

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU
OBEZİTE İLE MÜCADELE
YÖNTEMLERİ
VE CERRAHİ UYGULAMALARDAKİ
MALPRAKTİS İDDİALARININ
ARAŞTIRILMASI VE
ALINABİLECEK
ÖNLEMLERİN BELİRLENMESİ
ALT KOMİSYONU



20.02.2019 Çarşamba

20 Şubat 2019 Çarşamba

BİRİNCİ OTURUM

Açılma Saati: 14.10

BAŞKAN: Mihrimah Belma SATIR (İstanbul)

BAŞKAN – Alt komisyonumuzun değerli üyeleri, saygıdeğer katılımcılar, değerli basın mensupları; yeterli çoğunluğumuz vardır.

Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamadaki Malpraktis İddiaların Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesiyle ilgili alt komisyonumuzun 2’nci toplantısını açıyorum ve her birinize ayrı ayrı hoş geldiniz diyorum.

Hatırlanacağı gibi alt komisyonumuz 17 Aralık 2018 tarihindeki ilk toplantısında obeziteyle mücadele ve ülkemizdeki uygulamalara ilişkin Sağlık Bakanlığından kapsamlı bir sunum almıştı. Çalışmalarımıza esas teşkil etmek üzere bilgi istediğimiz kurumlardan Türk Tabipleri Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü komisyonumuza gönderdikleri bilgilerle paydaş olarak değerli katkılarda bulundular.

Ayrıca, alt komisyon toplantılarımıza çağırılmış bulunan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler, Çevre ve Şehircilik, Gençlik ve Spor ile Tarım ve Orman Bakanlıklarından yetkililer de burada bulunmaktalar.

İlgili mevzuat incelendiğinde obeziteyle mücadele konusunda bu bakanlıkların yetki ve sorumlulukları olduğu tespit edilmiş olup bundan sonraki süreçte alınacak kararlarda uzmanlık bilgilerine ihtiyaç duyulacağı kanaati hasıl olmuştur. Bu nedenle alt komisyonumuzun obeziteyle mücadele konusundaki toplantılarda bulunmaları, bilgi ve tecrübeleri ile katkı sağlamaları ve ayrıca bakanlıkların faaliyetleri hakkında komisyonumuzu bilgilendirmeleri özellikle önem arz etmektedir, bu nedenle kendilerini toplantılarımıza davet etmiş bulunuyoruz.

Öncelikle toplantımıza katılan herkese ayrı ayrı teşekkür ediyorum.

Müsaadenizle bir tanışma yapalım.

(Katılımcılar kendini tanıttı)

BAŞKAN – Hoş geldiniz, her birinize tekrar teşekkür ediyorum.

Obezite ve obeziteyle mücadele konusunda meslek kuruluşları olan Türk Tabipleri Birliği ve Birleşmiş Milletler bünyesinde kurulu bulunan ve dünya genelinde çalışmalar yapan Dünya Sağlık Örgütünün yetkilileri aramızda. Bugünkü sunumları onlardan dinleyeceğiz.

Öncelikle Türk Tabipleri Birliğine söz hakkı verelim.

Buyurunuz efendim.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Çok genel bir tanımla başlayacağım ben. Obeziteyi önce bir konuşalım, burada çünkü Alper Can Hocamız da var, obeziteye hakikaten Sağlık Bakanlığında görevde bulunduğu dönemde çok önemli birtakım kanun ve yönetmeliklerin çıkmasını sağlayarak çok önemli katkılar sundu hem de genel cerrah meslektaşımız.

Vücutta aşırı yağ birikimi obezite aslında. Ortalama vücut ağırlığına sahip erkeklerde vücut yağının ortalama yüzde 12-18 civarında olması lazım, kadınlarda bu oranın yüzde 20-30 civarında olması lazım. Erkeklerde yüzde 22-yüzde 25’ten, kadınlarda yüzde 32-yüzde 35’ten fazla olduğu zaman obezite olarak tanımlanıyor. Dünya Sağlık Örgütü -birazdan belki arkadaşımız tanımlayacak- “vücutta sağlığı bozacak ölçüde anormal yağ birikmesi” olarak tanımlıyor. Vücutta yağ yüzdesini belirlemek o kadar da kolay olmadığı için yani kompleks işler gerektirdiği için bir tane formülümüz var. Enerji alımı ile enerji harcaması arasındaki dengesizliğin bize sonuç olarak yansımaları obezite olduğu için öyle beden kitle indeksi formülünü kullanıyoruz ve buraya bir “morbit” dediğimiz yandaş hastalıkların

oluşturduğu komplikasyon ve ölüm oranları dikkate alındığında obeziteye bağlı ölümlerin morbit tanımı geliyor. Bugün dünyada global bir epidemi, dünya nüfusunun büyük çoğunluğu obez, belli ülkelerde bu oranların çok daha yüksek olduğunu görüyoruz. Ülkemizde 2010 yılı çalışmasının sonuçlarını da vereceğim birazdan. O yüzden “obezite globesity” diye adlandırılıyor, dünyanın en önemli sorunu. Bakın, önlenabilir ölümler arasında sigaradan sonra ikinci sırada obezite var -2008 Dünya Sağlık Örgütü verileri- şu anki verilere göre bu rakam, yüzdelere biraz daha yukarı çıkmış durumda. 20 yaş ve üzerinde 1,7 milyar insan fazla kilolu veya obez, bunların 200 milyonu erkek, 40’ın üzerinde obezitesi olanlar; 300 milyon kadın da yine 40’ın üstünde “morbit obezite” dediğimiz obezitesi olan hastalar. Dünya Sağlık Örgütü verileri, internetten ulaşabilirsiniz. Şu anda 2014 yılı verileri var, bu rakamların biraz daha yukarıya doğru çıktığını görüyoruz.

Bizde prevalans çalışması var mı? Evet var. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Sağlık Bakanlığının yaptığı en önemli işlerden bir tanesi bence bu. 2010 yılında yapılmış olan bir çalışma. Fazla kilolu obez ve morbit obezlerin Türkiye nüfusuna oranı yüzde 63, morbit obezlerin oranı yüzde 2,9. Yani 80 milyon nüfuslu bir ülkede yüzde 2,9 -yaklaşık olarak yüzde 3 diyelim- 2,4 milyon, beden kitle indeksi 40’ın üstünde olan kişiden bahsediyoruz. Beden kitle indeksi 40’ın üstünde olmak ne demek, onu da birazdan söyleyeceğim. Erkeklerde bu oran yüzde 21, kadınlarda yüzde 41. Alper Cihan Hocam belki bu konularla ilgili daha detaylı bilgi verecek. Yine Sabahattin’le de daire başkanlığında olduğu dönemde birlikte çalıştık, bu dataların birçoğunu birlikte topladık.

Diyabet de obeziteye paralel bir şekilde bütün dünyada artış gösteriyor. Diyabetteki artış obeziteye paralel çünkü obezitenin yüzde 80’inde tip 2 diyabet problemi var. 2011 yılında dünyada 366 milyon diyabetli var, 2030 yılında bu rakamın 522 milyon olması bekleniyor. Son on yılda “bariatrik cerrahi” dediğimiz obezite cerrahisi ya da tek başına “obezite cerrahisi” demek doğru değil çünkü obezite ve metabolik hastalıklar cerrahisi onun adı. Metabolik cerrahinin toplamının son on yıldaki artış rakamı yüzde 761 bütün dünyada. Bu sizi ürkütmesin, öyle önüne gelen herkes ameliyat falan edilmiyor. Beden kitle indekslerine göre bir kriterimiz var bizim; evre 1 obezite, evre 2 obezite, evre 3 obezite diye gidiyor. 30’ün üzerinde obez ama 30-35 arasında evre 1 obezite, 35-39,9 arasında evre 2 obezite, 40’ın üzerinde evre 3 obezite. Bizim morbit obez dediğimiz yani öncelikli cerrahi tedavi olması gereken hastalar dediğimiz grup beden kitle indeksi 40’ın üstünde olan hasta grubu. Birazdan endikasyonlardan bahsederken söyleyeceğim, 35 ya da yandaş hastalık varlığı da cerrahi endikasyon olarak görülüyor. 50’nin üstünde süper obeziteden, 60’ın üstünde süper süper obeziteden bahsediyoruz.

Ben özel bir hastanede çalışıyorum, 250 kiloluk, 290 kiloluk, 300 kiloluk hastalarım var. Bugün sabah 190 kiloluk bir çocuk gördüm. Yani komorbit hastalıkları, yandaş hastalıkları ve onun sağlığı üzerinde oluşturduğu yükün başka bir yöntemle tedavi edilmesi mümkün değil, yani önlenebilir yaklaşımları söyleyeceğim çünkü obezite ciddi bir hastalık yükü getiriyor. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan çalışmalar gösteriyor ki beden kitle indeksi 30’un üzerine çıktığında ölümlerin büyük çoğunluğu obeziteye bağlı olarak gerçekleşiyor, yandaş hastalıklar artıyor ama obezite bu ölümlerin görünmesini sıklaştırıyor. Her 9 kadından 1’inin meme kanseri olduğu bir dünya toplumundan bahsediyoruz ve meme kanseriyle, kalın bağırsak kanseriyle ve birçok kanserle de obezite arasında direkt ilişki olduğunu biliyoruz. Sadece bu açıdan baktığımızda bile yani obezitenin, özellikle yüksek morbit obezite dediğimiz grupta olan, beden kitle indeksi yüksek grupta olan hastalarda cerrahinin ne kadar katkı sağlayacağı da oradan rahat olarak gözüküyor. Ama Tip 2 diyabet, hipertansiyon, uyku apneleri, metabolik komplikasyonlar, birçok hastalık var yani yüzlerce hastalık tarif edilmiş, girdiğiniz zaman a’dan z’ye birçok yandaş hastalık var obeziteye eşlik eden. Biz sadece obeziteyi tedavi etmiyoruz, yaptığımız cerrahi işlemler obeziteyle birlikte obezitenin yandaş hastalıklarını da tedavi ediyor.

Herkesi ameliyat edecek miyiz? Hayır, herkesi ameliyat falan etmeyeceğiz. Cerrahi dışı yöntemler var, hastaların ameliyat olacak aşamaya gelinceye kadar yani koruyucu tedbirler dediğimiz tedbirler... Sağlık Bakanlığı bu konuda çok ciddi çalışmalar yaptı. Hem Türkiye’de hem dünyada tüm bu koruyucu tedbirler yanında bizim cerrahi dışı yöntemler dediğimiz yani diyet, ilaç -akupunkturu da buraya dâhil edebilirsiniz, çok kişi gidiyor- spor gibi yöntemlerin tamamının başarısız olduğu hastalar bizim için cerrahi tedaviye aday olan hastalar. Önceliklerimiz yandaş hastalıkları nedeniyle sosyal yaşantısı, sağlığı bozulmuş olan hastalar. Beden kitle indeksi 40’ın... Zaten Sosyal Güvenlik Kurumu da beden kitle indeksi 40’ın üstünde olan ya da 35 plus yandaş hastalığı olanları ödeme kapsamına almış durumda, onları koruyor.

Sağlık Bakanlığının da yapmış olduğu çalışmalar var, orada da bir komisyonda ayrıca bir çalışma yapıyoruz. Kim yapsın, nerede yapılsın, nasıl yapılsın, hangi kriterlerle belirlensin? Belki İsmail Hocam bilir, İsmail Bey Oktay’dan bilgileri almıştır yani orada bir çalışmamız var, orada da biz bunu standart, kontrol altında tutacağımız birtakım düzenlemeler yapmaya çalışıyoruz. Ancak şunu söylemek lazım: Cerrahi yöntemler, bizde 1219 sayılı Yasa’nın belirlediği genel cerrah olmanın sağladığı hükümler nedeniyle herkes tarafından yapılabilecek yöntemler. Genel cerrahi uzmanı olan hiç kimseye “Siz bu ameliyatı yapamazsınız.” diyecek hukuki altyapı maalesef yok. Maalesef diyorum çünkü yani belli eğitimlerden geçilerek yapılması gereken ameliyat grupları var, biz arkadaşlarımızı mümkün olduğunca eğitimlerden geçiriyoruz ama cerrahi yöntemlere baktığımızda elimizde guideline var mı? Hani rehberler nedir? Vallahi, 1991 yılında “National Institutes of Health”ın yaptığı bir guideline var, sonra guideline yok. Sadece bunun için değil, bir sürü hastalık için guideline yok çünkü 1991’de Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü guideline yapmayı bırakıyor, “Yeter artık, ben guideline yapmıyorum, ilgili dernekler kendi rehberlerini kendileri oluştursunlar.” Öyle baktığımız zaman, evet, rehberler var – onlara da döneceğim biraz sonra, bir iki tane örnek göstereceğim- o rehberde 1991’de kabul edilmiş olan kriter şu: “Beden kitle indeksi 40’ın üstünde olacak ya da yüksek riskli komorbitlerin, diyabet gibi, uyku apnesi gibi, koroner arter hastalığı gibi birtakım komorbitlerin eşlik ettiği beden kitle indeksi 35’in üstünde olan hastalar ameliyatla tedavi edilebilir.” diyor o guideline. Bu kuralda bugüne kadar çok bir değişiklik olmadı ama biz ne diyoruz? Doğru hastaya doğru yöntem yapılmak şartıyla, deneyimli kişiler tarafından donanımlı merkezlerde yapılmak şartıyla, bariatrik cerrahi uygun olan her hastada uygulanabilir, metabolik cerrahi uygun olan her hastada uygulanabilir.

Endikasyonlar, tüm bunlara konservatif tedavilerin başarısız olduğu hastaları eklemek zorundayız çünkü konservatif tedaviyle kontrol edebildiğiniz hastaları cerrahiye vermenize gerek yok. Yani onunla da ilgili Sağlık Bakanlığının bir düzenlemesi var, Alper Hoca değinir, obezite merkezleri vesaire gibi düzenleme yapıldı. Cerrahi dışı tedavi alacak yani beden kitle indeksi 30, Uzak Doğu ülkelerinde 25-28-35 arasında olanlar önce o merkezlerde tedavilerden geçecekler ondan sonra başarısız olanlar cerrahi alanlara doğru gidecekler ama beden kitle indeksi 40’ın üstünde, yandaş hastalıkları var, bunların morbititesi çok yüksek olduğu gibi sağlık ekonomisine verdikleri zarar da çok yüksek olduğu için bu hastalarda cerrahi çok etkin, çok kısa sürede, uzun, kalıcı kilo kaybı sağladığı için ve komorbititelerin kontrolünü sağladığı için tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

Başarısızlık ne? Başarısızlığı bir söyleyelim. 6-12 aylık sürede beden kitle indeksi 35 ile 40 arasında olan yüzde 10-20 ya da 40’ın üstünde olan yüzde 10-30 arası kilo kaybı hedefine ulaşamıyorsa konservatif yöntemler başarısız diyoruz. Yani siz diyet veriyorsunuz, spor veriyorsunuz, bir sürü diğer alternatif tedavi yöntemlerini uyguluyorsunuz altı ay ya da bir yıl boyunca. Beden kitle indeksi 35’in altında olanlara hiçbir şey demiyorum, devamlı uygulayabilirsiniz, yaşam tarzı hâline getirebilirsiniz, orada önlenebilir bir obeziteden bahsediyoruz yani onları 30’un altına düşürdüğünüz anda artık onlar obez değil de fazla kilolu grubuna giriyor ama 35-40 arasında eğer siz yüzde 10-20 kilo verdiremiyorsanız bu hastaya, 40’ın üstündeki bir hastaya yüzde 10-30 kilo kaybı sağlayamıyorsanız

orada konservatif tedaviniz başarısız demektir, o hastayı cerrahi tedaviye vereceksin. Bizde SGK diyor ki: “Bir hastayı obezite cerrahisi olarak yapacaksınız ama ben size bunu ister özelde olun, ister genelde ödeme yapacaksam bu hastalarda bütün tedavi yöntemlerinin dört, beş yıldır başarısız olduğunun sizin dökümlerinizde olması lazım.” Zaten öyle yani dün obezite olmuş, bugün ameliyat olmaya gelmiyor hasta. Uzun yıllar uğraşmış, başaramamış, sizin kapınızı o nedenle tedavi için çalıyor.

Ameliyat seçenekleri... Bir sürü yöntem var, detaylarına girmeyeceğim. Herkesin bildiği, işte, bir “mide küçültme” kavramı var, tamamen yanlış yani tamamen kötü kullanılmış yani tıp dışı insanların uydurduğu bir tanımlama olduğunu düşünüyorum çünkü hepsini mide küçültme içine koymaya imkân yok yani midneyi küçülttüğünüz ameliyatlar var, midneyi küçültmediğiniz ameliyatlar var. Baypaslar var burada bakarsak yani grup olarak düşünecek olursak. “Kısıtlayıcı ameliyatlar” dediğimiz hacmi küçülttüğümüz ameliyatlar var, bir de emilimi bozduğumuz “malabsorbtif” dediğimiz emilim bozucu ameliyatlar var. Baypas vesaire onlar o grubun içerisinde. İşte, tüp mide, bant vesaire onlar da kısıtlayıcı ameliyatlar dediğimiz grubun üzerinde ama hepsinde ortak olan nokta şu: Hormonal mekanizmaları değiştirerek etkili oluyor yaptığımız ameliyatlar.

Amerika Birleşik Devletleri’nde obezite cerrahisi sayılarına bakalım, bizdeki sayıları da vereceğim. Yani ortada birtakım rakamlar dolaşıyor ya onların hiçbir tanesi gerçeği yansıtmıyor. Sağlık Bakanlığı verilerine de bakalım, ben SGK’dan aldım verileri. SGK’daki veriler eğer gerçeği yansıtmıyorsa Türkiye Cumhuriyeti’nin Sosyal Güvenlik Kurumu datalarını doğru toplayamıyor demektir. Nedenini de söyleyeceğim, neden gerçeği yansıtamama olasılığı olduğunu da söyleyeceğim. 2011 yılında Amerika’da 158 bin ameliyat yapılmış, 300 milyon nüfusu olan bir ülkeden bahsediyoruz, obezite oranı ortalama olarak yüzde 40 civarında, bunların da yaklaşık yüzde 25’i falan morbit, bazı eyaletlerde, Louisiana’da falan yüzde 40 civarında obeziteden bahsediyoruz. Dün itibarıyla Cincinnati’de yerel hükümet obezite cerrahisinin bütün masraflarını kendi karşılamayı kabul etti. Bu çok ciddi bir adımdır ve Amerika’da on bir tane eyalette şu anda bütün masrafları devlet karşılıyor obezite cerrahisiyle ilgili.

Bakın, yani obezite cerrahisi endikasyonu olan gruplar için konuşuyorum yani beden kitle indeksi 25-35 arasında olan insanlara cerrahi yapmaya kalktığınızda kimse onların parasını ödemiyo yani sonuçta onlar kendi başlarının çaresine bakması lazım. 158 binden 2017 yılı rakamı, Amerika’daki operasyon sayısı 228 bin. Bariatrik cerrahi, yan dal hâline geldi Amerika’da 2011 yılı ile 2015 yılı arasında. Ben Amerikan Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Derneğinden “fellow” olan Türkiye’deki tek kişiyim, FASMBS olan tek kişiyim. Onun birtakım kriterleri var, öyle kafanıza göre dernek üyesi olmak gibi falan bir şey değil. Sizi alıyor, orada üyeliğiniz devam ediyor, iki yıl boyunca yapmış olduğunuz bütün ameliyat dataları kontrolden geçiyor, rakamlarınız, oranlarınız dikkate alınıyor, ondan sonra FASMBS oluyorsunuz, yayınlarınız, ödülleriniz vesaireleriniz hepsi dikkate alındıktan sonra. IFSO aynı şeyi yapıyor, “central excellent” adı altında merkezleri belgelendiriyor, mükemmeliyet merkezleri orası diyor. Cerrahları da “surgeon of excellent” olarak belgelendiriyor, orada da kriterler var. Sağlık Bakanlığı Türk Cerrahi Derneği tarafından verilmiş olan doküman Türkiye’de de bu işlerin bu kriterler üzerinden yürümesini sağlayacak bir dokümandır. Sayın Bakanımız da sonra bir açıklama yaptı, sertifikasyon falan diye yorumlandı, orada kastedilen o değildir, sertifikasyona falan ihtiyacımız yok, kanuni düzenleme var çünkü orada yapılması gereken.

Dünyada baktığımız zaman, bütün dünyada yapılan ameliyat sayısı 2013 yılında 468 bin, bu sene henüz açıklanmadı ama yani 2018 sonu itibarıyla IFSO’nun -ben Avrupa’da da yönetimdeyim- açıkladığı rakam 520 bin civarında yani bütün dünyada yapılan obezite cerrahisi sayısı. Dağılımına baktığımızda hani bizde tüp mide çok yapılıyor falan diyoruz ya bizde biraz çok yapılıyor tüp mide.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Bizdeki rakam ne?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Dağılımı çok. Ameliyat çok yapılmıyor ama dağılımı çok. Tüp mide oranı yüzde 37. Bu seneki rakamlarda tüp mide oranı dünyada yüzde 43 gibi gözükyor. Sleeve gastrektomi dediğimiz ameliyatın bütün ameliyatlardan içerisindeki dağılımı yüzde 43 civarında. Obezite prevalansına baktığımızda bu ameliyatlardan çok yapıldığı yerler, diyabet prevalansına da baktığımızda diyabetin de yaygın olarak arttığı, diyabet sıklığının Tip 2 diyabetin yaygın olarak çoğaldığı yerler: Bakın, yüzde 12'nin üstünde diyabet olan ülkeler arasında Türkiye de var. Yani nüfusumuzun yüzde 12'si kontrol edilebilir bir hastalık olan Tip 2 diyabetle boğuşuyor. Tip 2 diyabetin Sağlık Bakanlığı bütçesine ne kadar zarar verdiğini belki arkadaşlar söyleyecektir. Ameliyat ettiğinizde ertesi günü hastanın kan şekeri normale dönüyor, ameliyat ettiğinizden kısa bir süre sonra -yani insülin kullandığı süre, diyabetin süresi tablet mi, insülin mi kullanıyor vesaireye baktığımızda- birçoğu ilaç kullanmayı da insülin kullanmayı da bırakıyor. O ayrı bir tartışmanın konusu ama cerrahiye atıfta bulunurken metabolik hastalıkları da mutlaka dikkate almak gerektiğini söylüyorum.

Türkiye’de metabolik hastalıklarla ilgili yapılmış olan bir tane çalışma var, TURMEDA çalışması, 1998-2010 yılında Türkiye’de diyabet, yandaş hastalıklar, santral obezite, genel obezite, hipertansiyon, işte çevre ölçümleriyle hastalık riski ve bunların illere dağılımlarına bakmışlar. Mesela Ankara’yı alalım. Ankara’da yeni çıkan total diyabet oranı yüzde 10’lar civarındayken yeni diyabet oranı -yani total diyabet oranı yüzde 17-18 ama- yeni çıkan, yeni tanı almış diyabet oranı yüzde 9 civarında 2011’de.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Metabolik cerrahi son yıllarda arttı, özellikle son bir yıl içerisinde arttı, değil mi?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Evet.

BAŞKAN – Bir saniye...

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Evet, ben kayıtlara girsin diye söylüyorum. Metabolik cerrahinin son yıllarda arttığını görüyoruz, bunu müşahade ediyoruz. Burada, ben, Sağlık Bakanlığının bizim verilerimize göre obezite ameliyat sayısını alamadım veya kaçırdım mı Hocam?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Şimdi geliyorum.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Geleceksiniz ona, peki, buyurun.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Metabolik cerrahi ortalama altmış beş yıldır falan yapılıyor, 60’ıncı yılını kutladık. Walter Pories diye çok değerli bir bilim adamı -Nobel alacak büyük usta, ya bu sene ya önümüzdeki sene alacak, şu anda emekli- ilk metabolik cerrahi ameliyatlarını yapan, daha doğrusu obezite ameliyatlarını yapıp bunun metabolik etkilerini ilk rapor eden ve bu konuyla ilgili ilk yazıları yazan kendisidir. “How Do We Fine Cure Of Diabetes?” diye bir makale yayınlamıştır İngiliz Journal of Medicine’ında. O makaleden sonra zaten obezite cerrahisinin metabolik etkileri ön plana çıkacak şekilde hızla bütün dünyaya yayılmıştır obezite cerrahisi. Biz 1980’li yılların sonundan itibaren biliyoruz ama 2006-2013 Cleveland Clinic ve dünyada birçok merkezin yaptığı çalışmalar diyabetin cerrahi olarak tedavi edilebilir... Tip 2 diyabetin özellikle, kombine diyabetler var, hani çok kompleks diye girmiyorum- Tip 1 diyabet zannettiğimiz, Türkiye’de Tip 1 diyabet diye takip eden hastalıkların bir kısmının kombine diyabet dediğimiz Tip 1, Tip 2 kombinasyonu olduğu ve onların da cerrahi tedaviden çok ciddi yararlar gördüğü söyleniyor. Ben bu konuyla ilgili bir yazı yazdım. Bunu daha sonra yurt dışı yazı hâline de getirdik. “Metabolik cerrahi Tip 2 diyabette çözüm mü?” Doğru hasta seçilirse, doğru yöntem yapılırsa evet çözüm. Yıllarca ben birtakım yerlerde yapılan diyabet cerrahisine karşı çıktım. Ne zaman ki dünyada 43-44 tane dernek ve American Diabetes Association “Diyabetin belli gruplarının tedavisi cerrahidir.” açıklamasını yaptı, veriler kanıt hâline geldi, o kanıtları kullanarak biz de ülkemizde -biz dernek olarak da karşı çıktık

erken dönemde yapılanlara- o kanıtlar çıktığı andan itibaren “Evet, diyabet olan hastalar özel şartlar oluşturulmak ve özel seçilmek şartıyla belli grupları cerrahiden yarar görür.” açıklamasını yaptık ve kesinlikle de yarar görüyor hastalarımız. Şimdi bu, o işte bizim de içinde olduğumuz Diabetes Research Submit’in 2’nci konsensus toplantısının kararı. Önümüzdeki ay, mart ayında New York’ta 3’üncü Submit toplanacak ve muhtemelen cerrahi biraz daha esnetilecek. Yani burada söylenen şu: “Beden kitle indeksi 40’ın üstünde ve diyabeti varsa hiç düşünmeden direkt cerrahiye verin; beden kitle indeksi 35-39 arasındaysa ama yaşam tarzı değişikliği ve medikal tedaviye rağmen başarısız olunmuşsa onlara da lütfen tedaviyi cerrahi yöntem olarak önerin ama beden kitle indeksi 30-34 arasında olanlarda glisemik kontrolü dikkate alarak diğer yöntemleri kullanın; o yöntemler başarısız olduktan sonra cerrahi bir seçenek olarak önerin.” diye gruplamıştı. Bu, bu seneki toplantıda Francesco Rubino yeni araştırmaların sonuçlarını yayınlayacak. Yani mikroanjyopatilerin geriye döndüğü bir dönüşümden bahsediyoruz, yani damar çeperinde oluşan mikroskobik bozulmaların cerrahiden sonra geriye döndüğü -çünkü on beş yıllık, yirmi yıllık takip sonuçları var- bir şeyden bahsediyor. Bu şu demek: Yani koroner arterler, periferik damarlar, böbrek vesairesiyle ilgili bozulmaların tamamını kontrol edebileceksiniz ya da hiç olmayacak onlar hastalarınızda, vatandaşlarınızda. Hastalarınızda demeyelim, diyabet olan vatandaşlarınızda.

Türkiye’deki sayılara gelelim. SGK verileri. Sağ olsun SGK Başkanı bize çok yardımcı oldu. 2015, 2015 full verileri var, 2017 ham datası var. O yüzden onu vermeyeceğim ama 2015-2016 üzerinden göreceğim. Bakın, 9.417 tane ameliyat var. Öyle yani böyle abartıldığı gibi 2015’te 20 bin ameliyat yaptık, 2016’da şu kadar yaptık, herkes bir rakam söylüyor.

BAŞKAN – Hocam, bunları kim söylüyor, abartılı rakamları kim söylüyor?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Benim hiç açıklamamı gördünüz mü? İki tane derneğin başkanıyım. Hiç çıkıp da bir yerde bir açıklama yaptım mı bu konularda? Asla yapmam. Veri sağlam olmadığı sürece konuşmanın hiçbir anlamı yok.

BAŞKAN – Peki, kim söylüyor Hocam bu abartılı rakamları?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – İşte basın yazıyor, basından okuyoruz.

Şimdi şöyle bir yansıtma yapılıyor, onu açıklayacağım. Bakın 2,5 milyon morbit obezin olduğu bir ülkede yapılan ameliyat sayısı SGK verilerine dayanan ameliyat sayısı...

İSMAİL TAMER (Kayseri) – 9.400 kaç dediniz?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – 2,4 milyon morbit obezin, beden kitle indeksi 40’ın üstünde olan obezin olduğu bir ülkede yapılan ameliyat sayısı SGK kapsamında olan yani SGK’si olan -özeller yok burada- 9.417 tane. MLP Care Grubu üzerinden, benim çalıştığım özel hastane grubu üzerinden konuşacağım.

BAŞKAN – Hocam, bu ama 2015 verileri.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – 2016’ya da geleceğim efendim. Hiç değişiklik olmadığına göreceksiniz.

Bir özel hastane grubu üzerinden konuşacağım. O özel hastanede yapılan yıllık ameliyat sayısı yaklaşık 2 bin civarında. Bütün hepsine onu eklediğinizde kullanılan firmalardaki özel stapler sayıları vesaire var. Bunun üstüne 5-6 bin daha ilave edebiliyorsunuz maksimum. Yani 14 bin-15 bin ameliyattan bahsediyoruz.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Hocam, dürüstçe konuşalım bu konuda çünkü siz önemli bir ameliyatı gerçekleştiren önemli cerrahlardan birisiniz. Bizim de çok tanıdığımız var. İşte Oktay’ın da yapmış olduğu, Alper Bey’in, diğer arkadaşlarımızın yapmış olduğu, hocalarımızın yapmış olduğunu biliyoruz. Şimdi ben Sosyal Güvenlik Kurumu verilerinin çok doğru olduğu kanısında değilim. Sadece onlar, özellikle bu Sosyal Güvenlik Kurumundan faydalanabilen hastaların verileridir.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Kesinlikle.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Ama gerçek anlamdaki kayda girmeyen, -özel hastanelerde yapılan- hasta sayıları çok fazladır.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Onu da söyleyeyim efendim. 33 tane hastanesi olan bir grupta çalışıyorum ben. 33 tane hastanenin yıllık ameliyat sayısı 1.400-1.500 civarında. Bütün özel hastaneleri buna oranladığınız zaman bu sayının üstüne maksimum 3 bin-4 bin ekleniyor.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Ben onlardan gitmeyeceğim.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Dernek olarak biz o işi yaptık, sayılara baktık kaç ulaşabiliriz diye.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Hocam şöyle: Bu işi yapan aktif cerrahları... Evet, biz de cerrahız ama biz bu ameliyatlara yapmıyoruz diyelim. Ama Türkiye’de bilirler, hepiniz birbirinizi tanırırsınız, tanıyoruz biz birbirimizi. Bu açıdan dürüstçe konuşuyoruz diye...

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Sayın Vekilim, onun için de şöyle bir öneride bulunduk Sağlık Bakanlığına vermiş olduğumuz son tutanakta...

BAŞKAN – Pardon, bir saniye Hocam.

Kayıtlara geçmesi adına böyle karşılıklı konuşmadan ziyade daha birbirimizi dinleyerek geçerse toplantı iyi olur.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Evet.

BAŞKAN – Siz şimdi Tabipler Birliği adına konuşurken kendi derneğinizle ilgili verileri de paylaşıyorsunuz değil mi?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Mecburen çünkü başka kaynak, veri yok.

BAŞKAN – Kayıtlara geçsin diye söylüyorum.

Şimdi bu işin devamı olacak. Bu, basında çok dikkatle takip edilen bir komisyondur. Burada söylenilen her şey ertesi gün basında tekrar kayıtlara geçecek ve bu gündem olacak. O anlamda söylüyorum. Kayıtlara da bu anlamda geçsin diye söylüyorum.

Biraz evvel SGK’dan aldığınız rakamlarda “9 bin küsur” dediniz 2015 yılı için ama bizim Sağlık Bakanlığından gelen rakam 5.580. Yine kayıtlara geçsin diye söylüyorum.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – 2015.

BAŞKAN – Evet, 2015.

Bu konuda Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu arasında veya kamuoyunda biraz evvel sizin söylediğiniz şekilde geçen rakamlar arasında -Sayın Hocamın söylediği şekilde, özel sektör hastaneleri dâhil olmamakla birlikte- ciddi bir bilgi kirliliği var, istatistikler doğru değil veya hangisi doğru, onu biz bilmiyoruz. Bu çalışmayla inşallah resim net olarak, film olarak ortaya çıkacak.

Buyurunuz, devam ediniz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Çok teşekkür ederim Sayın Başkanım.

Çok önemli...

BAŞKAN – Buyurun.

SGK GENEL SAĞLIK SİGORTASI GENEL MÜDÜRÜ MUSTAFA ÖZDERYOL – Hocamın söylediği rakamların 2018 itibarıyla 12.300 civarı olduğunu görüyoruz. Bizdeki rakamlar nüfusun yüzde 99’u GSS kapsamında Sayın Başkanım. Yani bir hasta GSS’li olarak hastaneye girip biraz önce hocamın da gösterdiği slaytta kriterler vardı, o kriterleri sağlıyorsa hiçbir hastanenin bu ameliyatı bize fatura etmeme gibi şansı yok, cezai müeyyide uyguluyoruz.

Sağlık Bakanlığından size gelen veriler ile bizim verilerimizin tutmamasının sebebi, muhtemel ki Sağlık Bakanlığı sadece kendi hastanelerinin verisini göndermiştir çünkü özel hastaneler ve üniversite hastanelerinden veri akışında Sağlık Bakanlığında bir sıkıntı yaşandığı için oradan doğru bilgi gitmiyor. Ha, bu 12.300, ülkede yapılan net rakam değildir, kriteri uymayan ya da çok az, kapsam dışındaki insanlara yapılan operasyonları da SGK olarak bizim bilme şansımız yok çünkü muhatap olmadığımız için o verileri biz istemiyoruz.

BAŞKAN – Açıklamanız için teşekkür ediyorum. İyi oldu.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Ben bir şey söyleyeyim burada Değerli Başkanım.

BAŞKAN – Buyurun.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Genel Müdürlüğünüzün söylediğine katılıyorum ancak siz de biliyorsunuz ki ancak kriterleri uyanlar sadece bu rakamlar. Bizim zaten burada toplanmamız, Türkiye’de kriteri uymayıp özellikle merdiven altı yapılan cerrahiye bir çözüm bulmamız açısından önemli diye düşünüyoruz. İnşallah hep beraber, birlikte bu problemi çözeceğiz.

Bu, gerekli mi? Bu ameliyatlar gerekli ama belli kriterler de gerekli, siz de ifade ettiniz.

Evet, buyurun, devam edin.

BAŞKAN – Buyurun.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Sayın Başkanım, öncelikle teşekkür ediyorum, çok önemli iki tane noktayı açığa koydu ve SGK Daire Başkanımız da Genel Müdürlüğümüz de burada çünkü biz de SGK’dan aldık verileri, ona güvenmek zorundayız çünkü ameliyat edilen hastalar SGK geri ödeme sisteminde yani 35 “plus” yandaş hastalığı olan ve 40’ın üstünde obezitesi olan hastalar. Bu rakamlar bizim için, gerçek obezite sorunu nedeniyle ameliyat edilen hastalar.

İki grup hasta daha var burada göremediğimiz. Bir: SGK ödeme sistemi içinde olmayan hasta grupları. Yani bu, özel hastane de olur, başka hastane de olur, onlar SGK’dan geri dönüş almadıkları için orada sayıları gözükmüyor. İki: Beden kitle indeksi olarak bu grubun içinde yer almayan hastalar. Üç: Sadece diyabet nedeniyle ameliyat edilen hastalar. Şimdi, onlar burada yok. Özel hastane verileri de olsa -Sayın Genel Müdürlüğünüz söyledi- SGK’dan özel hastane parasını alabilmek için SGK’ye o rakamı girmek zorunda ve bu istatistik... Ben SGK’nin kayıt sisteminin çok iyi olduğunu düşünüyorum kesinlikle, orada ayrı düşünüyoruz. Yani herhangi bir hastalık konusunda doğru “keyword”leri verdiğiniz anda SGK’dan sizin Türkiye’de yapılmış her şeyle ilgili bütün verileri almanız mümkün, kayıt sistemleri kesinlikle çok iyi çalışıyor. Yeter ki SGK sistemine bağlı olan hastaneler hastalarla ilgili verileri sisteme doğru girmiş olsun. Doğru mu söylüyorum Sayın Genel Müdürlüğünüz?

SGK GENEL SAĞLIK SİGORTASI GENEL MÜDÜRÜ MUSTAFA ÖZDERYOL – Doğru.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Doğru girildiği sürece oradan bir yanlış rakam çıkma şansı yok.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Ama Hocam, burada şöyle bir sıkıntı var: Sosyal Güvenlik Kurumuna bir şey demiyorum. Zaten Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı olan hastaneler reçete edecekti, dolayısıyla haberleri olacaktır. Ama -bizim de- sizin de biraz önce söylemiş olduğunuz gibi, 33 hastane, bunların çoğu zaten Sosyal Güvenlik Kurumuyla çalışmıyor.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Bizim hastanelerimizin dataları var, SGK alanlar bunun içinde, biz kontrol ettik onu, bizim grubun.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Data ayrı bak, bildiğim kadarıyla değil yani.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Ama bütün özel hastaneler orada değil, doğru, SGK dışı hastaneler var, haklısınız.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Biz de onu ifade etmek istiyoruz.

BAŞKAN – Şimdi, hem o var hem de biraz evvel -yanlış anlamışsam düzeltin- “beden kitle indeksi buna uymayan hastalar” demek ki sizin belirlediğiniz o kriterin altında olup ameliyat olanlar da var, değil mi, bunu mu demek istediniz?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Ya da SGK kapsamı dışında olduğu için bu sayıda görünmeyen hastalar var.

BAŞKAN – Görünmeyen, o kriterin altında olmaması gereken hastalar da ameliyat oluyor gibi bir şey çıkıyor.

Evet, devam edelim lütfen.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Evet efendim, “Bir yıl sonraki rakam nasıldır?” dediniz, 9.976, Sayın Genel Müdürümüz söyledi, 2018 ve üstü 12.300. Yani artış öyle yıllık 8 bin falan artmıyor.

BAŞKAN – 2018’de SGK ile Sağlık Bakanlığı uyuştu.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Evet, 2018’de muhtemelen kayıtlar daha dikkatli, daha özenli girilmeler sağlanmış olabilir. Ama ameliyat sayılarındaki artışın nedenini söyleyeceğim...

BAŞKAN – Çok özür dileyerek araya girelim.

Çünkü 2018’de bu konu gündeme gelmiş tekrar ve basında da bu konuyla ilgili birtakım istenmeyen olayların yayınlanmasından sonra veya Sağlık Bakanlığı zaten bu konuda çalışırken 2 tane tebliğ yayınlanmış. Biri Sosyal Güvenlik Kurumunda 4 Şubat 2018’de obezite cerrahisiyle ilgili, bir de daha sonra yayınlanmış bir çalışma daha var, bu da Sağlık Bakanlığının çalışması. Bunun tarihi de yine 2018’in Şubat ayı. Yani bu konu 2018’de ciddiyetle ele alınmaya başlanmış ve rakamlarda bir eşitlik, benzerlik oluşmaya başlamış.

Buyurun.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – 12.300 rakamının üstüne 2018’de özelde yapılan çalışmaları yani vakaları da eklediğinizde yaklaşık 17 bin civarında bir ameliyatın yapıldığını tahmin ediyoruz Türkiye’de. Beden kitle indeksi 35 ve üstünde olarak ameliyat edilen hastalar dikkate alındığı zaman böyle bir rakamdan bahsediyoruz.

Bir şey daha göstereceğim size. Benim özel ilgi alanım. Yani çok ameliyat yaptım, 3-4 binin üstünde obezite ameliyatı yaptım. Robotla yapıyorum şu anda ameliyatların çoğunu. Bakın, şöyle bir şey söyleyeceğim: Hep söyleniyor ya hani “Türkiye’de mortalite oranları yüksek.” Hiçbir veriye dayanmayan, hiçbir ciddi araştırmaya dayanmayan bu tarz söylemler hem Türkiye’ye zarar veriyor

hem de hekimlere, bizim yaptığımız çalışmalara zarar veriyor, uluslararası “reputation”ımızı yerle bir ediyor. Nedenini söyleyeceğim. Türkiye Cumhuriyeti’nde, bütün basında yakaladıklarımız, Yüksek Sağlık Şûrası’na gelenler vesaireyi topladığımız zaman 17, 18, 19 tane maksimum böyle ciddi ölüm olayından -bildirilenlerden bahsediyoruz, bildirilmeyenleri bilmiyorum- binde 1’in altında bir rakamdan bahsediyoruz. Tüm dünyada kabul edilen mortalite oranı, obezite cerrahisi için kompleks ameliyatların hepsini göz önüne aldığınızda yüzde 2,5 civarındadır. Yani Türkiye’de öyle dünyadan daha yüksek oranlarla şey yapıyor falan gibi bir durum yok. Yalnız, burada bazı ölümlerin kendine has hikâyeleri var, onlar nedeniyle muhtemelen bir yanılısma var. Türkiye’de yoksa ölüm oranları çok yüksek değil, ameliyatlar çok başarıyla yapılıyor. Bakın, 300 tane Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Derneği üyesi var, 160 tane çok aktif çalışan obezite, bariatrik metabolik cerrahi yapan adam var. Sleeve gastrektomi sayısı bu ülkede, biz hepsini bir çıkarmıştık... “Herkes gelsin, yaptığı sleeve gastrektomi rapor etsin.” dedik 2015 yılında. 22 bin tane sleeve gastrektomi yapılmıştı o zamana kadar. Onların bütün dökümleri var elimizde. Ölüm oranları da dâhil olmak üzere elimizde, yani onu da biliyoruz. O yüzden, dünyayla paralel gidiyoruz. Üstüne üstlük...

BAŞKAN – Hocam şimdi...

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Şunu bir söyleyeyim müsaade ederseniz.

BAŞKAN – Ben şunu söyleyeyim, sonra unutuyorum.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Ha, tabii, sorunuzu alayım.

BAŞKAN – Yani 1 kişinin bu nedenle vefat etmesi bile bizim için çok değerli.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Kesinlikle, bizim için de.

BAŞKAN – Burada yani 10 kişi ölmüş, orada şu kadar ölmüş, bu konuşulacak şey değil, 1 kişi bile önemli. Üstelik, bu Komisyon veya benzer şeyler, özellikle bizlerin konusu, “Ya, bu ameliyatları niye fazla yapıyorsunuz?” falan değil, bu ameliyatlara ilgili, sıkıntılarla ilgili bir çalışma yapmak. Tabii, bunun başında da obeziteyle mücadele geliyor. Fakat burada, özellikle her toplantıda söylüyorum, Türkiye’deki doktorlar, tıp eğitimi olan doktorlar dünya doktorlarının eline su dökemeyeceği kadar çok daha başarılı, verimli, üretken, bu konuda hiçbir problem yok. Ama bu konu gündeme gelince bazı doktor grupları, bazı hastaneler bize tavır aldılar. Bu da çok rahatsız edici bir şey. Demek ki bir kusurları var ki... Eğer insan kendine güveniyorsa bu konuda gelir, tartışır, konuşur ama bunun tam tersini bizzat ben yaşadım. Bunu kayıtlara geçsin diye özellikle söylüyorum.

Buyurun lütfen.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Hocam, ben cerrahi adına bir şey konuşmak istiyorum, bunu da kayıtlara geçmesi adına söylüyorum: Evet, Türk cerrahlarını ben kutluyorum. Şimdi, şöyle, dışarıdan yanlış olguyu, yanlış anlaşılan bu durumu da düzeltmek adına, cerrahi adına aslında bu Komisyonun önemli bir görevi olduğuna ben katılıyorum.

Sizin vermiş olduğunuz morbit ve mortalite rakamları dünyayla eş değer gidiyor. Ben şöyle örnek vereyim: Mesela, yıllar öncesinde Türkiye’de hani bizim cerrahi tabirle “kuş” diye açtığımız apandisit oranlarında Amerika’ya baktığımız zaman Türkiye’nin çok ileride olduğunu görüyorduk. Amerika’da yüzde 20’lerde. Az rakam değil yani 100 kişiden 20 kişiyi boş ameliyat etmek gibi bir durum söz konusuyken Türkiye’de bu rakamlar yüzde 3’lerdeydi. Yani şimdi, böyle bir başarı varken bunu farklı şekilde ifade etmek cerrahlar adına yanlışlık diye düşünüyorum. O açıdan, bu yanlışlığı da ortadan kaldırmak adına bu Komisyon önemlidir diyorum.

Hocam buyurun, devam edin.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Son bir iki slaytım.

Şimdi, diyabeti olan morbit obez hastalardan bahsediyoruz. Morbit obez hastaların beden kitle indeksi 40'ın üstünde, çoğunda diyabet var. Bakın, onlara yapılan bütün cerrahilerin, sadece obezite cerrahisi değil, onlara yapılan herhangi bir cerrahinin mortalite oranlarını çıkardım. Bunlar benim rakamlarım değil, ben kanıtı olmayan hiçbir şeyi konuşmak istemem. Kanıtı dayanmayan bir şeyi konuşmak bilim adamına yakışmaz. Bence Türkiye'deki sorun o, yani konuşmaması lazım kimsenin. Koroner arter baypas greft yapılan hastalar... Siz obezitesi olan bir hastaya, diyabeti olan bir hastaya koroner arter baypas grefti yaptığınızda yüzde 3 mortaliteyle yapıyorsunuz, her 100 hastadan 3'ünü kaybediyorsunuz. Bugün Ankara'da 140 tane koroner baypas yapılıyor, sabahdan başlıyorlar, akşama kadar; bu hastaların 18 tanesi ilk otuz günde ölüyor muhtemelen yani rakamlara, yüzdelere baktığımız zaman. İlk otuz gün “hospital mortality” olarak kabul edilir yani ameliyat mortalitesidir o, öyle derler. Ama kimse o tarafa çok fazla bakmıyor çünkü kabul edilebilir mortalite oranları var ameliyatlardan. Bu hastalara yaptığınız laparoskopik kolektomi -kolon rezeksiyonu- yaptığınızda sadece diyabeti ya da obezitesi varsa mortalite yüzde 2'lere çıkıyor. Laparoskopik apendektomi yaptığınızda -demin bahsettiniz, çok doğru söylediniz- binde 5'ler civarında mortalitesi var bu hastalarda. Laparoskopik Roux-en-Y gastrik baypasın yani obezite metabolik cerrahi ameliyatının, en kompleks ameliyatlardan bir tanesinin bu grup hastalardaki mortalite oranı binde 2. Yani karşılaştırdığınız zaman, kabul edilebilir mortalite oranlarından... Tabii ki kimse ölmesin, kimse istemez ama bu hastalıklar ameliyat dışında yandaş, beraberinde getirdiği hastalıklar nedeniyle... Zaten kompleks bir grup hastalıkla kompleks birtakım ameliyatın evliliği deriz biz obezite metabolik cerrahiye. Ameliyatlarda da kompleks, hastalar da kompleks, hastalıklar da kompleks yani o hastalıkları zaten tek başına tedavi etmeniz bile çok zor, ameliyat sonrası emboli görme olasılığınız da artıyor öyle olunca. Buna rağmen apendektomiden daha düşük mortaliteyle yapılan ameliyatlardan bahsediyoruz.

Bariatrik ve metabolik cerrah kimdir? Bunu gösterip sonra bitireceğim, diğer arkadaşlar da konuşacak. Genel cerrahi uzmanlık eğitimini başarıyla tamamlanmış ve Sağlık Bakanlığımız tarafından genel cerrahi uzmanı unvanı verilmiş olan tüm cerrahlar genel cerrahi branşına dâhil olan tüm ameliyatlara yapmak için kanuni yeterliliğe sahiptir. Mahir Özmen, bitirmiş olan birisine “Hadi gel, obezite cerrahisi yap.” der mi? Vallahi, benim yanımda 300'üncü ameliyatına giren çocuklar var, kendi başına yaptırmıyorum. Bunun kriterleri var, sayıları var. Sağlık Bakanlığına biz bu sayıların hepsini teslim ettik. Bu sayılara göre Sağlık Bakanlığı gerekli düzenlemeleri yapacaktır, inanıyoruz ama hiçbir şekilde kısıtlama taraftarı değiliz, eğitimleri verme taraftarıyız, standartların bütün hastanelere eşit olarak dağıtılması taraftarıyız. Donanım olmayan yerde ameliyat yapılmasına herkesten çok biz karşıyız. Vatandaşlarımızın en ufak, hastalarımızın en ufak, bir tanesine gelecek olan zarardan Türk Tabipleri Birliği de bu salonda oturan herkes de büyük üzüntü de duyar hicap da duyar. Yetiştiremediğimiz için üzüntü de duyarız çocuklarımızı.

O yüzden bariatrik ve metabolik cerrahi yan dal olacak eninde sonunda, bunu engelleme şansımız yok, gidişat oraya doğru gidiyor. Doğru eğitimleri doğru yerlerde verecek düzenlemeleri yapmakla yükümlüyüz. Ama lütfen kısıtlama yoluna gitmeyelim. 2,5 milyon morbit obez acil ameliyat bekliyor bu ülkede. Yıllık yapabildiğimiz ameliyat sayısı: SGK verileri 12.300, üstüne ekliyoruz, 15 bin-16 bin ameliyat, hadi 17 bin ameliyat yapılsın. 2,4 milyonu yüz yıl ameliyat etmeye çalışsak ameliyat edemiyoruz ve her gün yenileri ekleniyor üstüne.

Ameliyat tek çözüm mü? Hayır. Ya, paradigma, cerrahi, yapılan araştırmalarla ameliyatsız yöntem bulmaya çalışır. Cerrahi geçiş yaşamasıdır. Günün birinde mutlaka bir şey bulunacak, o buluncaya kadar başka seçeneğimiz yok. Yoksa hastaları yandaş hastalıklarından kaybediyoruz, ona engel olmak zorundayız.

Teşekkür ederim.

Malpraktisle ilgili bir sorunuz vardı. Avukat arkadaşımız yanımızda. TTB'nin o konuyla ilgili deneyimi çok fazla. Ona da muhtemelen bir iki satır...

BAŞKAN – Hocam, teşekkür ediyoruz.

Sunumunuzu vereceksiniz, değil mi, arkadaşlarımıza.?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Tabii, tabii.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Değerli Başkanım, ben bir konuyu burada kayıtlara geçsin diye ifade etmek istiyorum.

Değerli hocamıza teşekkür ediyorum.

Ben şuna inanıyorum ki hiçbir Türk cerrahi, cerrah olan hiçbir arkadaşım endikasyon koymadığı bir hastayı da ameliyat etmez diye düşünüyorum. Bunun da altını çizerek özellikle belirtmek istiyorum.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Dünya Obezite Metabolik Cerrahi Derneğinin 2018 Araştırma Ödülü'nü ben ve ekibim aldım.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Tebrik ediyoruz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Yani bu, Türkiye Cumhuriyeti adına çok önemli bir olaydır çünkü orada 120 küsur derneğin temsili söz konusu. Yaptığımız çalışmalar... Çok basit bir iki tane yöntem bulduk. Yani HOMA-IR indeksine bakarak ameliyat sonrası diyabetin gidip gitmediğini anlayabilirsiniz, vesaire gibi çok basit yöntemler ve yaptığımız çalışmalar...

Biz basında yer almadık, çok da hoşlanmıyoruz ama bu araştırmaların önünü açmamız lazım.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Bir şey daha ifade etmek istiyorum.

Hocam, sizler yanınızdaki yetiştireceğiniz elemanları çok daha ciddi bir şekilde yetiştirirseniz, bu konuda gelişigüzel, basında yer aldığı gibi, merdiven altı olmaktan kurtarırız diye düşünüyorum. Onu da özellikle isticram ediyoruz sizden.

Teşekkür ediyoruz.

BAŞKAN – Hocam, tekrar çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi hukukçu arkadaşımızı dinleyeceğiz.

Ben de bir hukukçuyum.

Avukat Leyla Verda Ersoy, Türk Tabipleri Birliği adına, buyurunuz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Türk Tabipleri Birliği adına. İşin hukuksal boyutuna geçmeden önce Türk Tabipleri Birliğinin bu konuda başka çalışmaları da aslında yürüttüğünün altını çizerek kendi alanıma geçeyim istiyorum. Bu anlamda da bir iki cümle kurmak istiyorum.

Sayın Mahir Hocam bize meselenin cerrahi boyutunu daha ayrıntılı olarak anlattı.

Tabii ki Türk Tabipleri Birliği bu başlığı tek başına, cerrahi kısmı olmadığını da anlayarak söylüyorum, bugünkü toplantının asıl ve temel amacının obeziteyle mücadele olduğunu anlayarak oradan başlamak istiyorum.

Türk Tabipleri Birliği toplum sağlığının korunması amacıyla çok boyutlu, çok çeşitli çalışmalar yürütüyor aslında. Bu alanda il tabip odalarında komisyonlar Türk Tabipleri Birliğinde de kollar içerisinde bu tür faaliyetler yürütülüyor. Toplum sağlığının korunması için beslenmeden başlayarak sigara kullanımını da içeren çok boyutlu, her alanı için gerçekten özel ve değerli çabalar yürütülüyor.

Türk Tabipleri Birliği obeziteyle mücadelede kişinin yaşam alışkanlıklarının değiştirilmesinin önemi üzerinde sıklıkla duruyor. Bu bakımdan, özellikle beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasının öncelikli ve önde tutulması gereken bir yan olduğunu da sıklıkla vurguluyor. Tabii ki hani bildiğiniz gibi, ilaç tedavi metotları da var. İşte bunların da yine, tabii ki güvenilir ilaçlar olması ve mutlaka hekim kontrolünde... Çünkü bu anlamda da ciddi bir kirlilik var toplumda. Tamamen basın üzerinden ya da reklam üzerinden bu anlamda kendi kendine bir yöntem arayan ciddi bir toplum kesimimiz var ne yazık ki. Bitkisel tedaviler adı altında yapılan pek çok şey de bunun bir yansıması. Bu anlamda Bakanlığa gerçekten çok önemli görevler düşüyor. Alternatif tedavinin, alternatif tıbbın -ki tıbbın alternatifi olmadığını çok söylüyoruz- kontrolsüz izin verilen bu yöntemlerin önüne geçilmesi bakımından çok ciddi çalışmalara ihtiyaç var. Bir kere, bunu da hazır fırsatını bulmuşken burada bu kadar değerli katılımcı içerisinden... Tamamlayıcı ve alternatif tıp diye başladı biliyorsunuz mesele. Neyse. Hani o işin diğer boyutu.

Bir de tabii, cerrahi yanı var dedik. Türk Tabipleri Birliği bu konuda hem “çocuklarda obezite” hem “erişkinlerde obezite” başlığıyla toplantılar yaptı, yapmaya da devam ediyor. 2018 yılında Sağlık Bakanlığının, yine, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün katılımıyla da çok sayıda uzmanlık derneği ve vakıfların da yine katılımıyla geniş çaplı bir toplantıyı da yürüttü. “Beslenmede, birey ve toplumun sağlıklı beslenmesinde hekimin rolü ve sorumlulukları.” başlığını açtı, bu çalışmayı da sürdürüyor. Bu anlamda, aslında daha temelden obeziteyle mücadelenin yollarını aramak ve hekimleri de bu konuda bilinçlendirmek, özellikle birinci basamaktan başlayarak toplumun daha sağlıklı bireyler olarak yetişmesi için alınacak önlemler üzerinde çokça da duruyor.

Şimdi, biz işin hani bu yanı bütün buradaki herkesin bildiği...

BAŞKAN – Herkesin ortak olduğu bir konu.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Ortak olduğu şeyler. Burada basına yansıyan malpraktis örnekleri var. “Malpraktis” dediğimizde ne anlıyoruz aslında? En kısa... Türkçeye çevirsek belki kötü tıbbi malpraktis dediğimizde kötü hekimlik uygulaması, sağlık hizmetinin sunumunda kötü hizmet sunumu diye belki bunu söyleyebiliriz.

GENÇLİK VE SPOR BAKANLIĞI SAĞLIK İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANI ADNAN HASANOĞLU – Hekim hatalarının telafisi diyelim yani.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Yani malpraktis aslında kötü uygulama demek. Bunun yargıda kötü uygulaması vardır, hukukta malpraktis diyebiliriz, değil mi? Kötü uygulama. Tıbbi malpraktis dediğimizde tıbbın kötü uygulanması, aslında tam karşılığı budur. Bu nasıl olabilir? Bu teşhiste olabilir, ilk başta teşhiste bir hata yapılabilir, kötü uygulama buradan başlayabilir. İkincisi, tedavi yönteminin belirlenmesinde olabilir. Belki bu başlıkta bunu tartışabiliriz, tedavi yönteminin belirlenmesinde malpraktis meselesi. Üçüncü aşamada... Bu aslında her aşamada olabilir bir şey. Malpraktis hangi aşamalarda olabilir diye belki anlatabilirim ben size. Tedavi yönteminin uygulanması sırasında bir malpraktis olabilir. Devamında izlemde malpraktis olabilir. Hastanın izlem sürecinin bilim ve tıp kurallarına uygun yönetilmemesinden olabilir. Bir sonraki aşamada da hastada bir komplikasyon meydana gelmiştir. Komplikasyon dediğimiz şey, kötü uygulamaya bağlı olmayandır aslında. Yani hekimin her türlü önlemi almasına rağmen, bilimsel kurallara uygun davranmasına rağmen ortaya çıkabilecek kötü sonuçlarıdır komplikasyonlar ve bunlar tıbbi literatürde sayılmıştır aslında her bir işlem için ortaya çıkabilecek kötü sonuçların ne olduğu. Çünkü her zaman kaydedilir

ve hastalar bu tedaviye başlangıç aşamasında da bilgilendirilir bu konuda. “Bakın, size böyle bir şey uygulayacağız ancak şu oranlarda şöyle, şöyle olasılıklar da var.” Değil mi? Anesteziye uyanmamak diye mesela bizim, böyle, çok basitçe anlattığımız anestezi komplikasyonları olabilir. Bir beyin cerrahı bel fıtığı ameliyatında bir felç... Bunlar hep bilgilendirilir. Damar yırtılmaları, pek çok ameliyatta damar yırtılmaları; bunlar yine bildirilen komplikasyon listesi içerisinde. İşte hastada bir komplikasyon ortaya çıkmışsa yapılan cerrahi girişime bağlı, bu komplikasyonun zamanında fark edilmemesi izlem kusurudur, zamanında fark etmeme. Bir de doğru yönetmeme, fark ettikten sonra da ona uygun yöntemle komplikasyona doğru tıbbi müdahaleyi yapmama, böyle her basamakta karşımıza çıkabilecek bir şeydir aslında tıbbi malpraktis.

Şimdi, bunun aslında çok nedeni var. Hekimin bilgi, beceri eksikliği olabilir, burada tabii ki yine fırsatını bulmuşken Türk Tabipleri Birliği adına, tıp fakültelerinin eğitim olanaklarının gözden geçirilmesi gerekliliğini hatırlatmak gerekir çünkü tıp diğer alanlara benzemiyor, usta-çırak ilişkisi içerisinde kontenjanları da dâhil olmak üzere üzerinde ciddiyeyle düşünülmesi gereken bir mesele aslında tıp fakülteleri. Bu bakımdan, bilgi, beceri eksikliği diyorsak ki bazı çalışmalar mezun olan çocukların yeterince burada bizzat uygulama yapma olanağını bulamadığını da ortaya koyuyor, ancak izleyici olarak bakabildiğimiz bir şey, yapabilirim duygusu yaratsa da işin başına geçtiğinde bu işin böyle olmadığını görüyoruz. Bu, temel tıp eğitimi için de böyle, uzmanlık eğitimleri için aslında daha iyi. Uzmanlık eğitimlerinin ben daha da başarılı olabileceğine inanıyorum, gözlemliyorum.

Şimdi, bu bilgi, beceri eksikliği tek başına tıbbi malpraktislerin nedeni değil. Aslında bu, sistemle birleşik bir sorun. Bunu hiç göz ardı etmemek gerekiyor. Yani çalışma koşulları aslında hatalı uygulamalara sevk eden şeyler. Nelerdir bunlar? Çalışma sürelerinin uzunlukları, ekipler, ekip üyesi eksiklikleri, ekipman eksiklikleri, bunların hepsi bugüne kadar yargıya yansımış olaylar, bize bunları gösteriyor aslında ve şu anda yapılan yargılamalarda sistem kusuru da tartışılıyor. Ne kadarı sisteme aittir bu kusurun, ne kadarı hekime yükletilebilir diye. Bütün bunlar aslında böyle bütünsel birliktelik içerisinde değerlendirilmesi gereken şeyler. Hekimin üstüne düşen sorumluluk nedir? Hastayı en başından itibaren, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nde de tek tek başlıyor, “Hekim, hastasının şahsına hürmet ve ihtimam gösterir.” diye başlıyor. Devamında 13’üncü, 14’üncü maddelerinde diyor ki: “İlmi icaplara göre tanı koyar ve tedavi uygular.”

Şimdi, yine 14’üncü maddesinde hastasının durumunun icap ettirdiği özeni gösterir. Her hastaya ayının ötesinde o hastanın durumunun icap ettirdiği... Bunlar çok önemli şeyler. Aslında malpraktisin önlenmesi için hekimlerin bu etik davranış biçimini içselleştirmesi ki bu konuda hem tıp fakültesi eğitimi döneminde ciddi dersler alıyorlar hem devamında da aslında sürekli tıp eğitimini biz bu nedenle önemsiyoruz, bu etik sorumluluklarının sıklıkla belki de hatırlatılması gerekiyor.

Şimdi, sayın hocam söyledi, işte, vücut kitle indeksi 40 ve üzeri olanlarda cerrahi endikasyon vardır diye. Yine, vücut kitle indeksi 35 artı yandaş hastalıkları varsa yine endikasyonu vardır dedi. Ama satır arasında dedi ki: Yani bu sayılar içerisinde olabilir, olmayabilir ama belki 35’in altında vakalarda yapılıyor olabilir. Ben bunu bilmiyorum yani Türk Tabipleri Birliği olarak da biz bunu nasıl bilebiliriz? Ancak önüne bir dosya olarak geldiğinde inceleyerek bilebiliriz. Şimdi, burada, tabii, bir hekim sorumluluğu üzerinden düşünmek gerekir. Nasıl hani ilmi icaplara göre tanı ve tedavi yöntemini belirler diyoruz, demek ki hani bu koşullar olmadan bunun yapılması tıbbi etik açıdan uygun değildir. Türk Tabipleri Birliği asla bunu savunmaz mesela ve bu konuda gerçekten...

BAŞKAN – Ama bu bir vakıa.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Bir vakıa, evet. Eğer bu bildirimler yapılırsa Türk Tabipleri Birliğinde çok sayıda disiplin dosyası var hekimler hakkında ki şunu da belirtmek isterim: Türk Tabipleri Birliği disiplin soruşturmalarını yaparken diğer yargı

mercilerinden çok da farklı bir gözle bakıyor yani tamamen etik kurallar çerçevesinde alınması gereken hekim tutumunun alınıp alınmadığı noktasında bakıyor. Çok defa, yargı mercileri “kesin illiyet bağı kurulamamıştır” diye hekim hakkında lehe kararlar verirken Türk Tabipleri Birliğinin yalnızca izlediği yönetime dair, sonucundan bağımsız “Burada hekim tutumu doğru alınmamıştır, eksik davranılmıştır.” diye kararlar verdiği sıklıkla vardır. Hatta mesela benim aklıma gelen bir örnek var, işte ayakta teşhis tedavi yönetmeliğinde tıp merkezlerinde -değil mi- böyle cerrahi merkezleri olan, cerrahi ortamları olan tıp merkezlerinde kolesistektomi ameliyatı yapabileceğine dair, safra kesesi taşı ameliyatı yapabileceğine dair bir düzenleme varken burada bir hastanın vefatıyla sonuçlanan olayda hekim kendisini burada bunu yapabileceğinin mevzuatla açık olduğunu savundu ama Türk Tabipleri Birliği hastanın durumuna baktı, hasta, kalp hastası, morbit obez yani yüksek riskli bir hasta. “Sana mevzuat burada yapmana olanak veriyor diye sen yine de burada yapmamalıydın.” dedi. “Çünkü hasta yararını önde tutmak başka bir şey yani alman gereken tutum bu değil senin, yapılabilirlik meselesi değil bu. Bu, senin özeninle ilgili bir şey, bu kadar riskli bir hastayı...” dedi.

Şimdi, bunları niçin söylüyorum? Burada bu cerrahi meselesine bakarken biraz bu gözle bakmak lazım. Kötü örnekleri kuşkusuz var ve o kötü örneklerin önüne geçilmesi ayrı bir yöntemi gerektiriyor, ihtimal. Cerrahi kısmı burada bilim insanlarının tartışacağı bir mesele. Türk Tabipleri Birliği yalnızca şunu savunuyor: Bilimsel tedavi yöntemi uygulanmalıdır hastaya. Bilimsel tedavi yönteminden anladığımız ne? Gerek ilaç araştırması gerekse cerrahi alanda klinik araştırmaları tamamlanmış, dünya genelinde kabul görmüş, bilimselliği kanıtlanmış dediğimiz tedavi yöntemlerinin uygulanması yani deneysel aşaması geride bırakılmış artık. Bu nedenle özellikle donanımlı merkezlerde bu klinik çalışmaları ve kamuya ait merkezlerde uzun erimli çalışmaları yürütüldükten sonra, “bilimseldir” dendiikten sonra bu tedavilerin uygulanabileceği düşüncesindedir. Bariatrik cerrahinin de bu alan içerisinde bilimsel kurallarıyla, bunun bilimsel bir tedavi olduğu kabul ediliyorsa o zaman bunun hangi endikasyonlarda söz konusu olacağını yani endikasyonu olmayan bir vakada yapılması tabii ki savunulamaz ama burada belki bu çerçeve içerisinde bir tartışmanın yürütülmesi gerekir diye düşünüyoruz. Sonuçta iyi hekimlik değerleri üzerinden aslında buradaki çabalar da böyle yürüyor.

Ben teşekkür ediyorum. Eğer özel olarak malpraktisle ilgili sorular varsa onları da devamında açıklayabilirim.

BAŞKAN – Çok teşekkür ediyoruz değerli meslektaşım.

Bu konuda Türk Tabipleri Birliğinde sadece mide ameliyatlarıyla ilgili değil, bir istatistik var mı?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Yok ne yazık ki.

BAŞKAN – Size gelen şikâyetlerle ilgili, verdiğiniz kararlarla ilgili herhangi bir istatistik var mı?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Yok.

BAŞKAN – Size gelen şikâyetler, olumlu kararlar, olumsuz kararlar... Mahkeme kararlarıyla ters düşen kararlarınız, biraz evvel bahsettiğiniz...

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Obezite cerrahisiyle ilgili...

BAŞKAN – Obeziteyle ilgili değil, genel olarak da olsa bizimle paylaşırsanız memnun oluruz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Bir araştırma yapalım. Hani çok geniş bir Yüksek Onur Kurulu arşivi var, ciddi bir çalışmayı gerektirir ihtimal.

BAŞKAN – Muhtemelen vardır. Bizim bu komisyon raporunun içerisinde...

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Verilere dönüştürmemiş olabilir yani kararlar defterinde alınan kararlar vardır ama bir veri çalışmasına ihtiyaç var tabii.

BAŞKAN – Ama olması lazım yani mesela bir yıl içerisinde Türk Tabipleri Birliğine mesleki anlamda ne kadar şikâyet geldi?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Ha, bunlar var.

BAŞKAN – Ne kadar şikâyet geldi? Bu şikâyetlere ne kadar süre içerisinde siz karar verdiniz? Bu şikâyetlerin ne kadarında doktoru hatalı buldunuz, ne kadarında doktoru hatasız buldunuz ve verdiğiniz kararlarla mahkemelerdeki kararlar arasındaki şey... Biraz evvel bahsettiğiniz çok ilginç bir şey yani mahkeme suçsuz buluyor ama siz bir meslek örgütü olarak hem meslek etiğini hem üyelerinizi korumak adına orada hatalı olduğunu söylüyorsunuz. Bu çok doğru ve iddialı bir şey. Bu konudaki verileri bizimle paylaşırsanız memnun oluruz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Elden geldikince bunları toparlayalım.

BAŞKAN – Lütfen.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Şöyle: Aslında yapılan çalışmalar istatistiğe dönüşürken yapılan başvuru sayısı ve verilen kararlar üzerinden var fakat o tabii, biraz daha, her boyutuyla yani hekim-hasta ilişkisi içerisinde “Bana gülümsemi.”den başlayan ya da işte hekimler arası ilişkiler... Ama malpraktis meselesi, değil mi Sayın Başkan?

BAŞKAN – Evet tabii ki.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Onları yalnızca, o verileri...

BAŞKAN – Şimdi, ben Dilekçe Komisyonu üyesiyim. Bizim Dilekçe Komisyonumuzda da doktorlarla ilgili çok sayıda şikâyet geliyor. Sizin söylediğimize aynen katılıyorum. Hasta psikolojisiyle, orada yaşadığı travmayla aynen “Doktor yan baktı.” deyip şikâyet edebiliyor. Sağlık Bakanlığı bu konuda çok ciddiye alıyor her türlü şikâyeti, gerekli incelemeleri yapıyor, neticede doktorun hatalı olmadığı, soruşturma açılmaması gerektiğine dair de çok güzel kararlar veriyor. Bunları biliyoruz ama buradaki başka bir şey. Burada dava konusu olmuş, vefatla neticelenmiş olaylarla ilgili bir istatistik bilginiz var mı, bunu bir öğrenelim.

Sayın Vekilim, teşekkür ediyorum. Gelişmeleri paylaşacağız inşallah.

PAKİZE MUTLU AYDEMİR (Balıkesir) – Çok faydalı oldu. Çok teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – Tabipler Birliğinin sunumuyla ilgili üyelerimizden soru sormak isteyen, görüş bildirmek isteyen var mı?

METİN İLHAN (Kırşehir) – Aslında ben bir şey söylemek istiyorum.

BAŞKAN – Buyurun.

METİN İLHAN (Kırşehir) – Arkadaşlarımız gerçekten çok iyi hazırlanmışlar, mükemmel bir sunum, gerçekten ikisi de çok güzel hazırlanmış ama ben şu malpraktis olayında yani az önce siz söylediniz, mesela bir kolesistektomi vakasında... Ben orada biraz kaldım yani ben de doktorum. Şimdi, çalıştığım dönemlerde acile gelen kolesistektomi yapılacak hastalara müdahale edilmesi gerektiği zaman doktor arkadaşlar buna ameliyat kararı verdiklerinde ya da işte hastayı bilgilendirdiklerinde hasta yakınları çok etkili oluyor bu konuda. Mesela hasta yakınları diyor ki “Bu hastayı burada ameliyat etmeniz lazım.” Yani bir başka yere göndermemeniz lazım çünkü basit yani safra kesesi ameliyatı sonuçta. Tamam, işte, yanında başka hastalıkları olabilir, koroner hastalıkları olabilir ya da işte obezite olabilir, KOAH olabilir ama şimdi hasta yakını psikolojisiyle baktığın zaman bir üniversite hastanesi... Mesela, ben Kırşehir’de Ahi Evran Tıp Fakültesinde çalışıyordum, bu tür vakalar bize gerçekten çok geliyor. Biz de doktor arkadaşlarımıza bir süre sonra diyoruz ki: “Bu da sevk edilir mi artık?” Şimdi, KOAH’lı ya da işte obezitesi olan bir kolesistektomi yapılması gereken bir hastayı siz malpraktis

olarak düşündüğünüz zaman yani “Bu hastaya burada bir şey olursa tazminatını ben niye ödeyeyim yani niye bu kadar sıkıntıya gireyim? Ben bu hastayı sevk edeyim.” gibi sorunlar doktorun eğer beyinde canlanırsa biz çok hastaya müdahale edemeyiz bu gidişle. Çünkü burada doktorların mutlaka korunması lazım. Yani her vakada, her olayda tutup da doktoru zor durumda bırakmak... Çünkü şöyle: Kanunlar çok açık. Doktorun yapabileceği ya da yapamayacağı o kadar çok şey var ki yani bir hastayı incelediğiniz zaman doktorun mutlaka hatasını bulursunuz. Yani az önce sizin söylediğiniz gibi en başta bu hasta gerçekten ameliyat edilmesi gereken bir hasta mı? Bana göre edilebilir, size göre edilemez, bir başkasına göre biraz bekleyebilir, bir başkasına göre sevk edilmesi gereken bir hasta olabilir. Ama bizim söylemek istediğimiz şu: Biraz daha doktordan taraf olmak lazım, biraz daha böyle doktorun görüşlerine, doktorun yaptıklarına saygı göstermek lazım. Az önce işte doktor beyin söylediği gibi yani gerçekten mükemmel hazırlanmış ve ben kesinlikle yapacağı komplikasyonların bile yani ortaya çıkabilecek durumların bile kesinlikle kendi elinde olmadan, Allah tarafından yapılmış olan şeyler olabileceğini düşünüyorum çünkü gerçekten o kadar güzel hazırlanmış bilgi birikimi var ki benim bir obezite hastam olsa kesinlikle doktor beye getiririm. Sonuçta ben burada görüyorum yani bilimsel olduğuna inanıyorum, çoğu şeylere de o kadar güzel hazırlanmışsınız ki.

Şimdi, böyle bir durumda tutup da hastanızı getirdiniz, doktora bıraktınız, doktor her türlü müdahaleyi yaptı, sonunda ölüm olayı oldu. Tutup da bunu artık didik didik aramanın bir mantığı yok çünkü her hasta, hekime farklı bir şikâyetle geliyor, farklı bir şekilde mutlaka değerlendirilmesi gerekiyor. Az önce o kolesistektomi vakasında ben kaldım biraz, şimdi bu hasta öldüğü zaman yani kolesistektomi yapıldı, obezite nedeniyle bir emboli attı. E bunu bilemezsin ki, hangi doktor bilebilir? Yani emboli atabilecek bir şey yani çok sık görülen bir şey bu. Emboli attı, bu sefer biz malpraktis davasına doktor arkadaşları olarak, Türk Tabipleri Birliği olarak, işte, bunlar Yüksek Sağlık Şûrası’na gidiyor ve oradan kendi doktor arkadaşlarımız –ben buna çok üzülüyorum- doktor arkadaşımızın suçunu bulmak için elinden geleni yapıyor. Ya bu kadar da olmaz yani. Yoksa bu ülkede biz bunları didik didik araştırırsak ameliyat edecek hasta bulamayız, doktor da bulamayız, ekip de bulamayız. Çünkü insanlar artık korkuyorlar. Bizim mesela Ahi Evran Üniversitesinde iki sene önce yapılmış ameliyatlara bakıyorsunuz yarı yarıya bir düşme var. Niye? Çünkü tazminatlar çok yüksek. İnsanlar hastaya elini değmekten korkuyorlar.

Yani bence burada doktor arkadaşlarımıza çok iş düşüyor. Yazdıkları rapora, bilirkişi raporlarına biraz daha doktordan taraf olmaları lazım çünkü hepimizin başına gelebilir bu ölüm olayları. Hiç olmadık bir vaka bile, bir apandisit vakasında bile, tıbbın en basit ameliyatında bile bazen ölüm ortaya çıkabiliyor. Obezitede de aynı oran var, apandisitte de aynı oran var. Apandisitteki pek gündeme gelmiyor ama obezite son yılların çok popüler bir konusu olduğu için çok sık gündeme geliyor ve insanları yıpratmaya hiç kimsenin bence hakkı yok. Mesela, doktor bey o kadar güzel şeyler söylüyor ki yani bir hastası tesadüfen ölse burada bir sürü insan tutup da ayağa kalkacak. Bence biraz da doktorları korumamız lazım, doktorlarımızdan yana olmamız lazım. Yoksa yani Türkiye’de bilime çok katkı yapamayız.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN – Çok teşekkür ediyorum.

Sizi sadece dinleyici olarak davet ettik. Bürokratlarımızı dinleyeceğiz, sizinle daha sonra, sizin bakanlığınızın sunumunu istediğimiz zaman...

GENÇLİK VE SPOR BAKANLIĞI SAĞLIK İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANI ADNAN HASANOĞLU – Ben konuşulanlarla ilgili bir katkıda bulunmak istiyorum.

BAŞKAN – Tamam, biraz sonra. Biz önce Komisyon üyelerimizle bir konuşalım.

Şimdi, doktorlardan yana, tabii ki doktorlar başımızın tacı, adaletten yana olalım. Ben bir hukukçu olarak adaletten yana...

METİN İLHAN (Kırşehir) – Doğru, adaletten yana olalım ama yani didik didik...

BAŞKAN – Evet, meslek sahibi insanlara çok değer verelim, saygı duyalım ama adaletten yana olalım diyelim, hocama söz verelim.

Buyurun.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Tabii, şimdi doktor arkadaşlarımın, hukukçu arkadaşımızın yapmış olduğu katkıya teşekkür ediyorum. Ben kendisini de tebrik ediyorum, doğru.

Burada yıllarca ameliyat yapmış bir cerrah olarak şu zorlukların olduğunu ifade etmek istiyorum. Şimdi, mortalite ile komplikasyonu karıştırmamak lazım. Bir kere bunu ayırt etmemiz gerekiyor. Biz her aldığımız vakanın bir mortal vaka olduğunu da bilmemiz lazım.

Değerli Başkanım, şöyle: 18 yaşında veya 20 yaşındaki bir fitıklık ile 70 yaşındaki bir fitıklığın – bakın, ikisi de fitık ameliyatı, ikisi de basit bir ameliyat- veya apandisit ameliyatı, bu ikisi de aynı ama ikisinin mortalitesi yani ölüm oranları çok farklıdır. Niye farklıdır? Biri yaşlı hasta KOAH'ı vardır, kalp yetmezliği vardır, farklı bir yanında metabolik herhangi bir diyabeti vardır, vesaire vesaire ama öbüründe böyle değildir. Bunlara her verilen anestezi de burada önemlidir. Şimdi, anestezinin bilgisi dahi cerrahı etkiler. Cerrahi hiçbir ameliyatta hasta ölmez. Nereden ölür? Hasta ölürse anesteziden ölür veyahut da diğer yandaş şeylerden ölür. Şimdi, ama bunun tek sorumlusu ve suçlusu cerrah olarak gösterilir.

Son yıllarda... Ben 2010'dan sonra hocam çok ameliyat yapmadım, dürüstçe konuşuyorum ama ondan önce çok vaka yaptım. Kayseri'de en çok vaka yapanlardan birisiyim ben ama hiç hastam masada kaldı mı? Bir hastam kaldı. O da 90 yaşına yaklaşmış bir hastaydı, ince bağırsaklar tamamen kangren, yapacak bir şey yok, açıp kapatmakla şey oldu, böyle bir hasta. Onda dahi kendimizi sorumlu hissederez fakat bir kere mortalite farklı bir şey, komplikasyon farklı bir şey. Her hastada komplikasyon çıkabilir.

Onun için, Türk Tabipleri Birliğindeki arkadaşşıma, doktor ve milletvekili arkadaşşıma katılıyorum. Onları göz önünde bulundurmakta fayda var diyorum.

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – Teşekkür ediyorum.

Bütün konuşmalar bittikten sonra sizlerin görüşlerini alacağım.

GENÇLİK VE SPOR BAKANLIĞI SAĞLIK İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANI ADNAN HASANOĞLU – Görüşlerimi söyledi.

BAŞKAN – Söyledi mi? Tamam. Yine notlarınızı alırsanız sizleri de dinleyelim.

MUSTAFA KENDİRLİ (Kırşehir) – Evet Sayın Başkanım, ben öncelikle heyeti saygıyla selamlıyorum.

Mahir Hocama teşekkür ediyorum, gerçekten çok iyi hazırlanmış. Hocamın da bahsettiği gibi ben tıp doktoru falan değilim ama buradan anladığım kadarıyla işin neticesine odaklanmamız bence daha önemli. Yanlış anlamadıysam 2,5 milyona yakın obezite hastası ameliyat bekliyor Türkiye'de. Yani dünya oranlamasına baktığımızda Amerika'yla işte 300 milyonda 228 bin yıllık ameliyat sayısı, bizim 81 milyonluk bir nüfusta 17 bin ortalama en son 2018 yılında. Bunu oranladığımız zaman da oranlamada binde 8 gibi Amerika'da ameliyat ortalaması var, öyle gözüküyor; Türkiye'de bu, binde 2 oranında.

Yani tabii ki doktorlarımızın haklarını da savunarak ama öbür taraftan hastalarımızın da daha iyi şartlarda, daha iyi fiziki ortamlarda, daha iyi uzman ekiplerle ameliyatının sağlanması noktasında Sağlık Bakanlığımızda bu çalışmaları gerçekleştirelim ki sunumun içinde obeziteyle alakalı yan hastalıkları ertesi sabah bitecek olan birçok hastalıktan bahsetti kıymetli hocamız vatandaşımızın yaşam kalitesini yükseltme adına.

Ben bir de şuraya takıldım: Sayın Başkanımın söylediği gibi yeni bir ameliyat obezite. Yani obezitenin bir hastalık olduğunu, bir kalp hastalığından farksız olduğunu bizim vatandaşımıza anlatmamız lazım. Şimdi, halk arasında bu biraz da çok iyi bilinmiyor ya, işte kiloluydu ameliyat oldu, hâlbuki sağlıklıydı.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Aslında obezite bir hastalık değil, bir sendrom. Yani şimdi, hastalıkların toplamı obezite. Tek bir hastalık değil.

MUSTAFA KENDİRLİ (Kırşehir) – Tabii, yanında bir sürü hastalık olduğunu vatandaş baktığı zaman görmüyor. Yanındaki hastalıkların ne kadar zarar verdiğini bilmiyor. Dolayısıyla, bu sorunu çözebilme adına ameliyatların önünü açacak bence ve daha böyle etkin ekiplerle yapılmasını sağlayacak bir inşallah bu komisyonumuzun çalışmasının neticesinde öyle bir karara hep beraber imza atmış oluruz diyor, teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – Çok teşekkür ediyorum.

Komisyonumuz kurulma aşamasından itibaren ciddi anlamda bir farkındalık yarattı. Obeziteyle ilgili çalışmalar ayrı, bütün bakanlıklar, Cumhurbaşkanlığı şu anda bu konuda da bir çalışma içinde ama bu ameliyatlara ilgili yanlışlıkların olduğu, bu ameliyatların sadece estetik nedenlerle yapıldığı vakalar var ve bu ameliyatlara cazip hâle getirip medyada bunu kullanan sanatçılar var, gazeteciler var, kilolu resmini-zayıflamış resmini sanki bunu çok basit bir süreçmiş gibi anlatıp yayınlayan, bu işi cazip hâle getiren kişiler var. Tam tersi, bu ameliyatlardan dolayı mağdur olmuş, vefat etmiş insanlar da var. Burada sayın vekilimizin söylediği gibi doğru bilgi ve yönlendirme önemli. İnşallah bu komisyon bu konudaki farkındalığı daha fazla gündemde tutarak sağlayacaktır diye düşünüyorum.

Tekrar teşekkür ediyorum.

Şimdi...

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Bir minik söz rica etsem, birkaç yerden.

BAŞKAN – Buyurun.

Çok dağıtmadan çünkü Genel Kurula da ineceğiz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Hiç dağıtmadan ve bir dakika, kayıtlara geçtiği için söylüyorum, yanlış anlaşılma istemiyorum bir kurumu temsilen geldiğim için.

Türk Tabipleri Birliği asla hekimlere karşı olamaz ya da hekim aleyhine tutum alacak bir kurum değildir. Onların hak ve menfaatlerini korumak amacıyla kurulmuştur ama sendikalardan ve derneklerden de farklı olarak halkın sağlığını koruma amacı da yanındadır, beraberindedir. Bu nedenle kamu kurumu niteliğindedir. Temel kuruluş amaçlarından biri, mesleki deontolojiyi korumaktır. Bu bakımdan aldığı kararlarda hekim yanında ya da karşısında olmak diye bir şey asla söz konusu olamaz. Deontolojinin korunması temelinde yaklaştığı için, bütün bakış açısı bu olduğu için de bazen zaten yargı kararlarından farklı bir yere gidebiliyor bu bakış açıları. O nedenle bunun altını çizmek isterim. Asla böyle farklı bir irdeleyerek, kimseye ceza verme kastı asla yoktur.

BAŞKAN – Teşekkür ederim.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Sayın Başkanım, bir cümle söyleyeceğim sadece.

BAŞKAN – Peki, cümleyle beraber obeziteyle mücadelede Türkiye’nin alacağı yol için –kayıtlara geçmesi açısından daha sonra da rapor olarak sunabilirsiniz- yol ve yöntem ne olmalı, önerileriniz ne olmalı?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Başkanım, ayrı bir sunum yapayım onun için. Bence çok uzun yani o.

BAŞKAN – Çok uzun. Onu yazılı olarak da gönderebilirsiniz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Baş üstüne.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Hayır Hocam, bir daha o konuyla ilgili belki şeyin sonunda dinleyebiliriz. Çünkü önemli bir şey bu gösterecekleri, bizim raporlarımıza da geçsin.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Seve seve. Bir tek şey söyleyeceğim: Siz hukukçusunuz, ben hukukçu bir ailenin çocuğuyum. Bütün herkes hukukçu ailemde, bir tek ben doktorum. İsmail Bey çok güzel söyledi, “mortalite, malpraktis, recognize complication” yani bilinen komplikasyonlarla mortaliteyi ve malpraktisi birbirine karıştırmamak lazım. Hastalıkların bilinen komplikasyonlarından bahsettim ben. Bunun dışında hekimlerin uygulamalarından kaynaklanan çok klasik bir kitap vardır ya orada yani el atmalardan kaynaklanan hatalar ayrı değerlendirilmesi lazım, malpraktis orası. “Yani her vaka ayrı ayrı incelen sin, insanımız bizim için değerli.” diyorsunuz, evet, aynı fikirdeyim. Ama “recognize complication”ları, bilinen komplikasyonları cezalandırmak yerine hata olan yerleri tespit edip hataların çözümüne yönelik çalışmamız lazım.

İstedığınız dokümanları hem sunum olarak hem doküman olarak ulaştıracağım ben size.

BAŞKAN – Ben tekrar teşekkür ederim.

İki konumuz var: Birincisi obeziteyle ilgili önerileriniz, yol ve yöntemler, tavsiyeleriniz. Çünkü bu konunun en önemli STK’sisiniz.

İkincisi de istatistiki bilgiler. Meslektaşım da o konuda destek verirse size gelen şikâyetler, davalarla ilgili verdiğiniz kararların benzerliği konusunda bilgi gönderirseniz seviniriz.

Çok teşekkür ediyorum.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Ya, o kararlar çıkarken şunu da göz önünde bulundurmak lazım: Yüksek Sağlık Şurası’nda ya da herhangi bir yerde böyle bir konu değerlendirilirken bu konunun uzmanları tarafından değerlendirilmesi lazım yani bu cerrahi yapan hekimlerin orada olması lazım detayları değerlendirirken. Bu cerrahi hiç yapmayan bir hekimin bakış açısıyla cerrahi sık yapan bir hekimin bakış açısı, hataları ya da bilinen komplikasyonları yakalamak açısından birbirinden çok farklı olacaktır.

BAŞKAN – Şimdi, Hocam, çok fazla dağıtmak istemiyorum ama bu konuda sağlık turizmi çok önem verdiğimiz, Hükümetimizin de, bizim de çok değer verdiğimiz ve Türkiye için de özellikle doktorlarımızın kalitesinden dolayı birçok insanın Türkiye’ye geldiği bir alan. Fakat burada yapılacak hatalar bu konudaki düşüncelerimizin de tam tersini sağlayabilecek, çok yanlış uygulamaların da medyada yer alması, öyle internet siteleri var ki doktorların, profesörlerin Rusça, İngilizce, Arapça, İran’dan şuradan buradan hastaları bir şekilde getirip, ameliyat edip ertesi gün gönderdikleri vakalar da var. Böyle çok hümanistçe düşünülecek bir nokta değil, çok kritize alanlar da var.

Şimdi, Dünya Sağlık Örgütünden gelen arkadaşımız Doçent Doktor Tufan Nayır...

Buyurun efendim.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Sayın Başkanım, öncelikle teşekkür ederim çok değerli görüşleri için herkese, sizlere de söz verdiğiniz için teşekkür ederim.

Sunumum 18 slayt. Niye böyle başlıyorum? Belli bir eğitim seviyesinin üzerindeki kişilere sunum yaptığımda hep sunumdan daha önde gidiyorlar. Sonun nerede geleceğini bildiklerinde daha konsantrasyon yüksek olabiliyor.

Sunumu Dünya Sağlık Örgütü adına hazırladığım için Dünya Sağlık Örgütünün genel bakışıyla hazırladım ama son beş yıldır ben Sağlık Bakanlığında saha baş koordinatörü, merkez koordinatörü, bakan danışmanı, müsteşar danışmanı, geçen en son olarak buraya geçmeden önce de bakan yardımcımızın, bu konudan sorumlu bakan yardımcımızın da baş danışmanıydım.

BAŞKAN – Kimin?

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Emine Alp Meşe’nin.

Şimdi, Dünya Sağlık Örgütüne sunumu hazırlarken ister istemez o eski Tufan Nayır olarak da bir şeyler kattım. 18 slaytta özetleyeceğim inşallah.

Bu tanıımı zaten herkes biliyor, tabip olmayanlar için de söyleyeyim: Kilo bölü boyun karesi 25’in üzerindeyse fazla kilolu, 30’un üzerindeyse obez diyoruz. Buradakini sağ olsun Mahir Hocam çok güzel söyledi. Alınan ve harcanan kalori arasındaki dengenin bozulması, asıl neden bu. Vücuttaki yağ artışı obezitedir ama altındaki neden de kalori artışının olmasıdır. Burada bu slaytı koyma sebebim şu: Dünyada fiziksel inaktivitenin artmasıyla –dünya örneklerini de koydum oraya- çok ciddi oranlarda artıyor, ki ülkemizde de her 4 kişiden 3’ü fiziksel olarak inaktif. Dünya Sağlık Örgütünün tanımladığı haftada 150 dakikanın altında bir egzersiz ve spor yani daha doğrusu fiziksel hareketliliği az yapıyorlar. Bunun da tanımları çok daha fazla. Ben en son müsteşar danışmanıyken Alper Cihan hocamız da hem genel müdürdü hem de kurum başkanlığı döneminde de beraber çalıştık. Bununla ilgili çalışmaları, detayları o da biliyor. Fiziksel hareketlilik deyince sadece spor değil, spor dışında aslında belli bir yerden bir yere hareket, egzersiz ve spor olarak da bunun grupları var, detayları anlatacağım.

Bisikletli resmi koyma sebebim de ilerideki slaytlarımda yansıyor.

Mahir Hocam çok güzel söyledi, ben hepsini sayacak olursam obezitenin sonuçları olarak belki size 200-300 tane hastalıklı çıkartabiliriz biraz da zorlayarak ama kabaca diyabet, kardiyovasküler, hipertansiyon gibi birçok hastalığın ana nedenlerinden bir tanesidir. Dünyadaki önlenebilir ölümler içerisinde de en büyük nedenlerden biridir.

Bir tek sıkıntı var: “Afrika” deyince gözümüzün önüne hepimizin açlık geliyor, global bakış açısıyla bu sunuma koydum. Artık öyle değil, Afrika’nın birçok ülkesinde obezite, mesela Gana’da yetişkinlerde obezite oranı yüzde 27, Afrika’da bile bu artmış durumda.

Dünya epidemiyolojisine biraz daha bakarsam, Mahir Hocam 2014 verilerini verdi, ben en son 2016 verilerini vereyim Dünya Sağlık Örgütünün kendi çalışmaları ve verileri, 18 yaş üstü 1,9 milyar insan, 650 milyon tanesi de obez bu kişilerin.

Her yıl 2,8 milyon insan aşırı kilolu veya obez olma sonucu ölmekte, direkt ölüme neden olmakta. Obezitenin şu anda dünya genelinde salgın olduğunu da söyleyebiliriz. Normal, bir kızamık olsaydı “salgın” derdik, şu anda kronik hastalıklar için, bulaşıcı olmayan hastalıklar için de “salgın” ifadesini kullanıyoruz.

Dünya epidemiyolojisine devam edecek olursam bunu özellikle koydum, çocukluk çağı obezitesi asıl Dünya Sağlık Örgütünün veya bizlerin de ülkemizde ilgilenmesi gereken bir nokta. Dünyada 41 milyon okul öncesi çocuk aşırı kilolu. Erken yaşta kanser, kalp hastalığı, diyabetle karşı karşıya. Afrika

bölgesinde bile son yıllardaki artışı size söyleyeyim: 4 milyondan 9 milyona çocuklardaki obezite oranı çıkmış durumda. Yani 21'inci yüzyıl halk sağlığı sorunu içerisinde çocukluk çağı önemli, obezite en önemli sıkıntı.

Bu resimleri de bilerek koydum. Şimdi, burada diğer paydaşlarımız da var, Sağlık Bakanlığı dışındaki diğer paydaşlar, obeziteyle mücadele tek başına olacak herhangi bir bakanlığın gücünde veya yetkisinde değil. Dünyada da bu böyle. Ülke sağlık sistemleri içerisinde de obeziteyle mücadele multisektöriyel olarak planlanmakta ve topyekûn devam etmekte. Sağlıklı yaşamı destekleyen çevreler, toplumlar, kişiler kişilerin sağlık seçimini yapmasına neden olmaktadır. Bu sağlıklı yaşam çevresini sağlayamadığımız sürece obeziteyle mücadeleden bahsedemeyiz. Sadece şu noktayı söyleyeyim: Hepimizin çocukları vardır, ben sağlıklı beslenmeye ve çocuklarımı sağlıklı beslemeye çalışan biriyim. Markete gittiğinizde sağlıklı ürün bulup alabiliyorsanız tebrik ederim, yok. Meyve suları, lütfen gittiğinizde içindeki şeker oranına bakın, yüzde 50'nin altında olan yok, yüzde 51'i bulduğum zaman sevinyorum. 100 gramdaki şeker oranından bahsediyorum, çocuklara içerebileceğiniz meyve suyu. Başka bir şey daha söyleyeyim, yine bu, Dünya Sağlık Örgütü verisi, diğer ülkelerde getirilmiş kısıtlama var Coca-Cola'nın satışına istinaden. Onun içindeki şeker oranı, başka ülkelerde, Kanada gibi ülkelerde 10 gramı aşamaz ama bizde 23 gram; 40 gramı buluyor. Çünkü gerekli kısıtlamalarımız yok.

Burada Türkiye verilerini de koymak istedim. Bu çalışma, Sağlık Bakanlığıyla Dünya Sağlık Örgütü'nün ortak olarak yürüttüğü, aslında 2016 yılında yapılmış ama 2017 yılında yayınlanmış, tüm Türkiye'yi temsil eden, hocamın gösterdiği TURDEP'in benzer sonuçlarını bulmuş ama temsiliyette aynı diyebileceğimiz bir yer, hatta belki bir tık iyi diyeceğim ama İlhan Satman hocama da şey olmasın, onun sonuçları da çok değerliydi, aynı sonuçları bulduk bir şekilde. Türkiye'deki "body mass index"i yüksek olma oranı yüzde 64, 25'ten yüksek olma oranı. Bu ne demektir? Yani her 4 kişiden yaklaşık 3'ü kilolu, fazla kilolu veya obez, bu gerçekten büyük bir oran. 3 kişiden 1'i de obezite yani 30'un üzerinde. Yani Türkiye'de de dünyada olduğu gibi bir obezite salgını var ve çocukluk çağı obezitesine baktığımızda bu gitgide artmakta. Şimdi, bu Komisyonun gerçekten kurulması gerekiyor, Komisyonun da gerçekten çok radikal işler yapması gerekiyor. Hani hakikaten obezenin...

BAŞKAN – Dünyada obez oranının en fazla olduğu ülke Amerika mıdır?

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Şu anda Meksika, Arjantin; bunlar da yarışıyor. Meksika için en büyük sorunlardan biri Sayın Başkanım.

BAŞKAN – Amerika'daki bu obezite durumuyla ilgili bir çalışma yapmak istesek Dünya Sağlık Örgütü bize verilerini size veya oradaki kontaklarınla...

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR –Oradaki verileri alabiliriz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Ben hemen slaytlardan bir tanesini yükleyeyim isterseniz.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR –Güzel bir şey söyleyeyim ama, Amerika'da şu anda azalma eğiliminde, eskiye göre azalma eğiliminde. Amerika bununla baş etmeye başlıyor.

BAŞKAN – Amerika'da obez oranları çok fazla, ameliyat oranları bu tedavide nasıl?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Sayın Vekilim, az önce söylediler, oranlamış onu da nüfusa oranına baktığımız zaman 228 bin ameliyat. 300 milyon ABD nüfusu, 228 bin ameliyat. Obezite sayısına baktığımızda yüzde 40, beden kitle indeksi 30'un üzerinde olan var. Beden kitle indeksi 30'un üstünde olan yüzde 40 nüfustan bahsediyoruz, 120 milyon kişi toplamda baktığınızda, yapılan ameliyat 228 bin toplamda. Oranlandığınız zaman yani ameliyat sayısı az değil ama sağlık erişim olanağı Amerika'da her eyalette aynı değil, o yüzden

eyaletlere göre ciddi farklılık gösteriyor ameliyat oranları da, obezite oranları da. Yani Louisiana’da yüzde 40-50’lerde olan obezite oranı yukarıya, New York civarına geldiğiniz zaman, Kaliforniya’ya gittiğiniz zaman bir anda düşüyor. O yüzden hani eyalet eyalet farklılık arz ediyor.

MUSTAFA KENDİRLİ (Kırşehir) – Dünyada obeziteyle mücadelede en başarılı ülke hangisi?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Yani onu Sağlık Bakanlığı, Alper Bey daha sağlam şey verebilir.

BAŞKAN – Yeni Zelanda herhâlde, sürekli koşuyor. Ben öyle tahmin ediyorum.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Yeni Zelanda, İsviçre...

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Yani çok ilginç Afrika ülkelerinde obezite oranı inanılmaz bir oranda artıyor, Çin, Hindistan yani fakir ülkeler ama artış inanılmaz.

BAŞKAN – Buyurun.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR –Fotoğraflarda da koydum, en büyük artış nedenlerini de sorabilirsiniz diye de. Fast food kullanımı, uygun beslenmeme. Hani hakikaten fiziksel hareketlilik orada devam etse bile. O yüzden biz tek başına insanları fiziksel hareketliliğe itsek, Türkiye’deki herkes yapsa yine çözüm değil doğru beslenmeyi sağlamadığımız sürece.

Amerika örneğini verdiniz; benim ilk gidişimde, bundan on beş, yirmi yıl evvel çok dikkatimi çekmişti, yani ne kadar obez var dedim ama o zamanki oranlarla Türkiye’nin oranları arasında az bir fark vardı, aslında Türkiye’de de çok obez var ama morbit obez hastalar orada o kadar özgürce çıkıp... Yani kendi o elektrikli araçlarıyla evinden çıkıyor. Markete çıkıp alışverişini yapabildiği için sokakta çok görüyoruz. Amerika algısı aslında baştan beri ondan faydalanıyordu, bununla çıkıyordu on beş yirmi yıl evvel. Ama şimdi Türkiye’deki rakama bakarsanız 2,4 milyona yakın bir obez nüfus sokağa çıksa “Ne olduk?” deriz. Maalesef altyapımız ona...

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Obez nüfusumuz 7,5 milyon, morbit obez nüfusumuz 2,4 milyon. Yani 40’ın üstünde 2,4 milyon, 30’un üstünde 7,5 milyon kişi var Türkiye’de.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Evet, morbit obezin sokağa çıktığını düşünün.

Ameliyat oranlarını sordunuz, oraya da tekrar ileride değineceğim, acaba o soruya farkı bir şekilde mi yönelmemiz, bakmamız, başka bir pencereden mi bakmalıyız diye de söyleyeceğim çünkü DSÖ’nün bakış açısında değil.

STEPS verilerine devam ediyorum, Türkiye’yi temsil eden risk faktörlerini anlatıyorum. Bulaşıcı olmayan hastalıklar yani kanser, tansiyon, hipertansiyon, diyabet gibi her 10 kişiden 9’unda en az 1 tane risk faktörü var. Bununla ne demek istiyorum? 45 yaşında, 50 yaşında ölen insanlar olacak, bunun Türkiye’ye, ülkemize olan götürüsünü bir düşünelim. 50 yaşında iş gücü kaybını, ailesine yapacağı yıkımı, emeklilik sistemimize yapacağı yıkımları düşünelim. Yüksek tuzlu diyeti 4 kişiden 3’ünde var. Şu anda Dünya Sağlık Örgütü diyor ki: “Günde en fazla 5 gram tuz yiyebilirsiniz.” Türkiye ortalaması 9’un üstünde. Ki bundan dört beş sene önce tuzla ilgili kısıtlamalar, şu an yemekhanelerde tekrar başladı maalesef, o tuzluğu uzaklaştırıyorduk o zaman 18’di günlük kişi başına tuz tüketim oranı ve ekmeklerde de tuz fazlaydı, Tarım Bakanlığıyla çalışarak düşürdük ama radikal davranmadık. Yani bunu da samimi bir Türk vatandaşı olarak söylüyorum. Daha radikal de davranabilirdik. Düşük meyve

sebze tüketimi aynı şekilde 3 kişiden 1'inde bulunmakta. Yani meyve sebze de tüketmiyoruz, sağlıklı beslenemiyoruz. “Beslenmiyoruz.” demedim ama “Beslenemiyoruz.” Çünkü sağlıklı beslenmeye çalışan biriyim, sağlıklı çevremiz yok.

Obezitenin mali yüküne değinmeden de olmaz Dünya Sağlık Örgütü bakış içerisinde. Şöyle bir şey de var: Obezite değil, ben size bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili yapılmış Türkiye çalışmasını söylüyorum. Bu çalışmayı da yeni bitirdi ve diyor ki: Türkiye’de tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik yaptığımız 1 TL’lik yatırım bize 88 TL olarak geri dönüyor. Fiziksel aktivitenin artırılması için yaptığımız bir park, bir yol, bir bisiklet yolu bize 2,3 kat geri dönüyor ve bunlar sadece tedavi giderleriyle hesapladığımız rakamlar. Bunu kişinin kal’i dal’i, iş gücü kaybı ile erken emekliliği, ölümlerle kaybolacak rakamları da hesaplamadık. Ülke ekonomisine de inanılmaz bir katkısı olacak sadece obeziteyle mücadelenin bile çünkü Mahir Hocanın ve hepimizin bildiği gibi, birçok kronik hastalığı da önleyecek.

Şimdi, mücadele yaklaşımında Dünya Sağlık Örgütünün anlayışı: İlk bana gönderilen mektupta da obezite cerrahisiyle ilgili sorular vardı ve sunum isteniyordu. Daha sonra Sayın Uzmanımız Demet Hanım’la görüştükten sonra “Daha global bir bakış açısı isteniyor.” şeklinde karar aldık. Çünkü obezite cerrahisiyle ilgili, gelmeden önce baktığımda DSÖ’nün anlayışında yok. Niye? Maliyet efektifitesi çok önemli. Hani, ben şu anda 2,4 milyon morbit obez... Ha, o cümleyi de özellikle düzeltmek istiyorum. Ameliyat bekleyen morbit obez... Ya, biz işte orada yanlış yapıyoruz. 2,4 milyon kişiyi ameliyat etmeyi zaten yapamayız, hedefimiz değil; onları bir şekilde, başka şekilde tedavi edeceğiz, ameliyatını falan yapmayacağız. Zaten istesek de buna şimdi başlasak, o kadar altyapımız yok, onu kurmaya çalışsak herhâlde bir iki yüzyıl sonra falan şu ankileri bitirebiliriz. Dolayısıyla, hizmet anlayışını sağlıklı planlamak...

BAŞKAN – Buradan şunu mu anlıyoruz? O 2,4 milyon kişinin ameliyat olması elzem değil demek ki. Yani çok acil bir ameliyat olsa bir şekilde yapılır, demek ki elzem değil o ameliyatlardır.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Yapılamıyor Sayın Vekilim. Efendim, cerrah sayısı yeterli değil. Yani 5 bin cerrahın hepsinin obezite cerrahisi yaptığını düşünsek bile 2,5 milyon sayısını tüketebilme şansımız yok. 5 bin kişinin hepsi ameliyat yapsa, yılda 100 tane yapsa 500 bin yapıyor ama 5 bin kişinin hepsi yapmıyor yani 5 bin kayıtlı cerrahımızın içerisinde 300 kişi ameliyat yapıyor. Bu eğitimleri almış olan 200-300 kişi var. Bu 200-300 kişinin içinde 106 kişi aktif ameliyat yapıyor. Bu 106 kişi yani bizim denetlediğimiz eğitimi olan bu 106 kişinin hepsi biner tane ameliyat yapsa 100 bin ameliyat yapıyor, 18 bin ameliyat var baktığımız zaman. Hani, herkes konuşurken “Bin ameliyat yaptım.” “5 bin ameliyat yaptım.” diyor ya, öyle değil işte, 18 bin ameliyat olduğuna göre herkes o kadar ameliyat yapmıyor demek ki.

İSMAİL TAMER (Kayseri) - Yalnız, şöyle: Değerli Hocam, Mahir Hocam, Değerli Başkanımın ifade etmek istediği şu: Bu acil ameliyat bekleyen şahıs olarak görmemek lazım çünkü obezitenin belli, sadece ameliyat çözüm değil ki, diyetisyeni var, sporu var, farklı şeyi var, ilaç tedavileri var belki. Hepsisiyle birlikte belki tedavi edeceğiz. O açıdan...

BAŞKAN – Yine tabirler, belki tıbbi kelimeler kullanmıyorum ama yine benim dediğim doğru. Bu çok acil bir şey olsa devlet bir şekilde -siz “Hoca yok” diyorsunuz ama- ölüme yaklaşmış birisinin obezite nedeniyle ameliyat olması gerekiyorsa bu konuda herhâlde doktorlar, heyetler bir rapor verir ve o insan ameliyat olur. Demek ki elzem değil.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Yok Sayın Başkanım, öyle bakmak doğru değil bence. Türkiye’de dava sayısı kaç tane yani bekleyen dava sayısı, yıllarca süründükçe?

BAŞKAN – O başka bir şey.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Aynı şeyden bahsediyoruz. Efendim, hekim sayısı, yıllık mezun verdiğimiz...

BAŞKAN – Hayır, hiç aynı şeyden bahsetmiyoruz. O adalet, bu sağlık.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Adaletin olmadığı yerde sağlık da düzgün işlemez.

BAŞKAN – Ama başka bir şeyden bahsediyoruz. Açılmış davaların uzunluğu... Hocam, kusura bakmayın da çok yanlış bir yerden girdiniz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Hayır, şunu örnek veriyorum: Hekim sayısı yıllık...

BAŞKAN – Açılmış dava farklı. Yani burada yanlış yerden...

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Başkanım, devlet bence yapması gerekeni yapıyor.

BAŞKAN – Ben söyledimde aynen devam ediyorum, haklıyım.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Haklısınız, haklısınız.

BAŞKAN – Bu verdiğiniz rakam, elzem ameliyat olması gereken hasta rakamı değil demek ki.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Hayır, şöyle söylüyoruz efendim: Beden kitle indeksi 40'ın üstünde...

BAŞKAN – Acil bir hastaysa bu devlet bir şekilde imkânını sağlar ve onu ameliyat ettirir.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Değerli Hocam, ben bir açıklık getireyim, Değerli Başkanımızla sizin de aynı şekilde hislerinize tercüman olmak istiyorum cerrah olarak.

Şimdi, Değerli Başkanımın dediği şey şu: Şimdi akut karın. Acilen ameliyat yapmamız lazım. Böyle bir olay değil diyor.

BAŞKAN – Ben öyle anlıyorum. Yanlış mı anlıyorum diye düşünüyorum.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Yani “acil” kelimesi yanlış kullanılmış bir kelime olabilir ama beden kitle indeksi 40'ın üstünde olan 2,5 milyon kişi demek morbit obez dediğimiz yandaş hastalıkları nedeniyle kaybedilebilecek hasta grubu demek. Acil, acele...

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Ameliyat olması gereken hasta bekliyor ama acil, akut karın gibi acilen ameliyat değil.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Yani Türkçede yok ama yabancı dilde üç dört tane kelime var bunu açıklayan, “urgency”, “emergency”.

BAŞKAN – Biz aynı dilden konuşuyoruz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Ben bunu şöyle açıklayabilirim.

BAŞKAN – Evet.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Ameliyat edilmesi gerekiyor, ameliyat edilmeye bir “acil endikasyon” denilen var bir de “elektif vaka” denilen vardır. Mesela safra kesesinden girdik ya oradan devam edeyim. Safra kesesi kanala kaymasın diye bazen öyle bir yerde olur ki sizi acil ameliyat edelim derler. İşte o kanala girdiğinde hatlar çok karışır derler. Daha kısa zamanda planlanır, belki aynı gün hemen ameliyata alırlar. Burada bir acil meselesi.

BAŞKAN – Tamam.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ AV. LEYLA VERDA ERSOY – Bir taraftan da derler ki: “Sizin safra kesesi taşınız var, bunu almamız lazım çünkü bu zaman içerisinde şöyle, şöyle şeylere yol açacak. Size üç ay sonrasında biz randevu veriyoruz, üç ay sonra bunu yapalım.” Ama orada da endikasyonu var. Yani yapmak gerekiyor ama derhâl yapmak gerekmiyor. Acilden kasıt, o sırada yapılması hayati fonksiyonlarını önemli ölçüde etkileyecek ya da yaşamını kaybetmesine yol açacak diye tanımlıyoruz, acilden kastımız bu. İkiisi arasındaki fark bu. Yani bekleyen, elektif...

BAŞKAN – Teşekkür ediyorum.

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Şöyle daha güzel oldu: Siz güzel bir şeye değindiniz. Safra kesesinde taşı olan bir hasta geldi acile, karın ağrısı, şiddetli bulantı, kusmayla geldi. Biz cerrah olarak baktık. Ona şunu diyoruz. Eğer bu hastanın kesede patlama riski varsa, delinme riski varsa ve o delinmeden sonra hastanın hayati tehlikesi işte biraz önce söylediğimiz yani cerrah yeteri kadar müdahale etmemesi gereken bir şekilde mahkemeye giderse sorumlu duruma düşebilecek bir hâl varsa onu hastaya izah ederiz. “Bakın, şöyle, şöyle komplikasyonları olabilir. Ben seni acil ameliyat edeceğim ama yarın yara yerinde enfeksiyon çıkabilir, açılabilir, ameliyat fıtığı gelişebilir, insizyonel herni dediğimiz şey olabilir, iltihap olabilir, buna bağlı durumlar olabilir; bunu göze almanız lazım, biz mecbur ameliyata gireceğiz.” deriz. Böyle bir durum yoksa -bakın, aynı hasta- biz acil ameliyat etmek istemeyiz. Üç ay dinlendiririz, soğuturuz -tabiri caizse, cerrahi tabir olarak- oradaki hem ödemi hem iltihabı dağıtıp sonradan elektif vaka olarak hazırlayıp girmemiz daha doğrudur.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Sayın Başkanım, çok önemli bir şey söyledi. Yalnız anladınız söylediklerimi. Ben şunu söyleyecektim aslında: Bu kadar çok sayıda hastanın olduğu bir yerde bariatrik metabolik cerrahi yapan cerrah sayısını çoğaltmadan bu hastalıkla baş etmemiz mümkün değildir.

BAŞKAN – O bir temennidir, haklısınızdır ama...

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Evet, 2,5 milyon kişiyi zaten ameliyat edebilme olanağımız yok. Dünya Sağlık Örgütü sunumunda da benim sunumunda diğer tedavi yöntemlerimiz var. Yani önlemesek 2,5 milyon 25 milyon olacak.

BAŞKAN – Şimdi aynı noktaya geldik Hocam.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – 2,5 milyon 25 milyon olacak Başkanım, önlemesek, önleyici tedbirleri devreye sokmazsak.

BAŞKAN – Tamam, işte onun için obeziteyle mücadelede çalışıyoruz. Bütün bakanlıkları onun için buraya davet ettik. Birlikte bu konuda biz önerilerimizi vereceğiz.

Şunu da özellikle söylemek istiyorum, bürokratlarımız da duysun diye söylüyorum: Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine geçtik, İç Tüzük’te değişiklik yaptık. Dilekçe Komisyonunda kurulan alt komisyonlar kararlarını artık uygulanması üzere Cumhurbaşkanlığı makamına ve bakanlıklara gönderiyoruz. Burada alınacak önerilerin takibi, yetkisi Cumhurbaşkanlığına verilecek ve onu sorgulama yetkisi de bizde olacak. Dolayısıyla artık bu komisyonlardan çıkacak kararlar düne göre yani parlamenter hükümet sistemine göre çok daha etkin olacak. Bunu da kayıtlara geçireyim.

Evet, buyurunuz.

Kusura bakmayın, sona kaldınız ama Genel Kurula da ineceğiz.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Şöyle: Cerrahiyle ilgili de obezite cerrahisi evet, yapılmıyor ama obezite nedeniyle böbreğini kaybediyor. Onun cerrahi ameliyat ediyor zaten. Ameliyat ediyorlar ama hep bir endikasyon...

BAŞKAN – Siz biraz Dünya Sağlık Örgütüyle ilgili konulara eğilirseniz. Tıbbi konuları biz hocadan dinledik.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Olur, tamam Sayın Başkanım.

BAŞKAN – Dünya Sağlık Örgütü dünyada ne yapıyor?

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – “Bu tür hastalıkların oluşuktan sonra yüksek maliyetli ve kişi yaşam kalitesini kısıtlayıcı tedavi yaklaşımları yerine daha ucuz maliyetli ve hasta yaşam süresi ve kalite kısıtlamasına neden olmayacak, başka hastalıkların da oluşmasını önleyecek koruyucu uygulamaların teşvikine gider.

BAŞKAN – Tamam.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Niye buna gider? Yani obezite cerrahisi, obezite mücadele basamaklarından sadece biridir. “Bu uygulamanın da en iyi şekilde uygulanması için tavsiye niteliğinde çalışmalar mevcuttur.” Buraya kadar obeziteyle ilgili mücadelede Sağlık Bakanlığının da zaten bir aksiyon planı var. Dünya Sağlık Örgütünün danışmanlığıyla da yazdığı gerçekten güzel bir aksiyon planı. Demin sizin de deklare ettiğiniz üzere alt komisyonun o aksiyon plan içerisinde en büyük şey multisektöriyel, farklı sektörlerin ortak amaçla çalışması.

BAŞKAN – Tamam.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Bunun için bir üst kurul olması. Belki bu görevi de alt komisyon vasıtasıyla da üst yaptırımları olacaktır. Mesela Tarım Bakanlığının etiketleme. O görevi vermiş ama Sağlık Bakanlığının bunu yaptırma ve denetleme yetkisi olmadığı için belki Komisyonun takibi ülkemiz açısından çok daha faydalı olacaktır.

Obezite cerrahisiyle ilgili sunum olduğu için gelmeden önce DSÖ dokümanlarına baktım, 7 başlık altında, çok kısa 3 slaytla özetledim, dünyada neler yapılıyor ya da dünya örnekleriyle ilgili. Sağlık Bakanlığının örneklerini de verdim. Detaya girmedim, zaten Hocamın anlatacağını tahmin ettiğim için. Doğru endikasyonlarla yapılması sağlanmalıdır. Body mass indeksinin 40 üstü olması ve benzeri gibi. Doğru kişilere yapılması lazım tabii ki.

BAŞKAN – Tamam.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Tamam ama burada bir detay var Sayın Başkanım. Hastaların öncesinde eğitilmesi diye bir şey var: Bazı dünya örnekleri böyle yapıyor. Biz hastayı eğitmiyoruz, biz hastayı bir kampa almıyoruz.

BAŞKAN – Hangi ülkeler böyle yapıyor? Bakın, şimdi, biz sizden, Dünya Sağlık Örgütünden bağlayıcı daha net şeyler bekliyoruz.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Tavsiye niteliğinde.

BAŞKAN – Evet.

Dünya Sağlık Örgütünde hangi ülkelerde...

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Ben size o zaman şunu söyleyeyim: Dünya Sağlık Örgütü...

BAŞKAN – Biz Türkiye örneklerini sizden dinlemek istemiyoruz, önerilerinizi de dinlemek istemiyoruz, memnun oluyoruz bundan ama Dünya Sağlık Örgütü bu konuda ne yapmış, ne yapıyor, nasıl takip ediyor?

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Dünya Sağlık Örgütü cerrahi üzerine çalışmıyor Sayın Bakanım. Esas koruyuculuk üzerine çalışıyor. Bizim birinci amacımız bu. Ben cerrahiyle Türkiye’de 5 bin, 10 bin kişiyi ameliyat edebilirim, 20 bin kişiyi ameliyat edebilirim ya da dünyada. O yüzden Dünya Sağlık Örgütünün bakış açısı bu değil Sayın Başkanım.

BAŞKAN – Biz zaten sizle sadece cerrahiyle ilgili obeziteyi çalışıyoruz.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – O zaman obezitenin önlenmesiyle ilgili eylem planımız bile 149 sayfa. Onunla ilgili etiketleme falan, o belki bir haftayı iki haftayı alacak çalıştay konusu.

BAŞKAN – Size bu yazıyı biz bugün göndermedik ki kaç zaman önce gönderdik.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Sunumu o kadar alacak.

BAŞKAN – Tamam, onu başlıklar hâlinde bize tekrar hazırlar, gönderirsiniz.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – İnşallah daha detaylı bir zamanda çok daha detaylı çalışırız.

BAŞKAN – Evet “Doğru kişilere, üçüncü uygun ekipman ve ekiple bu iş yapılması.” diyorsunuz. Tamam.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Hastaların öncesinde eğitilmesi diyoruz.

BAŞKAN – Tamam, doğru.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Uygun ekipman, ehil ellerde yapılması.

BAŞKAN – Peki, siz Bakanlıkta da çalıştınız daha evvel. Türkiye’deki o vakalarda hastalar önceden eğitiliyor mu?

İSMAİL TAMER (Kayseri) – Yok.

BAŞKAN – Yok. Tamam, devam ediyoruz.

Uygun ekipman ve ekiple...

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Ekiplerin içerisinde birkaç ülkede yine psikolog, diyetisyen, pratisyen hekim, sosyal çalışmacı, hemşire ve bunların sertifika eğitimlerini almış kişiler.

BAŞKAN – Tamam.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Ehil ellerde yapılması. Bu ameliyatı belli bir sayının üzerinde yapanlarda komplikasyon oranları daha düşük. Kayıtların düzenli tutulması.

BAŞKAN – Tamam.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Zaten baştan beri söyledik. Zaten kayıtları düzenli olmazsa belki şu anda bu ameliyatın komplikasyon oranlarını bile veremeyeceğiz.

BAŞKAN – Evet.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Malpraktis uygulama şartları zaten sizin alanınıza girmekte hukuki olarak.

BAŞKAN – Tamam. “Yapıldıktan sonra hastaların takibi.” diyorsunuz.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – En önemli şey. Eğer yaşam tarzı değişikliğine hasta ameliyat öncesi...

BAŞKAN – Türkiye’de var mı takibi?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Var tabii ki.

BAŞKAN – Var. Bu yasal bir mevzuat mıdır yoksa tıbbi etik midir Hocam?

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ TEMSİLCİSİ PROF. DR. MEHMET MAHİR ÖZMEN – Sağlık Bakanlığı düzenlemelerinde de obeziteyle ilgili yapılan bütün çalışmalarda da hastaların ameliyattan sonra belli süre takip edilmesi gerektiği söylenir.

Ben arkadaşımın yaptığı sunuma şiddetle itiraz ediyorum. Obezite cerrahisiyle ilgili Dünya Sağlık Örgütü çalışmıyorsa bir tek kelime bile söylememesi lazım obezite cerrahisiyle ilgili. Çünkü aldığı veriler, kurduğu cümleler doğru değil yani cerrahi açısından baktığımızda.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Bunu özel olarak tartışırız.

BAŞKAN – Şöyle yapalım: Bizim Komisyon çalışmaya başladıktan sonra -yanlış bilmiyorsam ona bakarız tekrar- Sağlık Bakanlığı da bir çalışma yapmaya başladı, hastaların önceden takibi, sonradan takibiyle ilgili bizim çalışmalarımız medyada yer aldıktan sonra, Sağlık Bakanlığı zaten çalışıyordu ama bu konuya da biraz daha dikkatli olmaya başladı.

Şimdi, sizin kendi aranızdaki konu bizi çok ilgilendirmiyor, vakit çok değerli, mesaj da geldi, Genel Kurula inmemiz lazım. Dünya Sağlık Örgütünün obeziteyle mücadelede uyguladığı yol ve yöntemler ve diğer istatistiklerle ilgili bize bir çalışma yapıp gönderirseniz çok memnun oluruz. Oranlar, yol ve yöntemler, iyi örnekler... Bakın, iyi örnekler; bu bizim için çok önemli, dünyadaki iyi örnekler. Hangi ülke obeziteyle mücadelede hangi yol ve yöntemi kullanmış? Bu arada, tabii, ameliyatlarla ilgili konu da muhakkak onun içinde vardır. Ne kadar ameliyat olmuş, ne kadar olmamış? Bu konuda bize daha bilimsel, daha dünyayı kapsayacak bir rapor gönderirseniz memnun oluruz.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Ülke örneklerini size göndereyim efendim.

BAŞKAN – Evet, lütfen.

Çok teşekkür ediyoruz.

Var mı son söyleyeceğiniz bir şey?

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Teşekkür ederiz, sağ olun.

BAŞKAN – Peki, çok teşekkür ediyoruz.

Ben çok faydalı bir toplantı olduğunu düşünüyorum, her birinize ayrı ayrı teşekkür ediyorum.

Alt komisyonların şöyle bir uygulaması var: Biz süreyle sınırlı değiliz yani üç ay içinde bitirip rapora bağlamak durumunda değiliz. Mümkün olduğu kadar bu konuyu, her araştırma komisyonunda yaptığımız gibi, detaylı inceleyeceğiz. Bu anlamda sınırimız yok. Belki ilerleyen zamanlarda yapacağımız toplantılarda sizleri tekrar davet ederiz. Uygun olursanız, katılırsanız da çok memnun oluruz.

Ben şimdi değerli bürokratlarımıza çok kısa olmak şartıyla...

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ HALK SAĞLIĞI UZMANI DR. SABAHATTİN KOCADAĞ – Bir iki cümle söyleyeceğim Sayın Başkanım.

BAŞKAN – Buyurunuz efendim.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ HALK SAĞLIĞI UZMANI DR. SABAHATTİN KOCADAĞ – Bir şeyi vurgulamak istiyorum, Sağlık Bakanlığı 2010 yılından beri Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı'nı güncelleyerek uyguluyor ve en son, şu anda 2019-2023'ü yayınlayacağız. Bir dahaki toplantıya isterseniz getirebilirim. Bir ay içerisinde bunu tekrar yayınlayacağız.

Şunu da belirtiyim: Bu program Başbakanlık genelgesi yani zamanın Başbakanı Recep Tayyip Erdoğan tarafından Başbakanın yayınlanmış bir genelge. Bütün sektörleri bağlar.

Son olarak bir de bu program hazırlanırken zaten üniversitelerimiz -Mahir Hocam bilir-akademisyenlerimiz, oradaki o hocalarımız, STK'lerimiz ve tabii ki Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların önerileri de dikkate alınarak hazırlanıyor. Yani, hani, aslında obeziteyle mücadelede çok da bilinmedik bir şey yok. Burada, bizim Sağlık Bakanlığı olarak en eksikliğini çektiğimiz şey şu: Hani Tufan Bey de bahsetti, obeziteyle mücadele sadece Sağlık Bakanlığının mücadele edeceği bir şey değil kesinlikle.

BAŞKAN – Değil, Spor, Tarım, Aile...

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ HALK SAĞLIĞI UZMANI DR. SABAHATTİN KOCADAĞ – Tüm bakanlıkların bu konuda irade göstermesi ve çevresel şartları hazırlanması gerekiyor. Bunu vurgulamak istedim.

Son olarak da biz Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nı yaptık. Mahir Hocam da Tufan Bey de hani 2010 yılından bahsettiler doğal olarak. Biz de 2017'de bu, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nı yaptık. Muhtemelen bir-bir buçuk ay içerisinde bunun sonuçlarını zaten, makamdan temsiliyeti olursa onlar açıklayacaklar. Ama ben size ön sonucunu söyleyeyim: 19 yaş ve üzerinde 33,5 olduğu, 19 yaş ve üzerinde ama.

Bir de bir şey daha ekleyeyim. Şimdi, aslında morbit obezite 2,5 milyon değil, hani belki orada gözden kaçan bir şey var. Çünkü 2010 yılı istatistiklerinde yüzde 3 olan morbit obezite 19 yaş ve üzeri için. Dolayısıyla, 19 yaş ve üzerini biz kabaca 50 milyon hesaplırsak 1,5 milyon civarındadır. Ama yani 2,5 milyonda, Hocam, bir hata olabilir çünkü o yetişkin için verilen morbit obezite. Dolayısıyla, kabaca 1,5 milyon olduğunu belirtmek istiyorum.

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – Çok teşekkür ediyorum.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Sayın Başkanım, son bir şey söyleyeyim Sabahattin Hocamdan sonra.

BAŞKAN – Buyurun.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TEMSİLCİSİ DOÇ. DR. TUFAN NAYIR – Hakikaten ek eylem planını gördüm, oraya çok katılıyorum.

Şimdi, Dünya Sağlık Örgütüyle beraber yapıldığı için eylem planında şu an dünya örneklerinin hepsi var. Çok da samimice söyleyebilirim, hakikaten hepsi de var. Eylem planımız çok uygun hakikaten. Hani vakit kazanmak adına, Komisyonumuzun da vakit kazanması adına, dünyada şu anda yeni uygulama yok. Hakikaten hepsini zamanında beraber çalışarak DSÖ'yle o eylem planına indirdik.

BAŞKAN – Türkiye dünyaya entegre olmuş bir ülke, dünyadaki iyi örnekleri tabii ki alıyoruz ama burada topyekün bir mücadele olması gerektiğini ve burada krizin büyüdüğünü her gün gündemde tutmamız lazım. Bu anlamda, Tabipler Birliğine, hukukçulara, diğer bütün bakanlıklara, paydaşlara ve tabii ki yasa yapan, halkın temsilcisi olan bizlere görev düşüyor. Biz bu görevi yerine getirmek üzere bu Komisyonu kurduk. Burada sizlerin destekleri bizim için çok önemli, medyanın desteği çok önemli. Kötü örnekleri değil, iyi örnekleri öne çıkarmamız lazım ve yol gösterici olmamız lazım.

Ben tekrar, katkılarınız için her birinize ayrı ayrı teşekkür ediyorum.

Konuşulacak başka bir konu kalmadığı için de toplantımızı kapatıyorum.

Saygılar sunuyorum.

Kapanma Saati: 15.55