

# Hekim, Hastası, Meslektaşları: Sevk ve Konsültasyon\*

PHYSICIAN, PATIENT, COLLEAGUES: REFERRAL AND CONSULTATION

Halûk Çağlayaner

## Özet

Hekim kimliğini oluşturan etmenleri tanımlamak hekimin hastası ve meslektaşları ile ilişkilerinin nesnel bir gözle değerlendirilmesinde ve uyulması gereken temel kuralların belirlenmesinde ilk adım olabilir. Konsültasyon ve sevk, -en az- iki hekimin bir üçüncü kişiyi, hastayı değerlendirdikleri bir ilişki ve iletişim sürecidir. Yazı, hekimin kimliğini, hekime yöneltilen eleştirileri, hekim kimliğinin hekimlik dışı öğelerini, hekimin kendine karşı sorumluluklarını, aile hekimliğinde sevk ve konsültasyonu incelemekte, "Türkiye'de hekime nasıl gidilir? Hastalarımıza yardımcı olmak için ne yapmalı/nelerden kaçınmalıyız?" sorularına cevap aramaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Konsültasyon, sevk, hasta-hekim ilişkisi, hekim-hekim ilişkisi

## Summary

Defining the factors affecting the identity of a physician may be the first step for an objective assessment of the doctor-patient and doctor-doctor relationship and to address the principal rules to suit. Consultation and referral is a process of relationship and communication where -at least- two doctors assess a third person; the patient. The article includes examining the identity of a physician, criticism directed towards the physician, the paramedical aspects of the physician's identity, the responsibilities of the physician for oneself, consultation and referral in family medicine and the answers to questions as "What are the ways of accessing a physician in Turkey? What are the things we should do and avoid in helping our patients?"

**Key words:** Consultation, referral, doctor-patient relationship, doctor-doctor relationship

*"Hekim, kendi işlerinde yalan ve dolanı kabul etmeyeceği gibi, böyle kimselerle de düşüp kalkmamalıdır."*

Hayrullah Efendi, 'Makalat-ı Tıbbiye' 1844

**K**onsültasyon ve sevk -en az- iki hekimin bir üçüncü kişiyi; hastayı değerlendirme sürecidir. Bu yazı, söz konusu süreci hekim ve onu çevreleyen koşullar açısından incelemektedir. Bu koşulları -hasta ve onun ruh hali ayrıca ele alınmalıdır- iyi tanımlayabilirsek hasta-hekim, hekim-hekim ilişkilerinde kendimizi daha nesnel bir gözle değerlendirebiliriz.

Bu çerçevede öncelikle 1. Hekim kimliğini, 2. Çağdaş hekime yöneltilen eleştirileri, 3. Hekim kimliğinin hekimlik dışı öğelerini ve 4. Hekimin kendine karşı sorumlulukları ele alınacaktır. İkinci olarak aile hekimliğinde sevk ve konsültasyon konusunu gözden geçirecektir. Son bölümde 1.

Türkiye'de hekime nasıl gidilir? 2. Hastalarımıza yardımcı olmak için nelerden kaçınmalıyız? 3. Hastalarımıza yardımcı olmak için ne yapmalıyız? sorularına cevap aranacaktır.

## Hekimin Kimliği

### Ülkemizde hekim kimliğinin gelişimi

Ülkemizde, 1827'de, modern anlamda ilk tıp okulunun kuruluşu; "nizam-ı cedid" (yeni düzen) ordunun sıhhiye kadrolarını yetiştirmeyi hedefliyordu. Modern hekimlik geleneğimiz, 1827-1923 yıllarında, Osmanlı İmparatorluğunun nihai tasfiye sürecinde oluştu; bu zorlu dönemde yetişen he-

\* 2-5 Kasım 2001'de Edirne, 1. Ulusal Aile Hekimliği Günleri'nde panel konuşması olarak sunulmuştur.

1) MEF Okulları, Aile Hekimliği Uzmanı.

kimlerin zihniyeti büyük ölçüde savaş ikliminde şekillendi. Halka sağlık hizmeti vermesi öngörülen, asker olmayan devlet memuru hekimleri yetiştiren ilk okul; Mekteb-i Tıbbiye-yi Mülkiye (Sivil Tıp Mektebi), 1867'de açıldı, ilk mezunlar, 1871'de taşralara "memleket tabibi" olarak atandı.<sup>1</sup>

Neredeyse 10 yıllık bir savaştan çıkan 1923 Türkiye'sinde bulaşıcı hastalıklara karşı savaş bir ölüm-dirim sorunu idi: Cumhuriyetin ilk yılları bu sağlık seferberliği ile geçti. Uzmanlık / genel sağlık ikilemi, -bildiğimiz kadarıyla- ülkemizde ilk kez, II. Dünya Savaşı ertesinde, Behçet Uz (1893-1986) tarafından ele alındı.<sup>2,3</sup>

Behçet Uz'un, 1947'deki ilk Sağlık Bakanlığı döneminde nüfus esasına göre, yaklaşık her 40 köy ve 20.000 nüfus için bir sağlık merkezi kurulması,<sup>2,3</sup> bu merkezlerde çalıştırılmak üzere iki sene süreyle dahiliye, cerrahi, kadın-doğum ve çocuk dallarında rotasyon ile genel sağlık uzmanları yetiştirilmesi öngörüldü.<sup>5</sup> Aynı yıl (1947), tababet uzmanlık tüzüğünde yer alan genel sağlık uzmanlığı, 1955'te tüzükten çıkarıldı; söz konusu hekimlere buldukları dalda uzmanlık hakkı tanındı.<sup>4,5</sup>

1979'da Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne getirilen Lütfü Köselioğlu, anılarında, konuya şöyle değinir:

"Başımızda bir de sonradan hastane statüsüne alınmış sağlık merkezleri sorunu vardı. Sağlık merkezleri Behçet Uz tarafından gerçekçi bir yaklaşımla, küçük yerleşim yerlerinin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde planlanmışlardı. Buralar için pratisyen doktorlardan, hastanelerde iki sene süre ile genel cerrahide, iç hastalıklarında, çocuk hastalıklarında rotasyonla çalıştırılarak her türlü doğumu yapabilecek, akut apandisit, bağırsak tıkanması, önemli kanamalar gibi vakalara müdahale edebilecek nitelikte hekimler yetiştirilecekti."

"Ben ihtisas yaparken (1952-1956) bu amaçla gelen arkadaşlar asistanlık imtihanından da geçmeden, dahiliye grubuna başlayanlar dahiliyede, hariciye grubuna başlayanlar cerrahide uzman olmak üzere otomatik olarak asistanlık statüsüne alındılar. Bu kendiliğinden olacak bir iş değildi. İltiması kuvvetli birinin müdahale ettiği kesindi. Böylece ideal bir projeye ağır bir darbe indirilmişti. O günden beri kırsal alanlarda ve kasabalardaki sağlık hizmetlerinin organizasyonu çözülmesi mümkün olmayan bir sorun olarak sürüp gitmektedir."<sup>5</sup>

Asepsi-antisepsinin yaygınlaşmasından ve ölüm oranlarının düşmesinden önce, hastaneler bütün dünyada güvenilir kurumlardı; parası olanlar evde bakımı tercih ederlerdi. Ülkemizde modern cerrahinin öncüsü Dr. Cemil (Topuzlu) anılarında "...o tarihte (19. yüzyıl sonu) İstanbul'da hiçbir hususi hastane yoktu. Halkımız umuma mahsus hastanelerde yatmaktan korkarlardı ve icap eden ameliyatı zaruri ola-

rak evlerinde yaptırırlardı... ameliyatlarını ya evlerde veya hut han odalarında, otellerde yapıyordum" diyerek durumu belgeler.<sup>6</sup>

Evde cerrahi girişim yapılması uygun değildi ve modernleşme sürecinde terkedildi. Ancak, hastane hekimliğinin yaygınlaştığı bu süreçte, hastayı evinde, hane halkı ile birlikte toplumsal konumu içinde tanıma, daha derin ve gerçekçi bir görüşle değerlendirebilme olanağı da ortadan kalktı. Hasta-hekim ilişkisindeki bu değişimi inceleyen Sarı (1988), süreci şöyle tasvir eder:

"Hastane hekimliğinin yaygınlaşmasıyla beraber hekimler kendilerini daha az sorumlu hissetmeye başladılar. Aile hekimliğinden hastane hekimliğine geçişin bir diğer önemli sonucu da sorumlulukların paylaşılmaya başlanmasıydı; hekime ait sorumlulukların önemli bir kısmı diğer yardımcı sağlık mensupları ile sağlık kurumu arasında paylaşılmış ve bu arada hekimin üzerinde olan dikkat dağılmaya başlamıştı. Son yıllarda ise, hekimin sorumlulukları konusu yeniden önem kazanmaya başladı."<sup>7</sup>

### Çağdaş hekime yöneltilen eleştiriler

Hastane hekimliğinin baskın olduğu günümüzde, hekime yöneltilen başlıca eleştirileri Öztürk (1994) şu dört maddede toplar: "1. Aşırı meslekselleşme: Hekimin meslek kimliğine sıkı sıkıya sarılması bazen de bu kimliğin ardına sığınma eğilimi hekimin topluma yabancılaşmasına neden olabilmektedir. 2. Mekanikleşme: Çok büyük bir hızla gelişen tıp teknolojisi hekimi teknoloji ile bütünleşmeye zorlamakta, insancılıktan uzaklaşmaya ve mekanikleşmiş bir kimliğe yol açabilmektedir. 3. Aşırı uzmanlaşma ve aşırı kurumsallaşma nedeniyle toplum hekimliği yeterince gelişmemiştir. 4. Aşırı tekelleşme eğilimi nedeniyle bütün sağlık sorunlarının hekim tarafından çözülebileceği sanılmıştır. 1960'lı yıllara kadar ülkemizde hemşirelik meslekler hiyerarşisinde çok aşağı yerlerde bırakılmıştı. Aynı dönemde sağlık yönetimi kavramı bilinmiyordu ve böyle bir meslek yoktu. 1960'tan bu yana bu alanlarda önemli ilerlemeler kaydedilse de mesleki tekelleşme sorununun çözümlendiği söylenemez."<sup>8</sup>

Hemşirelik ve sağlık yönetiminin ülkemizdeki gelişimini kısaca özetleyerek Öztürk'ün eleştirdiği yapıyı daha iyi anlayabiliriz; bkz. Tablo 1.

Tabloda görüldüğü gibi, 1958 öncesinde, hemşirelik eğitiminin lise denkliği yoktu. Hemşirelik görevini ortaokul-bugünün ilköğretim- mezunları yürütüyordu.

Sağlık Meslek Liselerinin (SML) Yüksek Okula dönüştürülmek üzere YÖK'e devredildiği, öğrenci alımının durdurulduğu 1996, hemşirelik eğitiminde bir dönüm noktası olabilirdi. Gelgelelim, bu liseler 2001'de yeniden öğrenci

**Tablo 1**  
Sağlık Bakanlığı hemşirelik okullarının ilköğretim sonrası eğitim süresi\*

1946	3 yıl
1957-1979:	1.5 yıl (hemşire yardımcısı, köy ebesi)
1958:	Ortaokul sonrası 4 yıl
1986-1990:	Lise mezunlarına 18 aylık "tamamlama eğitimi" ile meslek lisesi diploması verildi.
1989:	Ebe-Hemşire Liselerinin sayısı 85
1989-1991:	Sağlık Meslek Liselerinin (SML) sayısı 326'ya çıkarıldı: (%67'si ilçe merkezinde, altyapısız, plansız okullaşma, niteliksiz eğitim ve mezunların 70.000'inin işe alınamaması ile sonuçlandı.)
1996:	SML'leri Sağlık Yüksek Okullarına dönüştürülmek üzere YÖK'e devredildi. SML'lerine öğrenci alımı durduruldu.
2001:	SML'leri hemşirelik bölümüne yeniden öğrenci alımına başlandı.

\* Kocaman G'den (2003) değiştirilerek alınmıştır.<sup>9</sup>

alımına başladı; dönemin müsteşarı, bu geri dönüşü, 20 Ekim 2000'de, Yüksek Sağlık Şurası'nda şöyle açıklıyordu: "Temel eğitimden hemen sonra beceri eğitiminin daha başarılı bir sonuç verdiği pedagojik bir gerçektir. İnsana hizmet etme nosyonu belli yaşlarda kazandırılabilirdiğinden, hemşirelik de daha ziyade beceriye dayalı bir hizmet olduğundan, meslek lisesi düzeyi uygulama ülke için daha gerçekçi olacaktır." (Banda kaydedilen Şura tutanağından aktaran: Aksayan ve ark. 2001, Kocaman 2004)<sup>9,10</sup>

Hemşirelik konusunda son olarak, bir "kaçırılmış fırsat" aktarmak gerekir; (genel sağlık uzmanlığının akıbeti ile eşzamanlılık dikkat çekicidir):

"Perihan Velioğlu, Farmakoloji Enstitüsü ve Tedavi Kliniği'ndeki hizmeti sırasında bir ilki gerçekleştirdi. Bu ilk, onunla ilk ve onunla son oldu. Velioğlu, dünyada, sağlık mesleklerinde disiplinlerarası eğitimin önemini vurgulanacağı 1970'lerden çok önce, 1955'te, hekim ve hemşirenin öğrencilik yıllarında bazı temel dersleri beraber alarak birbirlerini tanımaları için Tıp Fakültesi öğrencilerine 'Sağlık Meslekleri ve Hemşirelik Bakımı' dersi vermeyi önerdi: Klinik başkanı Dr. Sedat Tavat'ın kabulü üzerine derse başladı.(...) Uygulama, tıp çevrelerinde tartışılıyordu; nasıl olur da, bir hemşire Tıp Fakültesi öğrencilerine ders verirdi?"

"Prof. Dr. Suphi Artunkal, 'Tedavi Kliniği ve Farmakoloji Enstitüsü' konulu makalesinde şunları yazıyordu: "Hasta bakımı da bir öğretim problemi olarak ele alınmıştır. Genç hekim namzetleri, hasta bakımının ehemmiyetini ve bunun ayrı bir bilgi işi olduğunu mektep sıralarında öğrenmelidir. Hekim-hemşire çalışma beraberliğinin kurulması için ayrı bir edükasyonun (eğitimin) lüzumu göz önünde tutularak ona göre çalışılmaktadır." Dr. Artunkal bu makaleyi yazdığında Kliniğin Müdiresi Velioğlu idi."

"(Velioğlu'nun, ABD'de) Columbia'daki öğrenimi sırasında (1957-1959) lider hemşireler "Hekimler bize ders veriyor, neden biz onlara ders veremiyoruz?" diye soruyorlardı. Halbuki, Velioğlu, bunu, Türkiye'de gerçekleştirmişti

bile. Ama devamı gelmemişti. Ne yazık ki ülkemizde bazı işler bireysel çaba düzeyinde gerçekleşiyor ve orada kalıyordu."<sup>11</sup>

Sağlık yönetimi de benzer bir süreçten geçer: Hayran'a (1998) göre;

"Ülkemizde hemen her dönemde sağlık yöneticiliği hekimlerin tekelinde kalmış, 1960'larda açılan Hacettepe Sağlık İdaresi Yüksekokulu mezunlarına bile sağlık sektöründe yeterince aktif rol verilememiştir. Sağlık yöneticiliği bir yana, hekimlik dışındaki tüm diğer sağlık mesleklerinin yakın zamana kadar "yardımcı sağlık personeli" (bkz. yukarıdaki 9. alıntı) olarak nitelenmesi bu tekelciliğin ve hekim egemenliğinin tipik bir göstergesidir."

"Sağlık hizmetlerinin özelliği nedeniyle hekimlerin yönetim sürecinde yer alması kaçınılmazdır. (...) Ancak tıp eğitiminin yapılanma ve müfredatının bu gerçeği dikkate almadığı, yönetim, muhasebe ve işletme konularına yer vermediği de ortadadır. Bunun doğal sonucu olarak sağlık hizmetleri, gelişmiş ülkelerde bile yıllarca „aşırı idarecilik" ve "yetersiz işletmecilik" anlayışı ile yürütülmüştür."(...)

"Son yıllarda, sağlık yönetimine yönelen hekimler için, üç üniversitede yürütülen mezuniyet sonrası eğitim programlarında bir karmaşa söz konusudur: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yürütülen Sağlık Kurumları Yöneticiliği yüksek lisans ve doktora programları bu üniversitenin Sağlık İdaresi Yüksek Okulunun sorumluluğunda, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde yürütülen Sağlık Kurumları Yöneticiliği yüksek lisans ve doktora programları İşletme Fakültesi'nin sorumluluğundadır. Marmara Üniversitesi'nde ise Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yürütülen Sağlık Kurumları Yöneticiliği yüksek lisans programı Tıp Fakültesinden bir üroloji uzmanının sorumluluğundadır. İşin ilginç yanı ürolog olan Anabilim Dalı başkanının bu alanda bir eğitimi olmadığı gibi bu programda hiçbir dersinin de bulunmamasıdır."<sup>12</sup>

Ülkemizde hemşirelik ve sağlık yönetiminde eğitim ve istihdamı değerlendirmek konumuzun çerçevesi dışındadır. Dikkati çeken -ve üzerinde durulması gereken- nokta, bu dalların inişli çıkışlı gelişimin, pek çok yönüyle birinci basamak hekimliğini andırmasıdır. Benzerlikler şu noktalarda toplanabilir :

1. Pek çok konuda ortak kabul görmüş, benimsenmiş bir ulusal politika yoktur.
2. Yenilikçi uygulamaların gündeme gelmesi kişisel çabalara bağlı olduğundan kolayca geri dönüşler yaşanabilir.
3. Bir uygulamanın yürürlüğe girmesi, ilgili çevrelerin ortak görüşü yerine çoğu zaman bir oldu-bittiyle gerçekleşmektedir.

Öztürk, (1994) değerlendirmesini şöyle bağlamaktadır: "Eleştirilen bu yapının temelinde tıp eğitimi yer almaktadır. Çağımızda tıp eğitiminde medikal model egemendir. İnsanın biyolojik yapısı ve bu yapının bozuklukları en ince noktasına kadar incelenir, sağaltım buna göre yapılır. Hekimin insanı bir bütün olarak görmesini hedefleyen biyopsikososyal model önerilmişse de teknolojinin inanılmaz bir hızla gelişmesi, yerleşik klasik tıp eğitimi, toplumsal ve siyasal düzen medikal modeli egemen tutmuştur.<sup>8</sup>

#### Hekim kimliğinin hekimlik dışı öğeleri

a. Kişisel Kimlik; cinsel kimlik, -yöresel, etnik- ulusal kimlik, dinsel inançlara bağlı kimlik, ideolojik kimlik

b. Evrensel-hümanist kimlik

Hekimin kişisel kimliğinin sınırlarını evrensel-hümanist kimliğinin etik değerleri belirler. Hekim, evrensel-hümanist ve bilimsel kimliğini sürdürmek için sürekli öğrenci ve öğretici olmalıdır. Sürekli araştırmacı olmalıdır. Hastayı, bireyi, toplumu tanımak ve yardım etmek ilgisi başka ilgilerinin önünde olmalıdır. Hasta (ve ailesiyle) ilişkisinin önemini kavramalı ve bu konuda özel bir duyarlılık sahibi olmalıdır."

"Çağımızın bütün ilerlemelerine rağmen hekimin hastasını muayene ve tedavi edebilmesi için elindeki en güçlü, en etkili aracı iyi bir hasta – hekim ilişkisidir" (Öztürk 1994).<sup>8</sup>

#### Hekimin kendine karşı sorumlulukları

"Sağlığına özen göstermek, giyimine dikkat etmek, temiz olmak, yabancı dil öğrenmek artık her bireyin dikkat etmesi gereken noktalar. Sağlık öğütleri verecek hekimin kendisinin sigara tiryakisi ya da alkolik olmaması, vücut temizliğine özen göstermesi "tavsiye" olmaktan çıkar, "bulunması zorunlu şart" niteliğine bürünür" (Hatemi 1989).<sup>13</sup>

Son yıllarda bilginin demokratikleşmesi ve insan haklarının gelişmesine paralel olarak birçok durumda hekim hüküm verici değil danışman konumuna gelmiştir. Hasta- he-

kim ilişkilerindeki değişimin bir başka nedeni de ilişki ve iletişimin geçmişte benzeri görülmemiş bir şekilde yoğunlaşmasıdır. İletişim çağına giren dünyamız artık bir "global köy"dür. Her gün yazılı ve görsel basının enformasyon bombardımanı altında kalan kişi, bu haberlerin ne kadarının haber, ne kadarının kendisine gerekli, ne kadarı yönlendirilmiş haber (desinformation), ne kadarı yanlış haber (misinformation) olduğunu bilemez. İlişki kalıpları da değişmiştir; artık daha çok insanla daha yüzeysel ilişkiler kurulmaktadır.

Bu ilişki ve iletişim çağı iç yaşantıları yok sayar gibidir. Hekim, kim olduğunu, nerede bulunduğunu ve nereye gittiğini zaman zaman kendine sormalıdır. Yüzeysel ve çoğul ilişkiler iç yaşantının ve yakın çevre ile ilişkilerin yerini tutamaz. Hekim iç yaşantısının önemini bilmeli ve ona özen göstermelidir.

### Hekim, Hastası ve Meslektaşlarının İletişimi: Sevk ve Konsültasyon

Adlandırma işaret etmenin yanısıra, bilgi de verir; öyleyse, "gönderme" ve "danışma" yerine, dilimize yerleşmiş "sevk" ve "konsültasyon" sözcüklerinin sağlık tarihimiz hakkında bilgi verebileceğini düşünebiliriz: Yukarıda, ülkemizdeki hekim kimliğinin İmparatorluğun dağılma sürecinde, askeri bir ortamda oluştuğu söylenmişti: O günlerde, -halen kullandığımız ifadelerle- hasta "sevk" edilir, "koğuş"ta yatar, iyileşince "taburcu" olurdu (tabibi olan en küçük birlik, tabur'a gönderilirdi). Konsültasyon ise, saray çevresindeki, -bir bölümü Levanten- az sayıdaki hekimin, varlıklı hastaları için yararlandıkları bir uygulama idi: Konsültasyon sözcüğü, dilimizde bir anlam daralmasına uğrayarak daha çok, yukarıdaki anlamını korumuştur; sözcüğün köken dilinde, tıptaki diğer kullanımlarına aşağıda değineceğim.

Ülkemizde sevk zincirinin işlememesi eleştirile gelen bir konudur: "Şifahi"liğin, bu konudaki rolü (Çağlayaner 1995)'te incelenmiştir.<sup>14</sup> Ayrıca ele alınması gereken "sevk zinciri" kavramına yazımın üçüncü bölümünde değineceğim.

Çağatay Güler, (1994) gönderdiği hastadan bir daha haber alamayan ocak hekimini şöyle dile getirir: "Tamam ağabey / sen büyük hastanenin / kent hastanesinin / büyük doktorusun / ama ağabey / kulun kölen olayım ağabey / ellerinden öpeyim / ağabey / bir yılda gönderdiğim / otuz dokuz "FO19"dan / birini cevaplandır / cevaplandır birini / cevaplandır, "hayrına."<sup>15</sup> Bu kopuklukta yakın geçmişin etkisi nedir? Araştırmaya değer. Sanki bir taraf cephe gerisine sevk ettiği hastayı "ateş hattından uzaklaştırmanın gönül rahatlığını" yaşar, öbür taraf ise, "tahrirat-ı nâfileden sarf-ı nazar" eder (gereksiz yazışmadan kaçınır) gibidir; tabloyu tamam-

lamak üzere, Farsça yaralı anlamındaki “haste”nin dilimizde, anlam genişlemesine uğrayarak “hasta”ya dönüştüğünü hatırlatalım.

“Günümüzde, birinci basamak hekiminin en önemli görevlerinden biri hekimliğin ve toplumun bütün olanaklarını hastasının kullanımına sunmaktır. Aile hekiminin sürekli bakımı ve sorumluluğu olmaksızın bölünmüş uzmanlık dalları tarafından verilen eşgüdümünden yoksun bakım, zararlı ve tehlikeli olabilir. Hekim ve diğer sağlıkçılarla etkili iletişim aile hekiminin temel becerilerinden biri olmalıdır” (McWhinney 1981).<sup>16</sup>

"Sevk: Hastanın bakımıyla ilgili sorumlulukların bir bölümünün aktarılmasıdır. Sevk -Dönemsel: (Hastanın ameliyat için hastaneye yatırılması), -Eşzamanlı: (Hastanın bakım sorumluluğunun korunması, bazı özel sorunlar için yardım istenmesi; kronik glokom, psikolojik ya da sosyal sorunlar v.d.) ya da -Aktarma: (Hastanın sorumluluğunun bütünüyle bir başka hekime bırakılması) şeklinde olabilir. Bölünmüş bakım: Sorumluluk iki ya da daha fazla sayıda uzman arasında bölünmüştür; hastayı bir hekim diyabet, diğeri iskemik kalp hastalığı yönünden değerlendirir. Bu tür bakımda, hastadan bütünüyle sorumlu olan bir hekim yoktur. Bölünmüş bakımın tehlikesi kolaylıkla "collusion of anonymity" (danışıklı dövüşle kim vurduya gitmeye) (Balint 1964) yol açabilmesidir."<sup>16</sup>

Sevk ve konsültasyon, birlikte incelenir: Sevk oranı, görülen her yüz hastaya düşen sevk sayısı ile ifade edilir. Klasik bilgilere göre, birinci basamak sağlık hizmetleri yeterli ise başvuranların %90'ından fazlasının tanı ve tedavisi bu düzeyde yapılabilir; ancak %10 kadarının hastanede incelenmesi ve tedavisi gerekir.<sup>17</sup>

Hekimlerin sevk kalıpları arasında önemli farklar bulunmuştur: ABD'deki 2002 Ulusal Ayaktan Tedavi İncelemesi'ne göre (The National Ambulatory Care Survey) birinci basamak hekimlerine başvuranlar bütün hastaların %62.7'sini oluşturuyor, bu hastaların %75'i kendi aile hekimine başvuruyor, %8'i ise ikinci basamağa sevk ediliyor.<sup>18</sup>

Mayer'a göre (1982) kadınlar erkeklerden daha fazla sevk edilir ve en yüksek sevk oranı 15-44 yaş grubundadır.<sup>19</sup>

Hekimlerin, en fazla hasta sevkeden %20'si, en az hasta sevkeden %20'lik grubun, 2 katı kadar fazla hastayı göndermektedir (Fleming ve ark 1991, Avrupa Çalışması 1992). Sevk oranı ile hekime kayıtlı ya da başvuran hasta popülasyonunun yaşı, toplumsal sınıf bileşimi arasında ilişki saptanamamıştır (İngiltere). 15 Avrupa ülkesini kapsayan bir çalışma, sevk oranı ile hasta-hekim karşılaşma sayısı arasında güçlü bir ters orantı saptadı: Buna göre, daha fazla hasta gören hekim, hastalarının daha azını sevk ederken, daha az hasta gören ise daha çoğunu sevk ediyordu.<sup>19</sup> ABD'de, Peck ve ark.nın (2004) erkek hastalarda, tahlil isteme, sevk etme ve ilaç yazmanın hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaları, hasta beklentilerinin çeşitli ve değişken olduğunu gösterdi; %30'u sevk edilme beklentisi ile gelen hastaların sevk edilmemesi memnuniyeti olumsuz yönde etkilememişti; memnuniyeti olumsuz yönde etkileyen tek öge hastanın yazdırmayı düşündüğü ilaçları yazdıramaması idi.<sup>20</sup>

Hollanda'da Otters ve ark. birinci basamak hekime başvuran çocuklardaki sevk oranının değişimini incelemek için, 1987 ve 2001 yıllarında, ulusal düzeydeki iki kesitsel çalışmayı karşılaştırdılar: Buna göre 1987'de %8 olan sevk oranı 2001'de %6.5'a düşmüştü.<sup>21</sup>

Sağlık Bakanlığı'nın 1992'de yaptırdığı bir çalışmada, ülke bütününde, sağlık hizmeti kullanım kalıbı incelenen 2457 kişinin ilk başvurularının dağılımı 2. tabloda yer almaktadır:

Buna göre, ülkemizdeki ilk başvuruların yaklaşık yarısı birinci basamak sağlık kurumlarına, diğer yarısı ise hastanelere yapılmaktadır. Bu ilk başvuruların %1.5'u (kentte %0.9, kırdaki %2.7) geleneksel iyileştiricilere yönelmiştir. Türkiye'de -başvurulan sağlık kuruluşundan bağımsız olarak- ilk başvuruların %11.5'i ikinci bir sağlık kurumu ya da hekime, bu sevk edilenlerin de %10.7'si üçüncü bir sağlık kurumuna, bunların da %33.3'ü dördüncü bir sağlık kurumuna sevk edilmektedir. Bir başka deyişle, Türkiye'deki birinci, ikinci ve üçüncü kademedeki sevklerin oranları sırasıyla %11.5, %1.2 ve %0.4'tür. İkinci bir sağlık kurumuna sevk edilenlerden %19'u sevk edildikleri yere gitmemekte, %0.2'si sevk edildikleri yer dışındaki bir kurum ya da heki-

**Tablo 2**  
Türkiye'de, ilk başvuru alan sağlık hizmeti basamağı (Haziran-Temmuz 1992)\*

Yerleşim	Birinci (%)	İkinci (%)	Üçüncü (%)	Bilinmeyen	(n)
Kent	43.4	50.3	1.5	4.9	1663
Kır	60.2	34.6	0.6	4.5	794
<b>Toplam</b>	<b>48.8</b>	<b>45.2</b>	<b>1.2</b>	<b>4.8</b>	<b>2457</b>

\* Kaba yüzdeler<sup>22</sup>

me başvurmakta, ilk başvuruyu yapan hastaların %6.1'i başvurdukları kurumun sevkmediği bir kuruma yönelmektedirler. Sevkedilenler ile kendi seçimleriyle ikinci bir sağlık kurumuna başvuran hastaların toplam hasta sayısı içindeki oranı %17.6'dır. Sevk oranı, ilk başvuru kuruma göre büyük farklılıklar göstermektedir: Kurum ve işyeri hekimleri en büyük sevk oranına sahiptir: %47.7. Basamak ayırımı yapmaksızın, sevkleri %10'u aşan kuruluşların sıralaması şöyledir: Kamu sağlığı dispanserleri %33.3, sağlık evleri %18.2, hastane semt poliklinikleri %14.3, sağlık ocakları % 13.4, SSK hastaneleri %12.5.<sup>22</sup>

Sevk, çok karmaşık bir süreçtir: Sevk oranı ile hizmetin kalitesi arasında ilişki konusunda aceleci çıkarımlar yapmaktan kaçınılmalıdır.<sup>19</sup> Sevk oranı sağlık hizmetinin niteliğini değerlendirmede başvurulabilecek parametrelerden sadece biridir. Ülkemizde de, yukarıda belirtilen sevk oranlarının kurum ve basamağa özgü neden ve sonuçları birbirinden çok farklıdır. Bu konuda, ülkemiz ile ilgili yorum, yazının 3. bölümünde verilmiştir.

Dilimize Fransızca'dan geçen konsültasyon sözcüğü, köken dilinde oldukça geniş bir anlam dağarına sahiptir: Bu anlamlardan ilki; dilimize konsültasyon olarak geçmiştir: Birisinin fikrini, tavsiyesini almak; bir arkadaşına, bir hekime, bir uzmana danışmak (konsültasyonunu almak) Birisine, bir konuda danışmak.

Sözcüğün tıpta kullanılan diğer anlamı (konsültasyon yapmak; hekim her sabah konsültasyon yapar) yerini Türkçe'de daha çok "vizite" = ziyaret sözcüğüne bırakmıştır (bu değişimin nedeni de ayrıca incelenmeye değer).

Kelimenin sıfat hali, konsültan: konsültasyon yapan kişi, köken dilinde tıbbi açıdan tavsiye veren, inceleme yapan anlamlarına taşır. Buradaki tavsiye veren (konsültan hekim), ve inceleme (yapan) (fikir bildirmek; bir uzmanın yaptığı konsültasyon) (Hasta kabul etmek; Muayenehane, konsültasyon saatleri) anlamı ise dilimizde artık unutulmaya yüz tutmuş olan müdavi = tedavi eden hekim ile karşılaşır. Böylece hastayı gören her hekim bir konsültasyon yapmış olur.

Konsültasyon, klasik kitaplar ve deontoloji tüzüğümüzde de yukarıdaki ilk anlamıyla yer alır: Aynı ya da farklı dallardan uzman hekimlerin hastayı birlikte değerlendirmesi. Günümüzde, hekimin, hastasına gereğince yararlı olabilmesi için, sadece uzman hekimler ile değil, aynı zamanda, hemşire, psikolog, beslenme uzmanı, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve diğer meslek gruplarıyla da etik kurallara ve mesleki sınırlara özen gösteren yapıcı bir işbirliği kurması gerekir.

Konsültasyonlar 2 grupta incelenebilir: Enformel Konsültasyon: Günlük tıbbi konuşmaların bir parçasını oluşturu-

rur. Telefonda, koridorda, doktor odasında yapılır. Formel Konsültasyon: Çoğu kez hastanın tedavisinde can alıcı bir aşama oluşturur. Hiçbir zaman gündelik tarzda düzenlenmemelidir.

Konsültasyon tanı ya da tedavi önerisi almak, bir test sonucunun ya da bir fiziksel bulgunun anlamını sormak, ya da sadece hastaya güven vermek amacıyla yapılabilir. Konsültana ne sorulduğu anlatılamazsa doğru cevap alınmaz.

Formel konsültasyonun etkili olabilmesi için aşağıdaki koşullara uyulmalıdır:

1. Konsültasyon mektubu, en azından, hastanın bütün önemli sorunlarını, başlıca bulguları, tahlil sonuçlarını, reçete edilen bütün ilaçları ve konsültasyon istenme nedenini içermelidir.

2. Hekim ihtiyaç duyduğu meslekdaşıyla doğrudan, yazılı ve formel temas kurmalıdır. Talep acil olduğunda, telefonla temas kurulabilir. Konsültasyonun ideal şekli hastanın konsültan hekimle birlikte değerlendirilmesidir (Hasta önceden konsültan hekime sunulmalı, hastanın yanında bulgular ya da prognoz tartışılmasından kaçınılmalıdır).

3. Hastaya, konsültasyonun neden istendiği anlatılmalı, konsültasyonu bir sevk ya da bir red gibi görmesi önlenmelidir; bu, özellikle psikiyatrik konsültasyonlarda önemlidir.

4. Konsültan hekim, bulgularını ve görüşünü en kısa zamanda yazıyla (acil durumlarda telefonla) bildirmelidir. Konsültan, başka bir konsültanın uygun olacağını düşünüyorsa bunu gönderen hekime bildirmeli, hastayı kendisi başka bir hekime yollamamalıdır (McWhinney 1981).<sup>16</sup>

McWhinney'nin saptadığı kritik bir nokta, ülkemiz için özel önem taşımaktadır: Gönderen hekimle konsültanın görüşleri bağdaşmıyorsa ne yapmalı? McWhinney'e göre "tıp fakültelerinin çoğunda, eğitim, yanılabilirliği olasılığı küçümşenen uzmanın denetimindedir. Genç hekim, öğretmenin otoritesine yaptığı (duygusal) yatırımı, çalışma hayatına atıldığında konsültan hekime aktarır. Bu durumda konsültanın yanıldığını kabul etmek fevkâlade zor, hastanın çıkarlarını korumak için atılması gereken adımları atmak ise daha da zordur. Gerçekte, gönderen hekimle konsültanın görüşleri farklı ise her birinin haklı olma olasılıkları eşittir. Konsültanın özel bilgi ve deneyimini aile hekiminin hasta ve hastalığı ile ilgili bilgisi dengeler. Dolayısıyla aile hekimi konsültanın yanılabilirliği olasılığını göz önünde bulundurmalıdır."<sup>16</sup>

Sevk ve konsültasyon kalıplarını inceleyen Geyman ve ark.'na göre (1976) aile hekimlerinin ve diğer uzmanların birbirlerine gönderdikleri hastaların %97'si sevkedilmiş, sadece %3'ü konsültasyon amaçlı gönderilmişti. Fry

(1971), esefle, konsültasyonun artık tanı ya da uygun tedavinin saptanması için yapılan bir görüşme olmaktan çıktığını kaydeder; "Uzman meslektaşlarımızı birer danışmandan ziyade birer 'teknisyen' olarak görmeye başladık."<sup>23</sup>

Günümüzde, bu yakınma da, artık, geçmişe ait izlenimi vermektedir: Yüzyüze ya da telefonla yapılan konsültasyonlara intranet, internet ve uydular aracılığıyla, e-posta ya da görüntülü iletişimle yapılanlar eklenmiştir. Başlangıcı, 1960'lardaki ilk insanlı uzay araçlarına kadar uzatılabilecek bu süreç, bir bütün olarak "telemedicine" = uzaktantıp başlığı altında anılır: Uzaktan tıp, günümüzde, en çok, deri hastalıkları, patoloji, onkoloji, radyoloji, doğum, cerrahi, kalp hastalıkları, psikiyatri ve evde sağlık bakımında kullanılmaktadır.<sup>24,25</sup>

## Pratik Bir Çerçeve

### Türkiye'de hekime nasıl gidilir?

Türkiye modernleşme sürecine geç girmiş ve bu süreci henüz tamamlamamıştır. Türkçe baskı yapan ilk matbaa, Gutenberg'ten yaklaşık 300 yıl sonra kurulmuş, başlangıçta basılan kitapların sayısı pek kısıtlı kalmıştır. Ortalama öğretim süresi ≈3.5 yıl olan nüfusumuzun % 30'u sağlık güvencesinden yoksundur. Şimdi, bu temel özelliklerin, hasta-hekim ilişkilerini ne yönde etkileyebileceğini görelim:

1. Türkiye sözlü kültürün ağır bastığı bir toplumdur.

Yazı toplumun günlük hayatında ikincil bir önem taşır. Halk'a hitabeden sağlık bilgisi kitapları ve sağlık hizmetlerinden yararlanma kılavuzları yetersizdir. Yazılı kültür toplum genelinde hâkim hale gelmeden böylesi kılavuzların yararlı olabilmesi de zordur.

2. Türkiye enformel ilişkilerin ağır bastığı bir toplumdur.

Kurumlara değil kişilere karşı sorumluluk duyulur. Ya tanıdık bir hekime gidilir ya da hekime bir tanıdık aracılığıyla gidilir. Mecbur kalınarak formel çerçeve izlendiğinde kişi kendisini tedirgin hisseder. Bu, çoğu kez haklı bir tedirginliktir, zira çoğu kez, formel çerçevede kalınarak istenen sağlık hizmetine ulaşamadığı görülmüştür.

Türkiye'de öngörülen sevk zincirinin işlememesinin iki temel nedeni budur. Öte yandan "sevk zinciri" teriminin bizzat kendisi yukarıda sözü edilen "Bonapartist yönetim anlayışı ve yoğun bürokrasinin" "mütemmim cüzü"dür (ayrılmaz parçası): Denilebilir ki, ülkemizde, "sevk zinciri" sağlık kurumları dışındaki bütün kurumlarda daha iyi işler. Bir tapu ya da nüfus müdürlüğünde falanca odadaki filanca memurun tasdiki olmadan evrakınız işlem görebilir mi? İşte başarısızlığa uğrayan, bu bürokratik anlayışı sağlığa uygulama çabasıdır.

Sağlık, bir yandan hiçbir şekilde nesnelleştirilemeyecek kişiye özgü niteliği, öte yandan -günlük hayattaki davranışlarla her ne kadar üçüncü-beşinci plana atılsa da- iş söze gelince "önce sağlık", "önce can" dedirten niteliğiyle, sonradan edinilmiş, toplum dokusuna nüfuz etmemiş her türlü formelliği etkisiz kılmaktadır.

Sözlü kültürden yazılı kültüre geçebildiğimiz, toplumca birbirimize daha çok güven duyarak formel bir çerçevede de sağlık hizmeti alabileceğimize inanabildiğimiz ölçüde bu sorunlar geride kalacaktır.

### Hastalarımıza yardımcı olmak için nelerden kaçınmalıyız?

Hasta-hekim ilişkisinin aceleye getirilmesinden kaçınmalıyız. Karşımızdaki kişi bizim o gün gördüğümüz 60. hasta olabilir. Fakat bu görüşme onun bugün hekimle yaptığı tek konuşmadır. "Hasta ile temasımızda muayenesiz, güveni sarsan yüzeysel tanıdan, bulguların hatalı değerlendirilmesinden, abartılı tanıdan, bölünmüş, aceleye getirilmiş, önemsenmeyen diyalogtan, yıkıcı tarzda bilgi vermektan, huzursuz eden açıklamalardan, -gerekecekçe- tanıyı hastadan gizlemektan, tanıdan gurur duymaktan kaçınmalıyız. (...) Hipokrat'ın "önce zarar verme" sözü yalnızca fiziksel değil, ruhsal bütünlüğü de kapsar. (...) Hasta yönetiminin en duyarlı alanlarından biri, doğru ölçüyü bulmak"(Bünthe 1988) ve "yapıcı yalan ile yıkıcı gerçek" (Thielicke 1988) arasındaki ince hatta, doğru zamanda, doğru kelimeyi bulmaktır."<sup>23</sup>

### Hastalarımıza yardımcı olmak için neler yapmalıyız?

Ülkemizde "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" (Tüzüğü) 4/12578 sayı ile 03.01.1960 tarihinde yürürlüğe girmiştir:<sup>26</sup> Hekim, zaman zaman bu tüzüğü güncel tıp pratiğinin ihtiyaçları ışığında okumalı, ve üzerine düşünmelidir. Burada, tüzüğün bazı maddelerini anımsatalım:

Madde 4 – Hastanın mahremiyetine özen göstermelidir.

Madde 6 – Hekim, uygulayacağı tedaviyi tayinde serbest olmakla birlikte, bu serbestlik keyfi kullanılmamalı, hekimliği sihirbazlık dönemlerine geri götürecek hipnoz, akupunktur gibi yöntemlere ancak destek tedavi olarak itibar edilmelidir.

Madde 12 – Hekimler birbirlerine hasta gönderirken komisyon almamalı ve hasta temin eden komisyoncularla çalışmamalıdır.

Madde 14 – Tabip ve dış tabibi, hastaların vaziyetinin icabetirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı taktirde dahi, ızdırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.

Tabip ve diş tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akibet ve seyri- nin saklanması uygundur.

Meşum bir pronostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihsas edilebilir. Hasta tarafından; böyle bir pronostiğin ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tayin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir.

Hastanın bilgilendirilmiş onay hakkının güncel olduğu zamanımızda, 14. Madde, modern bilgilendirme hakkından uzak görünmektedir; bu nedenle günün gereklerine göre gözden geçirilmesi uygun olacaktır: Yüksek Sağlık Şurasının kararlarını ele alan bir inceleme, hekimlerin en çok suçlandığı konulardan başında "aydınlatılmış onay" kuralına uyulmamasının geldiğini saptamıştır.<sup>27</sup>

Madde 38 – Hekimler meslekdaşları aleyhinde konuşamayacakları gibi onları küçük düşürecek tavır ve hareketlerde bulunamaz.

Sevk ya da konsültasyon gerektiğinde, meslekdaşlarımız ile yakınlıklarımızı hastanın lehine kullanmalıyız. Bu- nu her zaman her hasta için yapamayabiliriz. Ancak enfor- mel ilişkilerin hakim olduğu bir toplumda hastaya yararlı olmanın önemli araçlarından biri de budur.

## Teşekkür

Bu konunun I. Ulusal Aile Hekimliği Günleri'nde işlen- mesi fırsatını veren Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'na ve 1. Ulusal Aile Hekimliği Günleri Düzenleme Kurulu'na teşekkür ederim.

## Kaynaklar

1. **Unat EK, Samastı M.** Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp Mektebi) 1867-1909, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1990; 1-9.
2. **Erdem A.** 'Türkiye Cumhuriyetinde Sağlık Hizmetleri: İlk 50 Yıl', Yeni Tıp Tarihi İncelemeleri, İstanbul, Lito Ltd, 1999; 141-72, 149.
3. **Erdem A** 'Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi' Ankara, Naturel Yayınları, 2002.
4. **Unat EK.** Türkiye'de tıp dallarının yerleşmesine toplu bir bakış. Dünya'da ve Türkiye'de 1850 Sonrasında Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi'nde. Ed. EK Unat İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları, 1988; 8-13, 11.
5. **Köselioglu L.** Kaf Dağının Ardında İstanbul, İletişim Yayınları, 2000; 479-80.
6. **Topuzlu C.** İstibdat, Meşrutiyet, Cumhuriyet Döneminde 80 Yıllık Hatıratım Ed. Hatemi H, Kazancıgil A. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları 1982; 9.
7. **Sarı N.** Tıp deontolojisi. Dünya'da ve Türkiye'de 1850 Sonrasında Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi'nde Ed. EK Unat. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları, 1988; 403-423, 414.
8. **Öztürk O.** Hekimin kimliği. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda , 8. baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2001; 731-8.
9. **Kocaman G.** Türkiye'de hemşirelik eğitim sorunları ve çözüm arayışları. 12 Mayıs 2004 Dünya Hemşireler Günü'nde, Genişletilmiş Baskı, 2003; 119-49, 126.
10. **Aksayan S, Oktay S, Ülker S ve ark.** Türkiye'de hemşire insangücü: planlama, eğitim ve istihdam sorunları. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı* 2001; 370-87, 372.
11. **Özaydın Z.** Hemşirelikte Bir Öncü: Perihan Velioglu. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, 2001; 222, 56, 57, 69, 73.
12. **Hayran O.** Sağlık hizmetleri yönetiminde profesyonelleşme. Sağlık Hizmetleri El Kitabı'nda Ed. Hayran O, Sur H. İstanbul, Yüce Yayım, 1998; 175-180.
13. **Hatemi H.** Tıp ve deontoloji üzerine. Deontoloji'de (Literatür dergisi 56. sayı eki) İstanbul, Ocak 1989; 11-4.
14. **Çağlayaner H.** Sağlık organizasyonunda kültürün ve iletişimin rolü. Aile Hekimliği I'de. Ed. Çağlayaner H. İstanbul, 1995, İletişim Yayınları, 74-7.
15. **Çağatay G.** Ocak hekiminden adresi belirsiz mektup. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 1994; 3(11): 363.
16. **McWhinney IR.** Consultation and referral. A Textbook of Family Practice'te. 2. baskı. New York, Oxford University Press, 1997; 381-7.
17. **Tezcan S.** Sağlık düzeyi ölçütleri. Sağlık Ocağı Yönetimi'nde Ed. Eren N. Özbek Z. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, 1982; 207-26, 219.
18. Center for Diseases Control. The National Health Survery 2002. <http://www.cdc.gov/nchc/about/major/ahdc/> erişim tarihi: 22.06.05
19. **Rakel RE.** Use of consultants. The Family Practice'te Ed. Rakel RE. 4. baskı, Philadelphia, W B Saunders, 1990; 247.
20. **Peck BM, Ubel PA, Roter DL, Goold SD.** Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients' satisfactions? *J Gen Intern Med* 2004; 19(11): 1080-7.
21. **Otters H, van der Wouden JC, Schellevis FG, van Suijlekom-Smit LW, Koes BW.** Dutch general practitioners' referral of children to specialists: a comparison between 1987 and 2001. *Br J Gen Pract* 2004; 54(508): 848-52.
22. **Sağlık Bakanlığı.** Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Saha Çalışması, Ankara, 1993; 7, 15, 17.
23. **Feiereis H.** Hekimin gündelik meslek uygulamasında konuşma ve yazma. Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik'te. Ed. von Engelhardt D. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2000; 91, 100, 101, 120.
24. **Brown N.** A Brief History of Telemedicine May 30, 1995 Telemedicine Information Exchange [http://tie.telemed.org/articles/article.asp?path=articles&article=tmhistory\\_nbtie95.xml](http://tie.telemed.org/articles/article.asp?path=articles&article=tmhistory_nbtie95.xml) erişim tarihi: 22.06.05
25. **Fisk S.** Telemedicine November 1997 <http://www.quasar.org/21698/textfodder/Telemedicine.html> erişim tarihi: 22.06.05
26. **Şehsuvaroğlu BN.** Tıbbi Deontoloji, 2. baskı (Haz. Terzioğlu A.) İstanbul, İstanbul Tıp Fakültesi Vakfı - Bayda yayını 1975; 223-30.
27. **Hatun Ş.** Hasta Hakları. İstanbul, İletişim Yayınları, 1999; 69-70.

Geliş tarihi: 08.03.2005  
Kabul tarihi: 12.12.2005

### İletişim adresi:

Dr. Haluk Çağlayaner  
MEF Okulları  
Ulus Mah. Dereboyu Cad.  
Ortaköy 34340 İstanbul  
Tel: (0212) 287 69 00 / 244  
e-posta: caglayanerh@mef.k12.tr