



ANKAHED

ANKARA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ (ANKAHED)

SAĞLIK RAPORLARI ÇALIŞTAYI



HEKİM BİRLİĞİ SENDİKASI'NIN KATKILARIYLA

03 MART 2024



www.ankahed.org.tr



ÖNSÖZ

Sağlık raporları, bireylerin sağlık durumunu belirlemek ve çeşitli alanlarda kullanılmak amacıyla talep üzere düzenlenen belgeler olarak, sağlık sistemimizde önemli bir yer tutmaktadır. Bu raporlar, işe girişten ehliyet başvurusuna, spor faaliyetlerine katılmadan eğitim süreçlerine kadar geniş bir alanda gereklidir. Sadece Sağlık Bakanlığı tarafından değil farklı kurum ve kuruluşlarca da çeşitli raporlar istenebilmektedir.

Sağlık raporları bireyin koruyucu, tedavi veya rehabilite edici sağlık hizmetleri arasında yer almamaktadır. Her rapor, raporun içeriği ile ilgili olan uzmanlık dalları veyahut bu konuda eğitim almış sağlık kurulları tarafından değerlendirilerek verilmelidir. Sağlık raporları, bireyin sağlık durumunu belgelemekle kalmayıp hukuki ve sosyal sonuçlar doğurabilecek, detaylı değerlendirme ve tıbbi bilgi gerektiren önemli belgelerdendir. Bu bağlamda, sağlık raporlarının talep üzerine gerçekleştirilen bilirkişi hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi gerektiği açıktır.

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), toplumun genel sağlık hizmetlerini yürütme ve koruyucu sağlık hizmetlerini sağlama konusunda önemli bir rol üstlenmektedir. Sağlık raporlarının ASM'lerde düzenlenmesi, aile hekimlerinin asli görevlerinden uzaklaşmasına da neden olmaktadır. Sağlık raporlarının deyim yerindeyse “sadece imzalanacak basit bir evrak” olarak görülmesi ve aile sağlığı merkezlerinin tıbbi donanımını görmezden gelerek aile hekimleri üzerinden işlemlerin yaptırılmaya çalışılması, aile hekimliğinde gerçekleşen sağlıkta şiddetin önemli sebeplerinden biridir. Bu şiddetin önüne geçmek için en uygun çözüm sağlık raporlarının hukuken de olması gerektiği gibi bilirkişiler tarafından düzenlenmesidir. Mevcut durumda aile hekimlerince bu raporların verilmesi bekleniyorsa gerekli eğitimler tamamlanmalı, hastanelerde olduğu gibi bu hizmet için uygun ücretler belirlenmeli ve hizmeti sunan aile hekimlerine bu ücret verilmelidir. Şu anda aynı sağlık raporu için hastanelerde ücret alınırken, aile sağlığı merkezlerinde ücret alınmaması aile hekimlerine değer verilmediğini gözler önüne sermektedir. Bu çifte uygulamadan bir an önce dönülmeli ve aile hekimleri sadece yetkili ve yetkin olduğu tıbbi işlemlerden sorumlu tutulmalıdır.

Ankara Aile Hekimliği Derneği olarak mevzuat eksiklikleri nedeniyle sahada yaşadığımız sorunlara bir pencere açmak ve mevcut durumda üyelerimize yol göstermek amacıyla “Sağlık Raporları Çalıştayı” düzenledik.

Çalıştayımıza koşulsuz destek veren Hekim Birliği Sendikası Ankara Şubesi’ne; katılım sağlayan ve değerli görüşlerini paylaşan TAHUD Ankara, AHESEN, Birlik ve Dayanışma Sendikası, HEKİMPSEN, TABİPSEN, Ankara Tabip Odası ve kıymetli üyelerimize katkılarından dolayı teşekkür ediyoruz.

Ankara için, Aile hekimliği için mücadeleye her daim devam edeceğiz.

Türkü Yağmur NEHİR

Ankara Aile Hekimliği Derneği

Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlık raporu, kişilerin akıl ve beden sağlıklarının belirli **amacın** gerçekleştirilmesine uygun olup olmadığının, belirli **kriterler** doğrultusunda ve bu konuda **yetkilendirilmiş** hekimler tarafından yapılan muayene sonucunda resmi evrak haline getirilmesidir.

Kişiler kendi istekleriyle herhangi bir amaç için hekimlerden sağlık raporu isteyemezler. Sağlık raporu için belirli bir **amaç** gerekir. Bu amacın belirlenebilmesi için **kanunlar** ile çerçevesi çizilerek tespiti yapılmalı ve yine kanunda yetkilendirilen idare veya bakanlıklar tarafından **yönetmelik ve yönergeler** ile yoruma izin verilmeyecek şekilde teknik ayrıntıları belirlenmelidir.

Sağlık raporu yasa koyucu tarafından kişilerin bir amaca yönelik olarak gerekli sağlık şartlarını taşıyıp, taşımadıklarını yetkili hekimler tarafından kontrol edilerek resmi evrak haline getirilmesidir. Bu nedenle kişilerin kanunlar ile öngörülmeven herhangi bir raporu hekimlerden talep etmeleri mümkün değildir. Raporlar, mevzuata göre ve mevzuatta yetkilendirilmiş hekimlerden alınabilir.

Kişilerin sağlık durumlarıyla ilgili kendilerine sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili sözlü veya yazılı ayrıntılı bilgi alma hakları bulunmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 16 ve 17 kişilerin sağlık kayıtlarını istemesini düzenlemektedir. Kişi sağlık kayıtları ile ilgili tüm bilgi ve belgeleri isteme hakkına sahiptir. Ancak özel amaçlara yönelik sağlık şartlarına sahip olup olmadıklarını belirten ve mevzuatta istenen raporlar bu durumla karıştırılmamalıdır. Bunların talebi için mevzuatın belirlediği şartların yerine getirilmesi gerekir.

Türkiye’de uygulama bütünlüğü bulunmayan bu konuyu kapsayıcı şekilde ele alabilmek amacıyla 03.03.2024 tarihinde “1. Basamakta Sağlık Raporları Çalıştayı” düzenlemiş bulunmaktayız. Çalıştayda, aile hekimlerinden talep edilen tüm raporlar ayrı masalarda ele alınmış, geliştirilmeye açık olan masa nihai görüşleri yazılı şekilde kayda alınmıştır.

ANKAHEP

1. ANKARA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ (ANKAHED) RAPORLAR ÇALIŞTAYI (03.03.2024)

DÜZENLEME KURULU

1. Türkü Yağmur NEHİR
2. Ender ERGÜDER
3. Sezgi Şahin DUYAR
4. Emir Ömer KELEŞ
5. Ceren GÖKÇE ÇINAR

AKLİ MELEKE MUAYENESİ MASASI

Masa Katılımcıları:

1. Setenay Dilara ÖZDEMİR (Aile Hekimliği-Moderatör)
2. Öznur ÖZCAN (Psikiyatri)
3. Hasan DOĞAN (Nöroloji)
4. Elif AKTI (Aile Hekimliği)
5. Neval OĞUZ (Aile Hekimliği)
6. Alpertan AÇAR (Aile Hekimliği)
7. Saniye MADEM (Aile Hekimliği)
8. Hülya HAFIZOĞLU (Aile Hekimliği)

Amaç:

Özellikle noter işlemlerinde kullanılan ve özellikle de 65 yaş üstü hastalardan noter tarafınca talep edilen “Akli Meleke Raporu”nun aile hekimliği polikliniklerinde verilip verilemeyeceğinin değerlendirilmesidir.

Mevcut Durum:

- Aile hekiminin çalışma koşulları masada bulunan diğer branş hekimlerine anlatıldı (ASM fiziki şartları, teknik şartları, aile hekiminin çalışma düzeni ve cetveli, koruyucu hekim olarak sorumlulukları).
- Masada bulunan psikiyatrist ve nörolog hekimlerden çalışma koşulları ve bu raporu nasıl düzenlediği dinlenildi.
 - o Psikiyatrist hekim, kendinden önce bir psikolog tarafından kognitif testlerin uygulandığını ve test sonuçlarıyla hastayı 15 dk kadar kendinin de değerlendirdiğini ifade etti.

○ Nörolog hekim, tüm değerlendirmeyi kendinin yaptığını, test dışı sorular sorarak hastanın oryantasyonunu, soyut düşüncesini ve muhakeme yeteneğini de ölçtüğünü ve neticesinde raporlamaya geçtiğini belirtti.

- Başta psikiyatri anabilim dalı olmak üzere ilgili anabilim dallarının, sağlık raporu almak üzere başvuran kişiyi akli meleke açısından kesitsel değerlendirmesi dahi mümkün değilken, aile hekimlerinin hastayı sık görmelerinin süreç değerlendirdiği anlamına gelmediği için, mevcut çalışma koşullarında akli meleke raporunu vermeleri uygun görülmedi.

- 657 devlet memurluğuna alımlarda istenen sağlık raporunda akli meleke durumunun işi sürekli yapmasına engel olmadığına beyanı “Ruh ve Sinir Hastalıkları” uzmanı tarafından verileceği Kanunun 48. Maddesinde açıkça belirtilmişken, noterden yapılacak işlemlerde istenen akli meleke raporunun aile hekimlerince de verilebileceği, klinik durumun değerlendirmesinde ikili uygulamaya sebep olmaktadır.

- Akli meleke bozukluğu, entelektüel seviyeye bağlı çok çeşitlilik gösterebilen bir klinik durum olup, girişimsel işlemler gibi tecrübeyle hekim farkındalığının ve ayırım gücünün geliştiği bir durumdur. Olası klinik durumun tespitinde, 657 Sayılı Kanununun 48. Maddesine atıfta bulunarak “aile hekiminin yetkili branş olmaması” sonucuna varan adli tıp raporu varken, doğumdan ölüme kadar her yaş grubuna bakan ve asıl var oluş amacı koruyucu hekimlik yapmak olan aile hekimlerinin, bu raporu, fiziken de yetersiz olan ASM’lerde vermesi uygun değildir.

○ Psikiyatrist ve nörolog hekimlerimiz ve hukuki anlamda danışmanlık aldığımız dernek avukatımız, akli meleke raporunu verirken MMSE ile taramamızın yanı sıra soyut algısını ve muhakeme gücünü de ölçebilecek birkaç soru sorarak bunları sisteme detaylı not almamızın, biz aile hekimlerini her türlü yasal sorun karşısında koruyacağını belirtmişlerdir. Zira bu raporda tanı koymamızın istenmediğini, sadece başvuran kişinin ayırım gücünün ve vereceği kararın sonuçlarının sorumluluğunu alabilmesinin hekim açısından yeterli kanaat olduğunu belirttiler.

○ Biz aile hekimleri ise, bu raporda hastalık belirtmesek de bir kanaat bildirdiğimizin ve bu kanaat üzerine yasal işlemler yapıldığının, yapılması önerilen testin herhangi bir ayırım gücünün olmadığını, olası vakalarda hastalık halini atlayabileceğimizi, akli melekeyi ayırt edecek soruları sorma konusunda yeteri kadar klinik tecrübemiz olmadığını ve ileride olası yasal süreçlerde, hakim ya da bilirkişinin inisiyatifine göre şekillenecek bir dosya içerisinde, asıl amacı koruyucu hekimlik sağlamakken, bulunmamızın gerekli ve anlamlı olmadığını ve bu sebeple raporu vermememiz gerektiğini belirttik.

- Mevcut durumda başvuran kişinin;

- Demans tanısı varsa,
- Yaşına bakılmaksızın, herhangi bir psikiyatrik tanısı veya psikiyatrik/nörolojik ilaç kullanım öyküsü bulunuyorsa,

- Hastanın E-nabız verileri kapalıysa

Psikiyatri/Nöroloji/Geriatri bölümlerinden birine sevki yapılmalıdır.

- Türkiye Psikiyatri Derneği'nin de ilgili yazıya istinaden verdiği cevaptan destek olarak;

- Kişinin ne amaçla başvurduğunu ifade eden dilekçe alınmalıdır.
- Bulgular yazılıp ne amaçla raporun düzenlendiği ve raporun aynı gün için geçerli olduğu rapora yazılmalıdır.
- Muayene esnasında muhakeme, soyutlama ve yakın hafıza ölçmesi kesinlikle yapılmalıdır. Yapılan tüm muayeneler ve uygulanan testler not edilmelidir.

Öneriler:

- Bu konuyla ilgili mevzuat olmamasının asıl sorun olduğu ve mevzuat düzenlemesine ihtiyaç olduğu vurgulandı.

- Mevzuat belirlenirken Türkiye Psikiyatri Derneği, Türk Geriatri Derneği, Türk Nöroloji Derneği ve Ankara Aile Hekimliği Derneği ya da Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu düzeyinde bir araya gelinmesinin şart olduğu belirtildi.

- Mevzuat çıkması durumunda dahi ilk şart olarak her aile hekiminin mutlak MHRS ile hasta bakması, muayenenin hastanın okuryazarlığına ve teste uyumuna bağlı olarak en az 30 dk süreceği ve buna uygun muayene sürelerinin belirlenmesi gerektiği belirtilmelidir. Kognitif durumu bozan kan düzeylerini belirlemenin dahi 1 gün sonrasına sonuçlandığı ASM şartlarında bu raporun mevcut durumda verilemeyeceği ve belki kan sonuçlarına ulaşmanın aynı gün içerisinde sonuçlanması şeklinde düzenleme yapılması gerekebileceği belirtilmelidir. Mevcut durumda ya da mevzuat çıkması halinde, kişinin e-nabızında psikiyatrik tanısı ya da psikiyatrik ilaç raporu olan hastanın ilgili bölüme direkt sevkini açılması sağlanmalıdır (bu durum hastanın yaşına göre, ilgili dernekten bilirkişi görüşü alınarak düzenlenebilir.).

- Mevzuat çıkana kadar ya da mevzuat içerisinde dahi, psikologlarla entegre çalışabilmek, uzun zaman alan kognitif değerlendirme açısından çözüm olabilir.

- Tıp eğitimine ve Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimine akli meleke değerlendirme eğitimi pratik ve teorik düzeyde entegre edilmelidir ve süreç bu entegrasyondan sonra tekrar değerlendirilmelidir.



2011

ANKAHEP

2. ANKARA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ (ANKAHED) RAPORLAR ÇALIŞTAYI (03.03.2024)

SPORA KATILIM MUAYENESİ MASASI

Masa Katılımcıları:

1. Nur YAZAR (Aile Hekimliği – Moderatör)
2. Tuğba ACAR DEMİR (Çocuk Cerrahi)
3. Gökhan BÜYÜKLÜOĞLU (Spor Hekimliği)
4. Serpil KAYA ÇELEBİ (Çocuk Kardiyolojisi)
5. Enes SARI (Aile Hekimliği)

Amaç:

Spora katılım muayenesinin kapsamı konusunda dünyada tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Ülkeler kendi koruyucu sağlık hizmetleri ve yeterliliklerini göz önünde bulundurarak birtakım yaklaşımlar benimsese de, ülkemiz için muayene standartlarının belirlenmemesi, net algoritmaların olmaması bu konuda kanaat bildirecek hekimlerde hukuki kaygılara sebebiyet vermektedir. Bu çalıştayda öncelikli amaç; Türkiye için güncel tıp yaklaşımlarına uygun, Spora Katılım Muayenesi standartlarının belirlenebilmesi için konunun muhatabı branşlar olarak görüşlerin bildirilmesidir.

Bu amaç doğrultusunda, Aile Hekimi, Spor Hekimi, Çocuk Kardiyolojisi Uzmanı, Çocuk Cerrahisi Uzmanı masada yer almıştır. Diğer ülkelerin sporcu sağlığına yaklaşımları ve ülkemizdeki uygulamalar incelenerek sorunlar tespit edilmiş ve çözüm önerileri hazırlanmıştır.

Mevcut Durum:

- 1 Aralık 2012 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan “Sporcu Lisans, Tescil, Vize Ve Transfer Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’in 17. Maddesine göre; spor kulüpleri, özel beden eğitimi ve spor tesisleri, il spor merkezleri, eğitim ve öğretim kurumları ile diğer kurum ve kuruluşlarda, yaşam boyu spor, herkes için spor ve diğer spor etkinlikleri kapsamında spor yapan kişilerin, spor kartı alması zorunludur.

- Spor kartı alacak kişiler 18 yaşının altında ise velisinin, 18 yaşının üzerinde ise kendisinin “Sağlık yönünden beden eğitimi ve spor faaliyeti yapmasına engel bir halinin bulunmadığına dair yazılı beyanı” yeterli olmaktadır. Ancak halen bu amaçla spor yapacak kişiler Spora Katılım Muayenesi için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedir. Bu durum sağlık

kuruluşlarına gereksiz başvuru sayısını arttırmakta, iş yükünü arttırmaktadır. Bu konuda resmi bilgilendirmelerin yapılması, kurum ve kuruluşların Sağlık Bakanlığı önerisi, uygulaması olmadan sağlık raporu talep etmelerinin önüne geçilmelidir.

- Yönetmeliğin 7. Maddesi ile kulüp lisansı çıkaracak kişiler ile lisanslı müsabakalara katılacak kişilere “sağlık izin belgesi” alması zorunluluğu getirilmiştir. Bir hekim tarafından spora katılım muayenesi için kanaat bildirilmesi gereken grup bu kişilerdir.

- Her ne kadar ülkelerin muayene ve olur verme yaklaşımlarında görüş birliği olmasa da, her ülke kendi yeterlilikleri doğrultusunda bir algoritma belirlemiş durumdadır. Ülkemizde ise Spora Katılım Muayenesi için yalnızca meslek örgütlerinin görüş yazıları bulunmakta, resmi bir yönetmelik bulunmamaktadır. Bu durum, kanaat bildirecek hekimleri medikolegal konular açısından tedirgin etmektedir.

Öneriler:

- Kişilerin elektronik ortamda doldurdıkları Kişisel Sağlık Bilgi Formu’na ek olarak aşağıda örneği eklenen Sağlık Bilgi Formu’nun, Spora Katılım Muayenesi amacıyla başvuran kişilerden elektronik ortamda doldurmaları ve bunun neticesine göre muayene kaydının başlatılması elzemdir (Bu beyan formunda yer alan sorular Türk Tabipler Birliği’nin “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Spora Katılım Muayenesi Belgesi Hazırlama Rehberi”nde yer alan “Öykü Alma” başlığı altındaki sorular olup, uygun görülmüştür.).

- Birinci basamakta görev yapan hekimler gerek bu anamnez ile tespit ettikleri riskli durumları, gerekse geçmiş sağlık kayıtlarını inceleme neticesinde tespit ettikleri riskli durumlar için kişileri mutlaka üst basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmelidir.

- Sağlık Bilgi Formunun doldurulmasının ardından, fizik muayene ve tetkik aşamaları gelmektedir ki ülkeler arası uygulama farklılıkları burada görülmektedir.

o Amerika; EKG ile tarama yapmayı maliyet etkin görmediği için yalnızca Sağlık Beyan formu ile Sporcu Muayenesi önerirken, Avrupa bu yaklaşımı doğru bulmayıp; EKG’nin de mutlaka taramada rutin olarak kullanılmasını önermektedir. EKO ve eforlu testleri ise hiçbir ülke rutin tarama testi olarak kullanmamaktadır. Dünya ülkelerinde yalnızca anamnez, fizik muayene ve EKG’de patoloji saptanan olguların ileri tetkiklerle değerlendirildiği bir uygulama hakimdir.

- Anamnez – fizik muayene basamakları ve burada riskli tespit edilen olguların üst basamak kuruluşlarda değerlendirilmesi gerektiği konusunda görüş birliği mevcut iken, EKG ile tarama yapılması konusu; maliyet, spor yapan kişilerin EKG’sini yorumlama konusunda branş

hekimlerine düzenli hizmet içi eğitimlerin yapılması gerekliliği, iş yükü, personel yetersizliği gibi birçok faktörle değeriendirilmesi gerekli bir konu olduğundan, bu konuda bakanlıklar arası görüşmelerin yapılarak Türkiye için maliyet etkin yaklaşımın tespit edilmesi ve bu konuda resmi algoritmanın yayınlanması gerekmektedir.

AHESEN ŞERHİ: EKG ile tespit edilemeyen eforla ortaya çıkan durumlar göz ardı edilmemelidir. Spor Hekimi tarafından verilmesi görüşümüz hakim fakat imkanlar dahilinde (spor hekimi sayısı yeterliliği) alternatif çözümler üretilmeli (standart yapılması gereken testler/beyan).



ANKAHEP

SPORA KATILIM MUAYENESİ ÖYKÜ FORMU (FORM-1)

1. Adı-Soyadı:
2. Cinsiyet:
3. Yaş:
4. Sigara kullanıyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐
5. Allerjiniz var mı? Evet ise neye karşı olduğunuzu (polen/toz/arı sokması/penisilin vb.) belirtiniz. Evet ☐ Hayır ☐
6. Takip ettiğiniz özel bir diyet (protein, vejeteryan, vegan, vb.) var mı? Evet ise belirtiniz. Evet ☐ Hayır ☐
7. Düzenli olarak kullandığınız ilaç ya da destek ürünü var mı? Var ise belirtiniz. Evet ☐ Hayır ☐
8. Daha önce spor yaralanması geçirdiniz mi? Geçirdiyse tanıyı (kırık, çıkık, kas yırtılması, menisküs veya bağ yaralanması, vb.) ve tedavinizi (ameliyat, alçı, fizik tedavi, ilaç, istirahat, vb.) belirtiniz. Evet ☐ Tanı: Tedavi: Hayır ☐
9. Kronik (süreğen) bir hastalığınız var mı? Var ise açıklayınız. Evet ☐ Hayır ☐
10. Daha önce ameliyat oldunuz mu? Olduysanız nedenini ve kaç yıl önce olduğunuzu açıklayınız. Evet ☐ Hayır ☐
11. Daha önce hastanede yattınız mı? Yattıysanız hangi nedenle, kaç gün, kaç yıl önce olduğunu açıklayınız. Evet ☐ Hayır ☐
12. Antrenman sırasında veya sonrasında hiç başınız döndü mü? Evet ☐ Hayır ☐
13. Antrenman sırasında veya sonrasında hiç bayıldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐
14. Antrenman sırasında veya sonrasında göğüs ağrınız oldu mu? Evet ☐ Hayır ☐
15. Antrenman sırasında arkadaşlarınızdan daha çabuk yorulur musunuz? Evet ☐ Hayır ☐
16. Yüksek tansiyonunuz olduğu söylendi mi? Evet ☐ Hayır ☐
17. Daha önce bir doktor tarafınızdan kalbinizden farklı bir ses duyulduğu söylendi mi? Evet ☐ Hayır ☐
18. İstirahat halinde iken (dinlenirken) kalbinizin normalden farklı veya hızlı attığını fark ettiniz mi? Evet ☐ Hayır ☐
19. Ailenizde 50 yaşından önce kalp hastalığından (kalp krizi gibi) veya aniden ölen oldu mu? Evet ☐ Hayır ☐
20. Daha önce nöbet (epilepsi/sara nöbeti, vb.) geçirdiniz mi? Evet ☐ Hayır ☐
21. Normal tempoda koşarken veya egzersiz sırasında, göğüs ağrısı veya nefes darlığı nedeniyle antrenmanı bırakmanız gerekti mi? Evet ☐ Hayır ☐
22. İştahsızlık veya kilo alamama yakınmanız var mı? Evet ☐ Hayır ☐
23. Aşağıdaki sorular kadın sporcular için doldurulacaktır* Adet görüyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐ Adetleriniz düzenli mi? Evet ☐ Hayır ☐ Düzenli ise kaç günde bir adet gördüğünüzü ve kaç gün sürdüğünü yazınız: Adetleriniz ağrılı mı? Evet ☐ Hayır ☐ Aşırı veya az adet kanamanız var mı? Evet ☐ Hayır ☐ En yoğun gününüzde günde kaç ped değiştirmeniz gerekir?
Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur ve doğrudur. Eksik/yanlış verdiğim bilgilerden dolayı sağlığım ile ilgili gelişebilecek problemlerin sorumluluğu bana aittir. Başvuru Sahibi veya Yasal Temsilcisinin; Adı Soyadı: İmzası: Tarih:

3. ANKARA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ (ANKAHED) RAPORLAR ÇALIŞTAYI (03.03.2024)

SÜRÜCÜ RAPORLARI MUAYENESİ MASASI

Masa Katılımcıları:

1. Ekrem BAŞARA (Aile Hekimliği – Moderatör)
2. Erhan ŞİMŞEK (Aile Hekimliği)
3. Ejder ŞAHİN (Aile Hekimliği)
4. Işıl ÖZ (Kulak Burun Boğaz Hastalıkları)
5. Sezgi ŞAHİN DUYAR (Göğüs Hastalıkları)
6. Ayşen BAKIRCI (Aile Hekimliği)
7. Mücahit Mustafa KAYA (İç Hastalıkları)
8. Şahin GÜRKAN (Ruh Sağlığı ve Hastalıkları)
9. Hasan DOĞAN (Nöroloji)
10. Damla KARADENİZ (Göğüs Hastalıkları)

Amaç:

Ehliyet almak isteyen hastalardan istenen sürücü olur sağlık raporunun ASM’lerde aile hekimlerince verilir verilemeyeceğinin değerlendirilmesidir.

Mevcut Durum:

- Sürücü Adayları Ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelik’in İkinci Bölüm’ündeki Sağlık Muayenesinde Sürücü Adaylarının Ve Sürücülerin Sahip Olacakları Sağlık Şartları İle Göz, İç Hastalıkları, Kulak-Burun-Boğaz, Ortopedi, Ruh Ve Sinir Hastalıkları Muayenelerine İlişkin Esaslar, Sürücü Adaylarının Ve Sürücülerin Sahip Olmaları Gereken Sağlık Şartlarına Ve Muayenelerine İlişkin Genel Esaslar Madde 4, 2. fıkrada bahsi geçen hastalıkların “olup olmadığı” yönünde değerlendirme yapılır.” ifadesi bulunmaktadır. Bahsi geçen hastalıkların bir kısmının olup olmadığının kati kararının birinci basamakta yapılması mümkün olmayıp, değerlendirmenin nasıl yapılacağı net değildir.

- Beden kitle indeksi 33 üzeri kişilerin uyku laboratuvarı için sevk ve bu sevk sadece Kulak Burun Boğaz Hastalıkları’na yapılması sahada sorun oluşturmaktadır. OSAS açısından riskli sürücülerini belirlemek konusunda yönetmelik güncel bilimsel verilere dayanmamaktadır. VKİ ile motorlu taşıt kazası riski arasında doğrudan ilişki olduğunu gösteren bir çalışma yoktur. Ancak morbid obezite için sınır olan 40kg/m² değeri birçok rehberde özellikle ticari araç kullanacaklar için uyku merkezine gönderilme kriteri olarak belirtilmişti. 33kg/m² değeri için tek başına kriter olarak alınması uygun değildir. Ancak eşlik eden tip 2 diabetes mellitus ya da 2 ilaç kullanımı gerektiren hipertansiyon hastalığı olanlar için kullanılması mantıklı olabilir. Ayrıca VKİ>33kg/m² olan tüm sürücü adaylarına laboratuvar da PSG yapılması ülkemiz uyku merkezleri sayısı dikkate alındığında mümkün değildir.

- Yönetmelikle yol güvenliği açısından riskli sürücü tanımı yapılmamış, bildiriminin nasıl yapılacağı açıklanmamıştır.

Öneriler:

- Sağlık raporlarına ilişkin yönetmeliklerin hazırlanmasında sahanın imkan, alt yapı ve personel özelliklerinin dikkate alınmadığı tespit edilmiştir. Ülkemizin gerçeklerine daha uygun, uygulanabilir yönetmelikler hazırlanması için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere sahada aktif çalışan hekimleri temsil eden STK'ların ve bu konularda çalışmaları olan bilim insanlarının bu süreçlere dahil edilmesi ve algoritmaların bu toplantılar neticesinde çıkarılması gerekmektedir. Yönetmeliklerin uygulanabilir olmaması sağlıkta şiddet olaylarını tetiklemektedir. Bu konuda acil önlem alınması gerekmektedir.

- Bu raporların hazırlanması sağlık hizmetinden ziyade bilirkişilik hizmeti olarak değerlendirilmelidir. Bu hizmet 2. ve 3. basamakta olduğu gibi 1. basamakta da ücretlendirilmelidir.

- Sistemin elektronik olarak eleme yapması, e-nabız kayıtları, sicil kayıtları ve kişi beyanı ile ön eleme ile sağlam kişilerin sağlık raporunu tıpkı e-sicil kaydı gibi otomatik alması sağlanabilir.

- Sistem elemesinde hastalık bulunması ile oluşturulacak algoritma ile ilgili branşlara direkt yönlendirilmesi ya da arada bir rapor merkezi ile özel eğitilmiş kişilerce değerlendirilmesi ve gerekirse ilgili branza yönlendirilmesi sağlanabilir (Örneğin: demans, narkolepsi, epilepsi, SVO, senkop Nörolojiye, anksiyete bozukluğu ve depresyon haricinde, mental retardasyon, psikotik bozukluk, duyu durum bozukluğu, şizofreni Psikiyatriye, diyabet tanısı varlığında İç Hastalıklarına, son 2 ay içinde konulan vertigo tanısına Kulak Burun Boğaz Hastalıklarına otomatik olarak sevk edilmesi ve görme muayenesi için ya 20 metreden plaka okuma testi ile sürücü olur pratik sınavı sırasında ya da göz hekimi tarafından değerlendirmesi gibi).

- Rapor merkezi ile simülatörler ve sürüş performansını değerlendiren bilgisayar tabanlı programları kullanan ve değerlendirebilen resmi merkezler kurulabilir. Elektronik ortam sorgusu ile arada kalınan durumlar burada değerlendirilir ve değerlendirme sonucunda gerekiyorsa sevki yapılmalı yoksa raporu verilebilmelidir.

- Ticari/ticari olmayan sürücü ayrımı yapılmalı ve değerlendirmeye bu şekilde alınmalıdır.

- VKİ 33 ve üzeri olup OSAS açısından değerlendirilmesi gereken hastaları KBB, nöroloji ve göğüs hastalıkları ortak değerlendirebildiğinden, ayrı ayrı uyku laboratuvarında tanımlamada ve sevk kriterlerinde uyku merkezi gibi bir ekran olmalıdır. Riskli sürücüleri belirlemek için gündüz uyku hali STOP-BANG ve Epworth uyku bozukluğu ölçeği ile değerlendirilmelidir ve hastalar değerlendirilerek algoritmada gerekli yere sevk edilmelidir. OSAS açısından değerlendirme yapmadan önce sicil/kaza kayıtları görülmeli, uykululuğa bağlı olabilecek kazalar kayıt altına alınarak kişinin tıbbi kayıtlarına işlenmelidir (fren izi yoksa, kafa kafaya ya da arkadan çarpma, öğleden sonra ya da akşam saatlerinde kaza, tek araç, ölüm ya da yaralanmalı kaza). Şu an ülkemizde uyku laboratuvarlarında randevu listesinde bekleme süreleri 6 ay-1 yıl arasındadır. Laboratuvar sayısı ve uyku merkezlerindeki yatak sayısı azdır. Bu nedenle evde uyku testleri, standartları ve kimlere yapılabileceği belirlenerek kullanılmalıdır.

- OSAS olan hastalarda tedavi etkinliğinin nasıl değerlendirileceği net bir şekilde belirtilmelidir. Bu yolla OSAS'ta takip raporları için uyku uzmanı şartı kaldırılabilir. Örneğin, PAP cihazını düzenli kullanan hastalar son 1 yıllık cihaz kayıtları ile sürücü değerlendirme merkezine ya da ASM'ye başvurabilir. Uyku halinin gerilediğinin ifade eden ve ortalama kullanım süresi > 4 saat ve kullanım oranı > %70 olduğu bu kayıtlarda görülen hastaların ehliyet yenilemeleri direk yapılabilir. Uyku halinin devam ettiği belirlenen (ifadesi ve veya subjektif anketler ile) veya cihaz raporlarına göre etkin cihaz kullanmayan hastaların ehliyetleri askıya alınarak uyku merkezine sevki sağlanabilir. Uyku merkezlerinde çekilen polisomnografi evraklarının sahtecilikte kullanılmasının önüne geçilebilmesi için e-nabız üzerinden erişimi sağlanmalıdır.

- AHI değeri ile uyku hali ile ya da motorlu taşıt kazası riski arasındaki ilişki zayıftır. Bu nedenle kişilerin uyku hali ilk başta subjektif anketler ve kaza öyküsü ile değerlendirilmeli ve Tablo 1'de gösterildiği şekilde uygun merkeze yönlendirilmelidir. Lüzumu halinde objektif testler kullanılmalıdır. AHI > 30/saat yerine AHI ≥ 30/saat kullanılmalıdır.

- Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış uyku tıbbi sertifikasyon programı bulunmamaktadır. Bu sertifikaları uyku tıbbi konusunda çalışan dernekler vermektedir. Bu konuda standartlar Sağlık Bakanlığınca belirlenmeli ve denetlenmelidir.

- Solunumsal hastalıklar ya da kronik solunum yetmezliği hastaları için yönetmelikte bir açıklama yapılmamıştır. Sağlık Bakanlığı yetkilileri, sahada aktif çalışan hekimleri temsil eden STK'lar ve bu konularda çalışmaları olan bilim insanları bu konuda bir araya gelerek bir yönetmelik oluşturmalarıdır. Resmi- ticari araç kullananlar (ambulans, tır, kamyon şoförleri, iş makinesi kullananlar, meslek olarak şoförlük yapanlar) için de ayrıntılı öneriler yapılmalıdır.

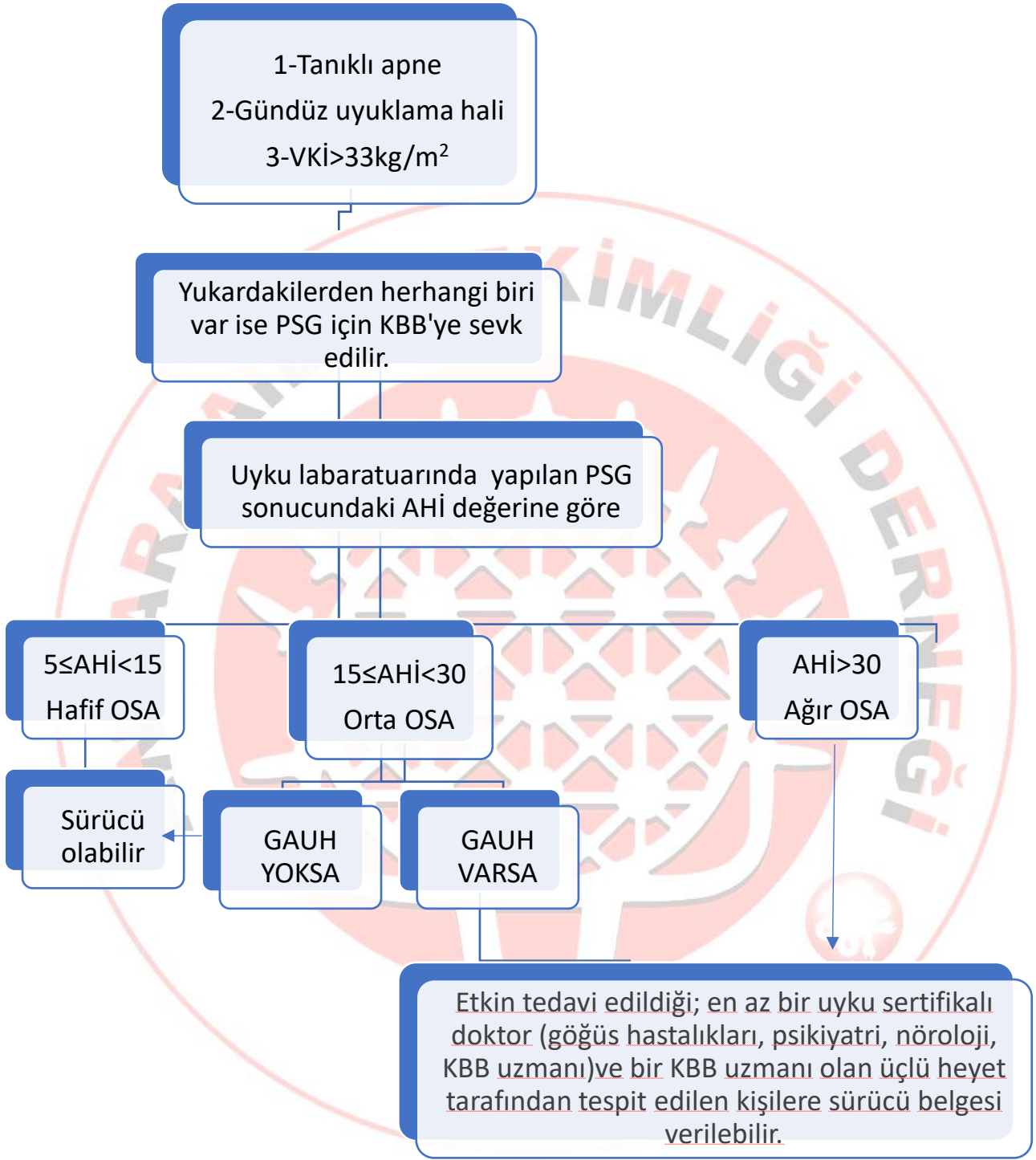
- Fiziksel, ruhsal, mental bakımdan yol güvenliğine zarar verecek kişiler rapor merkezine bildirilmeli. Tekrar değerlendirme olana kadar araç kullanımı engellenmeli. Bildirim evde birlikte yaşadığı kişiler, komşu vb. gibi kişiler, polis ve kolluk kuvvetleri tarafından yapılabilir.

Aşağıdaki şekilde Yönetmeliğin düzenlenmesi ve/veya geliştirilmesi gereken kısımları yıldızla numaralandırılmış ve çalıştay önerileri kısmında sırasıyla açıklanmıştır.

HEKİMSEN ŞERHİ: Önerilerde geçen “bu raporların hazırlanması sağlık hizmetinden ziyade bilirkişilik hizmeti olarak değerlendirilmelidir. İkinci, üçüncü basamakta olduğu gibi ücretlendirilmelidir.” ifadesine şerh olarak “ya da 1. Basamakta olduğu gibi ücretsiz sunulmalıdır. Yoksa aile hekimliği üzerindeki baskı devam edecektir.” ifadesinin eklenmesini talep etmektedir.

AHESEN ŞERHİ: : Görme ve İşitme Test muayeneleri branşında ve standart olmalıdır.

ANKAHEP



Şekil -1

Kısaltmalar: VKİ: vücut kitle indeksi, AHI:apne-hipopne indeksi, PSG:polisomnografi, KBB:kulak burun boğaz, OSA:obstrüktif uyku apnesi

Tablo1

STOP-bang		≥3	3-5	<3	<3
Epworth	>15	+/-	-	-	ikisinden biri pozitif
Son 3 yılda uykululuğa bağlı iş ya da trafik kazası	var	+/-	-	-	
Sevk yeri		Uyku merkezi	Rapor merkezi*	Sürücü olabilir**	Rapor merkezi*

* Rapor merkezinde gündüz uykululuğun olası nedenleri açısından değerlendirilir ve gereğinde dahiliye, nöroloji yada uyku merkezine sevk edilir.

**Elektronik ortamda ya da rapor merkezi/sürücü değerlendirme merkezinden uyku merkezine sevk edilmeden ehliyeti verilir.

1. Assessing fitness to drive – a guide for medical professionals February 2024 www.gov.uk/dvla/fitnesstodrive erişim:02:03:2024
2. Are Medical Fitness To Drive Procedures Fit For Purpose? Pin Flash Report 40 March 2021 European Transport Safety Council (Etsa)
3. Driving eyesight rules <https://www.gov.uk/driving-eyesight-rules> erişim: 21.02.2024
4. George CF, et al. Lancet. 1987;22:447. Findley LJ, et al. Am Rev Respir Dis. 1988;138:337–40. Barbé F, et al. Am J Respir Crit Care Med. 1998;158:18–22 Management of Obstructive Sleep Apnea in Commercial Motor Vehicle Operators:
5. Recommendations of the AASM Sleep and Transportation Safety Awareness Task Force
6. Orth M, Diekmann C, Suchan B, et al. Driving performance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Physiol Pharmacol. 2008;59 Suppl 6:539-547.
7. Skovhus Prior T, Troelsen T, Hilberg O. Driving performance in patients with chronic obstructive lung disease, interstitial lung disease and healthy controls: a crossover intervention study. BMJ Open Respir Res. 2015 Dec 17;2(1)
8. Strohl KP, Brown DB, Collop N, et al. An official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: sleep apnea, sleepiness, and driving risk in noncommercial drivers. An update of a 1994 Statement. Am J Respir Crit Care Med. 2013;187(11):1259-1266. doi:10.1164/rccm.201304-0726ST
9. Sürücü adayları ve sürücülerde aranacak sağlık şartları ile muayenelerine dair yönetmelik (RG-29/12/2015-29577)
10. Gurubhagavatula I, Sullivan S, Meoli A, et al. Management of Obstructive Sleep Apnea in Commercial Motor Vehicle Operators: Recommendations of the AASM Sleep and Transportation Safety Awareness Task Force. J Clin Sleep Med. 2017;13(5):745-758. Published 2017 May 15. doi:10.5664/jcsm.6598

11. Coluk Yet al. Evaluation of sleep apnea prevalence among driving license applicants. DOI: 10.5455/annalsmedres.2020.07.774
12. Terán-Santos J, Egea Santaolalla C, Montserrat JM, et al. Sleep Apnea and Driving. Recommendations for Interpreting Spanish Regulations for Drivers. Apnea del sueño y conducción de vehículos. Recomendaciones para la interpretación del nuevo Reglamento General de Conductores en España. Arch Bronconeumol. 2017;53(6):336-341. doi:10.1016/j.arbres.2016.11.007
13. Schiza SE, Bouloukaki I. Screening for obstructive sleep apnoea in professional drivers. Breathe (Sheff). 2020;16(1):29364. doi:10.1183/20734735.0364-2019
Peker Y. Obstructive sleep apnea and driving risk: The current Turkish 6 legislation, controversies, and future perspectives. Marmara Medical Journal 2016; 29 (Special issue 2): 10-15 DOI: 10.5472/MMJsi.2902.03
14. Bonsignore MR, Randerath W, Schiza S, et al. European Respiratory Society statement on sleep apnoea, sleepiness and driving risk. Eur Respir J. 2021;57(2):2001272. Published 2021 Feb 25. doi:10.1183/13993003.01272-2020
15. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/transportation/driving-and-cycling/roadsafetybc/medical-fitness/medical-prof/med-standards/16-respiratory>



ANKAHEP

4. ANKARA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ (ANKAHED) RAPORLAR ÇALIŞTAYI (03.03.2024) İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İŞE GİRİŞ RAPORLARI MUAYENESİ MASASI

Masa Katılımcıları:

1. Arif. M. ÇALIK (Aile Hekimliği – Moderatör)
2. Canan DEMİR (Göğüs Hastalıkları – İş ve Meslek Hastalıkları)
3. Büşra AYÇİBİN (Aile Hekimliği)
4. İsmail ARSLAN (Aile Hekimliği)
5. Ahmet DİZMANOĞLU (Aile Hekimliği)
6. Ahmet ÖYLÜ (Aile Hekimliği)

Amaç:

İşyeri tarafından talep edilen (işyeri talep etmiyorsa kişi bu talepte bulunamaz) işe giriş raporlarının, mevzuat çerçevesinde aile hekimlerince verilir verilemeyeceğinin değerlendirilmesidir.

Mevcut Durum:

- İşe giriş raporları konusunda aile hekimlerinin görev yetki ve sorumlulukları mevzuat açısından incelenecek olursa;

1. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu amacını düzenleyen “MADDE 1 – (1) Bu Kanunun amacı; işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenleme” ve Kapsam ve istisnalar başlıklı “MADDE 2 – (1) Bu Kanun; kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır. Ancak aşağıda belirtilen faaliyetler ve kişiler hakkında bu Kanun hükümleri uygulanmaz: a) Fabrika, bakım merkezi, dikimevi ve benzeri işyerlerindeki hariç Türk Silahlı Kuvvetleri, genel kolluk kuvvetleri ve Milli İstihbarat Teşkilatı Müsteşarlığının faaliyetleri. b) Afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri. c) Ev hizmetleri. ç) Çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar. d) Hükümlü ve tutuklulara yönelik infaz hizmetleri sırasında, iyileştirme kapsamında yapılan işyurdu, eğitim, güvenlik ve meslek edindirme faaliyetleri.” şeklinde olup kamu ve özel tüm işyerleri istisnalar dışında bu kanun kapsamındadır. 2012 yılında çıkan kanun yürürlük maddeleri ise; “MADDE 38 – (1) Bu

Kanunun; a) (Değişik: 12/7/2013-6495/56 md.) 6 ve 7 nci maddeleri; 1) 4857 sayılı İş Kanununun mülga 81 inci maddesi kapsamında çalışanlar hariç kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için 31/12/2024 tarihinde, 2) 50'den az çalışanı olan tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için 1/1/2014 tarihinde, 3) Diğer işyerleri için yayımı tarihinden itibaren altı ay sonra, b) 9, 31, 33, 34, 35, 36 ve 38 inci maddeleri ile geçici 4, geçici 5, geçici 6, geçici 7 ve geçici 8 inci maddeleri yayımı tarihinde, c) Diğer maddeleri yayımı tarihinden itibaren altı ay sonra, yürürlüğe girer" şeklindedir.

2. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunun İşyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının hak, yetki ve görevlerini düzenleyen "MADDE 8 – (2) (Değişik: 4/4/2015-6645/1 md.) İşverene iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda rehberlik ve danışmanlık yapmak üzere görevlendirilen işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı, görev aldığı işyerinde göreviyle ilgili mevzuat ve teknik gelişmeleri göz önünde bulundurarak iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eksiklik ve aksaklıkları, tedbir ve tavsiyeleri belirler ve işverene yazılı olarak bildirir. Eksiklik ve aksaklıkların düzeltilmesinden, tedbir ve tavsiyelerin yerine getirilmesinden işveren sorumludur." demektedir.

3. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunun Sağlık gözetimi "MADDE 15 – (1) İşveren; a) Çalışanların işyerinde maruz kalacakları sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak sağlık gözetimine tabi tutulmalarını sağlar. b) Aşağıdaki hallerde çalışanların sağlık muayenelerinin yapılmasını sağlamak zorundadır: 1) İşe girişlerinde. 2) İş değişikliğinde. 3) İş kazası, meslek hastalığı veya sağlık nedeniyle tekrarlanan işten uzaklaşmalarından sonra işe dönüşlerinde talep etmeleri hâlinde. 4) İşin devamı süresince, çalışanın ve işin niteliği ile işyerinin tehlike sınıfına göre Bakanlıkça belirlenen düzenli aralıklarla. (2) Tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işlerde çalışacaklar, yapacakları işe uygun olduklarını belirten sağlık raporu olmadan işe başlatılamaz." Kanuna göre işveren; sadece işe girişte değil iş değişikliğinde, meslek hastalığı ve istirahat sonrası ve periyodik aralıklarla sağlık raporu aldırması gerekmektedir.

4. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunun Sağlık gözetimi "MADDE 15 – (3) (Değişik birinci cümle: 10/9/2014-6552/17 md.) Bu Kanun kapsamında alınması gereken sağlık raporları işyeri hekiminden alınır. 50'den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli işyerleri için ise kamu hizmet sunucuları veya aile hekimlerinden de alınabilir. Raporlara itirazlar Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen hakem hastanelere yapılır, verilen kararlar kesindir." hükmü getirilmiştir. Bu kanun kapsamında alınması gereken sağlık raporlarının işyeri hekiminden alınması gerektiği

açık bir şekilde ifade edilmiştir. İlgili maddenin devamı ise kamu hizmet sunucuları veya aile hekimlerinin de işyeri hekimliği yapabilmesinin önünü açmaktadır.

5. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına dair kanunun 12. Maddesinde 02.01.2014 tarihinde yapılan değişiklikle *“kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve yöneticilik görevi bulunmayan tabipler ile aile hekimleri, kurum ve kuruluşlarındaki çalışma saatleri dışında ve kurumlarının izniyle aylık otuz saati geçmemek üzere iş yeri hekimliği yapabilir. Döner sermayeli sağlık kuruluşları ise kurumsal olarak işyeri hekimliği hizmeti verebilir. Tabipler, iş yeri hekimliği eğitimi alma ve işyeri hekimliği belgesine sahip olma şartı aranmaksızın 10’dan az işçi çalıştıran az tehlikeli iş yerlerinin işyeri hekimliği görevini yapabilirler. Bu maddenin uygulamasına ve işyeri hekimliğine ilişkin esaslar sağlık bakanlığınca belirlenir.”* İlgili maddede de görüldüğü üzere 6331 sayılı kanuna paralel olarak mesai saatleri içinde değil mesai saatleri dışında aile hekimlerinin de işyeri hekimliği yapabilme olanağı getirilmiştir.

6. Aile Hekimliği Kanununa bakacak olursak; Aile Hekimliği Kanunu’nun 2. Maddesinde aile hekiminin görev tanımı; **“Aile Hekimi;** *kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.”* şekilde tanımlanmıştır. Bu tanım içerisinde aile hekimlerinin işe giriş raporu verme gibi, iş sağlığı ve güvenliği konusunda bir görevi olduğu tanımlanmamıştır. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinin 4. Maddesinde yer alan aile hekiminin görev yetki ve sorumlulukları arasında iş sağlığı ve güvenliği konusunda bir görev tanımlanmış olmadığı görülmektedir.

7. 5258 sayılı yasa da ; *“(madde 5) ... Aile hekimliği hizmetleri dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından verilir ve bu merkezlerin organizasyonu, kadroları, görevleri ile çalışma usul ve esasları Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca belirlenir.”* Bu maddeye ve kanundaki aile hekimi tanımına ve ilgili yönetmelikteki diğer maddelere istinaden işyeri hekimliğinin aile hekimliği hizmetleri dışında olduğu söylenebilir.

8. 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu *“ Madde 5: İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce düzenlenmesi öngörülen her türlü rapor, sevk evrakı, reçete ve sair belgeler, aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde aile hekimleri tarafından düzenlenir.”* Ve Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 4’ün I. bendinde *“İlgili mevzuatta*

birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.” hükümleri mevcut olup bu hükümlere istinaden işe giriş raporu gibi bir özellikli raporun aile hekimliğinde düzenlenmesi talebi doğru değildir. işe giriş raporlarının düzenlenmesi işyeri hekimliği alanının bir değerlendirme türüdür. işyeri hekimliği ise ülkemizde özel bir eğitim sonrası sınav ve sertifikalandırılan bir eğitim gerektirmektedir. Bu bağlamda işe giriş raporlarının aile hekimliği alanı tarafından düzenlenmesi uygun görülmemektedir. Birinci basamakta kurulan İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı OSGB’ler bu hizmeti  creti mukabilinde vermektedir. İkinci ve üçüncü basamak kamu kurumları ise işyeri hekimi sevki olmadan bu raporu d zenlememekte ve görüş vermemektedir.

9. 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve bu kanuna bağlı çıkarılmış Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği aile hekimlerine işe giriş raporu verme gibi bir görev tanımlamamıştır. Ancak 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununa bağlı  ıkarılan Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinin 26. Maddesinde yer alan çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetleri bölümünün c) maddesinde *“bünyesinde TSM İSG birimi bulunması durumunda iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunmak üzere müdürlükle birlikte planlama ve organizasyon yapmak, bu birimin ihtiyaçlarını ilgili mevzuata uygun olarak temin etmek”* hükmü ile iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin TSM bünyesindeki İSG birimleri tarafından verileceği açık olarak belirtilmiştir. İlimizde bu açıdan kurulmuş Keçiören İlçe Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı bir OSGB mevcuttur. Bu durumda birinci basamakta işe giriş raporu düzenlemesi gereken kamu kurumları toplum sağlığı merkezleri ya da bu merkezlerin bağlandığı ilçe sağlık m d rl kleridir.

10. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği kanunu madde 9’un 2. bendine istinaden *“işyeri tehlike sınıflarının tespitinde, o işyerinde yapılan asıl iş dikkate alınır.”* Bu hüküm gereği kişinin yaptığı/yapacağı iş değil işyerinin tehlike sınıfı (NACE kodunda belirtilen) dikkate alınır.

11. İşe giriş raporları için 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 15. maddesinde belirtilen işçi sayısının tespiti 4857 sayılı İş Kanunun 18. Maddesinde belirtilen *“...İşverenin aynı işkolunda birden fazla işyerinin bulunması halinde, işyerinde çalışan işçi sayısı, bu işyerlerinde çalışan toplam işçi sayısına göre belirlenir”* hükmüne istinaden ve yine 4857 sayılı İş Kanunun 30. maddesinde *“...Aynı il sınırları içinde birden fazla işyeri bulunan işverenin bu kapsamda çalıştırmakla yükümlü olduğu işçi sayısı, toplam işçi sayısına göre hesaplanır. Bu kapsamda çalıştırılacak işçi sayısının tespitinde belirli ve belirsiz süreli iş sözleşmesine göre*

çalıştırılan işçiler esas alınır. Kısmi süreli iş sözleşmesine göre çalışanlar, çalışma süreleri dikkate alınarak tam süreli çalışmaya dönüştürülür...” hükümlerine göre tespit yapılır.

12. Kamuda 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında olmasına rağmen 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu 48. maddesine göre gelen işe giriş raporu talepleri *“Madde 48) 7- 53 üncü madde hükümleri saklı kalmak kaydı ile görevini devamlı yapmasına engel olabilecek akıl hastalığı bulunmamak.”* Hükümüne göre talep edilmekte olup bu raporların kim tarafından verileceği konusunda oluşan tereddütleri gidermek amaçlı Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 81 il valiliğine göndermiş olduğu 29.03.2018 tarih ve 65354907 barkod numaralı görüş yazısı ile açıklık getirmiş olup; *“... 1- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48’inci maddesinde devlet memurluğuna alınacaklarda genel ve özel şartlara ilişkin hüküm kapsamında görevini devamlı yapmasına engel olabilecek akıl hastalığı bulunmaması gerektiğine dair kararın Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzman hekimlerince verilmesi gerekmektedir...”* demek sureti ile görevin kimde olduğu açıkça ortaya konulmuştur.

- İşe giriş raporları konusunda mevzuata göz attıktan sonra, görüldüğü gibi işverenin sadece işe giriş raporu için sağlık muayenesi yaptırması yeterli olmadığı işverenin aynı zamanda işçisinin işyerinde maruz kalacağı sağlık ve güvenlik riskleri için sağlık gözetimi uygulatması gerekmektedir. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 15. Maddesinin 3. Bendinde belirtildiği gibi bu kanun kapsamında alınması gereken raporların işyeri hekiminden alınması gerektiği açık bir şekilde ifade edilmiştir. Bunların yanı sıra işe giriş/periodyk muayene formlarında istenilebilen biyokimyasal analizler, psikolojik testler, radyolojik analizler, SFT analizi, odyometri analizi ve gereğinde toksikolojik analizlerin yapılma olanakları aile sağlığı merkezlerinde çoğu zaman bulunmamaktadır.

- Sağlık Bakanlığı’nın Milli Eğitim Bakanlığı’na yazdığı 23642684 sayılı yazıda bu durumu açıkça belirterek MEB personeline iş sağlığı güvenliği kapsamında alacakları raporları aile hekimlerinden talep etmemeleri gerektiği belirtilmiştir.

- Saha şartları göz önüne alınarak en azından sahadaki arkadaşlarımıza uygun yasal ve idari düzenlemeler yapılncaya kadar bu raporların hazırlanması sırasında; Ekte sunduğumuz ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönergenin ortak hükümler başlıklı 42. Maddesinin 9. bendi son cümlesinde geçen *“işe giriş raporu almak isteyen kişiler 50’den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli işyerlerinde çalışacaklarına dair bir belgeyi başvuru yaptıkları hekime ibraz etmek zorundadır”* ifadesine dayanılarak işyerine ait daha detaylı bilgileri içeren evrakın **işveren** tarafından eksiksiz olarak ibraz edilmesi istenmelidir.

Konuya İlişkin Bilimsel Değerlendirme

İş sağlığı ve güvenliği alanında düzenlenmesi planlanan işe giriş raporlarının amacı bir kişinin sağlık durumu ile yapması planlanan işin uygunluğunun değerlendirilmesidir. Bu bağlamda kişinin tam bir sağlık muayenesinin yapılması, tüm sistemlere yönelik sorgulanmaların tamamlanmasına, detaylı bir tıbbi öykü alınması ve bunlara ek olarak gerekli görülen tüm tıbbi tetkiklerin planlanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi gerekir. Dolayısıyla işe giriş raporu düzenlenecek olan kişinin değerlendirilmesi multisistemik bir bakış ve çoğu zaman çeşitli branşların uzman görüşlerini gerektirebilir. İşe giriş muayenesinin diğer ana bileşeni olan kişinin yapması planlanan işe uygunluğunun değerlendirilebilmesi için işyerinin çalışan sayısı, tehlike sınıfı, iş yerinde mevcut olan risk etmenleri (fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal), en son yapılmış olan risk değerlendirilmesinde belirtilmiş olan hususlar, kişinin yapması planlanan işin yürütüm koşulları gibi iş sağlığı güvenliğine ait temel bilgilere ihtiyaç vardır. Zaten bu nedenledir ki iş sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve yönetiminde özel bir tıp alanı olan iş yeri hekimliği alanı görevlidir. Aile hekimliğinin çalışma koşulları göz önüne alındığında öncelikle bu hizmetin yürütülebilmesi için gerekli olan multidisipliner değerlendirme olanaklarının olmadığı; işyerine ilişkin yukarıda detaylı şekilde belirtilmiş olan bilgilere ulaşma olanağı ise son derece kısıtlı olduğu aşikardır. Sonuç olarak iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin önemli bir bileşeni olan işe giriş raporlarının mevcut koşullar altında aile hekimleri tarafından düzenlenmesi hem çalışanlar hem de işverenler açısından son derece yetersiz ve sıkıntılı sonuçlara neden olabileceği yadsınamaz bir gerçektir.

Öneriler:

Sağlık Bakanlığı ivedilikle;

1. İşe giriş raporlarının daha düzenli verilebilmesi için birinci basamakta kurmuş olduğu OSGB sayısını artırmalı ve bu OSGB'leri teknik olanaklar ve personel kadroları ile tüm ülkeye hizmet verebilir hale getirmelidir.
2. Kamu hizmet sunucularının işe giriş raporlarının düzenlenmesi amacıyla kişileri aile hekimlerine yönlendirmesinin önüne geçilmeli; bu kurumlar bu raporları ya kendileri düzenlemeli ya da kişileri işyeri hekimleri ve/veya OSGB'lere yönlendirmelidir.

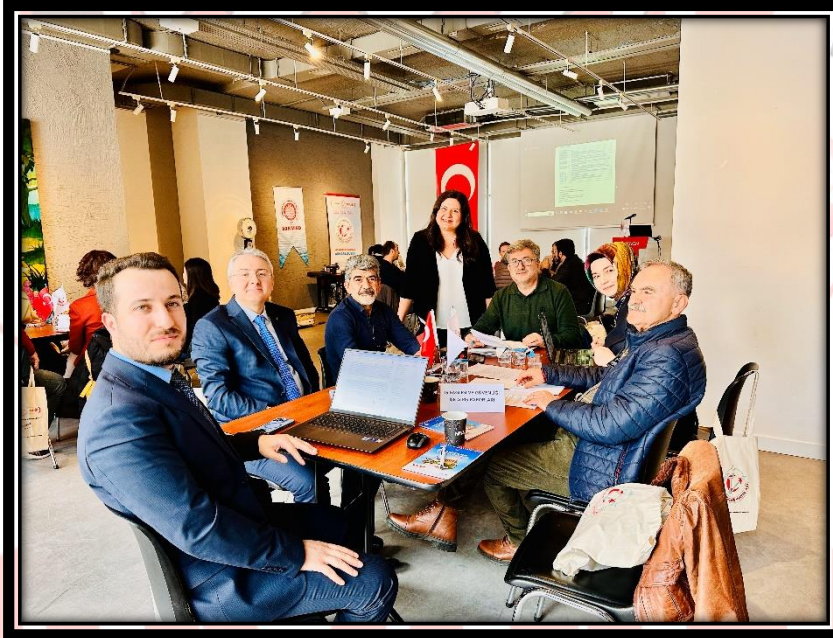
3. Her türlü sağlık raporu taleplerinde aynı formatta hazırlanmış olan Kişisel Sağlık Bilgi Formu kullanılıyor olması önemli bir eksikliktir. Bu bilgi formlarının kişilerin talep ettiği değişik rapor türlerine göre yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

4. İşe giriş raporlarının mevzuatta bulunan İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personeline Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik Ek-2'sinde yer alan formata benzer formatta düzenlenmesi sağlamalıdır.

5. Kişilerin sağlık raporu taleplerinin aile hekimi değişikliğinden sonra 6 (altı) aydan az olmamak üzere makul bir süreden sonra düzenlenmesi sağlanmalıdır.

6. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunundaki 50'den az çalışan ibaresi tamamen kanun metninden çıkarılmalı ya da 5'den az olarak güncellenmelidir.

7. Tüm bu açıklamalar sonrası aile hekimlerinin; **kendi isteği ile ve ücreti mukabili mesai saatleri haricinde** işyeri hekimliği yapmak dışında, iş sağlığı ve güvenliği konusunda herhangi bir görevleri bulunmadığı açıktır. İşe giriş raporları aile hekimliği hizmetleri kapsamında olmadığından birinci basamakta düzenlenmesi ilçe sağlık müdürlükleri altında faaliyet gösteren OSGB'ler tarafından yapılmalı, isteyen aile hekimleri buralarda çalışarak ve mukabilinde ücretlendirilmesi de yapılmalıdır.



5. ANKARA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ (ANKAHED) RAPORLAR ÇALIŞTAYI (03.03.2024) EVLİLİK RAPORLARI MUAYENESİ MASASI

Masa Katılımcıları:

1. Nazlı Akman GÖRGÜN (Aile Hekimliği-Moderatör)
2. Ayşe GÜNDÜZ (Aile Hekimliği)
3. Sinem MERMER (Aile Hekimliği)
4. Murat YILMAZ (Aile Hekimliği)
5. Güle ÇINAR (Enfeksiyon Hastalıkları)
6. Şahin GÜRKAN (Psikiyatri)

Amaç:

Nikah işlemleri sırasında sağlık raporunun gerekli olup olmadığını ve gerekli ise ASM şartlarında aile hekimince verilir verilemeyeceğinin değerlendirilmesidir.

Mevcut Durum:

- Evlilik raporu düzenleme aşamasında çok fazla eksiklik olduğu ve bazı konuların aile hekimini mağduriyete uğrattığı konusunda ortak görüşler mevcuttur. Hiçbir kanunda evlilik rapor tanziminin aile hekiminin sorumluluğunda olduğuna dair bir bilgi bulunmamaktadır.
- Evlilik raporu düzenlenmeli mi yoksa beyan yeterli mi konusu tartışmaya sunuldu. Kişi beyanı yeterli kabul edilerek rapora gerek olmadığı yönünde görüşler olsa da kişinin akli melekesi yerinde değilse ya da psikiyatrik açıdan yeterliliği yoksa verdiği beyanın doğruluğu tartışmaya mahal vereceği için psikiyatrik açıdan rapor zorunluluğu kabul edildi.
- Rapor düzenleme aşamasında neler iyileştirilebilir, neler eklenebilir konularının sonuçları aşağıda madde halinde eklenmiştir.

Öneriler:

1. Rapor düzenlenmesi aşamasının ilk adımının belediyeden sevkle başlaması ve diğer e-raporlar gibi beyan formu doldurularak yönlendirilmesi gerektiğine oy birliği ile karar verildi.
2. Gerçek olmayan kimlik numaralarıyla başvuruların engellenebilmesi için, evlilik raporlarının e-rapor sistemine entegre edilmesi gerekliliğine karar verildi. Bu entegrasyon, sisteme eş adayı olarak girilen kişinin kimlik numarasının aile hekimi tarafından girilme zorunluluğunu ortadan kaldıracaktır.

3. Beyan formu detaylı hale getirilerek bulaşıcı hastalıklarla ilgili soruların forma eklenmesi ve sorumluluğun kişilere verilmesi sağlanmalıdır. Bu form; dolduran kişiyi yasal olarak bağlamalı, aile hekimini bağlamamalıdır. Kişi bulaşıcı hastalık açısından pozitif saptandığında karşı tarafa iletme yükümlülüğü kişiye bırakılmalıdır. Böylelikle o an kişide mevcut olan evlenmeye engel hastalıklar için aile hekimine sorumluluk yüklenmemelidir. Bulaşıcı hastalık bilgilendirilmesinin eş adayına yapılması noktasında yasal düzenleme yapılmalıdır.

4. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda yer alan hastalıklar ve evliliğe engel durumları güncel tıbbi ve hukuki gerçeklere uygun bir şekilde güncellenmelidir.

5. Eğitimin iki kişiye aynı anda verilmesi gerekliliği olduğundan evlilik raporu hizmeti eskiden olduğu gibi İSM bünyesindeki rapor merkezinde verilmelidir. Aile hekimleri bu anlamda birey hekimidir, iki kişi başvuruda bulunmadığı için eğitim tam anlamıyla verilememektedir.

6. Mevcut sistem böyle devam edecek ise de Ankara ilinde evlenmeye engel bulaşıcı hastalıklara bakılmadığı ve evliliğe engel tıbbi durumların saptanmasının zorluklarından dolayı e-rapor formatında sevk sistemi sağlanarak kişinin enfeksiyon ve şüpheli hallerde psikiyatri ya da enfeksiyon hastalıkları gibi ilgili bölümlere sevkı sağlanmalı ve nihai rapor sevk edilen bölüm tarafından verilmelidir.



7. ANKARA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ (ANKAHED) RAPORLAR ÇALIŞTAYI (03.03.2024) TEK HEKİM SAĞLIK RAPORU MUAYENESİ MASASI

Masa Katılımcıları:

1. Ahmet Sefa EYLEVLER (Aile Hekimliği – Moderatör)
2. Gültekin MERİÇ (Aile Hekimliği)
3. Ebru UĞRAŞ TİRYAKİ (Aile Hekimliği)
4. Fatma AKDUR (Anestezi)
5. Zühal ALBAYRAK (Aile Hekimliği)
6. Buket YANIK (Aile Hekimliği)

Amaç:

Tek hekim sağlık raporları ile ilgili olarak hali hazırdaki işleyişi değerlendirmek, bu işleyişin sonuçlarını ortaya koymak ve bu bilgiler ışığında yapılması gereken düzenlemeleri belirlemektir.

Tanım olarak baktığımızda sağlık raporu, kişinin beden ve aklen sağlığının belirli bir iş, görev veya amacı gerçekleştirmeye uygun olup olmadığına dair, belirli kriterler doğrultusunda yetkili bir hekimin yaptığı muayene ve isteyebileceği tetkik ve görüntüleme yöntemleri sonucunda oluşturduğu ve onayladığı belgedir.

Bu bilgiler ışığında sağlık raporu olarak düzenlenecek bir belgenin öncelikle hangi amaca yönelik olduğunun, daha sonra bu amaca yönelik hangi muayene tetkik ve görüntüleme yöntemlerinin kullanılması gerektiğinin, hangi branş ya da branşların bu konuda yetkin olduğunun belirlenmesi ve tüm bunlarla ilgili boşluk kalmayacak şekilde yasa ve mevzuat düzenlemelerinin yapılması gerektiği söylenebilir.

Mevcut Durum:

- Tek hekim raporları e-rapor olarak ya da aile hekimliği bilgi sistemlerinden yazılı olarak verilebilmektedir. E-rapor olarak 3 formatla sınırlandırılmış ve sağlık bakanlığı rapor mevzuatına göre ek ibare eklenemez denilse de sahadaki uygulamada; spor yapabilir, gemi adamı olabilir, inşaatta çalışabilir, forklift kullanabilir gibi mevzuatı ya da kriterleri dahi olmayan 400'ün üzerinde rapor istenmektedir. Bu durum maalesef hem aile hekimliğinin üzerinde gereksiz iş yükü oluşturmakta hem de hasta-hekim arasında hakarete hatta şiddete neden olan tartışmalara yol açmaktadır.

- Raporları isteyen kişi ve kurumlarla ilgili olarak da sahada ciddi bir denetleme açığı olduğu göze çarpmaktadır. Pek çok başvuran, istenen belgenin dosyada duran, kimsenin bakmadığı bir belge olduğunu dile getirmiştir. Bu da yapılan işin değersizleşmesine, hekimlik mesleğinin küçük düşürölmesine neden olmaktadır. Ayrıca bu durum zaten OECD ölkeleri içerisinde kişi başına düşen hekim sayısı son sıralarda olan ölkemizin nitelikli insan gücünün israf edilmesi anlamına gelmektedir.

- Raporlarda kimlik tespiti de sorun teşkil edebilmektedir. Özellikle yeni kayıt almış ve ilk defa gelen kişinin, kimliğini sunsa dahi beyan ettiğı kişi olup olmadığını tespit etmek mümkün olmamaktadır.

- Başvuranın e-nabız bilgilerinin gizli olması da raporlarla ilgili olarak sorun teşkil etmektedir. Az da olsa bazı kişiler ısrarla geçmiş sağık kayıtlarını paylaşmayı reddetmektedir. Bu durum bir bilirkişilik hizmeti olan rapor konusunda doğıru karar verilmesinin önünde engel teşkil etmektedir.

- Sağık raporlarında sıkıntı yaşanan bir diğıer konu da istirahat raporlarıdır. Bazı kişi ve kurumlarca idari olarak çözölmesi gereken konular istirahat raporu düzenlenmesi talebiyle aile hekimlerine yönlendirilmektedir. Bu durum tartışma ve sağııkta şiddetin önünü açmaktadır.

Öneriler:

1. Sağık Bakanlığı raporlar konusunda esas kurum olmalı, diğıer kişi ya da kurumların keyfi olarak sağık kurumlarından rapor istemesinin önüne geçilmeli, istenecek tüm raporlarla ilgili açık ve net algoritmaların belirlenmesini sağılanmalıdır. Belirlenenler dışında başkaca hiçbir rapor ya da belgenin istenemeyeceğı kamu spotları ve eğitimlerle duyurulmalıdır.

2. Tüm raporlar ASAL raporlarındaki gibi kişilerin yeni çekilmiş fotoğrafları ile başvurdukları ortak bir sistemden e-rapor olarak, başvurana, hekime ya da kurumlara göre farklılıklar göstermeyecek şekilde standardize edilerek verilmelidir.

3. Hekim muayenesi gerekmeyen tüm durumlar için kişilerin kendi sağık durumlarını resmi bir uygulama üzerinden sisteme girdiğı standart bir beyana dayalı sağık bilgi formu uygulamasına acilen geçilmelidir.

4. Uygulamada olan tüm raporlar ile ilgili olarak gerek hekimler gerekse raporı isteyen ve rapor istenen ilgili birimlerdeki kişilere, algoritma ve işleyiş ile ilgili eğitimler verilmelidir.

5. Rapor için başvuran kişilerin e-nabız bilgileri otomatik olarak hekimler tarafından görölmalıdır.

6. Raporlar ile ilgili tüm durumlarda danışma yapılabilecek ve olası usulsüzlük taleplerinin bildirilebileceği Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir birim ve sabit hat kurulmalıdır.

7. Sağlık raporları bilirkişilik hizmeti kapsamındadır ve 2. ve 3. basamakta olduğu gibi 1. basamakta da ücretli ve randevulu şekilde düzenlenmelidir.

Sonuç olarak iyi planlanmamış ve algoritması olmayan her rapor birinci basamakta kaos oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum da hem sağlık hizmetinin aksamasına ve sağlıkta hizmet kalitesinin düşmesine hem de hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının sözel ya da fiziksel şiddete uğramasına ve mesleklerinden soğumasına neden olmaktadır. Ayrıca muğlaklık nedeniyle her ilde, her ilçede, hatta her birimde farklı uygulamalar olmakta bundan dolayı hem hastalar hem de hekimler mağduriyet yaşamaktadır. Bir ülkedeki sağlık sisteminin doğru çalışabilmesi ve sürdürülebilir olması için öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğru planlanması ve organize edilmesi gerekmektedir. Hizmet alanın da, hizmeti sunanın da dengeli bir şekilde memnun olduğu bir sağlık sistemi kurgulanmalı ve bu konuda planlama yaparken sahadaki ilgili STK'ların ve sağlık profesyonellerinin görüşleri doğrultusunda hareket edilmelidir.

HEKİMSEN ŞERHİ: Bütün raporlandırmalarda hasta hakkında her bilgiye ihtiyaç duyan aile hekimi E-Nabız ve SGK bilgilenme hususunda engellerle karşılaşmaktadır. Bu konuda yasal düzenleme gerekir.

AHESEN ŞERHİ:

1. “- Başvuranın e-nabız bilgilerinin gizli olması da raporlarla ilgili olarak sorun teşkil etmektedir. Az da olsa bazı kişiler ısrarla geçmiş sağlık kayıtlarını paylaşmayı reddetmektedir. Bu durum bir bilirkişilik hizmeti olan rapor konusunda doğru karar verilmesinin önünde engel teşkil etmektedir.” Tıbbi kayıtları saklanan durumlarda(acil haller harici) sağlık durumunun değerlendirmeye alınması zaten söz konusu olamayacaktır.

ANKAHEP



ANKAHEP

7. ANKARA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ (ANKAHED) RAPORLAR ÇALIŞTAYI (03.03.2024)

YİVSİZ AV TÜFEĞİ SAĞLIK RAPORU MUAYENESİ MASASI

Masa Katılımcıları:

1. Mehmet Fatih FİŞENK (Aile Hekimliği-Moderatör)
2. Şahin GÜRKAN (Ruh Sağlığı ve Hastalıkları)
3. Ayça ABADAY (Kulak Burun Boğaz Hastalıkları)
4. Furkan DURAN (Anestezi ve Reanimasyon)
5. İlker ATALAY (Aile Hekimliği)
6. Ümit Yaşar ÖZTOPRAK (Aile Hekimliği)

Amaç:

Yivsiz av tüfeği edinmek isteyen kişilerin alması gereken sağlık raporunun ASM'lerde aile hekimince verilip verilemeyeceğinin değerlendirilmesidir.

Mevcut Durum:

Ülkemizde her yıl 2000 den fazla ateşli silah yaralanmasına bağlı ölüm, 3000 den fazla yaralanma olduğu tahmin edilmektedir. 2014-2017 yılları arasındaki verilere göre, taşıma bulundurma ruhsatı için yivsiz silah raporu alan kişilerin sayısı yaklaşık olarak **337.000**, yivsiz av tüfeği ruhsatı için alınan sağlık raporu sayısı ise **550.000** olarak kayıtlara geçmiştir.

2000-2019 yılları arasında yapılan başka bir çalışmada, ölümle sonuçlanan 14.572 intihar vakasının %25'nin ateşli silah kaynaklı olduğu görülmüştür. Ateşli silaha sahip olan bir erkeğin, silah sahibi olmayan bir erkeğe göre intihar etme oranı 6 kat fazla iken kadınlarda bu oran 35 kat daha fazladır.

Son zamanlarda artan bireysel silahlanma artışı ve toplumsal şiddet olayları göz önünde bulundurulduğunda, ateşli silahlarla işlenen ve ölümle sonuçlanan olayların %50'sinin yivsiz av tüfeği ile işlenmiş olması, konunun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (**2001-2006 Konya Adli Tıp Raporu, 2012-2015 Erzurum Adli Tıp Raporu**).

Öneriler:

1. Yivsiz av tüfeği ruhsatı için düzenlenen sağlık raporlarının tek hekim raporu olarak değil; silah raporlarında olduğu gibi bir kurul tarafından veya kurulacak rapor birimlerince

(örneğin, ilçe sağlık müdürlükleri bünyesinde oluşturulacak kurullar gibi) ücreti karşılığında düzenlenmesi tek ve nihai hedef olarak belirlenmelidir.

2. Mevcut yönetmeliğe göre kişiye birinci basamakta yivsiz av tüfeği sağlık raporu verilecek olması durumunda ise, kişiden değerlendirmeye katkı sağlayacak birtakım belgeler (ayrıntılı adli sicil kaydı ve askerlik belgesi vb) istenmelidir.

3. Psikiyatrik açıdan kişinin herhangi bir psikiyatrik tanısı (demans, kişilik bozukluğu, şizofreni, madde kullanımı vb) veya devam eden psikiyatrik bir tedavisi mevcut ise kişinin psikiyatri polikliniğine sevk edilmesi gerekmektedir. Benzer şekilde sevki gerektirecek başka bir muayene bulgusu varsa kişi ilgili branşa sevk edilmelidir.

4. Durum bildirir tek hekim raporunda “kişinin psikolojik, nörolojik ve fiziki rahatsızlıklar bakımından yivsiz silah kullanımında sakınca olmadığı” kanaatini açıkça belirtilmesi istenmektedir. Bu kanaati sevk edilen diğer branş hekimlerinin tek başına getiremeyecek olması nedeniyle, kişinin olası branş sevki durumunda, sadece kendi branşı açısından kanaat belirtilecek şekilde e-raporun revize edilmesi ya da ilgili branş sevkine ek olarak ibarede yer alan eksik branşların da sevke eklenmesi gerekmektedir.

5. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanı kanaatine göre, birinci basamakta yapılacak işitme muayenelerinde, tüm hastalar için fısıltı testi yapılması (2.5 m den dudak okumayı engelleyecek şekilde ağız kapatılarak fısıltı şeklinde konuşulup hastadan tekrarının istenmesi), 65 yaş üzeri kişilerin rutin olarak işitme muayenesi ve işitme testi açısından doğrudan KBB Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirilmesi gerekmektedir.

6. Ruhsat geçerlilik sürelerinin 5 yıldan 2 yıla indirilmesi sürücü olur raporlarında olduğu gibi yivsiz av tüfeği ruhsatlarının da bir kurs ve yeterlilik sınavı sonucuna göre verilmesi yerinde olacaktır.

7. Mevcut haliyle sınırsız tüfek sahibi olabilme hakkının, silah ruhsatında olduğu gibi azami üç adet ile kısıtlı tutulması gerekmektedir.

8. Ruhsatlandırma sonrası süreçte oluşabilecek, silah kullanımına engel herhangi bir hastalık durumunun tespit edilebilmesi için çalışma yapılması gerekmektedir.

9. Sadece tüfek ruhsatı sahibi tarafından değil, varsa diğer aile bireyleri tarafından da gerçekleştirilebilecek olası suç işleme, intihar ve kazalara karşı, tüfek sahibi kişinin gerekli sorumluluk ve bilinçte olmasının sağlanması, tüfek muhafazasında yeterli tedbirleri alması için ilgili ceza ve yaptırımların daha caydırıcı olması gerekmektedir.

Durum Bildirir Raporları

SEVK KARARI

☒ İleri tetkik için üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygundur.

Hastanın ileri tetkik işlemleri için sevk edileceği klinikleri seçiniz.

***3 KLİNİK ÜZERİ SEÇİMLER KURUL BAŞVURUSU NİTELİĞİNDEDİR. HASTANIN KURULA BAŞVURMASI GEREKMEKTEDİR!**

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

☐ GENEL CERRAHİ

☐ GÖZ HASTALIKLARI

☐ İÇ HASTALIKLARI

☐ KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI

☐ NÖROLOJİ

☐ ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

DIŞI CERRAHİ İÇİ VE HASTA İZİ ADI:

☐ Psikolojik, nörolojik veya fiziki rahatsızlıklar bakımından yivsiz silah kullanmasında sakınca bulunmadığını bildirir hekim kanaat raporudur.

☐ Psikolojik, nörolojik veya fiziki rahatsızlıklar bakımından yivsiz silah kullanmasında sakınca bulunduğunu bildirir hekim kanaat raporudur.



ANKAHEP

8. ANKARA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ (ANKAHED) RAPORLAR ÇALIŞTAYI (03.03.2024)

ASAL SAĞLIK RAPORU MUAYENESİ MASASI

Masa Katılımcıları:

1. Murat ÇEVİK (Aile Hekimliği – Moderatör)
2. Sezen SEYREK (Aile Hekimliği)
3. Mücahit Mustafa KAYA (Aile Hekimliği)
4. Ender ERGÜDER (Genel cerrahi)

Amaç:

Aile sağlığı merkezlerinde askerlik öncesi gerekli olan sağlık raporunun verilip verilemeyeceğinin değerlendirilmesidir.

Mevcut Durum:

Çalıştay kapsamında ASAL sağlık raporuyla ilgili değerlendirme yapılmıştır. Genel olarak asker alma yönetmeliğinin yeterli ve iş kolaylaştırıcı yönü tespit edilmiş olsa da, aile hekimlerinin günlük işleyişinin iyileştirilmesi adına birtakım öneriler belirlenmiştir.

Öneriler:

1. Sağlık kayıt taramasında herhangi bir bulgu tespit edilemeyen, aynı zamanda beyan edilmeyen veya türlü sebeplerle gizlenen sağlık durumları askerlik ve seferberlik sürecinde birtakım problemlere yol açabileceğinden (Ani kardiyak ölüm, hipoglisemik koma vb.), muayene sırasında tespit edilemeyecek durumların yaratacağı sorumluluk hekimler üzerinden alınmalıdır. Başvuru sahibinin bu durumlar ile ilgili onaylı, imzalı sağlık beyan belgesi oluşturulmalı ve ASAL muayenesi öncesi hekimin bilgi sistemine entegre edilmelidir.
2. Olası sevk durumlarında Türk Silahlı Kuvvetleri Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Yeteneği Yönetmeliği'nce belirlenmiş kodların ICD kodları ile uyumlu olmaması
3. İşleyişi yavaşlatan ve yanlış tanı girilmesine yol açan bir durum olup, konu olan yönetmelikle sabit olan tanıların ICD kodları ile uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir (Örneğin; “E16.7 Hipoglisemi” ICD kodu ile uyumlu ilgili ASAL sisteminde karşılığının olmaması, cilde uygulanan dövme (tatuaj) bir hastalık olmadığı için ICD kodu yoktur ancak; ASAL kılavuzuna göre “A29F1” koduyla bildirilmesi gerekmesi gibi).
4. ASAL sisteminde kayıt oluşturmak için aile hekimlerinden beklenen muayene bulguları, birinci basamakta uygulanabilir işlemlerle sınırlandırılmalıdır. ASAL işlemlerinde mecburi girilmesi istenilen verilerin (boy, kilo, kan grubu, vücut sıcaklığı ve tansiyon vb.) yanında standart yapılan harici muayene ve birinci basamakta mutlak yapılması gereken test ve tetkikler var ise bu Türk Silahlı Kuvvetleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından standardize edilmeli ve bu tüm birinci basamak hekimleri tarafından aynı şekilde uygulanmalıdır. Standardize edilmiş tetkik ve muayene bulguları dışındaki oluşabilecek sağlık sorunları hekimin sorumluluğunda olmamalıdır.
5. Birinci basamakta değerlendirilmesi yapılamayacak sağlık sorunlarının tespiti için ileri sağlık tesislerine sevk etme süreçlerinin kolay ve vakit almayacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.
6. Mevcut yürürlükte olan yönetmelikler çerçevesinde sürdürülen durumla ilgili yukarıdaki tespit ve önerilerimiz dışında askere alma ve askeri personelle ilgili tüm işlemlerin askeri hastaneler ve askeri sağlık tesislerinde yürütülmeli, yapılacak bu düzenleme sonrası ASAL işlemleri standardize edilmiş ve hata ihtimali en aza indirilmiş olacaktır.

7.





Gelin Birlik Olalım



www.hekimbirlikksen.org