir.
- (4) Kurul toplantılarına, Kurul başkanı tarafından kabuledilen mazeretleri dışında herhangi bir nedenle bir yılda üst üste üç veya toplam beş kere iştirak etmeyenler ile mazeretli olsalar dahi bir yıl içerisinde yapılan toplantıların yarısından bir fazlasına katılmayanların üyeliği kendiliğinden düşer.
- (5) Gerekli görüldüğü takdirde, Enstitünün her çalışma birimi için ayrı Bilim Kurulu oluşturulabilir.
- (6) Bilim Kurulunun gündemi kurul başkanı tarafından belirlenir. Ancak Bilim Kurulunun her bir üyesi gündeme alınmasını istediği hususları kurul başkanına yazılı olarak bildirebilir.
- (7) Bilim Kurulu, kurul başkanının daveti üzerine yılda en az dört defa üye tam sayısının üçte iki çoğunluğu ile toplanır, toplantıda hazır bulunan üyelerin salt çoğunluğu ile karar alınır. Oylamada eşitlik halinde kurul başkanının oyuna üstünlük tanınır. Bilim kurulu kararları tavsiye kararı niteliğindedir.
- (8) Bilim Kurulu toplantılarına gündemdeki konulara göre, oy kullanmamak kaydıyla, kurul başkanı tarafından görüşlerine başvurulmak amacıyla alanında uzman, yerli ve yabancı kişiler davet edilebilir ve bu kişilere rapor hazırlattırılabilir.
- (9) Bilim Kurulu üyelerine, 18/12/2015 tarihli ve 29566 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Bünyesinde Oluşturulacak Bilim Kurulları Hakkında Yönetmelikte belirtilen usul ve esaslara göre huzur hakkı ödenir.

Diğer birimler

MADDE 10 – (1) Enstitü bünyesinde aşağıdaki birimler kurulabilir:

- a) Temel Onkoloji, Kanser Genetiği ve Kanser Moleküler Biyolojisi Ar-Ge Birimi.
- b) Kanser Epidemiyolojisi ve Prevatif Onkoloji Birimi.
- c) Dokümantasyon (Veri) ve İstatistik ile Çalışma İzlem Birimi.
- ç) Klinik Onkoloji ve Klinik Çalışmalar Birimi.
- d)Tümör İmmünolojisi, Kanser Aşı, Kanser Tedavisinde Hücresel Tedaviler ve Transplantasyon Birimi.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Son Hükümler

Yürürlük

MADDE 11 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 12 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Başkan yürütür.

Ek 6 :

Kanser Bildirimi ve Kanser Kayıt Merkezi Yönetmeliği

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmelik;

- a) Ülke genelinde kanser teşhisi konulan vakaların belirlenmesi ve kontrol altına alınması için kanser bildirimini zorunlu hale getirilmesi,
- b) Kanser verilerinin toplanması, işlenmesi, kaydedilmesi, değerlendirilmesi, haritalandırılması ve paylaşım işlemleri ile ilgili gerekli yöntemlerin belirlenmesi,
- c) Halk sağlığı müdürlükleri bünyesinde kurulan kanser kayıt merkezlerinin ve hastanelerde kurulan kanser kayıt birimlerinin örgütlenmesi, görev tanımlarının yapılması, çalışması, hizmet kalitesi ve verimliliğinin artırılması ile izleme ve değerlendirmesinin usul ve esaslarının belirlenmesi,
- ç) İl kanser danışma komisyonlarının oluşturulması, görevleri ve çalışmalarına ilişkin usul ve esasların belirlenmesi, amacıyla hazırlanmıştır.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, üniversiteler dahil bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından işletilen sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, 24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 64 üncü maddesi, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin (b) ve (f) bentleri ile 9 uncu maddesinin (c) bendi ve 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve

Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 26 ncı ve 40 ıncı maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Daire Başkanlığı: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığını,
- b) Gezici kayıt elemanı: İldeki sağlık kurum ve kuruluşları ile muayenehane ve laboratuvarlara giderek mevcut kanser kayıtlarını yerinde toplayan ve işleyen sağlık personelinin,
- c) Hastane kayıt birimi: Kanser kayıt merkezinin hastanede kanser kayıtçılığı görevini yapan alt birimini,
- ç) Hastane kayıt elemanı: Hastane kayıt biriminde görevli sağlık personelinin,
- d) Hastane yöneticisi: Kamu hastanelerinde ve üniversitelerde başhekim, özel sağlık kuruluşlarında mesul müdürleri,
- e) Kurum: Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu,
- f) Kanser kayıt elemanı: Kanser kayıt merkezinde kanser kayıtlarını tutmakla görevli sağlık personelinin,
- g) Merkez: Halk sağlığı müdürlüklerinde kanser kayıtçılığı yapılan kanser kayıt merkezlerini,
- ğ) Merkez sorumlusu: Kanser kayıt merkezinden sorumlu hekimi,
- h) Müdür: Halk sağlığı müdürünü,
- ı) Müdürlük: Halk sağlığı müdürlüğünü,
- i) Şube müdürü: Halk sağlığı müdürlüğü bünyesindeki kanser şube müdürü veya bulaşıcı olmayan hastalıklar, programlar ve kanser şube müdürünü,
- j) Şube müdürlüğü: Kanser önlenmesi, korunması, erken tanı ve erken teşhisi ile kanser kayıtçılığı, epidemiyolojik araştırmalar gibi kanser hizmetlerini yürüten halk

sağlığı müdürlüğü bünyesindeki şube müdürlüğünü,

k) Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS): Ülkemizdeki sağlık kurumlarında kullanılmakta olan ve hastane bilgi sistemlerinin referans olarak kullandığı kitabı/yayını, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Bildirim Usul ve Esasları

Bildirim

MADDE 5 – (1) Kanser, bildirimi zorunlu bir hastalık olup bu bildirimden Kurumun belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından işletilen sağlık kurum ve kuruluşları sorumludur.

(2) Kanser teşhisinin konulduğu patoloji, sitoloji laboratuvarlarında ya da hematoloji kliniklerinde USVS'deki doldurulması zorunlu asgari standart bilgileri içeren ve ek-

1'de örneği bulunan Patoloji, Sitoloji, Hematoloji Laboratuvarları Kanser Bildirim Formu elektronik ortamda doldurularak onaylanır.

(3) Patoloji, Sitoloji, Hematoloji Laboratuvarları Kanser Bildirim Formu ve kanser kayıtlarının tutulduğu elektronik veri tabanının 20 yıl süreyle saklanması zorunludur. Saklanma esasları Kurum tarafından belirlenir.

(4) Kanser bildiriminden sorumlu olduğu halde bildirim yapmayan ve bu Yönetmelik hükümlerine uymayan sağlık kurum ve kuruluşlarına ilk tespitte uyarı yazısı gönderilir. Kurumca belirlenecek süre içinde gerekli düzenlemeleri yapmayanlar hakkında ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Kanser Kayıt Merkezleri

İdari yapı

MADDE 6 – (1) Merkez, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı onayı ile kurulur.

Merkezler, Sağlık Bakanlığının 29 sağlık bölgesini temsil edecek şekilde planlanır.

- (2) Merkez, kanser kayıtlarının düzenli olarak Daire Başkanlığına gönderilmesini sağlamak ve epidemiyolojik araştırmalar yapmak üzere şube müdürlüğü bünyesinde oluşturulur.
- (3) Merkezde Kurumun belirlediği sayıda müdürlükçe görevlendirilen kanser kayıt elemanları çalışır. İllerde merkez oluşturulmasından ve kanser kayıt elemanları görevlendirilmesinden müdür, hastane kayıt birimi oluşturulmasından ve hastane kayıt elemanı görevlendirilmesinden hastane yöneticisi sorumludur.
- (4) Toplum sağlığı merkezi personeli gezici kayıt elemanı olarak görevlendirilebilir.
- (5) Merkez ve hastane kayıt birimlerinde çalışan personelin sertifikalı eleman olması esastır. Sertifikalı personel bulunmaması halinde sertifikasyon işlemleri için Kuruma başvuru yapılır.

Yerleşim

MADDE 7 – (1) Merkez; kayıt inceleme, kayıt girişi, arşivleme, veri analizi, değerlendirme, istatistik çalışmaları ve veri güvenliğinin sağlanabileceği uygun ve yeterli alana sahip olmalıdır.

Merkez sorumlusu

MADDE 8 – (1) Merkez sorumlusu olarak hekim görevlendirilir.

(2) Merkez sorumlusunun görevleri şunlardır:

- a) Merkezin ve hastane kayıt birimlerinin çalışmalarını planlamak, organize etmek, izlemek, çalışmaları değerlendirmek ve denetlemek,
- b) İlgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak verilerin toplanmasını sağlamak,
- c) Kayıt birimlerinin sağlıklı ve doğru veri toplamalarını sağlamak ve denetlemek,
- ç) Belirlenen periyotlarda verileri Kuruma göndermek,
- d) İldeki kanser türlerine ilişkin epidemiyolojik çalışmalar yapmak ve Daire Başkanlığını bilgilendirmek,

- e) Kanser risk faktörlerine yönelik araştırmaları düzenlemek ve/veya düzenlenen çalışmalara katkı sağlamak ve sonucu Daire Başkanlığına bildirmek,
- f) Kanser verilerinin mahremiyetinin sağlanması için gereken tedbirleri almak,
- g) Sağlık çalışanlarına kanser kayıtçılığı konusunda hizmet içieğitim planlamak ve uygulamak,
- đ) Merkezin faaliyet raporlarını hazırlayarak Daire Başkanlığına göndermek,
- h) Elektronik olarak toplanmış olan kanser kayıt verilerini düzenli olarak değerlendirmek, eksik ya da hatalı olanların kaydın yapıldığı kuruma iadesini sağlayarak verilerin düzeltilmesini sağlamak,
- ı) şube müdürünün verdiği diğer görevleri yapmak.

Merkez kayıt elemanı

MADDE 9 – (1) Merkez kayıt elemanı, kanser kayıtlarının toplanması, düzenlenmesi ve elektronik ortama aktarılması konusunda eğitim almış sertifikalı sağlık personelidir.

(2) Merkez kayıt elemanının görevleri şunlardır:

- a) Hastane kanser kayıt birimleri ve diğer kaynaklardan gelen verileri incelemek, düzenlemek, tam ve doğru olarak elektronik ortama aktarmak,
- b) Toplanan verileri derlemek, verilerin tutarlılık ve kalite kontrolünü yapmak, geçerli ve güvenilir olmayan bildirimleri belirleyerek kayıt kaynağı tarafından yeniden incelenmesini sağlamak,
- c) Merkezin yazışmalarını yürütmek, arşiv oluşturmak, verilerin mahremiyetinin sağlanması için alınan tedbirlere uymak,
- ç) Gerekli görüldüğu durumlarda gezici kayıt elemanı olarak çalışmak,
- d) Elektronik olarak toplanmış olan kanser kayıt verilerinden eksik ya da hatalı olanları düzenli olarak tespit etmek, merkez sorumlusuna hata kaynaklarını iletmek,
- e) Merkez sorumlusunun verdiği diğer görevleri yapmak.

Hastane kayıt birimi

MADDE 10 – (1) Hastane kayıt birimi, hastane ile merkez arasındaki veri akışını sağlamak üzere hastanelerde kurulan birimdir.

(2) Hastane kayıt birimi hastane içerisinde, kayıt inceleme, kayıt girişi, arşivleme, veri analizi çalışmalarının yapılabileceği ve veri güvenliğinin sağlanabileceği uygun ve yeterli alana sahip olmalıdır.

(3) Sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilecek tüm kayıt elemanları kanser teşhisi konulan olguların toplanması, derlenmesi ile merkeze gönderilmesinden sorumludur.

(4) Hastane kayıt elemanı aşağıdaki görevleri yapar:

a) Geçerli ve tam veriye ulaşabilmek için gerekli çalışmaları yapmak,

b) Hastanedeki birimlerden aldığı bilgileri, kanser kayıt bilgi formuna eksiksiz ve doğru olarak işlemek, toplanan verileri merkeze göndermek,

c) Merkez tarafından geri gönderilen formları yeniden düzenlemek,

ç) Birimin yazışmalarını yürütmek, arşiv oluşturmak, verilerin mahremiyetinin sağlanması için alınan tedbirlere uymak,

d) Merkez sorumlusunun kanser kayıtlarının düzenlenmesi ile ilgili verdiği diğer görevleri yapmak.

İzleme ve değerlendirme

MADDE 11 – (1) Hastane kayıt birimlerinin veri tabanının, müdürlükçe en az iki personelden oluşturulan bir ekip tarafından, yılda bir kez düzenli olarak izleme ve değerlendirmesi yapılır. Müdürlük il geneli için tamamladığı izleme ve değerlendirme raporlarını en geç beş iş günü içinde Kuruma gönderir. Tespit edilen eksiklikler müdürlük tarafından takip edilir.

(2) İzleme ve değerlendirmelerde, veri tamlığı Kurumca belirlenen oran ve miktarlarda olacaktır. Ayrıca merkezde Kurumca öngörülen vaka sayısı ve çeşitleri, belirlenecek orandan az olamaz.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

İl Kanser Danışma Komisyonu ve Görevleri

İl kanser danışma komisyonunun görevleri, üyelerin seçimi

MADDE 12 – (1) İldeki kanser çalışmalarının etkin yürütülebilmesi için; kanser kayıt, erken teşhis, tarama, kanser kontrol, epidemiyolojik araştırma ve benzeri konularda müdürlüğe görüş bildirmek, eğitim programlarına öneri ve katkı sağlamak üzere il kanser danışma komisyonu teşkil olunur. Komisyon; vali yardımcısı, müdür, il gıda, tarım ve hayvancılık müdürü, il çevre ve şehircilik müdürü, il sağlık müdürü, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi sorumlusu ile ilde en fazla kanser bildirimini yapan üniversite ve özel hastane yöneticilerinden oluşur.

Toplanma ve karar verme usul ve esasları

MADDE 13 – (1) İl kanser danışma komisyonu yılda en az bir kez, vali başkanlığında üye tam sayısının çoğunluğu ile toplanır ve oy çokluğu ile karar alır. Daire Başkanlığı gerekli gördüğü durumlarda komisyonun toplantılarına katılır. Komisyonun aldığı kararlar tavsiye niteliğindedir.

(2) Komisyonun sekretarya hizmetleri müdürlükçe yürütülür, toplantı raporları 15 iş günü içinde Kuruma gönderilir.

Yürürlükten kaldırılan yönetmelik

MADDE 14 – (1) 14/12/2000 tarihli ve 24260 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Kanser Kayıt Merkezi Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

İntibak süreci

GEÇİCİ MADDE 1 – (1) Kanser bildiriminden sorumlu olan tüm sağlık kurum ve kuruluşları, patoloji, sitoloji raporlarında ve hematoloji klinikleri raporlarında

USVS'deki doldurulması zorunlu asgari standart bilgileri içeren ek-1'deki Patoloji, Sitoloji, Hematoloji Laboratuvarları Kanser Bildirim Formunu bilgi işlem sistemlerine en geç bir yıl içinde entegre ederek uygulamaya geçerler.

Yürürlük

MADDE 15 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 16 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ek 7:

Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliği

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı; (Değişik ibare:RG-25/5/2018-30431) Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı yapılanmasında yer alan toplum sağlığı merkezleri ve bağlı birimlerinin açılması, kapatılması, organizasyonu ve görevleri ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, toplum sağlığı merkezleri ile bağlı birimlerinin fiziki ve teknik yapısını, görev ve yetkilerini, diğer kurum ve kuruluşlarla olan ilişki ve işbirliğini kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 5 inci

maddesi ile 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 36 ncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (Değişik:RG-25/5/2018-30431) (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiyeye, kapsamlı ve devamlı olarak, belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri,
- b) Aile hekimliği birimi: Bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı,
- c) Aile sağlığı elemanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Bakanlık ya da eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenini,
- ç) Aile sağlığımerkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu,
- d) Bağlı birim: Toplum sağlığımerkezleri bünyesinde belirli bir hizmeti yoğun olarak sunmak üzere kurulan birimi,
- e) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- f) Birinci basamak sağlık hizmetleri: Sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu,

- g) Çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı (ÇEKÜS) birimi: Toplum sağlığı merkezinin kadın, ana, çocuk ve üreme sağlığı hizmetleri ile eğitim faaliyetlerini yürüten bağlı birimini,
- ğ) Enfeksiyon kontrol birimi: Toplum sağlığı merkezinin tüberküloz, HIV ve frengi gibi toplumsal önemi haiz bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere enfeksiyon hastalıklarına yönelik teşhis, tarama, takip, eğitim ve tanımlanmış tedavi faaliyetlerini yürüten bağlı birimini,
- h) Entegre ilçe devlet hastanesi: Birinci basamak sağlık hizmetleri ile acil sağlık hizmetlerinin aile hekimleriyle birlikte sunulduğu, kapasitesi doğrultusunda yataklı hizmetlerin de verilebildiği hastaneleri,
- ı) Entegre sağlık hizmeti: Bakanlıkça belirlenecek yerlerde; bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve/veya yatarak tıbbî ve cerrahî müdahale ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız/diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmetini,
- i) Evde sağlık hizmeti: Çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini,
- j) Gezici sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine Bakanlık tarafından belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmetini,
- k) Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi (KETEM) birimi: Toplum sağlığı merkezinin kanser erken teşhis, tarama ve eğitim faaliyetlerini yürüten bağlı birimini,
- l) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,

- m) Sağlıklı hayat merkezi (SHM) birimi: Aile ve toplum sağlığı merkezlerinin sunmuş olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmek amacıyla oluşturulan birimi,
- n) Toplum sağlığı merkezi (TSM): Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşunu,
- o) TSM Başkanı: Toplum sağlığı merkezinin iş ve işlemlerini, ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürüten ya da yürütülmesini sağlayan, izleyen ve değerlendiren, gerektiğinde denetleyen toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimlerinin sorumlusu olan hekimi,
- ö) TSM ek hizmet binası: Hizmete ulaşımı ve hizmet sunumunu kolaylaştırmak üzere açılan toplum sağlığı merkezinin ek hizmet binasını,
- p) TSM İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) birimi: İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca yetkilendirilen toplum sağlığı merkezi bağlı birimini,
- r) TSM mobil sağlık hizmeti: Mevsimsel tarım işçileri, göçmenler, kırsalda yaşayanlar gibi temel sağlık hizmetlerine kolay ulaşamayan dezavantajlı gruplara buldukları mahalde verilecek koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini,
- s) Yerinde sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek, yerinde vereceği sağlık hizmetini ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Toplum Sağlığı Merkezinin Açılması, Kapatılması,

Organizasyonu ve İdari Yapısı

Açılması ve kapatılması,

MADDE 5 – (Değişik:RG-25/5/2018-30431)

(1) Nüfusu 15.000'e kadar olan ilçelerde ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde bir toplum sağlığı merkezi kurulur. Nüfusu 15.000 ila 30.000 arasında olan ilçelerde, sağlık hizmet sunumunun planlanması, coğrafi koşullar, dönemsel nüfus artışları gibi hususlar esas alınarak ilçe sağlık müdürlüğü kurulmamış ise toplum sağlığı merkezi kurularak hizmetler yürütülür.

(2) Nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçeler ile ilçe devlet hastanesi bulunan yerlerde toplum sağlığı merkezi kurulmaz.

(3) Toplum sağlığı merkezinin kurulmadığı ilçelerde bu Yönetmelik ile öngörülen hizmetler ilçe sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğünün de kurulmadığı yerlerde ise ilçe devlet hastanesi tarafından yürütülür.

(4) Toplum sağlığı merkezleri ile bunların ek ve bağlı birimlerinin tipleri ile fiziki ve teknik donanımları Bakanlıkça tespit edilen standartlar doğrultusunda belirlenir.

(5) Hizmete ulaşımı ve hizmet sunumunu kolaylaştırmak üzere, ihtiyaç doğrultusunda, farklı bir binada TSM bağlı birimi ve/veya ek birimi açılabilir. Toplum sağlığı merkezleri ile ek ve bağlı birimlerinin açılması, kapatılması ve yer değişikliği ilgili Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir.

(6) Toplum sağlığı merkezinin bulunduğu yerlerde, ilçe sağlık müdürlüğüne ait hizmetler TSM tarafından yerine getirilir.

Organizasyonu ve idari yapısı

MADDE 6 – (1) Toplum sağlığı merkezlerinde görev yapacak personelin niteliği ve sayısı (Değişik ibare: RG-25/5/2018-30431) Bakanlık tarafından belirlenir.

(2) Toplum sağlığı merkezine, müdürlüğün teklifi ve (Değişik ibare: RG-25/5/201830431) Bakanlığın onayı ile bir hekim, TSM başkanı olarak görevlendirilir. Görevlendirme, tercihen aşığıdaki kişiler arasından, sıralamaya uyularak yapılır;

a) Halk sağlığı uzmanı ya da epidemiyoloji uzmanı hekimler,

b) Halk sağlığı ya da epidemiyolojialanında doktora yapmış olan hekimler,

c) Halk sağlığı ya da epidemiyoloji alanında yüksek lisans yapmış olan hekimler,

ç) Yönetimle ilgilialanlarda doktora ya da yüksek lisans yapmış olan hekimler,

d) Bakanlıkça (Mülga ibare: RG-25/5/2018-30431)(...) onaylanmış toplum sağlığı ile ilgili alanlarda sertifikalı eğitim alan hekimler öncelikli olmak üzere diğer hekimler.

(3) (Mülga: RG-25/5/2018-30431)

(4) (Mülga: RG-25/5/2018-30431)

Eğitim

MADDE 7 – (1) Toplum sağlığı merkezi personeline, (Değişik ibare: RG-25/5/2018-30431) Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde, toplum sağlığı merkezlerinin çalışmaları ve toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik hizmet içieğitimler verilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Toplum Sağlığı Merkezinin Görev ve Yetkileri ile Çalışma Usul ve Esasları

Görev ve yetkileri

MADDE 8 – (1) Toplum sağlığı merkezi, aşığıdaki hizmetleri sunar:

a) İdari ve mali işler,

- b) Kayıt ve istatistik,
- c) Plan ve program yapma,
- ç) Diğer kurumlarla işbirliği,
- d) İzleme ve değerlendirme çalışmaları,
- e) Bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü,
- f) Tüberküloz kontrolü,
- g) Zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü,
- ğ) Erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları,
- h) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü,
- ı) Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri,
- i) Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri,
- j) Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri,
- k) Ruh sağlığı programlarına dair hizmetler,
- l) Ulusal programlar ile ilgili hizmetler,
- m) Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri,
- n) Acil sağlık hizmetleri,
- o) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri,
- ö) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,
- p) Çevre sağlığı hizmetleri,
- r) Çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler,
- s) Olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri,
- ş) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri,

- t) Evde sağlık hizmetleri,
- u) Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
- ü) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları,
- v) Sosyal hizmet çalışmaları,
- y) Hizmet içi eğitimler,
- z) Diğer görevler.

İdari ve mali işler

MADDE 9 – (1) TSM'nin idari ve mali işlere ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bakanlıktan veya diğer kurumlardan gelen genelge, talimat ve yazıları bölgesindeki sağlık birimlerine ve ilgili diğer birimlere ulaştırmak,
- b) Demirbaş kayıtlarının tutulmasını sağlamak ve denetlemesini yapmak,
- c) İlaç, tıbbi sarf ve diğer malzeme ihtiyaçlarını tespit ederek temin edilmeleri için müdürlüğe bildirmek,
- ) Döner sermaye işlemlerinin yürütülmesinde, müdürlükçe kendisine verilen görevleri yapmak,
- d) Müdürlük şubelerinin görev tanımlarındaki işlerin sahadaki uygulamalarını yürütmek,
- e) Aile sağlığı merkezi çalışanlarının göreve başlama veya ilişik kesme gibi işlemleri ile müdürlük yetkilendirdiği takdirde, aile sağlığı çalışanlarının izinli olduğu durumlarda personel görevlendirilmesine dair işlemleri ve yazışmalarını yürütmek,
- f) Aile hekimlerinin çalışma saatlerine uyumunu ve çalışmalarını izlemek ve değerlendirmek,

- g) Müdürlük tarafından toplum sağlığı merkezi personeliarasından gvlendirilen harcama yetkilisi mutemedinin, verilecek avansı usulüne uygun olarak kullanmasını sağlamak.

Kayıt ve istatistik

MADDE 10 – (1) TSM'nin kayıt ve istatistiğe ilişkin gvleri şunlardır:

- a) (Değişik:RG-25/5/2018-30431) 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve bu Kanuna dayalı olarak çıkarılan ikincil mevzuata ve Bakanlığın belirlemiş olduğu standartlara uygun olarak bölgedeki sağlık hizmeti sunucularından veri toplamak, yürütülen hizmetlerin kayıt ve istatistiklerini elektronik veya basılı ortamda tutmak, olağanüstü durumlarda bölgedeki sağlık hizmeti sunucularından yazılı olarak da veri toplamak, topladığı verilerizamanında müdürlüğe iletmek,
- b) Aile hekimini değiştirmek isteyen veya aile hekimine yeni kayıt olmak isteyen bireylerin başvurularını kabuletmek ve mevzuata uygun olması durumunda bu talepleri karşılamak,
- c) Bölgesinde ikamet etmesine rağmen aile hekimliğine kaydedilememiş kişilerin, ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyon içerisinde en uygun aile hekimine kaydedilmelerini sağlamak.

Plan ve program yapma

MADDE 11 – (1) TSM'nin plan ve program yapmaya ilişkin gvleri şunlardır:

- a) Bölgesindeki toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık risk ve sorunlarını belirlemek amacıyla program yapmak; (Değişik ibare:RG25/5/2018-30431) Bakanlığın hazırlamış olduğu plan ve programları sahada yürütmek,
- b) Görev tanımına giren konularda bölgesi ile ilgili faaliyet planını hazırlamak, sonuçları izlemek ve değerlendirmek ve altı aylık periyodlarla (Ocak-Temmuz) hazırlayacağı faaliyet plan ve raporlarını müdürlüğe sunmak,
- c) Aile sağlığı merkezleri arasında koordinasyonu sağlamak, planlanan hizmetler ile ilgili olarak aile hekimlikleriyle işbirliği içerisinde çalışmalar yapmak,

- ç) Aile hekimlerine laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri ve eğitim konularında destek vermek,
- d) Bölgede ihtiyaç duyulan aile sağlığı merkezlerinin veya birimlerinin sayıları ve yerleri ile buralarda çalışacak aile sağlığı çalışanlarının sayılarını planlayarak müdürlüğe sunmak,
- e) Bakanlık (Mülga ibare: RG-25/5/2018-30431)(...) tarafından gönderilen her türlü materyal, ilaç ve malzemenin aile sağlığı merkezlerine ulaşmasını sağlamak,
- f) Aile sağlığı merkezlerinde verilen hizmetlerden kişisel ve toplumsal boyutu olan bebek ve çocuk sağlığı, gebe ve lohusa takibi, aşı, aile planlaması vb. işler için hem aile hekimleri arasında hem de diğer ilgili kurumlar arasında koordinasyonu sağlamak,
- g) İkinci basamak sağlık kuruluşlarından geri bildirimlerin yapılması ve değerlendirilmesinde oluşabilecek aksaklıkları tespit ederek bu aksaklıkların giderilmesine dair çalışmalar yapmak,
- ğ) Toplum sağlığı merkezi tarafından rutin olarak yapılmayan ancak Bakanlık (Mülga ibare:RG-25/5/2018-30431)(...) yürütülen tarama, kampanya, aşılama hizmetleri gibi işleri, bölgesindeki aile sağlığı merkezleri ile işbirliği içinde yapmak ve/veya yaptırmak.

Diğer kurumlarla işbirliği

MADDE 12 – (1) TSM'nin diğer kurumlarla işbirliğine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Hizmetin her aşamasında ilgili üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları, özel kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapmak,
- b) Bakanlık (Mülga ibare:RG-25/5/2018-30431) (...) ile üniversiteler arasında imzalanacak olan protokol esasları çerçevesinde oluşturulacak Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezleri vasıtasıyla, başta halk sağlığı alanında olmak üzere, sağlık personeli yetiştiren üniversitelerde mezuniyet öncesi ve sonrası öğrenim görenler ile Kurum personelinin teorik ve uygulamalı eğitimlerine katkı sağlamak; sağlıkla ilgili programlarda eğitim gören mezuniyet öncesi ve sonrası öğrencilerin toplum sağlığı

merkezi ve bölgedeki diğer sağlık kuruluşlarının çalışma ve uygulamalarına katılımlarına destek vermek; halk sağlığı ve epidemiyoloji araştırma görevlileri başta olmak üzere ilgili üniversitelerde eğitim gören araştırma görevlilerinin toplum sağlığı merkezi faaliyetleri içinde görev almalarını sağlamak,

c) Üniversiteler başta olmak üzere bilimsel nitelikte araştırma yapan kurumların, (Değişik ibare: RG-25/5/2018-30431) Bakanlık veya müdürlükle işbirliği içerisinde yapacakları sağlıkla ilgili araştırmaları ve projeleri desteklemek ve katkıda bulunmak,

ç) (Değişik ibare: RG-25/5/2018-30431) Bakanlık veya müdürlük tarafından hazırlanan programlar çerçevesinde bölgesinde çalışan personelin eğitimlerini bölge içi veya dışındaki kurumlar ile işbirliği içinde sağlamak.

İzleme ve değerlendirme çalışmaları

MADDE 13 – (1) TSM'nin izleme ve değerlendirme çalışmalarına ilişkin görevleri şunlardır:

a) Bölgesindeki hizmet sunucularının verdikleri koruyucu sağlık hizmetlerinin mevzuat/sözleşme hükümlerine uygunluğunu izlemek ve değerlendirmek, hazırlayacağı raporu müdürlüğe iletmek,

b) Bağlı birimlerin hizmetlerine yönelik çalışmalarını ve çalışma düzenine uyumlarını izlemek ve değerlendirmek, hazırlayacağı raporu müdürlüğe iletmek,

c) Bölgesindeki aile hekimliği birimlerinin çalışma düzenine uyumlarını ilgili mevzuatına göre izlemek ve değerlendirmek, hazırladığı raporu müdürlüğe iletmek, ç) Bölgesinde hizmet veren aile hekimliği birimlerinin çalışmalarını ve kayıtlarını ilgili mevzuatına göre izlemek ve değerlendirmek amacıyla aile sağlığı merkezlerini ziyaret etmek, mevzuatın izin verdiği sınırlar çerçevesinde her türlü kayıtlarına erişmek, elde ettiği verileri ve yaptığı değerlendirmeleri öncelikli olarak aile sağlığı merkezi çalışanlarına yazılı ya da sözlü olarak, ayrıca altışar aylık dönemlerde de müdürlüğe yazılı olarak ya da elektronik ortamda bildirmek, bu görevi yaparken hasta ve çalışan hakları ile kişisel mahremiyetin korunması ilkelerine riayet etmek,

- d) Bölgesinde hizmet veren aile hekimliği birimlerinin gezici sağlık hizmeti planlarını bir önceki ayın son haftası içinde aile hekimlerinden almak, plana uyulup uyulmadığını izlemek ve değerlendirmek, hazırladığı raporu müdürlüğe bildirmek,
- e) Hasta hakları ile ilgili çalışmaların yürütülmesini sağlamak, yapılan çalışmalarını izlemek ve değerlendirmek.

Bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü

MADDE 14 – (1) TSM'nin bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolüne ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bakanlığın (Mülga ibare:RG-25/5/2018-30431) (...) yürüttüğü programlara uygun olarak; bölgesindeki bulaşıcı hastalık ve bağışıklama verilerini toplamak, kayıtlarını tutmak, değerlendirmek, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak gerekli tüm tedbirleri almak ve/veya alınmasını sağlamak ve tüm düzeylerde geri bildirim yapmak,
- b) Bakanlığın (Mülga ibare:RG-25/5/2018-30431) (...) bulaşıcı hastalıklar sürveyansı ve bağışıklama mevzuatına uygun olarak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının bulaşıcı hastalık ve bağışıklamaya ilişkin bildirimlerinin uygunluğunu izlemek ve kalitesini değerlendirmek, geri bildirimlerde bulunmak, bildirimlerde sorun tespit edildiğinde gerekli müdahaleleri yapmak ve/veya gereği için müdürlüğe rapor etmek,
- c) Mevzuatla belirlenen bulaşıcı hastalık olgularına yönelik filyasyon çalışmalarını yürütmek ve kayıtlarını tutmak; bu çalışmaları yürütürken, müdürlüğün gerekli gördüğü durumlarda, ilgili aile hekimlerini filyasyon ekibine katarak belirlenen sorunlara yönelik gerekli önlemleri almak veya aldirmek; kişinin kayıtlı olduğu aile hekimi başka bir toplum sağlığı merkezinin bölgesinde ise yapılan filyasyon sonucunu ilgili toplum sağlığı merkezine bildirmek,
- ç) Bölgenin aşı ve antiserum ile ilgili lojistik malzeme ihtiyacını belirlemek; müdürlük tarafından tedarik edilen aşı, ilaç, antiserum ve diğer malzemeleri usulüne uygun

olarak saklamak; müdürlük ile koordineli olarak bunların, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına dağıtımının yapılmasını sağlamak,

d) Soğuk zincir sisteminin düzgün olarak işlemlerini sağlamak; en az aylık periyotlarla, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında izleme ve değerlendirme yapmak, tespit ettiği soğuk zincir kırılmalarını müdürlüğe bildirmek,

e) Bağışıklama hizmetleri ve tüberkülin cilt testi (PPD) konusunda sağlık personeli eğitimlerini planlamak, eğitimleri vermek veya verilmesini sağlamak,

f) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında aile hekimleri tarafından uygulanan bağışıklama hizmetlerinin izleme ve değerlendirmesini yapmak,

g) Konu ile ilgili mevzuata göre belli yaşı ve nüfus gruplarına uygulanan (okul çağı yaşı grubu gibi) aşılamalar ve destek aşılamalarını aile sağlığı merkezleriyle işbirliği içerisinde yürütmek,

ğ) Okul çağı, hac ve umre, hareketli nüfus (tarım işçileri, göçmenler gibi) ve riskli bölgede salgın kontrolü aşılamaları dahil destek aşılama çalışmalarını aile sağlığı merkezleri ile işbirliği içerisinde yürütmek ya da yürütülmesini sağlamak, bu çalışmalara bölgedeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımını sağlamak ve takibini yapmak,

h) Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) bildirim olmasında ASİE formunun eksiksiz olarak doldurulmasını sağlamak ve müdürlüğe bildirmek,

i) Gerekli durumlarda aşı, antiserum ve ilaçlar ile ilgili materyalden numune alınmasını ve müdürlüğe gönderilmesini sağlamak,

i) Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının bulaşıcı hastalıklar, salgın kontrolü, sürveyans ve bağışıklama hizmetleri konusundaki teorik ve uygulamalı eğitimlerini müdürlük ile koordineli olarak planlamak ve uygulanmasını sağlamak,

j) (Değişik ibare:RG-25/5/2018-30431) Bakanlık tarafından gerekli görüldüğu hallerde gerçekleştirilen aşı kampanyalarını veya aşı uygulamalarını kendi bölgesinde yapmak veya yapılmasını sağlamak, bu çalışmalara bölgedeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımının takibini yapmak,

- k) Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgınına neden olabilecek faktörleri tespit etmek ve izlemek; konu hakkında gerekli önlemleri almak ve/veya alınması için ilgili kurumlarla işbirliği yapmak,
- l) Bulaşıcı hastalıklar konusunda halk eğitimi çalışmalarını planlamak ve yürütmek,
- m) Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgını olduğunda, ilgili mevzuatına göre, aile hekimleriyle birlikte, tüm sağlık kuruluşları ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak her türlü salgın kontrol önlemlerini almak; bölgesindeki sağlık çalışanlarını, ilgili kurum ve kuruluş çalışanlarını ve halkı bilgilendirerek kişi ve toplum farkındalığı oluşturmak; ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından alınan tedbirleri izlemek ve sürdürülmesini sağlamak,
- n) Bildirimi zorunlu hastalıklar listesinde yer alan bulaşıcı hastalıkların bildirimlerini kabul etmek; bildirimlerde sorun var ise bunları saptamak ve iyileştirilmesini sağlamak,
- o) Ulusal Hastalık Kontrol Programları çerçevesindeki özel sürveyans çalışmalarını yürütmek; numune nakline yönelik özel besiyerleri, numune nakil kapları gibi özellikli malzemeleri, müdürlükten temin ederek aile hekimleri ve ilgili birimlere ulaştırmak; numunelerin uygun yöntemlerle alınma durumunu izlemek ve değerlendirmek, numunelerin müdürlüğe uygun koşullarda naklini sağlamak,
- ö) (Değişik ibare:RG-25/5/2018-30431) Bakanlık ve müdürlük tarafından bazı bulaşıcı hastalıklara veya bulaşıcı hastalık komplikasyonlarına yönelik olarak temin edilen ilaçların aile hekimleri ve/veya diğer sağlık kurum ve kuruluşları aracılığıyla ilgili kişilere ulaşmasını sağlamak,
- p) Pandemilere (grip, SARS gibi) yönelik bölgesel planları yaparak müdürlüğün onayına sunmak; bu planları aile hekimleri ile paylaşmak ve takibini yapmak,
- r) Bölgesinde bulaşıcı hastalıklar ve bağışıklama hizmetleri konusunda yapılacak olan saha araştırmalarına katılmak ve destek sağlamak; gerektiğinde bölgesinde sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacıyla saha araştırmaları planlamak ve gerekli izinleri alarak yapmak,

s) Bölgesinde görülme ihtimali olan veya görülen bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalarda ilgili birim, kurum ve kuruluşlarla her türlü iş birliğini yapmak, ş) Bulaşıcı hastalıklar alanında mevzuat ile öngörülen diğer görevleri yapmak.

Tüberküloz kontrol hizmetleri

MADDE 15 – (1) TSM'nin tüberküloz (verem) kontrol hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

a) Aile hekimi tarafından sevk edilen veya toplum sağlığı merkezine bildirilen bölgedeki şüpheli kişinin kayıtlarını tutmak ve takip etmek,

b) Hastane tarafından kesin tanısı konulan ve toplum sağlığı merkezine bildirilen verem hastalarının bilgilerini tüberkülozlu hastalar listesine kaydetmek, tedavisi ve izlenmesini programlamak ve bu bilgileri, tanı konulan kişinin kayıtlı olduğu aile hekimine ve müdürlüğe bildirmek,

c) Verem tanısı konmuş hastaların ve koruma tedavisine alınmış temaslıların ilaçlarını aylık olarak, kayıtlı olduğu aile hekimine veya doğrudan gözetimli tedavi uygulama gözetmenine ulaştırmak; aile hekiminin veya gözetmenin, belirlenen programa uygun olarak hastasını izlemesini, ilaçlarını doğrudan gözetim ile vermesini ve kontrolünü düzenli olarak yapmasını sağlamak; müdürlük tarafından bu iş ve işlemlere yönelik olarak yapılan denetimlere katkı vermek,

ç) Verem hastalarının ve temaslılarının, tanı ve izlenmesi amacıyla balgam incelemesi, röntgen ve diğer tanı hizmetlerini yürütmek veya bu işler için kişileri ilgili sağlık kuruluşuna sevk ederek takibini yapmak,

d) Sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarına yönelik olarak belli aralıklarla eğitim programları düzenlemek,

e) Her ay yeni tedaviye alınan, tedavide olan, tedaviden çıkan, ilaçsız kontrole ayrılan, korumaya alınan ve korumadan çıkanlardan ve veremli hastaların temaslılarından kontrolü gerekenleri, kişinin kayıtlı olduğu aile hekimine bildirmek; aile hekimleriyle işbirliği içinde çalışarak bu hizmetlerin yürütülmesini sağlamak,

f) Uyumsuz hastaları, gerekli tedbirlerin alınması için müdürlüğe bildirmek ve uygun önlemlerin alınmasında görev almak.

Zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü

MADDE 16 – (1) TSM'nin zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Zoonotik ve vektörel hastalıklarla ilgili olarak Bakanlığın öngördüğü çalışmaları yapmak, ilgili kuruluşlarla iş birliğinde bulunmak ve verileri müdürlüğe iletmek,
- b) Müdürlüğün koordinasyonunda zoonotik ve vektörel hastalıklar ile ilgili plan ve program yapmak; bu kapsamda ilaçlı tedavi, vektör mücadelesi gibi çalışmaları planlamak, uygulamak ya da uygulanması için önlemler almak,
- c) Bakanlıkça yürütülen programlar çerçevesinde, belirlenen zoonotik ve vektörel hastalıklarla ilgili gerekli tetkik ve tedavilerin sağlık kuruluşlarında veya yerinde yapılmasını sağlamak,
- ç) Sıtma sürveyans çalışmalarını planlamak, koordine etmek ve raporlamak,
- d) İlgili mevzuata göre zoonotik ve vektörel hastalık bildirimlerini yapmak,
- e) Özel programı bulunan zoonotik ve vektörel hastalıklarla ilgili olarak Bakanlıkça tedarik edilen, tedavide kullanılan ilaç ve malzemelerin dağıtımını, kullanımını ve kontrolünü sağlamak,
- f) Hastaların tedavi sürecini aile hekimleri ile koordineli olarak takip etmek ve müdürlüğe bildirmek,
- g) Belli aralıklarla sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarına Bakanlıkça planlanan eğitim programlarını düzenlemek.

Erken uyarı ve cevap sistemine ilişkin hizmetler

MADDE 17 – (1) TSM'nin erken uyarı ve cevap sistemine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bölgesindeki akut halk sağlığı tehditlerini tespit ederek risklerini değerlendirmek ve müdürlüğün koordinasyonunda uygun kontrol önlemlerini, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde uygulamak ya da uygulanmasını sağlamak,
- b) Bu kapsamda yapılan hizmetleri, mevzuatta belirlenen standartlara göre yürütmek ve kayıt altına almak.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolüne ilişkin hizmetler

MADDE 18 – (1) TSM'nin bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolüne ilişkin görevleri şunlardır:

- a) (Değişik ibare:RG-25/5/2018-30431) Bakanlığın kanser, ruh sağlığı, kronik hastalıklar ve risk faktörleri konularında önleme, koruma,erken tanı ve kontrolüne yönelik olarak düzenlediği proje ve programları bölgede yürütmek ve/veya yürütülmesini sağlamak,
- b) Kanser, ruh sağlığı, kronik hastalıklar ve ilişkili risk faktörlerine yönelik eğitim ve rehberlik hizmetleri vermek,
- c) Bölgedeki sağlık kuruluşlarının (aile hekimliği birimleri, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel sağlık kuruluşları gibi) kanser, ruh sağlığı, kronik hastalıklar ve ilişkili risk faktörleri (tütün kullanımı, obezite, beslenme yetersizliği, fiziksel inaktivite, alkol kullanımı gibi) ile ilgili verilerini ve bilimsel çalışmalarını izlemek, epidemiyolojik çalışma yapmak veya yapılmasını sağlamak,
- ç) Bölgede sık görülen hastalık ve durumları belirleyerek bunların önlenmesi için programlar geliştirmek, geliştirilmiş olan programları uygulamak veya bölgedeki sağlık kuruluşları ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak uygulanmasını sağlamak.

Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri

MADDE 19 – (1) TSM'nin kadın ve üreme sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri hakkında topluma yönelik eğitim programlarını planlamak ve uygulamak,
- b) Aile hekimliği birimleri tarafından verilen kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun biçimde verilmesini sağlamak,
- c) Aile hekimleri ve/veya aile sağlığı elemanlarına üreme sağlığı, rahim içi araç uygulaması ve ilgili diğer teorik ve beceri kazandırma eğitimlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- ç) Bölgesindeki sağlık kuruluşlarının (aile hekimliği birimleri, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel sağlık kuruluşları gibi) kadın ve üreme sağlığı hizmetleri ile ilgili verilerini ve bilimsel çalışmalarını izlemek ve değerlendirmek,
- d) Evlilik öncesi danışmanlık hizmeti vermek ve evlilik işlemi için gerekli sağlık raporunun aile hekimlerince verilmesini sağlamak,
- e) Üreme sağlığı hizmetisunan sağlık personelini iş başında izlemek ve değerlendirmek,
- f) Kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin daha etkin yürütülebilmesi için yerel idareciler ve toplum liderleri başta olmak üzere ilgili kişi, kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak ve verilecek hizmetleri planlamak,
- g) Bu alanda Bakanlıkça planlanan programları yürütmek ve yürütülmesini sağlamak.

Ulusal programlarla ilgili hizmetler

MADDE 20 – (1) TSM'nin ulusal programlara ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bakanlık veya müdürlük tarafından gerekli görüldüğü hallerde; uygulanan aşı kampanyalarını kendi bölgesinde yapmak ve/veya yapılmasını sağlamak, bu çalışmalara, ihtiyaca göre, bölgedeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımını temin etmek,

- b) Ulusal Tütün Kontrolü Programı kapsamında kendi bölgesinde ve/veya müdürlüğün uygun göreceği yerlerde tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerle ilgili denetim faaliyetlerinin yapılmasını ve takibini sağlamak,
- c) Bakanlık tarafından kararlaştırılan ulusal ya da bölgesel programları yürütmek ve/veya yürütülmesini sağlamak.

Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri

MADDE 21 – (1) TSM'nin adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Adli Tıp Kurumunun doğrudan hizmet vermediği yerlerde, adli tıbbi hizmetler konusunda Cumhuriyet Savcılığı, ilçe sağlık müdürlüğü, aile hekimliği birimleri ve diğer sağlık kurum ve kuruluşları ile işbirliği içinde çalışarak bu hizmetlerin 25/1/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği çerçevesinde yürütülmesini sağlamak,
- b) Ölüm kayıt hizmetlerine dair iş ve işlemleri, 19/1/2010 tarihli ve 27467 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik hükümleri doğrultusunda yürütmek.

Acil sağlık hizmetleri

MADDE 22 – (1) TSM'nin acil sağlık hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Görev tanımı içerisinde yer alan hizmetleri almak üzere başvurulardan ihtiyacı olanlara, bulundukları ekipmanlar ölçüsünde acil sağlık hizmetisunmak ve bu hastaları acil sağlık komuta kontrol merkezine bildirmek,
- b) Müdürlükçe entegre sağlık hizmeti sunulan yerler kapsamına alınan ilçelerde, ilgili mevzuatı doğrultusunda acil sağlık hizmetlerini planlayarak uygulamak ve uygulatmak,

- c) Bölgesindeki acil sağlık hizmetleri istasyonlarına ilgili mevzuatı doğrultusunda gerekli lojistik desteği vermek.

Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri

MADDE 23 – (1) TSM'nin kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) (Mülga ibare:RG-25/5/2018-30431) (...) ilk yardım bilinci oluşturmak üzere bölgedeki halka yönelik olarak eğitim çalışmaları planlamak ve uygulamak,
- b) Günlük hayatta karşılaşılabilecek kazalar ve riskli durumlar hakkında halkın bilinç seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapmak.

Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri

MADDE 24 – (1) TSM'nin görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Aile sağlığı merkezlerinde yapılamayan görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini müdürlüğün planlamaları doğrultusunda yapmak veya müdürlük tarafından uygun görülen bir sağlık kuruluşunun laboratuvarlarında yapılmasını sağlamak,
- b) İhtiyaç duyulan yerlerde, toplum sağlığı merkezleri bünyesinde halk sağlığına yönelik laboratuvar hizmetleri vermek.

Çevre sağlığı hizmetleri

MADDE 25 – (1) TSM'nin çevre sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bölgesinde insan sağlığı ile ilgili her türlü çevre şartlarını izlemek ve değerlendirmek, önlem alınması gereken durumlarda ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- b) İçme ve kullanma sularının kontrolünü yaparak bölgedeki yerleşim birimlerinde bulunan su kaynaklarının envanterini çıkarmak,

- c) İlgili mevzuata göre; bölgesinde yıllık ve aylık olarak yapılacak olan bakiye klor ölçüm sayısı ile kontrol ve denetim izleme sayısına göre hedefleri belirlemek, numune almak; verileri, veri toplama sistemine işlemek ve analiz sonuçlarını değerlendirmek; tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin ilgili kurum ve kuruluşları bilgilendirmek ve uygunsuzluğun giderilmesi için alınacak önlemleri takip etmek,
- ç) İlgili mevzuata göre; yüzme sezonu içerisinde, yüzme amaçlı kullanılan deniz ve/veya göl suyundan müdürlük tarafından planlanan numune alma takvimine göre numune almak; ilgili verileri toplama sistemine işlemek ve analiz sonuçlarını değerlendirmek; tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin ilgili kurum ve kuruluşları bilgilendirmek ve uygunsuzluğun giderilmesi için alınacak önlemleri takip etmek,
- d) İlgili mevzuata göre; bölgesinde bulunan yüzme havuzlarından müdürlük tarafından planlanan numune alma takvimine göre numune almak; tespit edilen uygunsuzlukları müdürlüğe bildirmek; uygunsuzluk tespit edilmesi halinde uygunsuzluğun giderilmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlayarak alınan önlemleri takip etmek,
- e) İlgili mevzuata göre; ambalajlı suların (kaynak, içme ve doğal mineralli su) piyasa denetimini yapmak; denetime ilişkin bilgi ve belgeler ile denetim sonuçlarını müdürlüğe bildirmek,
- f) Gayri sıhhi müesseselerin, sıhhi müesseselerin, umuma açık işyerlerinin ruhsatlandırma ve denetimi kapsamında mevzuattan kaynaklanan görevleri yerine getirmek,
- g) Hava kirliliği, gürültü, atıklar, elektromanyetik kirlilik ve diğer çevre sorunları konusunda alınan ve alınacak önlemlere yönelik ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- ğ) Bölgesinde piyasa gözetim ve denetim hizmetleri kapsamında gerekli olan çalışmaları yürütmek,
- h) Bölgesinde biyosidal ürünlerin üretim, satış ve kullanım yerlerinin denetim hizmetlerinin yapılması amacıyla gereken çalışmaları yürütmek,

ı) İlgili mevzuatına göre mezarlıkların yer seçimi ile alakalı işlemleri yapmak.

Çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetleri

MADDE 26 – (1) TSM'nin çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetlerini müdürlüğün eş güdümünde yürütmek,
- b) Bölgesindeki iş sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği içerisinde çalışmalar yapmak,
- c) Bünyesinde TSM İSG birimi bulunması durumunda iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunmak üzere müdürlükle birlikte planlama ve organizasyon yapmak, bu birimin ihtiyaçlarını ilgili mevzuata uygun olarak temin etmek,
- ç) Meslek hastalığı, işle ilişkili hastalık ve iş kazaları açısından bölgesini takip etmek, halk sağlığı için önem arz eden olayın meydana geldiği iş yerlerinde ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak gerekli tedbirleri almalarını istemek,
- d) Bölgesinde bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarında İSG konusunda yapılan çalışmaları izlemek ve değerlendirmek,
- e) Bölgesindeki iş yeri sağlığı ve güvenliği birimleri ile ortak sağlık güvenlik birimlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında laboratuvar, röntgen, solunum fonksiyon testi, işitme testleri gibi hizmet verilmesi durumunda bu birimleri kayıt altına almak,
- f) Çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda verilen diğer görevleri yürütmek.

Olağan dışı durumlar ve afetlerde sağlık hizmetler

MADDE 27 – (1) TSM olağan dışı durumlar ve afetlerde, bölgesinde, afet organizasyonu ile ilgili olarak afete hazırlık, afete müdahale ve afet sonrası yapılacak iş ve işlemleri, ilin il sağlık afet ve acil durum planı (İLSAP) doğrultusunda gerçekleştirir.

Sağlığın geliştirilmesi ve teşvikine dair hizmetler

MADDE 28 – (1) TSM'nin sağlığın geliştirilmesi ve teşvikine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Toplumun sağlık konusunda bilgi düzeyinin artırılması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile bireylerin sağlıklı davranış alışkanlıkları kazanması için faaliyetler planlamak; planlama aşamasında bölgedeki sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- b) Bakanlıkça yürütülen tütün, alkol, madde bağımlılığı, obezite gibi risk faktörlerine yönelik olarak toplum eğitimi ve diğer gerekli çalışmaları yürütmek; bu alana yönelik olarak oluşturulan ulusal kontrol programlarını bölgesinde uygulamak veya uygulanmasını sağlamak,
- c) Planlanan eğitim programlarını hedef gruba ve amacına göre uygulamak (toplu halk eğitimi, esnaf eğitimi gibi) ya da bölgesindeki sağlık kuruluşları aracılığı ile uygulanmasını sağlamak,
- ç) Engelliler, yaşlılar gibi risk gruplarına yönelik olarak ilgili kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde çalışmalar yapmak.

Hizmet içi eğitim hizmetleri

MADDE 29 – (1) TSM'nin hizmet içi eğitim hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bölgenin genel durumunu ve sağlık ölçütlerini dikkate alarak bilgi yenilenmesi ihtiyacı görülen konularda müdürlük ile işbirliği yaparak, gerekli durumlarda diğer kuruluşlardan destek alarak hizmet içi eğitimler düzenlemek,
- b) Toplum sağlığı merkezi personeli başta olmak üzere bölgesinde bulunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri için; seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapmak ve gerekirse personelinin, diğer kurum ve kuruluşların düzenlediği eğitici etkinliklere katılmalarını sağlamak,
- c) Bakanlık tarafından planlanan diğer hizmet içi eğitim programlarını yürütmek.

Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri

MADDE 30 – (1) TSM'nin toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bölgesindeki toplu yaşam alanları, okullar ve konaklama yerlerini sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden değerlendirmek,
- b) Bölgesindeki toplu yaşam alanları, okullar ve konaklama yerlerindeki suların kaynaklarını ve şebeke durumunu değerlendirmek ve depo denetimini yapmak; bakteriyolojik ve kimyasal değerlendirmeler için su numuneleri almak; değerlendirme sonuçlarına göre ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte gerekli çalışmalarını yapmak,
- c) Bölgesindeki öğrencilerin okula kayıtları sırasında, kayıtlı oldukları aile hekimi tarafından periyodik muayenelerinin yapılmasını sağlamak; elde edilen verileri ve aşılama durumlarını değerlendirmek; sonuçları yazılı olarak ya da elektronik ortamda müdürlüğe bildirmek ya da bildirilmesini sağlamak,
- ç) Okul çağı çocuklarının aşılarını yapmak veya yapılmasını sağlamak ve sonuçları müdürlüğe bildirmek,
- d) Aile hekimliği birimleri ve diğer sağlık kuruluşları ile işbirliği yaparak okullarda, aile ve okul idaresinin katılımlarını da sağlayarak tütün, alkol, madde bağımlılığı ve şiddete karşı eğitim yolu ile mücadele edilmesine dair çalışmalarını yapmak,
- e) Bakanlık tarafından belirlenen sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gibi konularda yapılacak eğitim ve uygulamalarla ilgili olarak okul idaresi ile işbirliği yapmak.

(2) TSM'nin mevsimlik nüfus hareketlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Mevsimlik tarım işçilerine yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerini planlamak, sunmak veya sunulmasını sağlamak ve bu hizmetleri koordine etmek,
- b) Mevsimsel tarım işçilerine sunulan sağlık hizmetlerinin kayıtlarını, (Değişik ibare: RG-25/5/2018-30431) Bakanlığın belirlediği standartlar doğrultusunda tutmak;

bu kayıtları ilgili mevzuat hükümleri doğrultusunda kişinin kayıtlı olduğu aile hekimliği birimi ve TSM ile paylaşmak,

c) Mevsimlik tarım işçilerine yönelik sağlık hizmetleri konusunda personel farkındalığı oluşturmak ve gerekli eğitimleri vermek,

ç) Mevsimlik tarım işçilerine yönelik farkındalık eğitimleri düzenlemek,

d) Bölgesindekimevsimsel nüfus hareketlerini ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte takip etmek, görev tanımı içerisinde yer alan tedbirleri almak.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri

MADDE 31 – (1) TSM'nin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

a) (Değişik ibare:RG-25/5/2018-30431)Bakanlık tarafından hazırlanacak eylem planı ve ilgili mevzuat çerçevesinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sunmak veya sunulmasına yönelik çalışmalar yapmak,

b) Hizmete ulaşımda zorluk çekilen yerlerde müdürlüğün planlamaları doğrultusunda diş çekimi, diş çürüğünün erken dönemde tedavi edilmesi ya da dolgu gibi ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sunmak.

Evde sağlık hizmetleri

MADDE 32 – (1) TSM'nin evde sağlık hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

a) Bölgesinde sunulan evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda görev almak,

b) Evde sağlık hizmetini sunmak amacıyla ilgili mevzuatı ve müdürlüğün planlamaları doğrultusunda bünyesinde evde sağlık hizmet birimleri oluşturmak; hizmet sunumu için, yeterli unvan ve sayıda personeli bu birimlere görevlendirmek,

c) İlgili mevzuatı doğrultusunda evde sağlık hizmetleri ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek,

ç) (Değişik ibare: RG-25/5/2018-30431) Bakanlığın belirlediği yapılanmaya uygun olarak ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.

Sosyal hizmet alışmaları

MADDE 33 – (1) Toplum kalkınması çalışmalarında ve yardım hizmetlerinde ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapar.

Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri

MADDE 34 – (1) Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri kapsamında Bakanlığın planladığı tüm programları yürütür ve/veya yürütölmesini sağlar.

Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri

MADDE 35 – (1) Kanser kontrolü kapsamında (Değişik ibare:RG-25/5/2018-30431) Bakanlığın planladığı programları aile sağlığı merkezleri ile birlikte yürütür ve/veya yürütölmesini sağlar.

Ruh sağlığı programları

MADDE 36 – (1) Bakanlık tarafından hazırlanan ruh sağlığı programlarını yürütür ve/veya yürütölmesini sağlar.

Diğer görevler

MADDE 37 –(1) Sağlık turizmi, turizm hekimliği, göçerlerin bakımı, sağlık taramaları, entegre sağlık hizmet sunumu gibi konularda Bakanlığın (Mülga ibare:RG-25/5/2018-30431) (...) yayımladığı mevzuat ve talimatlara göre hizmet vermek ve müdürlüğün verdiği diğer görevleri yapmak.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Bağlı Birimler Birim açılması

MADDE 38 – (Değişik: RG-25/5/2018-30431) (1) Toplum sağlığı merkezi bünyesinde SHM, KETEM, ÇEKÜS, Enfeksiyon Kontrol, İSG, Diyabet ve Obezite, Göçmen Sağlığı Merkezi, Sağlık Evi gibi belirli hizmetleri yoğun olarak sunmak üzere bağlı birimler açılabilir.

- a) Bağlı birimler, ihtiyaç doğrultusunda, Bakanlıkça belirlenen hedeflere uygun olarak, Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile açılır ya da kapatılır.
- b) Birim sorumlusu, birimin görev alanı ve ilgili mevzuatı dikkate alınmak suretiyle toplum sağlığı merkezi başkanının teklifi ve müdürlük onayı ile görevlendirilir, Bakanlığa bildirilir.
- c) Bağlı birimlerin asgari fiziki ve teknik özellikleri ile çalışma usul ve esasları Bakanlık tarafından belirlenir. Ancak toplum sağlığı merkezlerine bağlı iş sağlığı ve güvenliği birimleri ilgilimevzuatında belirlenen standartlar doğrultusunda oluşturulur ve faaliyet gösterir.

KETEM birimi

MADDE 39 – (1) KETEM biriminin görevleri şunlardır:

- a) Kanser hastalığının risk faktörleri ve erken teşhisine yönelik her türlü eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütmek,
- b) Aile hekimleri ile birlikte Ulusal Kanser Tarama Standartlarına göre planlanan toplum tabanlı kanser taramalarını yürütmek,
- c) Ulusal Kanser Tarama Standartlarına göre kanser taramasını TSM ve aile hekimliği birimleri dışında yaptıran kişilere ait verileri tarama yapan merkezle birlikte kayıt altına almak,
- ) Tütün ve alkol mücadelesi ile ilgili olarak yürütülmesi uygun görülen Kurum programlarına destek olmak,
- d) Aile hekimliği birimleri ile birlikte yürütülen kanser taramaları neticesinde tespit edilen şüpheli olguların ileri tetkik, teşhis ve tedavisini kayıt altına almak; taranan ve kanser açısından riskli olduğu bilinen veya riskli olduğu saptanan kişilerin takiplerini gerçekleştirmek,
- e) Kurumca gerekli görülmesi halinde; kanser yönünden riskli bölge ve gruplara yönelik olarak kanser tarama hizmetlerini sunmak,

f) Gerekli durumlarda tarama faaliyetlerini yürütmek için öncelikle kamu kurum ve kuruluşları olmak üzere diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.

ÇEKÜS birimi (Değişik başlık:RG-25/5/2018-30431)

MADDE 40 – (1) Kadın, ana, çocuk ve ergenlerin sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetlerini sunmak ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği içinde kadın, ana, çocuk ve ergen sağlığı hizmetlerinin sunumunu, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun olarak gerçekleştirmek üzere açılan (Değişik ibare: RG25/5/2018-30431) ÇEKÜS biriminin görevleri şunlardır:

- a) Hizmet bölgesindeki kadın, gebe, loğusa, çocuk ve ergenlere Kurumun belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini sağlamak ve Kurumca belirlenen tedbirleri almak; başvuranlara bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek,
- b) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve serviks kanseri gibi konularda erken teşhis için KETEM birimi ile işbirliği yapmak,
- c) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak sorumluluk bölgesinin ihtiyaçları ve şartlarına göre Kurum veya müdürlükçe hazırlanmış olan programları uygulamak,
- ç) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına yönelik hizmet sunan diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak hizmetlerin sunumunda koordinasyon sağlamak,
- d) Başvuranların, birimde uygulanamayan gebeliği önleyici yöntemleri diğer sağlık kuruluşlarından almalarını sağlamak,
- e) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında; mahallin kitle iletişim araçları ile sivil toplum kuruluşlarından da faydalanmak suretiyle eğitim çalışmalarını organize etmek, sistemli bir şekilde halk eğitimi ve danışmanlık hizmetleri vermek,
- f) İlin birinci basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerini yürütmek,

- g) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerinin devamlılığının sağlanmasını temin için Kurumca belirlenen eğitim merkezlerinde eğitici eğitimlerini yapmak,
- ğ) Gerektiğinde il dışı sağlık personelinin de kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında eğitimlerini sağlamak,
- h) İlde yataklı veya yataksız sağlık hizmeti veya destek hizmeti veren kuruluşlar ile sağlık eğitimi veren diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- ı) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konuları ile ilgili yürüttüğü hizmetlerin kayıt ve bildirimlerini yapmak,
- i) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında Kurumca verilen diğer görevleri yapmak.

(2) Sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı kapsamındaki hizmet içieğitimlerinin planlanması ve yürütülmesi için, Kurumca belirlenen fiziki yapı, insan kaynakları ve günlük hizmet yükü gibi kriterler göz önünde bulundurularak, açılan birimler, ihtiyaç çerçevesinde Eğitim Merkezi olarak faaliyet gösterebilir.

SHM birimi

MADDE 41 – (Başlığı ile birlikte değişik:RG-25/5/2018-30431) (1) SHM biriminin toplum sağlığına yönelik görevleri şunlardır:

- a) Sağlıklı beslenme danışmanlığı yapmak, obezite tanısı alan kişilere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında, bireysel beslenme danışmanlığı dâhil olmak üzere bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- b) Sağlıklı bireylerde kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini artırmak için bireye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programlarını planlamak ve uygulamak,
- c) Sağlıklı bireylerin; kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin önlenmesi ve kontrolüne yönelik bireysel danışman faaliyetleri, grup danışmanlık hizmetleri ve farkındalık eğitimlerini yürütmek, sağlıklı yaşlanma danışmanlığı yapmak,

ç) Bireylerin kendi hastalıklarını tanıyabilmeleri, bulguları belirleyebilmeleri ve kendileri için iyi olduğunu düşündükleri kararları alabilmeleri için sağlık okuryazarlığı hizmetlerini vermek,

d) Kadın ve üreme sağlığı ile KETEM faaliyetlerine yönelik hizmetleri yürütmek,

e) Koruyucu ruh sağlığı, sigara bırakma, çocuk gelişimi, sosyal hizmet, risk grupları danışmanlığı gibi psiko-sosyal destek faaliyetlerini yürütmek,

f) Ağız diş sağlığı, okuls sağlığı, teşhis ve tedaviye yönelik laboratuvar ve görüntüleme, pansuman ve enjeksiyon gibi destek hizmetlerini sunmak,

g) Bölgesindeki enfeksiyon kontrol hizmetlerini yürütmek,

ğ) Bakanlıkça veya Müdürlükçe verilecek benzeri hizmetleri yürütmek.

İş sağlığı ve güvenliği birimi

MADDE 42 – (1) İş sağlığı ve güvenliği biriminin görevleri şunlardır:

a) Birimin yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlamak,

b) Birimin insan gücü, araç-gereç gibi ihtiyaçlarının karşılanması için planlamalar yapmak ve gerekli tedbirleri almak,

c) İlgilimevzuat doğrultusunda sorumluluğu kapsamındaki iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili faaliyetleri yürütmek,

ç) Çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda verilen diğer görevleri yürütmek.

(2) İş sağlığı ve güvenliği birimlerinin sunduğu hizmetin sunumuna dair usul ve esaslar Kurumca belirlenir.

Diyabet ve obezite birimi

MADDE 43 – (1) Diyabet ve obezite biriminin görevleri şunlardır:

a) Gerekli hallerde hedef nüfusun obezite ve fiziksel aktivite açısından periyodik taramalarını gerçekleştirmek ve araştırmalar yapmak,

- b) Hizmet bölgesinde obezite, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite gibi diyabetin risk faktörlerine ve erken teşhisine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütmek,
- c) Aile hekimliği birimleri tarafından yönlendirilen obezite ve diyabet tanısı almış olguları kayıt altına almak; obezite ve diyabet tanısı alan kişilere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında, diyabet tanısı olan kişilere ilave olarak öz bakım konusunda, bireysel beslenme danışmanlığı dâhil olmak üzere bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- ç) İlgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde obezitenin önlenmesine yönelik bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek,
- d) İlgili mevzuat doğrultusunda, hizmet bölgesindeki okullarda bulunan tip 1 veya tip 2 diyabet tanısı almış öğrencilerin takibi ile öğrencilerin, öğrenci velilerinin ve okul çalışanlarının diyabetle ilgili eğitimlerini okul yönetimiyle işbirliği içerisinde gerçekleştirmek.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Toplum Sağlığı Merkezinde Çalışanların Görev Tanımları ve Sorumlulukları

Genel hükümler

MADDE 44 – (1) TSM personeli 22.5.2014 tarihli ve 29007 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik hükümleri doğrultusunda tanımlanan iş ve görevleri yapar.

(2) Hizmette olmayan personelin işini yürütmek üzere, toplum sağlığı merkezi başkanı, personelden uygun birisini görevlendirir. Görevlendirilen personel, görevleri ile ilgili yetki ve sorumlulukları dâhilinde çalıştırılır.

TSM başkanının görevleri

MADDE 45 – (1) TSM başkanı, toplum sağlığı merkezi ve bağlı birim çalışanlarının amiri olup, idari ve teknik tüm işlerin ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürütülmesini sağlar ve denetler.

(2) TSM başkanının görevleri şunlardır:

- a) Toplum sağlığı merkezi sorumluluğundaki bölgeyi ve toplumu tanımak,
- b) Bölgesinin sağlık ölçütlerini değerlendirmek suretiyle sorunları ve öncelikleri saptamak,
- c) Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler tarafından sunulan hizmetlerin mevzuata uygun olarak yürütülmesini sağlamak,
- ç) Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birim personelinin çalışmalarını koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek; aksaklıkları belirleyerek işlerin düzgün olarak yürütülmesi için gereken önlemleri almak,
- d) Müdürlüğün planlamaları doğrultusunda, aile hekimliği birimlerinin vermiş oldukları hizmetlerin izlenmesini ve değerlendirilmesini gerçekleştirmek, hazırladığı raporu müdürlüğe bildirmek,
- e) İlgili mevzuat çerçevesinde personelin sicil ve özlük hakları ile ilgili çalışmaları yapmak,
- f) Toplum sağlığı merkezinin kayıtlarını düzenli olarak kontrol etmek, izlemek ve değerlendirmek, eksikliklerin giderilmesini sağlamak,
- g) Her yıl Ocak ve Temmuz ayı içerisinde, geçmişe dönük altı aylık çalışma raporunun ve geleceğe dönük faaliyet planının hazırlanmasını sağlamak ve müdürlüğe sunmak,
- ğ) Bakanlık politika ve stratejileri doğrultusunda, bölgesinde bağışıklama hizmetleri için aylık ve yıllık plan ile programları hazırlamak, bunları uygulamak ve uygulatmak üzere ilçe aşı sorumluluğu görevini yürütmek veya ilçe aşı sorumlusu olarak bir hekimin müdürlük tarafından görevlendirilmesini sağlamak,

- h) Toplum sağlığı merkezi ve diğer sağlık kurumları tarafından tespit edilen ve bildirilen bildirim zorunlu hastalıklar ile ilgili kayıtların düzenlenmesini ve periyodik olarak müdürlüğe iletilmesini sağlamak,
- i) Hasta/çalışan hakları ve güvenliği ile ilgili çalışmalarını yürütmek,
- i) Personelin hizmet içieğitimlerini planlamak, uygulamak veya uygulatmak,
- j) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Hekimin görevleri

MADDE 46 – (1) Hekim, TSM başkanı tarafından bir ya da birden fazla konu veya birimin işlerini yürütmek üzere görevlendirilebilir. Hekim, görevlendirildiği konu veya birimin işlerinin planlanması, yürütülmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesinden sorumludur.

(2) Hekimin görevleri şunlardır:

- a) Toplum sağlığımerkezi tarafından verilmesi gereken sağlık hizmetlerini yürütmek, personelin verdiği hizmetleri izlemek ve değerlendirmek,
- b) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- c) Okul sağlığı hizmetlerini mevzuattaki yetki ve sorumluluğuna uygun olarak yürütmek,
- ç) Çevre sağlığı hizmetlerini, mevzuattaki yetki ve sorumluluğuna uygun olarak yürütmek,
- d) Bulaşıcı hastalıklarla ve bağışıklama ile ilgili programları yürütmek,
- e) Ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak,
- f) Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini yürütmek ya da yürütülmesini sağlamak,
- g) Gereken hallerde çalışan sağlığına yönelik hizmetleri ilgili mevzuat çerçevesinde yürütmek,
- ğ) Halka yönelik sağlık eğitimini yapmak,

- h) Halk eğitimi materyali ihtiyacının belirlenmesi, hazırlanması ve kullanılmasını sağlamak,
- i) Personele yönelik hizmet içi eğitim programlarını yürütmek,
- i) Laboratuvar hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak,
- j) Aile hekimliği birimlerinin ihtiyaçlarını belirlemek ve lojistik destek sağlamak konularında gerekli çalışmaları yapmak,
- k) Toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve teşviki hizmetlerinde görev almak,
- l) Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- m) Sorumlu olduğu bölgede çeşitli saha ve salgın araştırmalarını, bulaşıcı hastalık fiyasyon çalışmalarını yürütmek ve sürveyans çalışması yapmak,
- n) Bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele ederek yapılan çalışmaları izlemek ve değerlendirmek,
- o) KOAH, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların ve bunların risk faktörlerinin erken teşhisi ve takibi konularında çalışmak, halk eğitimi dahil koruyucu hizmetleri yürütmek,
- ö)Yıllık plan ve programlar çerçevesinde, bulunduğu bölgedeki aile sağlığı merkezlerinde görevli sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerini vermek,
- p) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Diş hekiminin görevleri

MADDE 47 – (1) Diş hekimleri TSM başkanı tarafından bir ya da birden fazla konu ve birimin işlerini yürütmek üzere görevlendirilebilir. Diş hekimi, görevlendirildiği konu veya birimin işlerinin planlanması, yürütülmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesinden sorumludur.

(2) Diş hekiminin görevleri şunlardır:

- a) Koruyucu ve müdürlüğün planladığı yerlerde tedavi edici ağız dış sağlığı hizmetlerini sunmak,
- b) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- c) Okul sağlığı hizmetlerinde aktif olarak yer almak,
- ç) Toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve teşviki hizmetlerinde görev almak,
- d) Halk eğitimi materyali ihtiyacının belirlenmesi, hazırlanması ve kullanılmasını sağlamak,
- e) Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- f) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Sağlık memuru (toplum sağlığı), hemşire ve ebenin görevleri

MADDE 48 – (1) TSM’de görev yapan sağlık memuru (toplum sağlığı), hemşire ve ebenin görevleri şunlardır:

- a) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- b) Toplum sağlığı merkezindeki aşıların soğuk zincir kurallarına uygun olarak saklanması ve dağıtımını yürütmek,
- c) Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek suretiyle sorunları ve öncelikleri saptamak,
- ç) Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü çalışmalarına katılmak,
- d) Okul sağlığı hizmetlerine katılmak,
- e) Kayıt ve bilgi işlem çalışmalarında görev almak,
- f) TSM başkanının direktifleri doğrultusunda bölgedeki sağlık çalışanlarının hizmetlerini izlemek ve değerlendirmek,

- g) Sağlıklı beslenme ve beslenme bozuklukları konusundaki programlara katılmak, obezite danışmanlığı hizmetleri konusunda görev almak,
- ğ) Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde görev almak,
- h) İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görev almak,
- ı) Birey ve grup eğitimlerine katılmak, halkın sağlık eğitimi çalışmalarının planlanması ve uygulanmasında görev almak,
- i) Bağışıklama hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde görev almak,
- j) Hizmet içi eğitim hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında görev almak,
- k) Toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve teşviki hizmetlerinde görev almak,
- l) Üreme sağlığı hizmetlerinde görev almak,
- m) Görevi ile ilgili istatistik kayıtlarını ve formları düzenlemek,
- n) Görev alanlarında temizlik ve düzeni sağlamak; malzemelerin, kullandıktan sonra temiz ve her zaman kullanıma hazır halde tutulmasını sağlamak,
- o) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Sağlık evi personelinin görevleri

MADDE 49 – (1) Sağlık evlerinde çalışmakta olan personel, hizmet yönünden o bölgenin bağlandığı aile hekimine; idari yönden ise toplum sağlığı merkezine bağlı olarak çalışırlar.

(2) Sağlık evi personelinin görevleri şunlardır:

- a) Sorumluluk alanında, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aile hekimine bağlı olarak yürütmek,
- b) Bağlı olduğu aile hekimini, gezici sağlık hizmeti çalışmalarında desteklemek,

- c) Sağlık evinde bulundurulacak malzemeleri ve cihazları hizmete hazır olarak bulundurmak,
- ç) Sorumluluk alanında sağlıkla ilgili kayıtları tutmak,
- d) Aylık çalışmalarını toplum sağlığı merkezine bildirmek,
- e) Yürüttüğü hizmetler açısından bağlı olduğu aile hekimini bilgilendirmek,
- f) Sorumluluk alanındaki nüfus hareketlerini (doğum, ölüm, göç, mevsimlik tarım işçileri gibi) bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine ve aile hekimine bildirmek,
- g) Sorumluluk alanının sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,
- ğ) Bölgesindeki riskli gebeleri tespit etmek ve misafir anne uygulaması kapsamına alınması için faaliyetlerde bulunmak,
- h) Sorumluluk alanında, evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri tespit ederek kayıtlı olduğu aile hekimine ve koordinasyon merkezine bildirmek; koordinasyon merkezi tarafından görevlendirildiği takdirde hastalara evde sağlık hizmeti vermek,
- ı) Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde görev almak,
- i) Çevre sağlığı konusunda bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak, gerektiğinde su sanitasyon hizmetlerinde görev almak,
- j) Bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak,
- k) Sorumluluk alanında bulunan veremli hastalara DGT uygulamak, bu hastaları düzenli olarak izlemek, ihtiyaçlarını bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek, bu konuda halka eğitim vermek,
- l) Sorumluluk alanında bulunan kronik hastaların izlemlerini yapmak,
- m) Sorumluluk alanında obezite danışmanlığı hizmetlerinde görev almak,
- n) Okul sağlığı hizmetlerinde görev almak,

- o) Gelişebilecek olası acil durumlar için gerekli malzeme ve ekipman bulundurulması şartı ile enjeksiyon hizmeti vermek, pansuman yapmak ve basit suture atmak,
- ö) Sorumluluk alanında, bağlı olduğu toplum sağlığımerkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak,
- p) TSM başkanının vereceği görevi ile ilgili diğer işleri yapmak.

Röntgen teknisyeni/röntgen teknikerinin görevleri

MADDE 50 – (1) TSM’de görev yapan röntgen teknisyeni/röntgen teknikerinin görevleri şunlardır:

- a) Gönderilen hastaların radyolojik tetkiklerini yapmak,
- b) Hizmetin yürütülmesi için gereken ihtiyaçları tespit ederek bunları TSM başkanına yazılı olarak bildirmek,
- c) Röntgen laboratuvarında bulunan her türlü tıbbi cihaz, alet, malzeme ile demirbaş eşyanın muhafazasını ve tüketim maddelerinin yerinde kullanılmasını sağlamak,
- ç) TSM Başkanının vereceği görevi ile ilgili diğer işleri yapmak.

Laboratuvar teknisyeninin görevleri

MADDE 51 – (1) Laboratuvar teknisyeni görevini ifa ederken meslek dalının gerektirdiği tüm hizmetleri verir.

(2) Laboratuvar teknisyeninin görevleri şunlardır:

- a) Laboratuvar hizmetlerini acil durumlara öncelik vererek, en kısa sürede ve en doğru biçimde yapmak,
- b) Kan alma ünitesinde kan alma işlemini gerçekleştirmek,
- c) Hekim tarafından istenilen deney, test ve analizleri yaparak sonuçlarını hekime bildirmek,
- ç) Laboratuvarın temiz ve düzenli tutulmasını sağlamak,

- d) Laboratuvar malzemelerini temiz ve her zaman kullanıma hazır halde tutmak ya da tutulmasını sağlamak,
- e) Laboratuvar malzemeleri ile demirbaş ve sarf malzemelerinin saklanması ve muhafazasını, laboratuvardaki cihazların bakımının yaptırılmasını sağlamak,
- f) Aylık ve yıllık raporlar hazırlamak, kayıt tutmak,
- g) Toplum sağlığı merkezinin sahaya yönelik çalışmalarının yürütülmesinde görev almak,
- ğ) TSM başkanının vereceği diğer işleri yapmak.

Tıbbi teknoloğun görevleri

MADDE 52 – (1) TSM’de görev yapan tıbbi teknoloğun görevleri şunlardır:

- a) Epidemiyoloji çalışmalarında yer almak,
- b) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- c) Halkın sağlık eğitimi çalışmalarının planlanması ve uygulanmasında görev almak,
- ç) Bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü çalışmalarına katılmak,
- d) Okul sağlığı hizmetlerine katılmak,
- e) Kayıt ve bilgi işlem çalışmalarında görev almak,
- f) TSM Başkanının direktifleri doğrultusunda, göreviyle ilgili olarak bölgedeki sağlık çalışanlarının hizmetlerini izlemek ve değerlendirmek,
- g) Hizmet içi eğitim hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında görev almak,
- ğ) Hizmetle ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Sosyal çalışmacının görevleri

MADDE 53 – (1) TSM’de görev yapan sosyal çalışmacının görevleri şunlardır:

- a) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- b) Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,
- c) Toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik şartları değerlendirmek,
- ç) Toplumda saptanan sorunların çözümlenmesine katkıda bulunacak kaynakları araştırarak, harekete geçirici, verimliliği artırıcı ve yeni kaynak oluşumunu sağlayıcı çalışmalar yapmak,
- d) Afet sonrası dönemde sosyal hizmet işlerini yürütmek,
- e) Okul yönetimleri ile işbirliği yaparak hizmetleri desteklemek,
- f) Bölgesindeki belediye, il milli eğitim müdürlüğü, aile ve sosyal politikalar il müdürlüğü gibi diğer kamu kuruluşları ile işbirliği yapmak,
- g) Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak,
- ğ) Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- h) Sosyal yardıma muhtaç hastaların sosyal yardım kurumlarıyla irtibatını sağlayıp desteklemek ve sorunların çözümüne katkıda bulunmak,
- ı) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Psikoloğun görevleri

MADDE 54 – (1) Psikoloğun görevleri şunlardır:

- a) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- b) Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak,
- c) Bakanlığın öngördüğü plan ve projeleri uygulamak,
- ç) Riskli ve duyarlı gruplara psikolojik destek sağlanmasında görev almak,

- d) Çalışmaları ile ilgili verileri toplamak, araştırmalar planlamak ve planlanan çalışmalarda görev almak,
- e) Hizmet kalitesinin artırılması ve organizasyon çalışmalarını kurum çalışanları ile işbirliği içerisinde yürütmek,
- f) Toplumun psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi ve eğitim hizmetlerinin planlanmasında görev almak,
- g) Sağlık eğitimi hizmetlerinde görev almak,
- ğ) Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak,
- h) Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- ı) Ruh sağlığı çalışmalarına katılmak,
- i) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Diyetisyenin görevleri :

MADDE 55 – (1) TSM’de görev yapan diyetisyenin görevleri şunlardır:

- a) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- b) Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak,
- c) Çalışmaları ile ilgili veri toplamak, araştırmalar planlamak ve planlanan çalışmalarda görev almak,
- ç) Toplumun beslenme sorunlarının belirlenmesi, çözüm yollarının planlanması ve uygulanmasında görev almak,
- d) Sağlık eğitimi hizmetlerinde görev almak,
- e) Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak,
- f) Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,

g) İlgili mevzuatta tanımlanan görevleri toplum sağlığı merkezinde ya da bölgedeki aile sağlığı merkezinde/merkezlerinde yerine getirmek,

ğ) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Çevre sağlığı teknisyeninin görevleri

MADDE 56 – (1) TSM’de görev yapan çevre sağlığı teknisyeninin görevleri şunlardır:

a) Çalıştığı bölgenin krokilerini ve envanterini hazırlamak,

b) Çevre sağlığı ile ilgili yazışma, raporlama, dosyalama, arşiv ve istatistik çalışmalarını yapmak, gerekli verilerin alınmasını sağlamak, vermeyenler hakkında ilgili mevzuat hükümlerine göre işlem yapmak,

c) Çevre sağlığı ile ilgili kayıt ve formları tutmak,

ç) Her türlü içme ve kullanma sularının sağlıklı olup olmadıklarının kontrolünü yapmak, numune alarak ilgili birime göndermek, kirli suların ıslahı için gerekli önlemleri almak, bakiye klor tespiti yapmak,

d) Toplumun yiyip içmesine, konaklamasına, eğlenmesine özgü yerler, konutlar, iş yerleri ve okulların sağlık koşullarına uygun olup olmadığını ilgili mevzuat hükümlerine göre izlemek ve değerlendirmek; sağlığa zararlı hususların düzeltilmesi amacıyla ilgililere bilgi vermek ve sonuçlarını izlemek,

e) Cezaevleri, havaalanları, limanlar ve kara nakil vasıtalarını çevre sağlığı yönünden izlemek ve değerlendirmek, sağlık koşullarına uygunluğunu takip etmek,

f) Mevzuatta belirtilen görevler dâhilinde halka açık olan yerler ile gayri sıhhi müesseseler ve işyerlerinin sağlık yönünden denetimleri ile ilgili işlemleri yapmak,

g) İnsana hastalık bulaştıran her türlü hayvan, böcek, kemirici ve vektörler için yapılması gereken mücadele işlerini mevzuat çerçevesinde yaptırmak, yapılmasını izlemek ve değerlendirmek,

- ğ) Çevre sağlığı, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ile sosyal hastalıklardan korunma konusunda halkla işbirliği yapmak ve bu konularda onları toplu olarak ya da tek tek eğitmek,
- h) Kanalizasyon sistemi bulunmayan yerlerde fosseptik çukurlarının yerini ve vasıflarını tespit etmek,
- ı) Enfeksiyon hastalıklarının kaynağını bulma ve koruyucu tedbirleri alma yönünden epidemiyolojik araştırmalara katılmak,
- i) Çevre sağlığı ile ilgili hizmetlerin daha etkin ve verimli yürütülmesi için kamu, özel ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- j) Hava, su ve toprak kirlenmesi ile evsel ve endüstriyel atıklarla ilgili mevzuattan kaynaklanan görevlerini ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde yürütmek,
- k) Çevre sağlığı ile ilgili biyosidal ve benzeri ürünlerin üretim ve uygulama yerlerinin denetimini yapmak, gerektiğinde numune almak, biyosidal ürünlerin piyasa-gözetim ve denetimini yapmak ve gerektiğinde numune almak,
- l) Piyasa gözetim ve denetim hizmetlerinin yapılması amacıyla bölgesinde gerekli çalışmaları yürütmek,
- m) Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak,
- n) TSM başkanının vereceği diğer işleri yapmak.

Tıbbi sekreter ve daktilografin görevleri

MADDE 57 – (1) TSM’de görev yapan tıbbisekreter ve daktilografin görevleri şunlardır:

- a) Toplum sağlığımerkezinin tüm yazışma işlerini yürütmek,
- b) Gelen ve giden yazılara ait defter ve dosyaları ilgili mevzuatlar dahilinde tutmak, bu yazıların asıl ve/veya suretlerini saklamak,

- c) Yazıların cevaplarının süresinde hazırlayarak buna ilişkin bütün işlemleri sonuçlandırmak,
- ç) Giden evraka ait her türlü posta işlemlerini yapmak ve resmi pul hesaplarını tutmak,
- d) Yazı ve çoğaltma makinelerinin bakım ve temizliğini yapmak, korunmasını sağlamak,
- e) TSM'nin hizmetinde kullanılan bilgileri bilgisayara kaydetmek,
- f) Tüm saha araştırmalarının ham verilerini bilgisayara kaydetmek,
- g) İdareden kendisine verilen her türlü yazışma iş ve işlemlerini yapmak,
- ğ) Ayniyat saymanı yok ise onun görevlerini yürütmek,
- h) Hizmetle ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Şefin görevleri

MADDE 58 – (1) Şef, toplum sağlığı merkezindeki idari ve mali işlerinden sorumludur.

(2) Şefin görevleri şunlardır:

- a) Ayniyat, ambar, ulaşım, iletişim, kayıt, istatistik arşiv, ısınma, temizlik işlerinin kurallara uygun biçimde yürütülmesini sağlamak ve bu hizmetlerle ilgili eksikleri belirleyerek hizmetin düzgün yürütülmesi için gerekli önlemleri almak,
- b) TSM başkanının vereceği diğer işleri yapmak.

Ayniyat saymanı ve ambar memurunun (taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi) görevleri

MADDE 59 – (1) TSM'de görev yapan ayniyat saymanı ve ambar memurunun (taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi) görevleri şunlardır:

- a) Toplum sağlığı merkezindeki ayniyat işlerini, ilgili mevzuat ve esaslara uyarak yapmak ve kayıtları tutmak,
- b) Gelen malzeme için ayniyat teslim makbuzu kesmek,

- c) Genelsarf malzemelerinin temini ve kullanacak personele senet karşılığı teslim edilmesi işlemlerini yürütmek,
- ç) Demirbaş ve tüketim malzemelerinin temini, kaydı, saklanması, bakımı, onarımı, kullanacak personele senet karşılığı teslimi ve kullanılamayacak duruma gelenlerin kayıt düşüm işlemlerini yürütmek,
- d) Yıllık ayniyat hesap işlerini yapmak,
- e) Hizmetle ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Veri hazırlama ve kontrol işletmeninin görevleri

MADDE 60 – (1) TSM’de görev yapan veri hazırlama ve kontrol işletmeninin görevleri şunlardır:

- a) Bilgi işlem hizmetlerini yürütmek,
- b) Toplum sağlığı merkezinin bilgi teknolojileri ile ilgili alt yapı ihtiyacını belirlemek ve bu ihtiyacın sağlanması için TSM başkanına önerilerde bulunmak,
- c) Bilgisayar ve çevre bilimleri için gereken programların güncellenmesi ve bakımını sağlamak,
- ç) Toplum sağlığı merkezinde üretilen ya da toplum sağlığı merkezine gönderilen verileri elektronik ortama kaydetmek ve veri kontrolünü yapmak,
- d) Toplum sağlığı merkezi çalışanlarının ihtiyacı olan tablo, grafik ve bilgisayar çıktılarını hazırlamak veya bu tabloların karar destek sisteminde hazırlanması için koordinasyonu sağlamak,
- e) Toplum sağlığı merkezinin faaliyet raporunun hazırlanmasında görev almak,
- f) Hizmetle ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Memurun görevleri

MADDE 61 – (1) TSM’de görev yapan memurun görevleri şunlardır:

- a) İdari ve mali işlerin yürütülmesinde görev almak,

- b) Tıbbi sekreter, veri hazırlama ve kontrol işletmeni, ayniyat saymanı ve ambar memurunun bulunmadığı durumlarda bu kişilerin görevlerini yürütmek,
- c) Hizmetle ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Şoförün görevleri

MADDE 62 – (1) TSM’de görev yapan şoförün görevleri şunlardır:

- a) Motorlu aracın bakımını, temizliğini ve korunmasını sağlamak,
- b) Motorlu aracın günlük ve haftalık bakımını aksatmadan ve sürekli olarak yerine getirmek ve motorlu aracın kullanılmasında 5/1/1961 tarihli ve 237 sayılı Taşıt Kanunu ve ilgili diğer mevzuata uymak,
- c) TSM başkanının mevzuata uygun verdiği talimatlar doğrultusunda taşıtın hizmette kullanılması için görev yapmak,
- ç) Günlük gezi programı, kat edilen kilometre, yakıt veya harcama ile taşıtın kullanıldığı süre hakkında istenilen bilgiyi tıbbi sekretere vermek,
- d) Mesai başladığında bir önceki günün taşıt seyrüsefer defterini TSM başkanına göstererek imzalatmak,
- e) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Hizmetlinin görevleri

MADDE 63 – (1) TSM’de görev yapan hizmetlinin görevleri şunlardır:

- a) Toplum sağlığı merkezi binasının ve bahçesinin temizlik, küçük onarım, bakım, korunma ve günlük işlerini yapmak,
- b) Toplum sağlığı merkezi ısınması ile ilgili işleri yürütmek ve bununla ilgili malzemelerin taşınması ve depolanmasını sağlamak,
- c) Kalorifer sistemi bulunan toplum sağlığı merkezinde ayrı bir kaloriferci bulunmuyor ise kaloriferleri yakmak ve takip etmek, ısınması soba ve diğer yollarla olan merkezlerin ısınması ile ilgili işleri yapmak,

ç) TSM başkanının vereceği diğer işleri yapmak,

d) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

ALTINCI BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler Yürürlükten kaldırılan yönetmelikler

MADDE 64 – (1) 6/2/1997 tarihli ve 22900 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

(2) 14/12/2000 tarihli ve 24260 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

(3) Diğer mevzuatta, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliğine ve Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliğine yapılmış olan atıflar bu Yönetmeliğe yapılmış sayılır.

Yürürlük

MADDE 65 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 66 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür

Ek 8 Kanser Kayıtçılığı Genelgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



Sayı:
Konu: Kanser kayıtçılığı

GENELGE 2019/93

Kanser ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Tüm dünyada nüfusun artması ve yaşlanması ile birlikte kanser insidansındaki artışın, kanser yükünde büyük artışlara yol açması beklenmektedir. Kanserle mücadele ve kanser hizmetlerinde öncelikler belirlenirken kanser yüküne ve o bölgede yoğun biçimde görülen kanser türlerine dair bilgi esas alınır. Kanser dağılımının bilinmesi, uygulanacak politikaların belirlenmesi, yapılan müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve gerekli iyileştirme çalışmalarının zamanında yapılabilmesi için kanserin kayıt altına alınması zorunludur.

Kanser kayıtçılığı, belirli bir nüfusta ortaya çıkan tüm kanser vakalarıyla ilgili bilgileri toplama ve bu bilgileri kanserin klinik ve patolojik göstergeleri ile birlikte tam olarak belgeleme işlemlerinin tümüdür. Kanser kayıtçılığı, kanser ile mücadelenin başlangıç noktasıdır. Kanser bildirimini ile kanser kayıtçılığı işlemlerini düzenleyen Kanser Bildirimi ve Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği 03/06/2015 tarih ve 29375 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik yayımlandıktan sonra sahada yaşanan sorunlar nedeniyle bir genelge gereksinimi ortaya çıkmıştır. Mezkûr Yönetmeliğin uygulanması ile ilgili olarak aşağıdaki hususlara göre işlem tesis edilecektir.

1) İllerde kanser kayıt merkezi (KKM) oluşturulmasından ve kanser kayıt elemanı görevlendirilmesinden il sağlık müdürü, hastane kayıt birimi oluşturulmasından ve hastane kayıt elemanı görevlendirilmesinden hastane başhekimisi/mesul müdürü sorumludur. Kanser kayıt merkezinde her 500.000 nüfusa 1(bir) kanser kayıt elemanı olacak şekilde görevlendirme yapılır. Kanser insidansının yüksek olduğu ya da gelişmiş kanser tanı ve tedavi olanakları nedeniyle başka illerden çok sayıda kanser hastası başvurmuş olan illerde kayıt elemanı sayısı artırılabilir. Ancak kanser kayıt elemanı sayısı her halükarda 15 (on beş) i geçemez. Kanser tanısı konulan bütün hastanelerde ve diğer veri kaynaklarında (klinikler, patoloji laboratuvarları gibi) yıllık 750'e kadar yeni kanser olgusu başına bir kısmı zamanlı, 750 ve üzerinde ise bir tam zamanlı (her 750 için bir olmak üzere) hastane kayıt elemanı görevlendirilir.

2) İlin adının da olduğu Kanser Kayıt Birimi yazılı tabela KKM'nin girişinde, hastaneler içinde Kanser Kayıt Birimi yazılı tabela ise Hastane Kanser Kayıt Birimi'nin girişinde görünür biçimde asılı bulunur.

3) Kanser verileri, kişisel sağlık verilerinin korunması hükümlerine tabi olup kanser kayıtçılığında görevli ve sorumlu tüm personel bu gizlilik ve yasaklara uymakla yükümlüdür. Kanser kayıtçılığı gizlilik bildirimini, ilgili personel göreve başladığında imzalar ve sorumluluğu ömür boyu sürer. Kanser kayıtçılığında görevli elemanın çalışma ortamında; verileri inceleme, kayıt etme, arşivleme ve veri analizi çalışmalarını yapabildiği ve veri güvenliğini sağlanabildiği uygun ve yeterli alan içeren kilitli bir oda, kilitli arşiv dolapları, her kayıt elemanına adlarına şifrelenmiş birer bilgisayar ve internet erişimi ile dış hat telefon erişimi sağlanır. Arşiv dolaplarının üzerinde verilerin güvenliğinden sorumlu personelin adı ve soyadı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı:
Konu: Kanser kayıtlığı

yer alır. Kanser kayıtlarına Yönetmelik uyarınca yetkili olmayan kişilerin fiziksel ve elektronik erişimini önlemek için her türlü önlem alınır.

4) Yönetmelik gereğince kanser bildiriminden sorumlu olan tüm sağlık kurum ve kuruluşları; Hastane kayıt elemanına, Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden kanser kayıtlığına esas olan tüm kodları içeren vakatama, patoloji, sitoloji ve hematoloji laboratuvarlarına, hastane arşivine, poliklinik defterlerine, servis protokol defterlerine, bronkoskopi, nökoer tıp, kemoterapi ünitesi, radyoterapi ünitesi vb. bölümlere ulaşım hakkı vermek ve Sağlık Bakanlığının Patoloji Veri Seti Online Sistemlerini Bilgi İşlem Sistemlerine entegre etmekle sorumludur.

5) Toplum sağlığı merkezi/İlçe sağlık müdürlüğü personeli gezici kayıt elemanı olarak görevlendirilebilir. Görevlendirilen personel hastane kayıt elemanı yerine geçmez, görev, yetki/sorumluluk ve haklarına aynı şekilde hâiz olup sağlanan şartlardan ayrı şekilde yararlanır.

6) Hastane kanser kayıt elemanınca, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nden alınan hasta kodlarına göre hastaların dosyalarına (Cerrahi, patoloji, radyoloji ve benzeri) ulaşılar. Akabinde hasta dosyaları kanser kayıt elemanınca Kanser Kayıt Formuna (KKF) özetlenir, kodlanır ve ayrıca "Can-Reg" programı yükü ile programa girilir. Oluşturulan kanser kayıt formları ve varsa "Can-Reg" çıktıları kanser kayıt merkezine ulaştırılır. Kanser kayıt formunun üzerindeki Merkez Kanser Kayıt Numarasının (MKKN) ilk iki rakamı 0 ile plaka numarasıdır.

7) Kanser kayıt merkezinde çıkan kanser kayıt elemanı tarafından KKF'ler kontrol edilerek bilgi tutarsızlıkları varsa giderilir. Veri tabanında ikincil bir kayıt olup olmadığı kontrol edilir ve varsa bir önceki kayıtlardan gerekli düzeltmeler yapılır. Kişinin birden fazla kanseri olduğunda kanser sayısı kadar form doldurulur. Özetlenmiş KKF kanser kayıt elemanı tarafından "Can-Reg" bilgisayar programına girilir. Ayrıca hastane kanser kayıt birimlerinden gelen "Can-Reg" çıktıları varsa, bunlar da kanser kayıt merkezlerinde "Can-Reg" programına aktarılarak her yılın Haziran ve Aralık ayının sonunda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilir.

8) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne illerden alınan verilerin kalite kontrolleri yapıldığında hatalı veriler ilere gönderilir. İl müdürlüklerince düzeltilen veriler tekrar Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilir.

9) Kanser kayıt çalışmalarında öncelikli olarak sertifikalı elemanların çalışması gerekmektedir. Sertifikalı kanser kayıt elemanların kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılabilmesi ile sağlık hizmet sunumunun kaliteli olması ilkesi çerçevesinde eğitim aldığı alanda görevlendirilmesi esastir.

10) İl sağlık müdürlüğüne gezici kanser kayıt elemanların, yıllık çalışma takvimleri oluşturular. Çalışma takvimi hastanelerle birlikte, patoloji merkezleri, muayenehaneler, hazırcileri gibi diğer veri kaynaklarını da içerir ve uygulanır. Bu kapsamda gezici kanser kayıt elemanı tarafından yapılan kanser kayıtları İl İşleme Formunda ayrıca belirtilir.

11) Personel Durum Formu ve İl İşleme Formu her yılın Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarının sonunda yılda dört kez Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne elektronik yolla gönderilir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı:
Konu: Kanser kayıtlığı

12) Hastane kayıt birimlerinin veri tabanına, il sağlık müdürlüğü kanser kayıt merkezi ve/veya kanser biriminin en az iki personelinin oluşturulan bir ekip tarafından, yılda bir kez düzenli olarak izleme ve değerlendirme yapılır. Doğrudan hastane kanser kayıt birimi izleme ve değerlendirme formu beş gün içerisinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilir ve ayrıca il Sağlık Müdürlüğü Kanser Biriminde de arşivlenir. İl sağlık müdürlüğü varsa eksikliklerin giderilmesini sağlar.

13) İl Kanser Danışma Komisyonu sekreteryası İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Birimince yürütülür. Komisyonunda bildirilen sorunlar ve toplantı kararları 15 gün içinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilir ve ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Biriminde de arşivlenir. İl sağlık müdürlüğü komisyonunda belirtilen sorunları çözmekle yükümlü olup çözilemeyen sorunlar Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bildirilir.

14) Kanser, bildirim zorunlu bir hastalık olup bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel hukuk tüzel kişileri tarafından işletilen sağlık kurum ve kuruluşları bu bildirimden sorumludur. Bildirim yapmayan veya Yönetmelik hükümlerine uygun hareket etmeyen sağlık kurum ve kuruluşlarına il sağlık müdürlüğünce uyarı yazısı gönderilir. İl sağlık müdürlüğünce verilen 15 günlük süre sonunda gerekli düzenlemeleri yapmayan, kamu kurum ve kuruluşları yönetici ve personeli hakkında 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun disiplin hükümleri ve ilgili diğer mevzuat hükümleri, gerçek ve tüzel hukuk tüzel kişileri tarafından işletilen sağlık kurum ve kuruluşları hakkında ise 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Kanununun Ek 11 inci maddesinde yer alan hükümler ve ilgili diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde cezai işlem tesis edilecektir.

Bilgilerinizi ve gereği ile bu Genelgenin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliğini rica ederim.

Dünya
Gereği:
A Place

