



**GENEL CERRAHİ  
UZMANLIK EĞİTİMİ ve  
YAN DALLARI**

## **Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi ve Yandalları**

### **Editör**

Cem Terzi

### **Düzeltili**

Mehmet Eryılmaz

### **Kapak Tasarımı**

Murat Adaylar

### **Baskı ve Cilt**

Denge Matbaacılık Reklam ve Amb. San. Tic. Ltd. Sti.

Kazım Karabekir Cad. Ali Kabakçı İşhanı No: 85/8

06060 İskitler / ANKARA

Tel: (0312) 341 31 25

Şubat 2009



## ÖN SÖZ

Türk Cerrahi Derneği (TCD), Genel Cerrahi Uzmanlık alanında; uzmanlık eğitimi ve yan dal konuları üzerinde bilimsel bir görüş oluşturmak üzere elinizdeki çalışmayı hazırlamıştır.

Bu kitapta dünyada ve ülkemizde genel cerrahi uzmanlık alanı ve bu alana bağlı üst ihtisas gereksinimi tartışılmaktadır.

Bildiğiniz gibi T.C. Sağlık Bakanlığı uzun bir zamandır Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nü yenileme hazırlığı yapmakta ve bu hazırlığın önemli bir kısmını yan dalların belirlenmesi oluşturmaktadır.

TCD bu konuda bilimsel bir görüş sunabilmek için son aylarda bazı çalışmalar yapmış; ABD ve AB ülkelerinde genel cerrahi alanında yan dal durumunu irdeleyen iki rapor hazırlanmıştır. Genel Cerrahi alanı ile ilgili tüm dernek başkanlarından, anabilim dalı başkanlarından ve klinik şeflerinden kurumsal görüşleri istenmiştir. Bu raporları ve görüşleri kitapta bulacaksınız.

Ayrıca konuyu bütünlemek üzere tıpta uzmanlık eğitiminin temel kavramlarına, genel cerrahi uzmanlık eğitimi ve yeterlik kavramlarına ve gelecekte genel cerrahinin olası yönelimlerine yer veren yazılar eklenmiştir.

Katkı sunan tüm yazarlara TCD Yönetim Kurulu adına teşekkür ediyorum.

Bu çalışma, ülkemizin gereksinimleri yönünde akılcı ve uygulanabilir bir çözüm için konunun taraflarını bir araya getirmenin zemini olmayı amaçlamıştır.

Tüm çaba bir şey olmak değil bir şey yapmak içindir.

Prof. Dr. Cem Terzi  
Türk Cerrahi Derneği Genel Başkanı



**GENEL CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİ ve YANDALLARI**

---



## İÇİNDEKİLER

<b>TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ: TEMEL KAVRAMLAR</b>	
Prof. Dr. Cem Terzi / Türk Cerrahi Derneği Genel Başkanı .....	1
<b>TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ: YETERLİK ("BOARD") KURULLARI</b>	
Prof. Dr. Cem Terzi / Türk Cerrahi Derneği Genel Başkanı .....	19
<b>TÜRK CERRAHİ YETERLİK KURULU DENEYİMİ</b>	
Prof. Dr. Sadık Kılıçturgay / TCD Yeterlik Kurulu Başkanı .....	22
<b>21. YÜZYILDA GENEL CERRAHİ</b>	
Prof. Dr. İskender Sayek / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.....	31
<b>BÖLÜMLEŞME ve BİRİMLEŞME PERSPEKTİFİNDE MEZUNİYET SONRASI</b>	
<b>GENEL CERRAHİ EĞİTİMİ: ABD RAPORU</b>	
Yrd. Doç. Dr. Ersin Öztürk / Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.....	34
<b>GENEL CERRAHİ UZMANLIK ALANINDA "YAN DAL İHTİSASI" RAPORU:</b>	
<b>ÇEŞİTLİ ÜLKELER VE AVRUPA PERSPEKTİFİ</b>	
Prof. Dr. Fatih Ağalar, Doç. Dr. Oral Saygun, Yrd. Doç. Dr. Kuzey Aydınuraz Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.....	57
<b>T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ (TASLAK)</b> .....	78
<b>TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLER</b>	
Prof. Dr. Cem Terzi / TCD Başkanı .....	113
<b>AKDENİZ CERRAHİ DERNEĞİ</b>	
Doç. Dr. Taner Çolak / Yönetim Kurulu Başkanı.....	121
<b>ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Sadık Ersöz / Genel Cerrahi AD. Başkanı.....	122
<b>ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Sabri Selçuk Atamanalp / Genel Cerrahi AD. Başkanı.....	123
<b>BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Hamdi Karakayalı / Türkiye Organ Nakli Derneği Genel Sekreteri .....	124
<b>DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER YOĞUN BAKIM DERNEĞİ</b>	
Prof. Dr. Arzu Topeli İskit / DCY II. Başkanı.....	126
<b>DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Celalettin Keleş / Genel Cerrahi AD. Başkanı.....	133
<b>ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Enver İhtiyar / Genel Cerrahi AD. Başkanı .....	134
<b>GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ DERNEĞİ</b>	
Doç. Dr. Birol Bostancı / GCD Genel Başkanı .....	136



<b>GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Mustafa Şare / Genel Cerrahi AD. Başkanı .....	145
<b>GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ</b>	
Prof. Tabip Tuğamiral Turgut Tufan / GATA Genel Cerrahi AD. Başkanı .....	147
<b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Ömer Aran / Genel Cerrahi AD. Başkanı .....	148
<b>HEPATOPANKREATOBİLİYER CERRAHİ DERNEĞİ</b>	
Prof. Dr. İbrahim Astarcioglu / THCD Başkanı .....	150
<b>İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Ali Akyüz / Genel Cerrahi AD. Başkanı .....	152
<b>KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Etem Alhan / Genel Cerrahi AD. Başkanı .....	154
<b>KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. H. Fatih Ağalar / Genel Cerrahi AD. Başkanı .....	155
<b>MEME HASTALIKLARI DERNEKLERİ FEDERASYONU</b>	
Prof. Dr. Ömer Harmancıoğlu / MHDF Başkanı .....	158
<b>S.B. ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ</b>	
Prof. Op. Dr. Raci Aydın / 1. Genel Cerrahi Kliniği Şefi .....	160
<b>S.B. ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ</b>	
Op. Dr. Ahmet Kuşdemir / 2. Genel Cerrahi Klinik Şefi .....	162
<b>S.B. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ</b>	
Op. Dr. A. U. Öngören / 2. Genel Cerrahi Klinik Şefi .....	163
<b>S.B. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ</b>	
Prof. Dr. Mehmet Ali Akkuş / 4. Genel Cerrahi Klinik Şefi .....	164
<b>S.B. İZMİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ</b>	
Dr. Ali Galip Deneçli / Cerrahi Koordinasyon Şefi .....	166
<b>S.B. İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ</b>	
Doç. Dr. Ragıp Kayar / I. Cerrahi Klinik Şefi .....	167
<b>S. B. İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ</b>	
Doç. Dr. Ragıp Kayar / Cerrahi Klinik Şefi .....	171
<b>S. B. ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ</b>	
Doç. Dr. Uğur Berberoğlu / 2. Cerrahi Kliniği Şefi .....	172
<b>SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Adil Kartal / Genel Cerrahi AD. Başkanı .....	174
<b>TÜRK KOLON VE REKTUM CERRAHİSİ DERNEĞİ</b>	
Prof. Dr. Ethem Geçim / TKRCD Üyesi .....	175
<b>ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ</b>	
Prof. Dr. Nusret Korun / Genel Cerrahi AD. Başkanı .....	184
<b>ULUSAL TRAVMA VE ACİL CERRAHİ DERNEĞİ</b>	
Prof. Dr. Cemalettin Ertekin / UTACD Başkanı .....	185



## TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ: TEMEL KAVRAMLAR

Prof. Dr. Cem Terzi / Türk Cerrahi Derneği Genel Başkanı

### TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNİN TANIMI

Tıpta uzmanlık eğitimi, uzmanlık eğitimi öğrencisine/asistana rehberlik ve gözetim altında sunulan organize eğitim programıdır; bir yandan hastaların güvenli ve uygun sağlık hizmeti almalarını garanti altına alınırken öte yandan asistanın mesleki ve kişisel gelişimi sağlanır.

Tıpta uzmanlık eğitimini, yapısı, süreçleri ve sonuç bileşenleri ile incelemek kolaylık sağlar (Tablo1). Uzmanlık eğitiminin yapısı; uzmanlık eğitiminin organizasyonunu, ilgili yasa ve yönetmelikleri içerir. Uzmanlık eğitimi süreci, yapılandırılmış bir eğitim müfredatını, didaktik eğitim etkinliklerini ve uygun bir gözetim altında gerçekleştirilen hasta tanı ve tedavi etkinliklerinin bütünleşmesini içerir. Günümüzde bu süreç, yalnızca uzmanlık eğitimi süresini içerecek biçimde ele alınmamakta, asistanlarda yaşam boyu sürecek öğrenme becerilerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi de amaçlanmaktadır. Uzmanlık eğitiminin sonucu ise yetiştirilen uzman hekimin başarımı ve yeterliliğidir.

**Tablo 1:** Uzmanlık eğitimi.

<b>I. Yapı</b>	{organizasyon, yasa ve yönetmelikler}
<b>II. Süreç</b>	{eğitim programı, çekirdek eğitim müfredatı, eğitim etkinlikleri, eğitim ortamı, eğiticiler, gözetim rehberlik danışma hizmetleri, değerlendirme ve geri bildirim, dokümantasyon}
<b>III. Sonuç</b>	{başarım ve yeterlilik}

Son yıllarda Türkiye’de uzmanlık eğitimi ortamı, oldukça dinamikdir. Yeterince sistematik ve sonuca yönelik olamasa da bir standardizasyon ve iyileştirme çabaları olduğu açıktır. Yukarıda tanımlanan bileşenlerin neredeyse tamamında iyileştirme çabaları aynı anda sürdürülmeye çalışılmaktadır. Oldukça karmaşık olan uzmanlık eğitimi alanında yeniden yapılandırma çalışmaları bilimsel sistematığe ve taraflar arasında eşgüdüm gereksinim duymaktadır.

### TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNE GİRİŞ/ASİSTANLARIN SEÇİMİ

Uzmanlık eğitimine girişte asistan seçiminde çeşitli yöntemler söz konusudur: Yetenek testleri (bilgi ve özel yetenek ve eğilimlerin saptanması), kişilik testleri (kişilik /davranış yönelimleri, ilgi alanları ve motivasyonun saptanması) gibi. Bu konuda gelişmiş bir örnek Hollanda’da uygulanan asistan seçimi sitemidir. Bu ülkede asistan



seçimleri 1983'ten buyana uzmanlık dernekleri tarafından yapılmaktadır ve yukarıda sözü edilen aşamaları içermektedir. Bazı ülkelerde kognitif bilgiyi ölçen genel bir sınavın yanı sıra adayın mezuniyet öncesi tıp eğitimindeki başarısına da bakılmakta; tıp fakültesi puanları değerlendirilmeye alınmaktadır. Bunlara ek olarak klinik ve teknik becerileri ve tutumları ölçmeye yönelik nesnel örgün klinik sınav ("Objective Structured Clinical Examination") veya nesnel örgün teknik beceri sınavı ("Objective Structured Assessment of Technical Skills") gibi yeni sınav tipleri, son yıllarda giderek daha yaygın kullanılmaktadır.

Ülkemizde Eylül 1987'den itibaren tıpta uzmanlık eğitimine giriş merkezi bir sınavla gerçekleşmektedir. Yükseköğretim Kuruluna (YÖK) bağlı Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından gerçekleştirilen tıpta uzmanlık sınavı (TUS), kognitif bilgiyi çoktan seçmeli sorularla ölçmeye yönelik bir sınavdır. Bu sınavda her dönem yaklaşık 12-13 bin hekim sınava girmekte buna karşılık ortalama 16 adaya bir kadro açılmaktadır. TUS öncesi asistan seçiminde yaşanan haksız ve kayırmacı uygulamalar göz önüne alındığında TUS, tıp eğitimi ortamına getirdiği adalet ilkesi ile çok olumlu bir etki yapmakla kalmamış aynı zamanda uzmanlık eğitimine alınan asistan kalitesinde de bir sıçramaya yol açmıştır. Bu anlamda TUS'nın uzmanlık eğitimi alanına çok olumlu katkı yaptığı bir gerçektir. Ancak, bir yarışma sınavı olması nedeniyle mezuniyet öncesi tıp eğitimi olumsuz etkilemekte ve ölçme-değerlendirmeyi kognitif bilginin bir kez ve çoktan seçmeli sınav sınırlılıkları ile ölçülmesine indirgemektedir. Tıp Fakültelerinin 6. yılı öğrenciler açısından TUS'a hazırlık yılı gibi algılanmakta ve edinilmiş tıbbi bilgilerin uygulanmasına yönelik intern'lük sistemi aksamaktadır. Son yıllarda üniversite giriş sınavlarına hazırlık dersaneleri gibi TUS hazırlık dersaneleri ortaya çıkmıştır.

### **ASİSTANLARIN ÇALIŞMA SAATLERİ**

Asistanlar uzmanlık eğitimi süresince hastalara sunulan sağlık hizmetinde sorumluluk alır, klinik deneyim, bilgi ve becerilerini geliştirirler. Eğitim kalitesi ile sağlık hizmeti kalitesi arasında uygun bir denge oluşturulması şarttır. Eğitim hedefleri ile asistanlardan tarafından sunulan sağlık hizmetinin ağırlığı çelişmemelidir. Bu temel ilkenin uygulamalara tam olarak yansımadağı bilinen bir gerçektir. Asistanlar tarafından karşılanan hizmet yükü pek çok kurumda eğitimi engelleyecek düzeydedir. Ülkemizde hekimlerin yasal olarak haftalık çalışma süresi 45 saattir ve pek çok hekim sıklıkla nöbetlerde hiç dinlenmeden 36 saat çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Asistanlar da aynı yasaya tabi olmalarına rağmen haftalık çalışma saatleri yasal sürenin çok üzerinde gerçekleşmektedir. Hizmetin sürekliliği, asistanın eğitim ve dinlenme gereksinimi ve hastaya sunulan sağlık hizmetinde risk alınmaması standart çalışma saatlerinin belirlenmesini zorunlu kılmaktadır. Bu konuda ulusal standartlar, uluslararası standartları da gözeterek geliştirilmelidir.





Son yıllarda asistanların çalışma süreleri ile ilgili ABD ve Avrupa Birliği ülkelerinde yeni yasal düzenlemelere gidilmiştir. ABD’de asistanlar için haftada 80 saatten daha uzun süre çalışmak 2004 yılından bu yana yasaklanmıştır. Bu kurala uymayan birimlerin eğitim verme yetkesi askıya alınmaktadır. Avrupa Birliği’nde ise Ağustos 2004 yılında haftalık çalışma süresi 58 saat olarak sınırlandırılmış ve kademeli bir geçişle 2007 yılında 56 saat/hafta ve 2009 yılından itibaren 48 saat/hafta şeklinde bir düzenlemeye gidilmiştir. Keza 24 saat nöbetten sonra 11 saat kesintisiz istirahat yasal zorunluluk haline getirilmiştir.

### ASİSTAN SAYILARI

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi genellikle, uygulanabilen yapılandırılmış bir müfredattan yoksun olarak gerçekleşmektedir. Asistanlar kliniklere eğitim alacak öğrenciler olarak değil adeta hastalara rutin sağlık hizmetini sunacak görevliler olarak alınmaktadır. Oysa, tıpta uzmanlık eğitimine alınacak asistan sayısı belirlenirken kurumun olanakları (klinik/pratik eğitim), eğitici kapasitesi ve diğer olanaklar göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı (SB) 2003 yılı verilerine göre ülkemizde toplam 18 000 asistan uzmanlık eğitimini 3 kurumda (Üniversiteler, SB ve SSK Eğitim ve Araştırma Hastaneleri) almaktadır.

Türkiye’de 2002 yılı verilerine göre 31’i eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere SB’na bağlı 654, 13’ü eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere SSK’ya bağlı 120 hastane mevcuttur. Üniversite eğitim ve araştırma hastanelerinin sayısı yaklaşık 50’dir. Bu dağılımın bir yansıması olarak, 1999-2002 yılları arasında SB hastanelerinde ayaktan verilen poliklinik hizmeti üniversite hastanelerinin 12 katı, yatan hasta sayısı ise 5 katı olarak hesaplanmıştır.

2005 yılından itibaren SSK ve diğer kurumlar SB’na bağlanmıştır. 2006 yılı SB verilerine göre SB Eğitim Hastanelerinde 6620 uzman hekim ve 7319 asistan bulunmaktadır. Buna karşın üniversite hastanelerinde 11 256 uzman hekim ve 8 895 asistan bulunmaktadır. Bu verilere göre toplam asistan sayısı 16 214’tür.

Uzman hekim sayısı, ulusal insan gücü planlamasının önemli bir bileşenidir: Ekonomik kaynaklar, toplumun sağlık gereksinimleri, demografik değişimler, bilimsel gelişmeler, hekimlerin coğrafik dağılımı ve pek çok diğer faktör aracılığı ile belirlenmesi gereken stratejik bir iştir. Tıpta uzmanlık eğitiminin lisansüstü eğitimleri içinde en pahalı ve en karmaşık olanlardan biri olduğu unutulmamalıdır.

### TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNDE TEMEL SORUNLAR

Asistanlar, çoğu kez eğitim programının amaçlarını gerçekleştirmeye izin vermeyecek kadar uzun bir çalışma saati ve ağır bir iş yükü ile hasta bakımı/sağlık hizmeti sun-



mak durumunda kalmaktadırlar. Çoğu kez asistanlar yalnız çalışmakta, uygun gözetim ve yardım almamaktadırlar. Önceden saptanmış kurallar ve görev tanımlamalarının olmaması çok çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Çalışma ortamının fiziki alt yapısı ve eğitim için gerekli donanım yetersiz olabilmektedir.

Ülkemizde uzmanlık eğitimi ile ilgili yasal mevzuat eski ve yetersizdir. Uzmanlık eğitiminin finansmanı yetersiz organizasyonu eksik ve sorunludur. Bu temel sorunlar diğer bileşenleri de etkileyerek uzmanlık eğitimi kalitesini sınırlamaktadır.

Uzmanlık eğitiminde yaşanan sorunlar yalnızca Türkiye'ye özgü değildir. 1999 yılında İngiltere'de toplanan "Permanent Working Group of European Junior Doctors" isimli çoğunluğu Avrupa Birliği ülkelerinden üyeler içeren uzmanlık eğitimi grubu şu sorunları saptanmıştır:

- 1.Uzmanlık eğitimi öğrencisinin eğitim gereksinimine yeterli dikkatin gösterilmediği aşırı uzun çalışma saatleri
- 2.Uzmanlık eğitimi finansmanının yetersizliği
- 3.Kurum ve eğitimi alan birey düzeylerinde eğitimin iyi planlanmamış olması
- 4.Eğiticilerin pedagojik yetersizliği
- 5.Eğitici sistemi organizasyonunda yetersizlik
- 6.Akredite eğitim kurumlarının asgari kriterleri karşılamaması
- 7.Eğitim ortamında bilgi teknolojisi ve kütüphane hizmetlerinin olmaması
- 8.Asistanların araştırma ve kalite gelişim programlarına katılmaları için fırsat ve zamanlarının olmaması

Avrupa ülkelerinde tanımlanmış olan bu sorunların bizim için de geçerli olduğunu söylemek zor değildir. Bunlara ek olarak, yasal mevzuatın yetersizliği, eğitim programının, yapılandırılmış bir müfredatının olmaması, eğitim veren kurumları akredite eden ve denetleyen mekanizmaların olmaması, eğitim kurumlarının fiziki, teknik, eğitim ve insan gücü alt yapılarındaki yetersizlikler, bazı kurumların karşılamak zorunda oldukları ağır hizmet yükü, eğiticilerin özlük haklarındaki yetersizlikler, asistanların kendileri ile ilgili konularda (eğitim programının planlanması, çalışma koşulları gibi) görüşlerinin alınmaması, asistanları temsil edecek bir yapının olmaması gibi bize özgü sorunlar da eklenince ülkemizde tıpta uzmanlık alanında çok ciddi çalışmaların yapılması gereği ortaya çıkmaktadır.

### UZMANLIK EĞİTİMİ ORGANİZASYONU

Uzmanlık eğitimi organizasyonu ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir (Tablo 2). Amerika Birleşik Devletleri, Portekiz ve Kanada'da uzmanlık eğitimi organizasyonu tamamen tabipler birliği ve uzmanlık dernekleri gibi sivil toplum kuruluşlarınca, İsveç ve Danimarka'da ise tamamen devlet eliyle yürütülmektedir. Avustralya, Norveç ve İngiltere ise sivil toplum kuruluşlarıyla kamu otoritelerinin sorumluluğu birlikte paylaşır.



**Tablo 2:** Uzmanlık eğitimi organizasyon modelleri

Tamamen sivil kuruluşlar	ABD
	Kanada
	Portekiz
Tamamen kamu otoritesi	İsveç
	Danimarka
Kamu otoritesi ve sivil kuruluşlar	Avustralya
	Norveç
	İngiltere

ğı ülkelere örnektir. Finlandiya’da ise uzmanlık eğitimini üniversiteler organize etmektedir. Örneklerden görüldüğü gibi uzmanlık eğitiminde sorumlu otorite ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir.

Bu modellerden birinin diğerine üstün olduğunu öne sürmek güçtür. Her ülkenin kendi gereksinimlerine ve yapılanmasına uygun bir model üretmesi ve bu modeli zaman içinde geliştirmesi esastır.

Norveç’te 80 yıldır tabipler birliği ve uzmanlık dernekleri tarafından yürütülmekte olan uzmanlık eğitimi organizasyonu 1999’da yapısal bir değişim geçirmiştir. Uzman hekim açığının ciddi boyutlara ulaşması üzerine hükümet tarafından kurulan Uzmanlık Eğitimi Ulusal Konseyi kamu görevlileri ve sivil toplum kuruluşları yöneticilerinin birlikte çalışmasına aracılık etmiş; bir yandan uzmanlık eğitimi finansmanı artırılırken diğer taraftan ülkenin sağlık gereksinimlerini karşılamaya yetecek sayıda uzman hekimi yetiştirmek üzere gerekli önlemler alınmıştır.

Ülkemizde, 11.04.1928 Tarihli ve 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrası’na Dair Kanununun 8, 9 ve 10. maddelerinde “**Türkiye Tıp Fakültesinden veya Sağlık Bakanlığı’nca kabul ve ilan edilecek kurumlardan uzmanlık belgesinin alınabileceğini, uzmanlık eğitiminin Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak tüzüklerle tanzim edileceğini ve bu eğitimi verebilecek kişilerin sıfatı**” tanımlanmaktadır. 4.11.1981’de kabul edilen 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununun 3. maddesinde, Tıpta Uzmanlık, “**Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir**



**yükseköğretim”** olarak tanımlanmıştır. Öteyandan Danıştay 8 dairesi 2000 yılında tıpta uzmanlık eğitiminde Türk Tabipleri Birliği'nin görev ve sorumluluğunu şu içtihatla belirlemiştir: **“...tıpta uzmanlık eğitiminde tek otorite Sağlık Bakanlığı olmayıp: uzmanlık eğitimi, yetkili Devlet Hastaneleri dışında tıp fakültelerinde ve Sağlık Bakanlığınca yetkili kılınmış sağlık kurumlarında da verilmektedir. Ayrıca hekimlik mesleğine ilişkin bütün sorunları görüşüp çözüm önerileri üretmekle görevli kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olan ve ilk kez 1219 Sayılı Yasa ile oluşumu düzenlenen tabip odaları da , tıp uzmanlığı eğitimi ile doğrudan ilgilidir. Dolayısıyla tıp uzmanlık eğitiminin standardının ve bu eğitimi verecek sağlık kurumları ile asistan yetiştirmeye yetkili kılınacak uzmanların niteliklerinin Sağlık Bakanlığının koordinatörlüğünde, tıp fakülteleri, tabip odaları ve uzmanlık eğitimi verilen kuruluşların ortak katkılarıyla belirlenmesi ...yürütülen hizmetin gereğidir...tıp uzmanlığı eğitimi konusunun, bu eğitimi vermeye yetkili, tıp mesleği ile doğrudan ilgili kuruluşlarla birlikte Sağlık Bakanlığınca düzenlenmesi, 1219 Sayılı yasanın tıp mesleğinin icrası ile ilgili olarak öngördüğü denetim ve kontrol sisteminin doğal sonucudur.”**

Ülkemiz için uzmanlık eğitimi alanında ulusal sağlık otoritesinin yeniden tanımlanmasına izin verecek yasal düzenlemelere ivedilikle gerek vardır. Pek çok ülkede, ulusal sağlık otoritesi, kamunun bütün bileşenlerini yani devlet kurumlarını ve sivil toplum örgütlerini birlikte içermektedir. Ülkemizdeki uzmanlık eğitiminin tarafları; Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, TTB ve Uzmanlık Dernekleridir. Bu nedenle gerekli yasal değişiklik yapılarak yetki ve sorumluluk adı geçen kuruluşlar arasında ortaklaştırılmalıdır. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün öngördüğü kurul ve komisyonlar bu yapılanmanın eşit ve etkin temsiliyetine açık olmalıdır. Üniversiteler, eğitim hastaneleri ve mesleğin temsilcisi örgütlerin; uzmanlık derneklerinin eşit olarak temsil edildikleri bu kurul ve komisyonlar icracı bir özellik taşımaktadır.

## EĞİTİCİLER

Tıpta uzmanlık eğitiminde yer alacak eğiticilerin özelliklerini belirlemek kolay değildir. Çoğunlukla nesnel ölçüt olarak yayın sayısı ve yayınların aldığı atıf sayısı dikkate alınır da bunların yetersiz olduğu ve eğitici özelliklerini yansıtmadığı yaygın bir görüştür.

Eğiticilerin belirlenmesinde, adil ve şeffaf, tüm ülkeye açık yarışma sistemiyle, tanımlanmış işe uygun kişinin seçilmesi yöntemi genel bir kuraldır. Eğiticiler için eğitim, araştırma, hasta hizmeti ve idari görevler arasında bir denge saptanması çok önemlidir. Haftalık, aylık ve yıllık çalışma programlarının önceden belirlenmesi ile bu denge belgelendirilmeli ve denetlenmelidir.



Eğiticilerin eğitimi programları ile eğiticilere pedagojik formasyon ve yeni öğretme tekniklerin kazandırılması yararlı olmaktadır. Eğiticilerin 'eğiticilerin eğitimi' programlarına aktif katılımı özendirilmesi ve akademik etkinliklerin ödüllendirilmesi eğitici desteğinde diğer temel öğelerdir.

Eğitim programının organizasyonunda, koordinasyonunda, yönetiminde ve değerlendirilmesinde sorumlu kişi ve kişiler açıkça belirtilmelidir. Eğitim sürecindeki sorumlular ayrıca belirlenmelidir. Eğitim programından sorumlu otorite (anabilim dalı başkanı ya da şef), planlama, uygulama, asistanları değerlendirme ve yeni eğitim yöntemleri geliştirme için gerekli kaynakları sağlamakla sorumlu tutulur. Eğitim programı sorumlusu, eğitim programının planlamasında geniş katımlı bir ekip çalışması yürütmelidir (asistanlar, diğer çalışanlar, eğiticiler, yöneticiler gibi).

Tıpta uzmanlık eğitimi için üzerinde uzlaşmış ve benimsenmiş bir uluslararası eğitici/eğitilen oranı için bir standarttan söz etmek güçtür. Ancak, bazı kaynaklarda, eğitim veren bir birimde en az 3 eğitici olması gerektiğine yer verilmiştir.

Uluslararası uzmanlık eğitimi iyileştirme kriterlerinde, bir eğiticinin haftada en az 20 saatini asistan eğitimi için ayırması gerektiğinden, yani günde 8 saat'lik çalışma süresinin yarısının eğitime ayrılmasından söz edilmektedir.

Ülkemizde, dünyada pek örneği mevcut olmayan bir şekilde SB tarafından eğitici ataması yapılabilmektedir. Bu durum çok ciddi sorunlara ve tartışmalara yol açmıştır. SB'nin şefleri sınavsız ataması hukuksal bir mücadele alanına dönüşmüş ve bu atamaları iptal eden yargı kararları geçmişe yönelik olarak uygulanmayarak adalet ilkesi zedelenmiştir.

Ülkemizde eğitici kadrolar için gerek Yükseköğretim Kurulu (YÖK)/Tıp Fakülteleri ve gerekse SB sistemlerinde adil ve şeffaf, tüm ülkeye açık yarışma sistemiyle, tanımlanmış işe uygun kişinin seçilmesi yönteminin uygulanmadığı belirtilmelidir. YÖK/Tıp Fakülteleri ve SB eğitici kadroları arasındaki özlük hakları farkları da diğer bir sorundur. Tüm bu olumsuzluklara rağmen Türkiye'de çoğunluğu YÖK kadrosunda olmak üzere azımsanmayacak bir eğitici kadrosu görev yapmaktadır. (Şekil 1)

## UZMANLIK EĞİTİMİ PROGRAMININ AKREDİTASYONU

Uzmanlık eğitimi akreditasyonu, uzmanlık eğitimi organizasyonundan sorumlu otorite veya bu otoritenin görevlendirdiği/tanıdığı bir akreditasyon kurumu tarafından yapılan, eğitim programının önceden belirlenmiş bazı temel standartları karşılayıp karşılamadığının denetlenmesi sürecidir.

Pek çok ülkede bu amaca yönelik farklı modeller geliştirilmiştir. En yetkin örneklerden biri Amerika Birleşik Devletleri'nde Uzmanlık Eğitimi Akreditasyon Komitesi ("Accreditation Council for Graduate Medical Education") tarafından uygulanmaktadır. Bu komite çeşitli sivil toplum kuruluşlarından (American Board of Medical Specialties,



**Şekil 1.** Tıpta uzmanlık eğitiminde eğitici sayıları ve kurumlara dağılımı- SB verileri 2003

Üniversite	Toplam	Prof.	Doç.	Y.Doç.	Diğer*
Temel Tıp Bilimleri	1.979	481	262	325	911
Dahili Tıp Bilimleri	7.230	1.350	667	957	4.256
Cerrahi Tıp Bilimleri	5.987	1.159	555	816	3.457
<b>TOPLAM</b>	<b>15.196</b>	<b>2.990</b>	<b>1.484</b>	<b>2.098</b>	<b>8.614</b>

6.572

2.126

Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri	Toplam	Şef	Şef Yrd.	Başasistan
	2.126	456	590	1.080

\* Öğrt. Grv., Okutman, Uzman, Araş. Grv., Çevirici.

American Hospital Associations, American Medical Association, Association of American Medical Colleges, Council of Medical Specialty Societies) oluşur ve federal hükümet tarafından tanınır. Amerika Birleşik Devletleri Uzmanlık Eğitimi Akreditasyon Komitesi, amaçlarını uzmanlık eğitiminin ulusal standartlarını belirlemek, yürürlükte olan eğitim programlarını değerlendirmek ve onaylamak, uzmanlık eğitiminin kalitesini belli aralıklarla değerlendirerek bu programların geçerli, adil, açık ve etik olmalarını garanti altına almak şeklinde özetlemektedir. Aynı komite sorumluluk tanımında eğitim kalitesini artırmak isteyen her kurum ve kişi için bilgi kaynağı olmak, yardım ve destek sağlamak, eğitim sonuçlarını akreditasyon kararları ile ilintilendirmek, çalışmalarını veri ve kanıtlar doğrultusunda sürdürmek ve kalite iyileştirmesi dahil olmak üzere temel yetkinlik gelişmelerini desteklemek gibi konulara yer vermektedir.

Son yıllarda akreditasyon değerlendirme ilkelerinin, eğitim sürecinden ziyade sonuca (uzman hekimin yeterliliğine) yönelik olması gerektiği vurgulanmaktadır. Uzmanlık eğitim programlarının lokal gereksinimleri göz önünde bulunduran müfredatlar geliş-



tirmesi ve eğitim kurumunun toplumsal yükümlülüklerini de dikkate alması akreditasyon komitesince desteklenmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Uzmanlık Eğitimi Akreditasyon Komitesi 114 uzmanlık alanında, 100 000 asistanı kapsayan 78 000 uzmanlık eğitimi programını akredite etmektedir. Gönüllülük temelinde yürütülen bir süreçtir. Akreditasyon, eğitim kurumunun ziyaret edilmesini içerir. Yılda ortalama 2100 ziyaret programı gerçekleştirilmektedir.

Uzmanlık eğitimi veren kurumların akreditasyonuna yönelik ziyaret programları Avrupa Birliği ülkeleri için 1997'de Avrupa Topluluğu Uzmanlar Birliği (ATUB) tarafından bir sistematige kavuşturulmuştur ["Charter on Visitation of Training Centres Adopted by the Management Council of the UEMS, Killameyl, Ireland, 24 October, 1997]

İsviçre'de 1992 yılında yürürlüğe konan uzmanlık eğitimi yeniden yapılandırma programı, ziyaret programlarını içermektedir. İsviçre'deki uygulamada eğitim programı değerlendirmesi bu ücret karşılığında bir raporla yapılanmakta ve bu rapor kamuoyuna açıklanmaktadır. Ziyaret programı yedi soruyu yanıtlamaya yönelik olarak gerçekleştirilmektedir.

1. Klinik hizmetin hacmi ve çeşitliliği tam bir uzmanlık eğitim programı için yeterli mi?
2. Tıbbi personel yeterli sayı ve yetkinlikte mi?
3. Alt yapı, kütüphane ve ekipman yeterli mi?
4. Sağlık hizmeti sunumu organize ve sistematik mi?
5. Eğitim için uygun bir ortam sağlanmış mı?
6. Tatmin edici bir teorik eğitim programı uygulanıyor mu?
7. Araştırma olanakları var mı?

1-3. sorular eğitim programının yapısına 4-7. sorular eğitim sürecine yöneliktir. İlk 6 soru 3 puan üzerinden, 7. soru var/yok puanlaması ile değerlendirilmektedir.

Norveç'te aynı eğitim hastanesinde iki pediatri veya göz kliniğinin akreditasyon komitesinden önce birbirlerini ziyaret etmeleri değerlendirme sonuçlarını birbirlerine rapor etmeleri şeklinde yeni bir program yürütülmektedir. Bu uygulamaların ardından akreditasyon komitesi ziyareti gerçekleştirilir. Oldukça açık ve destekleyici bir deneyim olan bu uygulama yararlı bir örnek oluşturmaktadır.

Ülkemizde ise eğitim programlarını ne başlangıçta ne de süreçte değerlendiren/ denetleyen özerk bir kurum/süreç söz konusu değildir. Bu durum, ülkemizdeki tıpta uzmanlık eğitimi alanının en önemli eksikliğidir demek yanlış olmaz. Ülkemizde yakın zaman içinde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ve Genel Cerrahi uzmanlık dernekleri bünyesinde kurulan yeterli kurumlarının akreditasyon hedefine yönelik kurum ziyaretlerini başlattığını sevinçle izliyoruz.



## UZMANLIK EĞİTİMİ PROGRAMI

Eğitim hedeflerinin belirlenmesi eğitim programının ilk aşamasıdır (Tablo 3). Eğitim programı sonunda ulaşılması gereken hedefler açıkça ve gerçekçi olarak, olanaklı olduğunca ayrıntılı olarak belirtilmelidir. Eğitim programının amaç ve hedefleri ile eğitimi alan bireyin amaç ve hedefleri örtüşmelidir.

Eğitim programının hedeflerine ulaşmaya yönelik bir müfredatı olmalıdır. Bu müfredat bilgi-beceri-tutum bileşenlerini kapsayacak ayrıntıda olmalıdır. Hangi temel teorik bilgilerin edinileceği, bunların hangi yöntemlerle (dersler, hedefe yönelik okumalar vb. gibi) edinileceği ve hangi temel kaynakların kullanılacağı saptanmalıdır. Hangi klinik becerilerin edinileceği, bu becerilerin hangi işlemleri, hangi şartlarda, en az kaç kez yapılarak edinileceği tanımlanmalıdır. Bilgi ve becerileri pratik yaşamda uygularken uyulması gereken meslek kuralları, hasta hakları ve etik özellikler tanımlanmalıdır. Bilgi ve beceri mesleki değerlerle bütünleştirildiği zaman eğitimde tutum aşaması gerçekleştirilmiş olur.

Eğitim müfredatının yıllara yayılarak programlandırılması gerekir. Eğitim programını yürütürken genç bir asistanın karşılaşacağı zorlukları göz önünde bulundurarak, her asistana deneyimli bir eğiticinin danışmanlık/rehberlik yapması; asistanın mesleki ve kişisel gelişiminin insancıl yaklaşımlarla desteklenmesi yararlı olur. Danışmanın önemli bir görevi de asistanı entelektüel olarak stimüle etmek ve onun için rol model olmaktır. Uzun yıllardır çeşitli ülkelerde uygulanmakta olan danışman/rehber (mentor) eğitici uygulamasına yönelik en büyük eleştiri "kağıt üzerinde kaldığı" şeklindedir. Norveç'te yapılan bir çalışmada asistanların yalnızca %27'si düzenli olarak danışman eğitici ile görüştiklerini belirtmişlerdir.

## EĞİTİM ETKİNLİKLERİ

Eğitim etkinliklerini temel başlıklar altında toplamak olanaklıdır:

- Yapılandırılmış bir müfredat doğrultusunda didaktik etkinlikler
- Hasta tanı ve tedavisinde uygun gözetim altında pratik etkinlikler
- Yaşam boyu öğrenme becerilerini geliştirme ve sürdürmeye yönelik etkinlikler (Tablo3).

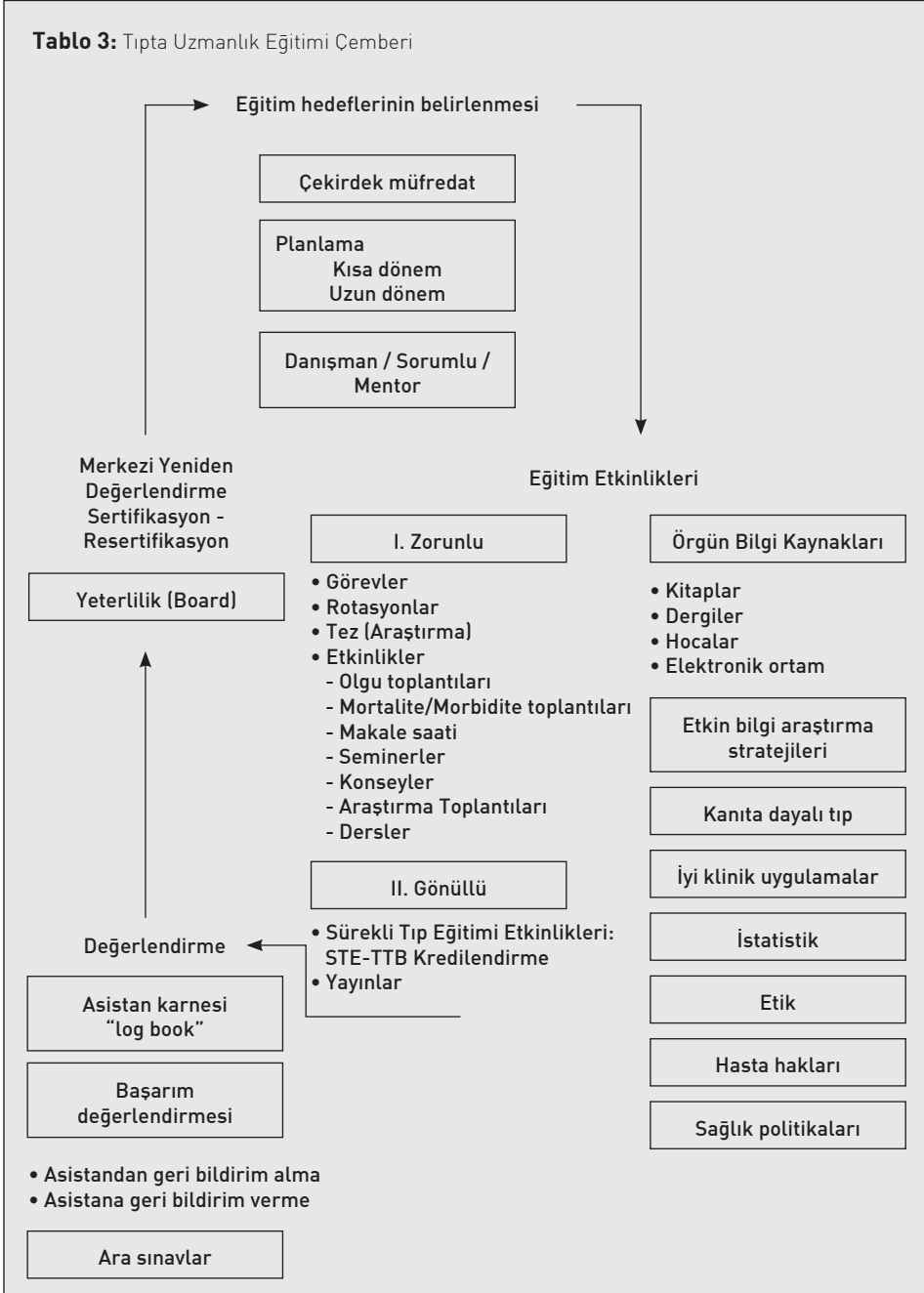
Eğitim, eğiticilerin günlük mesleki etkinliklerinin rutin bir parçası olmalıdır. Eğitim müfredatının uygulanmasını sağlayacak eğitim etkinlikleri, niteliksel ve niceliksel olarak asgari standartlara uygun olmalıdır. Bunların organize ve sistematik olarak uygulandığından emin olunmalıdır.

Tıpta uzmanlık eğitiminde, öğrenme ağırlıkla ve doğal olarak rutin klinik görevler sırasında gerçekleşir. Öğrenmenin beş temel kategorisi vardır: Görev sırasında öğrenim, düzenli eğitim ve gözetim etkinlikleri, rutin değerlendirme/danışmanlık ve ders-





**Tablo 3:** Tıpta Uzmanlık Eğitimi Çemberi





ler. Görev sırasında (iş üzerinde) öğrenimde eğiticinin sorumluluğu, hastanın bir riske maruz kalmadan ve en uygun tedaviyi almasını sağlayacak şekilde asistana gerekli geri bildirimlerde ve yönlendirmelerde bulundurmaktır. Yalnızca doğru ve yanlış yapılanları belirtmekle yetinilmemeli; asistanın kendi zayıf yönlerini görmesi sağlanmalı ve günlük klinik görevler sırasında eksikliklerini nasıl gidereceği konusunda yardımcı olmalıdır.

Didaktik eğitim etkinlikleri ile kendi kendine öğrenme becerilerinin geliştirilmesi arasında bir denge kurulmalıdır. Uzmanlık eğitiminin bir yetişkin eğitimi olduğu unutulmamalıdır. Kendi kendine/bağımsız öğrenme süreçleri uzmanlık eğitiminin asli unsurlarıdır. Eğitim programında kendi kendine öğrenme etkinlikleri için asistanlara yeterli zaman tanınmalı ve doğru yönlendirme yapılmalıdır. Eğitim ortamı öğrenmeye elverişli olmalıdır. Eğitici ile eğitilen arasındaki kast ilişkisi değiştirilmeli, eğitim öğrenci merkezli olmalıdır. Eğitici ile asistan arasında yapıcı, destekleyici, karşılıklı saygıya dayalı bir ilişki kurulmalıdır. Bilgi kaynaklarının (temel kitaplar, süreli dergiler, elektronik bilgi kaynakları, eğiticilerin ulaşılır olması gibi) eksiksiz sağlanması, özellikle elektronik ortamda doğru bilgiye hızlı erişimin becerilerinin edindirilmesi önemlidir.

Tıp bilimi, tıp eğitimi ve sağlık hizmeti sunumu arasında dinamik bir etkileşim vardır. Modern zamanların maliyet etkin sağlık hizmeti sunumu, doğru tıbbi işlemlerin doğru zamanda yapılması ile kavramlaşan kanıta dayalı tıp (iyi biyoistatistik bilgisi gerektirir), her geçen gün daha fazla gereksinilir hale gelen hastanın haklarının korunması, giderek ticarileşen sağlık ortamında doğru tutumun felsefesi olarak etik ve sağlığa bütüncül yaklaşabilmek için toplum sağlığını yönlendiren/yöneten sağlık politikalarının uzmanlık eğitimi içine yedirilmesi gerekir. Son yıllarda "web" temelli elektronik öğrenme yöntemleri ve simülasyon modelleri uzmanlık eğitiminde yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır.

Asistanların eğitim programı sırasında bilimsel araştırmalarda yer almaları bilimsel bir mantık edinmeleri ve bilimsel metodolojiyi öğrenmeleri açısından mutlaka gerekli ve çok yararlıdır. Uzmanlık öğrencileri bilimsel kanıtları değerlendirebilmeli ve uygulayabilmelidirler. Bunun için de bir araştırma projesinde veri analizi ve literatür değerlendirmesi yapmayı öğrenmeleri gerekir.

## DEĞERLENDİRME

Eğitim programının periyodik ve sistematik değerlendirmeye tabi tutulması eğitim sisteminin vazgeçilmez bir bileşendir (Tablo3). Bunun için öncelikle, etkinliklerin doğru ve ayrıntılı bir şekilde kaydedilmesi gerekir. Klasik asistan karneleri bu kayıtların tutulmasına yardımcı olur. Günümüzde elektronik asistan karneleri de geliştirilmiştir.

Başarımı (performans) değerlendirmek güçtür. Bu konuda kanaat alma ve verme şeklinde yapılan klasik yol hala geçerli ve sık kullanılan bir yöntemdir. Asistanlara belli aralıklarla eksik ya da iyi yönlerini olabildiğince nesnel, bazen de kaçınılmaz olarak



öznel değerlendirme sonuçları ile bildirerek, gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır. Asistanların da eğitim programını; kurumu ve eğiticileri değerlendirmelerine olanak tanınmalı ve bu geri bildirimlerde ortaya çıkan sorunların çözümüne yönelik gerekli değişiklikler zamanında yapılmalıdır. Eğitim programları iç ve dış denetim ("audit") sistemleri ile de değerlendirilebilir.

Asistanları bitirme sınavlarına ya da yeterlik sınavlarına, ara sınavlarla ("in training" bilgi ve başarımlar değerlendirilmeleri) hazırlamak yararlı bir yöntemdir. Pek çok ülkede uzmanlık eğitimi akreditasyonunda bir ön koşul olarak benimsenmiştir. Bu sınavlar, yapısal bilgiyi değerlendirmeye yönelik çoktan seçmeli sınavlar olabileceği gibi bilgi, beceri ve tutumun değerlendirilebileceği, nesnel örgün klinik sınavlarla (NÖKS) yapılabilir. NÖKS, tıbbi bilgileri klinik beceri ve tutumla birlikte değerlendirme şansı yaratan, geleneksel sözlü sınavların sorunlu yönlerini gidermeyi amaçlayan bir sınav tipidir. NÖKS istasyonlar şeklinde hazırlanmış "simüle" ortamlarda yapılır. Her bir istasyonda farklı bilgi / beceri / tutum değerlendirilir. Notlandırma, daha önceden kesin olarak belirlenmiş kriterler üzerinden yapılır. NÖKS geleneksel sözlü sınavlara kıyasla daha objektif ve adayı çok yönlü değerlendiren bir sınavdır. Sınav sonucunun jüriden etkilenme olasılığı en aza indirgenmiştir. İstasyonlarda simüle hastalar / klinik öyküler / maketler üzerinde muayene / tanı-tedavi yaklaşımları / iletişim becerileri değerlendirilir. NÖKS' eğitim programı müfredatının ana konularını soru olarak içerir.

### **BELGELENDİRME (SERTİFİKASYON)**

Lisans, devletin bir bireye, bir mesleği icra etmesi veya bir unvanı kullanması için verdiği belge olarak tanımlanır ve o mesleği icra edebilmek için lisans belgesinin alınması bir zorunluluktur. Sertifikasyon ise bir devlet kurumu ya da bir dernek ("association") tarafından bir bireyin önceden belirlenmiş bir takım kriterleri karşıladığına dair verilen özel belgedir ve genellikle gönüllü bir süreç ile edinilir. Birçok ülkede, çoğu kez merkezi sınav yöntemiyle, tıpta uzmanlık eğitim programının sonunda kamu otoritesi tarafından belgelendirme (lisans/yüksek lisans belgesi gibi) yapılır. Bu belgelendirme işlemi o alanda hekimlik pratiği yapabilmek için yasal bir zorunluluktur. Uzmanlık belgesi, kamu otoritesinin hekime, mesleğini icra etmesi veya uzman unvanını kullanması için verdiği belgedir. Sertifika ise genellikle uzmanlık derneği tarafından uzman hekimin önceden belirlenmiş bir takım kriterleri karşıladığına dair verilen özel belge olup genellikle gönüllülük temelinde alınır/verilir (Tablo3). Farklı ülkelerde farklı belgelendirme modelleri söz konusudur (Tablo 4).

Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, Avustralya gibi ülkelerde uzmanlık eğitiminin standartlarını yükseltmek, kalite denetimini sağlamak için uzmanlık eğitimi sonrasında ülke düzeyinde uzmanlık dernekleri tarafından standart sınavlar (yeterlik sınavları) yapılmaktadır. Gönüllülük ilkesi ile başlayan bu çalışmalar zamanla zorunlu



**Tablo 4:** Belgelendirme (sertifikasyon) modelleri

I. Kuzey Amerika Modeli (ABD, Kanada)	Eğitim programının ve uygulamasının akreditasyonu
	"in-training" performansın değerlendirilmesi
	Summatif değerlendirme - yazılı / sözlü sınavlar - NÖKS
II. İngiliz Modeli (İngiltere, Avustralya)	Eğitim kurumları akreditasyonu yok
	Eğitim sırasında , sonunda yazılı ve klinik değerlendirme; "Member/fellow of Royal College"
III. Avrupa Modeli (Almanya, Hollanda)	Daha esnek bir model
	Eğitim kurumu ve eğitici ağırlıklı bir rol üstlenir
	Final değerlendirme eğiticinin onayından sonra yapılır; yazılı ve sözlü değerlendirme

hale gelmiştir. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde yeterlik belgesi olmadan hekimlik yapılmasına izin verilmez. Ülkemizde son yıllarda, gönüllülük temelinde böyle bir eğilim ortaya çıkmıştır. Uzmanlık dernekleri, kendi alanlarında sınavla yeterlik belgesi vermeye (sertifikasyon) başlamıştır. Belgelendirme sınavlarına yöneltilen eleştirilerden biri maliyetleri ile ilişkilidir. İngiltere'de bir asistan bu sınavlar için ortalama 917(100-4180) Sterlin harcamaktadır. Bir diğer eleştiri konusu, başarı oranları hakkındadır. Yine İngiltere'de 1995 yılı Ağustos döneminde 300 kıdemli asistandan 191'i sınava iki kez, 63'ü ikinci defa ve 35'i üçüncü veya daha çok girmektedir. Başarısızlık oranının bu denli yüksek olması, sınavın başarısını sorgulamasına yol açmaktadır. Avrupa Birliği, üye ülkelerin uzman hekimlerini kendi alanlarında Avrupa Yeterlik Sınavlarına girmeye ve yeterlik belgesi almaya özendirilmektedir. Bu sınavların henüz yasal bir sonucu yoktur.

Bu belgelendirme işleminin farklı yöntemlerle belli aralıklarla yinelenmesine yeniden belgelendirme (resertifikasyon) adı verilir Sürekli mesleki gelişimi garanti altına almayı amaçlayan bu yöntem Amerika Birleşik Devletleri'nde uzun yıllardır uygulanmakta olup günümüzde İngiltere, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinin gündemindedir.

Ülkemizde pek çok uzmanlık derneği "board"larını (yeterlik kurulları) kurmuş durumdadır. Bazı uzmanlık dernekleri ise gönüllü sınavlarla uzman hekimlere yeterlik belgeleri (sertifikasyon) vermeye başlamıştır.



## TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ VE TOPLUMSAL SORUMLULUK

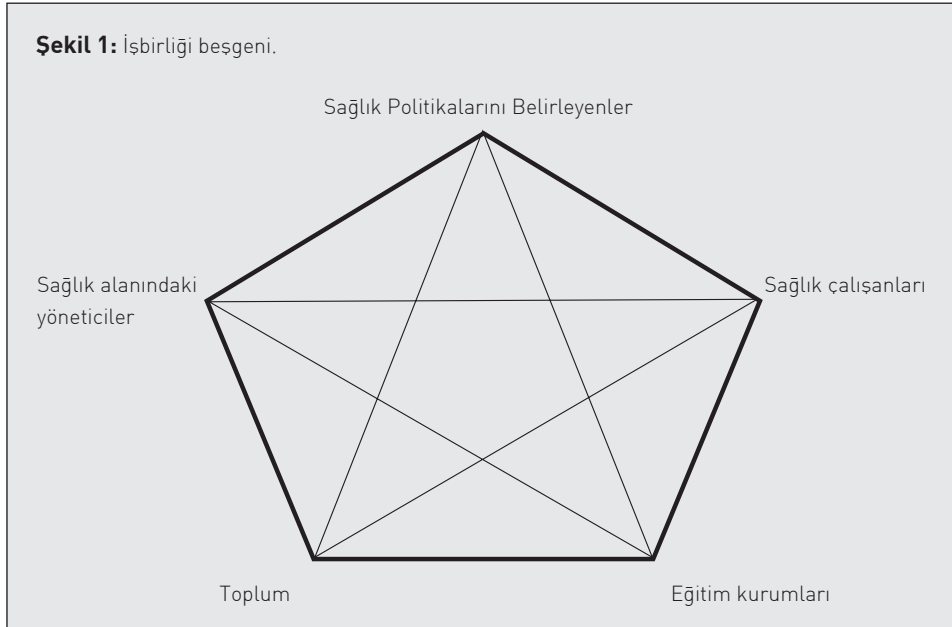
Yoksul hatta varlıklı ülkelerde temel sağlık sorunları sürmekte her geçen gün, toplumsal ölçekte etkili yeni sağlık sorunları eklenmektedir. Ekonomik büyümenin bir ülkenin gelişmişliğine, gelişmiş olmanın da her zaman insani gelişmişliğe karşı gelmediği zaman içinde öğrenilmiştir.

Eğitim kurumları, eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerini hizmet vermekle sorumlu oldukları toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yönlendirmek zorundadır. Tıp Fakülteleri, topluma sunulan sağlık sisteminin;

- Toplumun öncelikli sağlık sorunlarıyla ilişkili
- Yüksek kalitede
- Etkin maliyette
- Herkesin erişebildiği

niteliklerde olmasına katkıda bulunmalıdır. Sağlık sisteminin ilgili taraflarıyla iş ortaklığı geliştirilmelidir (Şekil 1).

Sağlık sisteminin iyileştirilmesi için ihtiyaç bulunan bilginin üretilmesi ve kullanılması eğitim kurumlarının ve eğiticilerin sorumluluğu olmalıdır. Ulusal sağlık otoritesi ile işbirliği yapılmalıdır.





## TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNDE YENİ YÖNELİMLER

İlgili literatüre bakıldığında son yıllarda hemen her ülkede tıpta uzmanlık eğitiminin karmaşık yapısından kaynaklanan sorunlar olduğu görülmektedir. Uzmanlık eğitimi düzenlemesi, uzmanlık eğitimi uygulaması ve uzmanlık eğitimi finansmanı alanlarında karşılaşılan sorunların kaynağında bu alanların her birinde farklı kurum ve kuruluşlar yer alması sorumlu tutulmaktadır. Hükümetler, yasa ve yönetmelikleri çıkarmakta, tıp fakülteleri ve diğer eğitim hastaneleri, uzmanlık eğitimi vermekte, uzmanlık dernekleri, uzmanlık board'ları uzmanlık eğitiminin denetlenmesinde ve akreditasyonunda rol oynamaktadırlar. Bu kurum ve kuruluşlar arasında bir eşgüdüm olmaması tüm ülkelerde ortak bir sorun olarak tanımlanmakta ve çözüm yolları aranmaktadır.

Yenilik olarak eğitim teknolojileri tıpta uzmanlık eğitimine de damgasını vurmaktadır. Son yıllarda tıpta uzmanlık eğitiminde giderek daha yaygın olarak simulatörler kullanılmaya başlanmıştır. Simulatörler kardiyoloji ve cerrahi başta olmak üzere her branşta kullanım yeri bulmuştur. Bilgisayardan robotlara kadar değişen bir çeşitlilikte her geçen gün yeni simulatörler geliştirilmektedir. Etkin geribildirim sağlamaları, sonsuz tekrarlama olanağı sunmaları, güçlük derecelerinin ayarlanabilir olması, çok farklı eğitim stratejileri sunabilmeleri, klinik farklılıklar yaratmanın mümkün olması, eğitim ortamının kontrol altında tutulabilmesi, kişiye göre eğitim olanağı sunabilmesi simulatörleri eşsiz bir eğitim aracına dönüştürmektedir.

Bir diğer yenilik elektronik öğrenme (E-öğrenme)'dir. E- öğrenmenin geçici bir moda olmadığı ve etkin bir yöntem olduğu genel kabul görmüş durumdadır. Elektronik ortamın öğrenme amaçlı kullanımı yalnızca bilgi transferi sağlama değil pek çok diğer eğitim amaçlarının da gerçekleştirilmesine olanak vermektedir. "On-line" öğrenme günümüzde etkin bir yöntem olarak itibar görmektedir. Eleştirildiği gibi kişileri izole etmemekte aksine bu ortam sayesinde "on-line" topluluklar oluşmakta ve etkileşime olanak sunmaktadır. Kısaca günümüzde eğitim teknolojileri pedagojinin yeni partneridir.

Diğer bir yenilik olarak değerlendirme yöntemlerinde yaşanmaktadır. Klasik değerlendirme yöntemleri (yazılı sınav, sözlü sınav ve klinik sınavlar) yavaş yavaş terk edilmekte ve bunların yerini NÖKS ve benzeri yeni formatlarda yeterli ve performans değerlendirimi yapılmaktadır. Bu değerlendirme yöntemleri ile her bir eğitim amacı için kabul edilebilir minimum standartların karşılanıp karşılanmadığı, ilgili klinik beceriler edinilip edinilmediği, pratik girişimler için ustalaşılıp ustalaşılmadığı araştırılmaktadır. Ayrıca yeni değerlendirme yöntemleri ile iletişim becerileri, bilgi (bilgi) becerileri, klinik yargı-karar becerileri, tutum, profesyonellik, ekip çalışması becerileri ve sağlık sistemi hakkındaki bilgi gibi alanlar da değerlendirilebilmektedir. Asistan kartesi yerine portfolyo tutulması ve bu sürecin bir kendi kendini değerlendirme sürecine



dönüştürülmesi de yeni bir yaklaşım olarak yaygınlaşmaktadır. Bu sayede asistanın eğitim için kişisel sorumluluk alması sağlanmaktadır. Uzmanlık eğitimi programının uygulanmasını dökümanete eden portfolyo sistemi elektronik olarak da tutulabilmektedir.

Son olarak, tıpkı mezuniyet öncesi eğitimle ilgilenen tıp eğitimi bilim dalı gibi uzmanlık eğitimi de giderek profesyonel bir ilgi alanına dönüşmektedir. Tıpta uzmanlık eğitimi alanının bilgisi ve araştırma sistemi gelişmektedir.

### **TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNDE GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR İÇİN BAŞLIKLAR**

Pek çok ülkede tıpta uzmanlık eğitiminin modernizasyonuna yönelik çalışmalar aralıksız sürmektedir. Bunlar arasında uzmanlık eğitiminin sorumluluğu açısından santalizasyon çalışmaları dikkat çekicidir. Tıpta uzmanlık eğitimi ile toplumun sağlık gereksinimleri ve ülkenin sağlık sistemi arasında yakın ilişki kurulmasına çalışılmaktadır. Tıpta uzmanlık eğitimi ile tıp fakültesindeki mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim etkinlikleri arasında güçlü bir entegrasyon oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bazı ülkelerin generalistlere bazı ülkelerin ileri uzmanlaşmaya gereksinimi olduğundan kimi ülkelerde uzmanlık alanlarında aşırı yan dallaşma sorunu yaşanmakta kimi ülkeler ise yeni yeni yan dal uzmanlık alanları



## KAYNAKLAR

1. Graduate Medical Education Directory 1999-2000. (1999). Washington, DC: American Medical Association.
2. Borman E. and O'Grady P. (1997). Postgraduate training. Policy paper prepared by the Subcommittee on Postgraduate training: Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors. *Medical Education*, 31:3-8.
3. Wartman S., O'Sullivan P. S., and Cyr M.G. (1990). The service/education conflict in resident programs: A model for resolution. *Journal of General Internal Medicine*, 5:59-69.
4. Buckley E. G. (1995). The European union and postgraduate medical education in Scotland. *Health Bulletin (Edinburgh)*, 53:189-191.
5. Mueller CB. (1984.) Implication for licensure and certification. In VR Neufeld and GR Norman (Eds). *Assessing clinical competence*. New York, Springer, p.311-339
6. Calman K. C. (1995). Certification in postgraduate medical education. *Medical Education*, 29 Supplement 1 (1995). Certification in postgraduate medical education. *Medical Education*, 29 Supplement 1: 100-102.
7. Case S. and Bowmer I. (1994). Licensure and specialty board certification in North America: Background information and issues. In D. Newble, B. Jolly, & R. Wakeford (Eds.) *The certification and recertification of doctors. Issues in the assessment of clinical competence* Cambridge, UK: Cambridge University Press. pp. 19-27.
8. Gibson D.R., and Campbell R.M. (2000). Promoting effective teaching and learning: Hospital consultants identify their needs. *Medical Education*, 34:126-130
9. Wall D., and McAleer S. (2000). Teaching the consultant teachers: Identifying the core content. *Medical Education*, 34:131-138.
10. Lycke K.H., Hoftvedt B.O., and Holm H. A. (1998). Training educational supervisors in Norway. *Medical Teacher*, 20:337-340.
11. Coles C. (1993). Education in practice: Teaching medical teachers to teach. In C. Coles and H.A. Holm (Eds.), *Learning in medicine*. Scandinavian University Press, Oslo, pp. 45-65.
12. Kay L., Pless T., and Breatley S. (1996). Survey of surgical training in Europe. *Medical Education*, 30:201-207.
13. Health Policy and Economic Research Unit (1999). Financial cost to senior house officers of Royal College exams-Results from the BMA cohort study of 1995 medical graduates-August, 1999, British Medical Association.
14. Ludmerer K.M. (2000). Time and medical education. *Annals of Internal Medicine*, 132: 25-28.
15. Tovle A. (1998). Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *British Medical Journal*, 316:301-304.
16. WHO (1995). *Reorienting medical education and medical practice for health for all*. WHA 48.8, Geneva.
17. Terzi C. (2000) *Toplum sağlığına bir köprü: Tıp eğitimi. İletişim Yayınları, İstanbul*.
18. Sağlık Bakanlığı web sayfası, ulaşmak için: [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), 13.10.2006
19. Bowen JL, Leff LE, Smith LG, Wolfsthal SD. Beyond the mystique of prestige: Measuring the quality of residency programs. *American Journal of Medicine* 1999; 106:493-498.
20. Klessig JM, Wolsthal SD, Levine MA, Stickley W, Bing-You RG, Lansdale TF, Battinelli DL. A pilot survey study to define quality in residency education. *Academic Medicine* 2000; 75:71-73.
21. Kahn MJ, Blonde L. Assessing the quality of medical subspecialty training programs. *American Journal of Medicine* 1999; 106:601-604.
22. Çiçek C, Terzi C, Solak A, Bozdemir AE, Nesanir N, Arsu G, Batu J, Aslan O. Evaluation of specialist training in basic sciences in two university medical schools: perspectives from both specialist residents and trainers *Mikrobiyol Bul.* 2006;40(4):333-46.
23. Çiçek C, Terzi C. *Tıpta Uzmanlık Eğitimi*, TTB Yayınları, Ankara, 2006
24. Çiçek C, Terzi C ve ark. *İzmir Tıpta Uzmanlık Eğitimi Veren Kurumlar Tanıtım Kitabı*, İzmir Tabip Odası Yayını, Etki Matbaacılık, İzmir, 2005
25. Harden RM. Trends and the future of postgraduate medical education. *Emerg Med J.* 2006;23(10):798-802
26. Choules AP. The use of elearning in medical education: a review of the current situation. *Postgrad Med J.* 2007;83(978):212-6.
27. Morgan PJ, Cleave-Hogg D. Simulation technology in training students, residents and faculty. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2005;18(2):199-203.
28. Agius SJ, Willis SC, McArdle PJ, O'Neill PA. Managing change in postgraduate medical education: still unfreezing? *Med Teach.* 2008;30(4):e87-94.





## TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ: YETERLİK (“BOARD”) KURULLARI

Prof. Dr. Cem Terzi / Türk Cerrahi Derneği Genel Başkanı

Türk Tabipleri Birliği (TTB), nitelikli hekim yetiştirilmesi ve toplumun daha iyi sağlık hizmeti alması için tıp eğitiminin bütün bileşenleri ile yakından ilgilenmektedir. Türkiye’de uzmanlık eğitimi alanında, özellikle son on yılda TTB çatısı altında önemli bir birikim ve üretim gerçekleşmiştir.

Son on yıldır Türkiye uzmanlık eğitimi ortamında bir değişim ve iyileştirme çabaları söz konusudur. Uzmanlık eğitiminin yasa ve yönetmelikleri, uygulama süreçleri ve yetiştirilen hekimin yetkinliği gibi bileşenlerin neredeyse tamamında değişim ve iyileştirme çabaları aynı anda sürdürülmeye çalışılmaktadır. Oldukça karmaşık olan uzmanlık eğitimi alanında yeniden yapılandırma çalışmalarının ulusal birikimden ve uluslararası deneyimlerden yararlanan bir bilimsel sistematığe ve bu alanın tarafları (TTB, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, Uzmanlık Dernekleri, Eğiticiler ve eğitim alanlar) arasında eşgüdüm gereksinim olduğu açıktır. TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK), böyle bir amaç doğrultusunda çalışmaktadır.

Son yıllarda tıpta uzmanlık eğitiminde yaşanan canlılık, Türkiye’ye özgü değildir. Dünyanın pek çok ülkesinde mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi alanlarında iyileştirme çalışmaları yürütülmektedir. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu, uzmanlık eğitimi için asgari standartları belirlemeye çalışmaktadır. Uzmanlık dernekleri yeterlik kurullarını (“board”lar) oluşturarak, gönüllülük temelinde uzman hekimlerin belgelendirme (sertifikasyon) çalışmaları yapmaktadır.

TTB-UDEK, kurulduğundan bu yana uzmanlık derneklerinin sosyal yükümlülüklerini geliştirmek ve dernek birikimlerinden kamunun daha çok yararlanmasını sağlamak amacıyla çeşitli çalışmalar yapmaktadır.

### TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ –UZMANLIK DERNEKLERİ EŞGÜDÜM KURULU

TTB-UDEK, 1 Kasım 1994 tarihinde kuruldu. TTB-UDEK, TTB temsilcileri ve Tıpta Uzmanlık Tüzüğü’nde yer alan tıpta uzmanlık ana dalları ve yan dallarındaki dernek temsilcilerinden oluşan, TTB’nin bir çalışma organıdır. TTB Eğitim Kolu ve diğer ilgili birimlerle eşgüdüm içinde çalışır. Toplam üye dernek sayısı 83’dür (68 asil, 15 gözlemci üye).

TTB-UDEK’nın amaçları; topluma sunulan uzman hekimlik hizmetinin olanaklı olan en yüksek düzeye çıkarılması ve sürdürülmesi için çalışmak, ülkemizdeki uzman hekimlerin mesleki durumunu ve ünvanını ulusal ve uluslararası alanlarda savunmak, uzmanlık dernekleri aracılığı ile tıpta uzmanlık eğitiminin çağdaş bir düzeye eriştirilmesi



için standartların oluşturulması, denetlenmesi, değerlendirilmesi ve korunması ile ilgili ulusal hedef ve koşulları saptamak, özgün Türkiye modelini işlerliğe kavuşturmak, TTB'nin Avrupa Tıp Uzmanları Birliği üyeliğinden doğan görev ve sorumlulukların yerine getirilmesini sağlamak, diğer ülkelerdeki mesleki kuruluşlarla tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman hekimlik alanında işbirliği yapmak ve ilişkiler kurmak olarak özetlenebilir.

1994-2004 yılları arasındaki on yıllık süreçte TTB-UDEK, 24 Genel Kurul, 9 Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, 200'den fazla toplantı yaparak; Dernek Harmonizasyon çalışmaları, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü çalışmaları, Yeterlik ("Board") Kurulu çalışmaları, Tıpta Uzmanlık Eğitimi çalışmaları, Müfredat çalışmaları, Asistan Karneleri, Ölçme ve değerlendirme, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği temsiliyet çalışmaları gerçekleştirmiştir. Hiç kuşkusuz bu yoğun çabaların önemli bir çıktısı Yeterlik ("Board") Kurullarının kurulmasıdır.

### YETERLİK ÇALIŞMALARI

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada, İngiltere, Avustralya gibi ülkelerde uzmanlık eğitiminin standartlarını yükseltmek için uzmanlık eğitimi sonrasında ülke düzeyinde uzmanlık dernekleri tarafından standart sınavlar (yeterlik sınavları – "board" sınavları) yapılmaktadır. Gönüllülük ilkesi ile başlayan bu çalışmalar zamanla adeta zorunlu hale gelmiştir. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde yeterlik belgesi olmadan hekimlik yapılması düşünülemez. ABD'de ilk yeterlik kurulu 1917'de kurulmuştur (Oftalmoloji Board'u). Buna 1932'de 3 yeni "board" eklenmiştir. Asıl gelişme 70'li yıllarda olmuş ve çeşitli uzmanlık alanlarında 14 board daha kurulmuştur. Günümüzde ABD'de her uzmanlık alanı "board" sınavlarını yapmaktadır. Toplam 38 "board" vardır.

Avrupa Birliği'nde ise bu çalışmalara 1958'de başlanmıştır. "Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS) – Avrupa Tıp Uzmanları Birliği" kurulmuştur. TTB, bu kuruluşa gözlemci statüsünde üyedir.

1993'de kurulan "European Boards" (Avrupa Yeterlik Kurulları), Avrupa ülkelerindeki yeterlik kurullarını çatısı altında toplayarak harmonize eden bir yapıya sahiptir. Avrupa Birliği, üye ülkelerin uzman hekimlerini kendi alanlarında Avrupa Yeterlik Sınavlarına girmeye ve yeterlik belgesi almaya özendirilmektedir. Bu sınavların henüz yasal bir sonucu yoktur.

Ülkemizde de son yıllarda, gönüllülük temelinde yeterlik çalışmaları ortaya çıkmıştır. Uzmanlık dernekleri, kendi alanlarında sınavla yeterlik belgesi vermeye (sertifikasyon) başlamıştır.

TTB-UDEK bünyesinde bir çalışma organı olarak yeterlik kurullarını kurmuş olan dernekler biraraya getirilmiştir. Bu yapılanma ile Ulusal Yeterlik Komitesi (UYEK) 9 Ekim 2004'te kurulmuştur. 33 Dernek Yeterlik Çalışmasını yapmış, 6 Dernek yeterlik



sınavların gerçekleştirmiştir. Bu sınavlara, ilgili alanın uzmanları gönüllü olarak katılmaktadır. Başarılı olanlara yeterlik belgesi verilmektedir. Belgeleri ilgili derneğin yeterlik kurulu onaylamaktadır. UYEK aracılığı ile bu sürecin hızlanacağı ve diğer derneklerin de yeterlik çalışmalarını tamamlayacağı umulmaktadır.

Yeterlik çalışmaları sınav yapmaktan ibaret olmayıp çok daha önemlisi, uzmanlık eğitimi yapılan alanda çekirdek eğitim müfredatının geliştirilmesi, eğitim programının standartlara uygun ve iyi niteliklerle uygulanmasının garanti altına alınması, bu amaca yönelik kurumlar arasında işbirliği sağlanmasıdır. Bu kapsamda ülkemizde alınması gereken uzun bir yol olduğunu söylemek gerçekçi olur.

Eğitim programının ülkemizin öncelikli sağlık sorunlarını kapsamayı ve toplumumuzun sağlık sorunlarını çözmeye yetkin ve istekli uzman hekimler yetiştirilmesi temel amaçtır. Yeterlik çalışmalarının bu doğrultuda olması yaşamsal önem taşımaktadır. Aksi halde başka ülkelerde olumsuz örnekleri görüldüğü üzere, bu tip standardizasyon çalışmaları, ülkenin kısıtlı olanakları ile çok büyük paralar harcayarak yetiştirdiği (tıpta uzmanlık eğitimi maliyeti en yüksek eğitimlerden biridir) insan gücünün çalışma ve yaşam koşullarının görece daha iyi olduğu ülkelere göçmesine yardımcı olabilir ("beyin göçü" tehlikesi!).

Yeterlik belgelendirme işleminin farklı yöntemlerle belli aralıklarla yinelenmesine yeniden belgelendirme (resertifikasyon) adı verilir. Sürekli mesleki gelişimi garanti altına almayı amaçlayan bu yöntem Amerika Birleşik Devletleri'nde uzun yıllardır uygulanmakta olup günümüzde İngiltere, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinin gündemindedir. Ülkemizde henüz böyle bir çalışma yapılmış olmasa da TTBB-UDEK'nın çeşitli etkinliklerinde konu tartışmaya açılmıştır.

Ünlü bilim adamı, tıp eğitimcisi, Sir William Osler'in bundan yaklaşık 100 yıl önce Kanada Tıp Birliği yıllık toplantısında yaptığı bir konuşma, uzmanlık deneklerinin tıpta uzmanlık eğitimindeki rollerini özetlemektedir;

"... Yeterlik belgelendirmesi (sertifikasyon), meslek kuruluşlarının en önemli işlevlerinden biridir. Başvuran her adayın uygun özellikler taşıyıp taşımadığı kamu adına belgelendirilir.

Bu anlamda yeterlik kuralları, toplum ve tıp mesleğinin bekciliğini üstlenmektedirler ve büyük sorumluluk taşırlar..."



## TÜRK CERRAHİ YETERLİK KURULU DENEYİMİ

Prof. Dr. Sadık Kılıçturgay / TCD Yeterlik Kurulu Başkanı

Sayın meslektaşlarım,

İlk kez gerçekleştirilen “TCD Genel Cerrahi Uzmanlık Alanı ve Yan Dallar Çalıştayı”nda başkanlığını yürüttüğüm “Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu” deneyimini sizlerle paylaşmak istiyorum.

Türk Cerrahi Derneği (TCD) 1990’lı yılların ortasında başlattığı “Yeterlik Kurulu” çalışmalarını farklı zamanlarda yaptığı çeşitli eğitim kurultaylarında olgunlaştırmış ve Avrupa örneğinden yola çıkarak 2000 yılında kendi iç yönergesini hazırlayıp “Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu”nu (TCYK) oluşturmuştur. TCD Yönetim Kurulu tarafından, dernek tüzüğüne dayalı ve dernek genel kurulu onayı ile kurulan TCYK’nun temel hedefi, Türkiye’de genel cerrahi uzmanlık eğitiminin düzenlenmesine katkıda bulunarak, genel cerrahi eğitiminin standartlarını belirlemek ve yükseltmek, ulusal cerrahi yeterliği belgelendirmek ve kurumları eşyetkilendirmektir.

TCYK’nun, Genel Kurulca 4 yıl için seçilen ve tüm fonksiyonlarını yürütmekle görevlendirilen “TCYK-Yürütme Kurulu” dışındaki diğer önemli bir kurulu da “Eğitim Üst Kurulu” dur. Tıp Fakülteleri Genel Cerrahi Anabilim Dalı başkanları ve Sağlık Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri Eğitim Hastanelerindeki genel cerrahi klinik şeflerinden oluşan bu kurul, kritik kararların alınmasında tüm eğitici grubu sistemin içine çekmek ve tüm katılımcıların ortak fikrini alabilmek amacı ile oldukça önemli bir rol üstlenmektedir. Ayrıca gene aynı mantıkla “Eğitim Kurumları ve Programlarını Değerlendirme Komisyonu (Eşyetkilendirme Komisyonu)” ile “Sınav Komisyonu” da bu kurul tarafından belirlenmektedir.

8 yıldır aktif olarak görev yapan bu kurullar temel olarak 3 konu üzerinde çalışmıştır.

1. Eğitim programının standardize edilmesi
2. Yeterlik Sınavları
3. Eşyetkilendirme (Akreditasyon)

### EĞİTİM PROGRAMININ STANDARDİZE EDİLMESİ:

**Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP):** Bu anlamda ilk olarak 2002’de başlatılan çalışmalar sonrası 2004’de temel içerik belirlenmiş ve 2006 yılında da “Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Programı” kitabı basılmıştır. Genel Cerrahi eğitimi veren toplam 118 merkezdeki tüm eğitici kadroya ve asistanlara gönderilen bu kitap, genel cerrahi eğitiminin amacını, hedeflerini, uygulama esaslarını, sonuçların ölçme



ve değerlendirme ana noktalarını, yeterlik kavramını detayları ile açıklamakta ve gerek temel, gerekse özel konularda farklı kıdemlerde alınması gereken bilgi-beceri ve tutumu özetlemektedir. Avrupa ve Amerika'daki örnekler temel alınarak hazırlanan bu döküman cerrahi eğitimde hedeflenmesi gerekenleri ortaya koyması yönüyle önemli bir çalışmadır. Sadece konu başlıkları sıralanmamış, o konuların eğitimi ile ilgili detaylara da inilmiştir. Doğaldır ki tüm eğitim programlarında olduğu gibi bu program da değişen günümüz koşullarına sürekli olarak adapte edilmeli ve içeriksel değişiklikler periodik olarak gerçekleştirilmelidir. Ayrıca uygulamada gözlenen hedefler ve gerçekleştiren farklılığının da nedensel analizinin yapılması ve programın çok daha gerçekçi bir hale getirilmesi mutlak gerekmektedir.

**Genel Cerrahi Asistan Karnesi:** Eğitimin teorik hedeflerinin saptanması kadar önemli diğer bir ayrıntı da, uygulamalı eğitim hedeflerinin saptanmasıdır. Bu amaçla tüm eğitim süreci içinde en az yapılması beklenenler listesi olarak tanımlayacağımız "Asistan Karnesi" ilk olarak 1997 yılında hazırlanmaya başlanmış ve 1998'de bitirilmiş olmasına karşın, kurumlar arası farklılığın çok aşırı düzeyde oluşu 2006 yılına kadar minimumlar konusunda bir uzlaşa oluşturulmasını engellemiştir. 2006 yılında eğitim üst kurulundan geçirilen bu karne ÇEP kitabı ile birlikte tüm eğitim veren kurumlara gönderilmiştir. Bu kitapçıkta da 5 yıllık eğitim içinde gerçekleşen tüm aktivasyonların kayda geçmesi sağlanmış, hangi grup ameliyatların ne zaman ve hangi sayıda yapılmasının hedeflendiği açıkça belirtilmiştir.

### YETERLİK SINAVLARI:

Sonuç olarak eğitimin belgelendirilmesi bu sınavlarla yapılmaktadır. Bir çok uzmanlık derneği yeterlik kurulunda olduğu gibi TCYK da yeterlik kavramını, ilk olarak 2000 yılında 106 kişinin katılımı ile gerçekleştirdiği "Türk Cerrahi Yeterlik Sınavı" ile gündeme getirmiştir. Aslında bir yandan eğitim kurumlarının standartlarının belirlenmediği, diğer yandan eğitim içeriğinin homojenize edilemediği bir ortamda, son nokta olan sınav kavramının sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi doğru değildir, hatta olanaksızdır. Ancak eğitimin düzenlenmesinde en kolay gerçekleştirilen basamağın "sınav organizasyonu" oluşu ve bu sınavların aksatılmadan yapılması, yeterliliğin diğer ana noktalarının da düzeltilebilmesine olanak sağlamıştır. Eğer bu sınavlar gerçekleşmemiş olsaydı büyük bir olasılıkla 2006 yılında ÇEP hazırlanamayacak, 2007 yılında da Eğitim Kurumları Ziyaret Programı gerçekleşemeyecekti. Bu nedenle temel mantığı tam olarak doğru olmasa da sınavların başlatılmış olması "Eğitimde Yeterlik" kavramının en kritik ayağını oluşturmaktadır.

Yeterlik sınavları yazılı ve sözlü iki aşamada gerçekleşmektedir.



**Yazılı sınavlar;** İlk kez 2000 yılında gerçekleştirilen yazılı sınavlar, 2004 yılından beri Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere 3 ayrı ilde yılda 2 kez (Mayıs ve Ekim aylarında) aynı anda yapılmaktadır. Özellikle Üniversite dışı eğitim kurumlarında (SSK Göztepe Hastanesi –Haydarpaşa Numune Hastanesi- SSK Tepecik Hastanesi gibi) gerçekleştirilen bu sınavlar, hem uygulamanın çok daha farklı gruplara duyurulabilmesine/hatırlatılabilmesine olanak sağlamış, hem de kongre dönemi dışında uygulanan sınavlarda bile ciddi bir katılımcı artışına neden olmuştur. Ekim-2008’de Adana eklenmiş, 2009 dan itibaren de Erzurum eklenerek sınav merkezi 5’e çıkartılmıştır. Yazılı sınavlara, genel cerrahi dalında uzmanlığını almış kişiler veya son yıl asistanları girmektedirler. 2003 yılında hazırlanan “Türk Cerrahi Yeterlik Sınavı Kılavuzu” adaylara tüm detayları açıklamaktadır. Her ne kadar yasal bir zorunluluk olmasa da, bazı klinik şefleri veya anabilim dalı kürsü kurullarının aldıkları karar gereği, son sene asistanlarına uzmanlık sınavına girmeden önce bu sınavı başarmayı zorunlu kılmaları ve gittikçe artan sayıdaki eğitim kurumu tarafından bunun uygulanıyor oluşu çok önemli bir gelişmedir. Bu noktada özellikle son sene asistanlarının bu sınava katılabilmeleri, ileride Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması planlanan merkezi bitirme sınavının aslında fiilen gerçekleştirilebildiği anlamına gelmektedir.

Sınav sonuçları sadece sınava katılan kişiye ve eğitim kurumuna bildirilmektedir. Ayrıca kişiye, alanlara göre performans geri bildirim de yapılmaktadır. Şu ana kadar toplam 655 aday (788 sınava) girmiş ve % 51.4’ü başarılı olmuştur. Bu sınavda başarılı olanlar sözlü sınava girmeye hak kazanmaktadırlar.

Bu sınavların hazırlanma aşaması son derece titizlikle yürütülen bir başka ayrıntıdır. Yazılı sınav soruları, sınav komisyonundaki bazı öğretim üyelerinin 8 yıldır (dönem dönem farklı kişiler bu komisyonda çalıştılar) her pazartesi 2-3 saatlik bir mesai harcıyarak gerçekleştirdikleri özveriyle çalışmaları sonucu hazırlanmaktadır. Soruların tüm ülke düzeyinde eğitim veren kurumları içerebilmesi için farklı zamanlarda tekrar tekrar tüm anabilim dalları ve klinik şefliklerine yazılar yazılarak soru istenmiştir. Bu şekilde özel olarak hazırlanan soru hazırlama programı CD’ler ile tüm eğitimcilere gerek tek tek postalanarak, gerekse Ulusal Kongre sırasında çantalara yerleştirilerek ulaştırılmıştır. Bu şekilde farklı merkezlerce hazırlanan sorular yazılı sınav komisyonu tarafından tek tek irdelenerek soruların bilimsel denetimi (soru tekniğine uygunluğu, kaynak doğruluklarının kontrolü ve sınıflandırılmaları) yapıldıktan sonra soru ağırlığı saptanıp arşive alınmaktadır. Sorular kolay, normal ve zor olarak 3 ayrı grupta arşivlenmektedir. Hangi konudan kaç soru sorulacağı komisyonca belirlenmiş ve web ortamında tüm katılımcılara duyurulmuş haldedir. Bu soruların her bir sınavdaki organizasyonu için bir bilgisayar programı kullanılmaktadır. Program bu belirlenmiş sayı kadar soruyu soru ağırlıklarını da dikkate alarak random olarak 2 katı soru olacak şekilde seçmektedir.



Sınavın son denetimi sınav komisyon başkanı ve TCYK-YK başkanı tarafından son kez yapılmakta ve soru sayısı, genel dağılım ve ağırlık yüzdeleri değişmeyecek şekilde 150'ye indirilmektedir. Yazılı sınav soru dağılımı, en son hazırlanan ÇEP ana programı dikkate alınarak rotasyon yapılan dallarla (Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Üroloji, Ortopedi, Kadın hastalıkları ve Doğum, Patoloji ve Göğüs Cerrahisi) ilgili 2 şer sorunun da yer almasını sağlayacak biçimde ve soru ağırlıkları 30 kolay, 90 orta ve 30 zor soru olacak biçimde düzenlenmektedir. Sınav sonrası katılımcılara yapılan anket ile soruların ağırlığı hakkında yorumları alınmakta ve sınavın genel değerlendirmesi istenmektedir. Tüm gayretlere karşın ne yazık ki tüm merkezlerin soru hazırlama konusunda yeterince katkısı sağlanamamış ve banka için soru akışı yeterli düzeye çıkartılamamıştır. Halen yaklaşık yarısı kullanılmış halde 3500 soru "soru bankasında" arşivlenmiş haldedir.

Sınav organizasyonunda ÖSYM benzeri bir yöntem kullanılmaktadır. Sınav kitapçığı güvenli bir ortamda çoğaltıldıktan sonra paketlenir ve sınav komisyonunda görevli bir kişi sorumluluğunda sınav merkezine ulaştırılır. Sınav kitapçığı paketleri sınav merkezinde gözlemciler tarafından açılır. Paketlerin içinde daha önceden isme hazırlanmış optik okuyucu cevap kağıtları da bulunmaktadır.

2003 yılında bu sınav ile ilgili "Türk Cerrahi Yeterlik Sınavı Kılavuzu" hazırlanmış ve hem kitapçık olarak bastırılmış, hem de web ortamına verilmiştir. Böylece adayların sınav hakkında fikir sahibi olmaları hedeflenmiştir. Bununla beraber son 2 yılda daha önceki yıllarda yapılmış 2 sınavın web ortamında yayınlanmış olması, çok daha önemli bir etki yaratmıştır. Bu sınav sayesinde adaylar nasıl bir sınav ile karşı karşıya kaldıklarını daha net olarak görebilmekte, ama daha önemlisi kendilerini bu sınavlarda sınav yaparak durumlarını anlayabilmektedirler. Deneme sınavlarının önemli bir başka faydası da adayın doğru cevap şıkkını araştırırken konu hakkındaki bilgilerini yenileyebilmesine veya konuyu öğrenebilmesine olanak sağlamasıdır. İnternette yayınlanan sınav sayılarının mutlak artırılması hedeflenmiştir.

Sınavlara katılım durumunun değerlendirilmesinde, son yıllarda her yıl yaklaşık 100 adayın sınava girdiği görülmektedir. Bu sayı her yıl uzmanlık sınavına giren aday sayısı ile karşılaştırıldığında hedefin uzağında olduğumuz açıktır. Bu durumun uzun vadede düzeltilebilmesi, sınavların rutin olarak ve aynı zaman dilimlerinde yapılması, webde etkin bir duyuru, kişilerin sınavdan korkmamalarının sağlanabilmesi, sınavların mümkün olduğunca objektif ve gerçek durumu ölçer özellikte olması ve en kritik nokta olarak da eğitim veren kurumların yasal bir neden olmamasına karşın bu sınava katılımı teşvik etmeleri ile mümkün olacaktır.

**Sözlü uygulama sınavları;** Sözlü sınavlar, adayın klinik uygulama ve hastaya yaklaşım becerilerini ölçecek biçimde düzenlenmekte ve yılda bir kez (kasım ayında) gerçekleştirilmektedir. Bu sınava yazılı sınavda başarılı olan adaylar, Tıpta Uzmanlık



Tüzüğüne uygun olarak eğitim süresini ve rotasyonlarını tamamlamış ve uzmanlık belgesi almış olmaları ve eksiksiz/doğru bir şekilde doldurulmuş ve eğiticileri tarafından onaylanmış asistan karnelerinin mevcut olması durumunda girebilirler. Bu belgeler sınav komisyonu tarafından incelenir ve uygun bulunanlara sınava girme hakkı verilir.

Sözlü sınavda, oluşturulan jüri ile adayın klinik problem çözmeye yönelik beceri ve tutum özelliklerinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu sınavlar YOKS (Yapılandırılmış Objektif Klinik Sınavlar) temelinde hazırlanmakta, modüler tarzda düzenlenmiş "Makale istasyonu - Canlı senaryo istasyonu - Beceri istasyonu - ve Olgu istasyonları" ndan (4 farklı olgu) oluşmaktadır. Her bir istasyonda jüri üyeleri, daha önceden belirlenmiş ve jüri üyelerinin elindeki formlarda belirtilmiş olan doğru yanıtların/davranışların gerçekleşip gerçekleşmediklerini kontrol ederler ve bu yanıtların daha önceden belirlenmiş puanlarına göre adayın o istasyonda alacağı puanı saptarlar. Sınavda başarılı olan adaylara "Türk Cerrahi Yeterli Belgesi" verilir. Bu belge 10 yıl için geçerlidir.

Başarı puanı her iki sınav içinde 60'dır ve curve uygulaması yapılmamaktadır. İlki 2001 yılında gerçekleştirilen sözlü sınavlar yılda bir kez kasım ayı içinde gerçekleştirilmektedir. Şimdiye kadar 7 kez yapılan bu sınava toplam 135 aday girmiş ve 112 si (% 83) başarılı olarak Türk Cerrahi Yeterlik Belgesi almışlardır.





Yazılı sınavı başarmış olmalarına karşın adayların yaklaşık yarısı ne yazık ki sözlü sınava katılıp yeterli belgelerini almaya gerek duymamışlardır. Bunun en önemli nedeninin yazılı sınavın çeşitli birimlerde zorunlu tutulması ve bu aşamayı halleden adayın sözlü sınav aşamasına katılmaya gerek duymamasıdır. Alınacak yeterli sertifikalarının günümüz uygulamalarında adaya ek bir avantaj getirmediği dikkate alındığında, yaşanan bu durum çok da şaşırtıcı görülmemektedir. Bu durumu kısmen düzeltebilmek amacıyla, Ulusal Kongre katılım ücretinin % 50 indirimli olması, yeterli sertifikalarının kongre sırasında törenle sahiplerine verilmesi ve TCYK-Yürütme Kurulu seçimlerine sadece Yeterlik Belgesi sahiplerinin katılımları ile gerçekleşmesinin sağlanması gibi özendirici önlemler alınmıştır. Ayrıca üniversite akademik kadrolarının belirlenmesi sırasında sertifikasyonun tercih unsuru haline gelmesi ve Anabilim dalı başkanlıklarının tüm asistanlarının uzmanlık öncesi yazılı sınava katılmalarını zorunlu hale getirmeleri konusunda Türk Cerrahi Derneği gerekli girişimleri yapmıştır. Gene de çok daha somut ve anlamlı önlemler alınmadıkça sertifikasyon sorunu erken dönemde çözülemez kanaatindeyiz.

### EŞYETKİLENDİRME (AKREDİTASYON)

Bu konuda TCYK olarak Akreditasyon kavramından daha çok “Eşyetkilendirme” kavramını tercih ediyoruz. Çünkü akreditasyon çok daha geniş bir anlam içeren, beraberinde birtakım yaptırımlar da getirmesi gereken bir kavram olarak, eşyetkilendirme ise sadece kurumlar arası ortak düzeyi belirleyen ve hedefini daha net gösteren bir kavram olarak değerlendirilmektedir.

Eşyetkilendirme çalışmaları “Eğitim Kurumları ve Programı Değerlendirme Komisyonu (EKPKD)” tarafından gerçekleştirilmektedir. 25.11.2006 tarihinde gerçekleştirilen Eğitim Üst Kurul toplantısında 4 yıl görev yapmak üzere yeniden seçilen ve başkanlığını Dr.Sayek’in, sekreterliğini de Dr. Kılıçturgay’ın üstlendiği bu kurul, eğitim kurumları ve programlarının standardizasyonu konusunda gerekli çalışmaları tamamlamıştır. Bu çalışmalar:

1. UEMS ziyaret programları dikkate alınarak hazırlanan TCYK-EKPKD “Kurum Ziyaret Programı”, “Eğitim Kurumu ve Programı Değerlendirme Formu”, “Eğitilen Grup Değerlendirme Formu”, “Kontrol Listesi” ve “Değerlendirme Geribildirim Formu” hazırlandı. Bu formlar önce TCYK ve TCD yönetim kurullarında son halini aldıktan sonra Eğitim Üst Kuruluna sunuldu ve kesinleşti. İlgili formlar Ek’te sunulmaktadır.
2. Temmuz 2007 yılında tüm bilgiler (başvuru formları, doldurulması gereken diğer formlar ve eğitim kurumları ziyaret programının tüm aşamalarını gösteren bir liste) bütün eğitim kurum sorumlularına (AD Başkanları ve



Şeflikler) gönderildi. Ayrıca [www.turkcer.org.tr](http://www.turkcer.org.tr) sayfasında bu bilgilere ulaşılabilmesi sağlandı.

3. UEMS Avrupa sertifikasyon belgeleri dikkate alınarak "Kurum Uzmanlık Eğitimi Yeterlik Belgesi" hazırlandı. Bu belgenin geçerlik süresi 5 yıl olarak belirlendi.
4. Ziyaretleri gerçekleştirecek ekibin daha genişletilebilmesi, farklı merkezlerin konuya daha aktif katılımlarının sağlanabilmesi ve ekiplerin daha gerçekçi planlanabilmesi için, EKPKDK üyelerine ek olarak farklı merkezlerden yeni kişiler ile genişletilmiş bir ekip oluşturulması uygun görüldü. Bu ekip üyelerine 11.10.07 tarihinde TCD-merkezi/Ankara ve 05.01.2008 tarihinde İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anfisinde 2 kez genişletilmiş eğitim ve bilgilendirme toplantıları yapıldı. Yarım gün süren bu iki toplantıda; "Kurumsal Akreditasyon" (Dr.İ.Sayek), "Pediatrik Cerrahi'de Uluslararası ziyaret programı deneyimi" (Dr.T.Dağlı), "Nöroşürurji-Uluslararası ziyaret Programı deneyimi" (Dr.N.Akalan), "Fizik Tedavi Rehabilitasyon ziyaret programı Türkiye Deneyimi"(Dr.F. Dinçer), "Türkiye'de Uzmanlık Eğitiminde



Standardizasyon” (Dr.A.Özyurt), “UEMS ziyareti-Hacettepe Genel Cerrahi Deneyimi”(Dr.K.Yorgancı) ve “TCYK-EKPKD toplantılarının ve hazırlanan ziyaret programının sunumu” (Dr.S.Kılıçturgay) konuları tartışıldı. Bu toplantılara davet edilen genişletilmiş ekip arasındaki ayrıntılı tartışmalar, gelecek stratejilerinin belirlenmesi açısından çok faydalı oldu.

5. Bu güne kadar formları doldurarak ziyaret için resmi başvurularını gerçekleştiren 6 merkez oldu. İlk ziyaret 12.11.2007 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD’na, ikinci ziyaret ise 27.03.08 tarihinde U.Ü.Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD’na gerçekleştirildi. Oldukça başarılı geçen bu ziyaretler sonrası Hacettepe **“Kurum Uzmanlık Eğitimi Yeterlik Belgesi”** 23.01.08 tarihinde düzenlenen bir akademik toplantı sırasında verilirken, Uludağ Üniversitesi belgesinin 25.05.08 tarihinde Ulusal Cerrahi Kongresi açılış oturumu sırasında bir törenle verilmesine karar verildi. Böylece olaya verilen önemin mümkün oldukça geniş bir kitleye duyurulabilmesi hedeflendi.

Bu sayede eğitimin standardizasyonu noktasındaki en önemli halkanın da gerçekleşmesi sağlanarak, Fizik Tedavi Derneği’nden sonra Türk Cerrahi Derneği de “Ulusal Kurum Ziyaret Programı”nı başlatmış oldu.

### GENEL DEĞERLENDİRME - ÖZELEŞTİRİ

1. Eğitim kurumlarının ziyaret ve değerlendirme programının uygulanmadığı bir ortamda cerrahi eğitim standardizasyonunun sağlanamayacağı açıktır. Bu anlamda EKPKD çalışmalarında alınan yolun önemi inkar edilemez. Ancak tüm gayretlere karşın bu programın eğitim kurumlarında gerekli yankıyı bulduğu söylenemez.
2. Ulusal Kurum Ziyaret Programı konusunda TC Sağlık Bakanlığı ile yeterli bir ilişki kurulmasının çok büyük önemi vardır. Bu nedenle ekip içine bakanlık temsilcilerinin eklenmesi faydalı olabilir.
3. Üniversite Genel Cerrahi Klinikleri böylesi bir programa temelde daha yatkın görülmekle birlikte son derece sınırlı katılımın olması, aslında yapılandırılmış çıktı merkezli bir eğitim programının çoğu merkezde uygulanmadığını göstermektedir.
4. Cerrahi eğitimde yaşanan sorunların ülke gündeminde yeterince ön planda olmayışı ve diğer somut-güncel sorunların (örneğin gelirlerin kurumlar arası dengesiz dağılımı gibi) çok daha arkasında yer alması ciddi bir sorundur. Gerekli ilginin oluşabilmesi ve kurum eğitimlerinin yönlendirilebilmesi için yeni stratejilere gereksinim vardır.



5. Gerçekleştirilen sınav ve eğitim ilişkisindeki uçurumu azaltacak yeni stratejilere gereksinim vardır.
6. Aslında ülkemizin gereksinimi olan genel cerrah tanımlaması yapılmadan müfredat programlarının yapılması, ÇEP ve sınav içeriğinin belirlenmesi doğru bir uygulama değildir.

**Sonsöz;** Yandal ve sertifikasyon kavramları mutlaka tanımlanmalı ve her iki kavramın da ancak bu genel cerrah tanımlaması ile netleşen ortam sonrası belirlenebilecek üst eğitimler olmasına özen gösterilmelidir.



## 21. YÜZYILDA GENEL CERRAHİ

Prof. Dr. İskender Sayek / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

19. yüzyıla kadar hekimler uyguladıkları tedavi yöntemlerine göre iki ana gruba ayrılmıştır. Bunlar bugünkü anlamda tıbbi tedavi yapan dahiliyeciler ve cerrahi tedavi yapan cerrahlar. Genel cerrahinin gelişmesi 1800'lü yılların ikinci yarısında Langenbeck, Billroth ve Kocher gibi cerrahlarla başlar. Bu gelişme daha sonra ABD'de özellikle Halsted'in Avrupa'da gördüğü uygulamalardan etkilenecek cerrahi eğitim ilkelerini belirlemesiyle hız kazanır (1,2). Ancak genel cerrahinin bir cerrahi uzmanlık alanı haline gelmesi 1937'de olur (3). Daha sonra uzmanlaşma gereği diğer cerrahi alanlar birer birer yeni bir alan olarak doğar.

Genel cerrahi son 20 yılda bütün tıp alanlarında olduğu gibi üst uzmanlaşma ile karşı karşıya kalmıştır. Bugün ABD'de genel cerrahi eğitimi sonrası asistanların %70'den fazlasının üst uzmanlaşma eğitimine devam ettikleri görülmektedir (4,5). Bunun nedenleri arasında bilginin aşırı artması, cerrahide teknolojik gelişme, hastaların istemi, uzmanlık eğitimi sırasında yapılan uygulamalar, rol model/mentörler ve kişisel tercihler sayılabilir. Kişisel tercihler bir alanda daha yetkin olma, daha yüksek gelir olasılığı ve daha kontrollü bir meslek yaşamı olabilir (4-7). Genel cerrahi alanındaki bu yönelim bu alanın daha önceki çekiciliğini ve çalışma alanını olumsuz olarak etkilemektedir; hatta ismindeki "genel" kelimesi şüphelere yol açmıştır. Cerrahi alanlar arasında hekim işgücü açısından son 30 yılda ABD'de en çok kayba uğrayan alan genel cerrahidir ve bu durumun düzeltilmesi için de 7-15 yıla gereksinim vardır (8).

Genel cerrahi alanının tanımı en geniş anlamıyla hemen hemen vücudun herhangi bir yerindeki bir patolojiye müdahale edebilen hekimlik olarak yapılmıştır. Bugün ise bu alan giderek daralmakta ve bir yerde karın, meme, sınırlı baş-boyun (tiroid, paratiroid) ve yumuşak doku alanlarında girişimlere sınırlanmaktadır. 1940'larda beyin cerrahisi, kulak-burun-boğaz, göğüs, üroloji, pediatrik cerrahi, deri, gastrointestinal sistem, meme, endokrin vasküler sistem ve karın duvarı fıtıkları ile ilgili girişimler "genel" cerrahi içindeyken 1980'li yıllarda genel cerrahiye gastrointestinal sistem, meme, endokrin, vasküler ve karın duvarı ile ilgili girişimler kalmıştır (9). Genel cerrahinin uğraş alanları bu sayılan alanların tüm enflamatuvar ve neoplastik hastalıklarının tedavisini kapsamaktadır. 2000'li yıllara gelindiğinde özellikle girişimsel radyolojinin (vasküler ve non-vasküler) gelişimi ve teknolojik gelişmeler genel cerrahinin uğraş alanlarından bir kısmına daha müdahale edilmesine neden olmuştur.

Tüm bu değişime rağmen bugün bile Amerikan Cerrahi Board'u genel cerrahiye tanımlarken "vücudun hemen her bölgesindeki cerrahi hastalıklara müdahale eden" alan olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın içinde cerrahi hastalıkların yanısıra acil girişimler,



travma ve kritik hasta hizmeti de yer almaktadır [10]. Genel cerrahinin en önemli özelliklerinden birisi çok geniş cerrahi sorunlar ile basedebilecek bilgi temeli olmasıdır. Genel cerrahi eğitimi alan bir kişinin temel bilimler ve klinik alanlarda bilgili, teknik beceri ve cerrahi muhakeme gücü yüksek olması beklenir. Birçok hastalıkta bulunan cerrahi sorunları tedavi edebilecek becerilerde yetkinliğin kazanılması için önemlidir [11].

Genel cerrahi bugün uğraş alanları olarak daha çok gastrointestinal sistem (pankreas ve hepatobiliyer sistem dahil), meme, endokrin ve karın duvarı hastalıklarına yönelik elektif ve acil cerrahi girişimleri, travma ve kritik cerrahi hasta bakımını kapsamaktadır. Bunların yanısıra minimal invazif cerrahi ve endoskopi uygulamaları da genel cerrahinin kapsamı içindedir. Halen uygulanmakta olan eğitim bu alanlarda yetkinlik açısından bir sorun yaratmayacak cerrahlar yetiştirmektedir. Bu alanlar dışında bazı eğitim programlarında damar cerrahisine de yer verilmektedir. Bir genel cerrahin yetkinlik alanlarını belirleyen önemli farklılıklardan bir tanesi genel cerrahin mesleğini uyguladığı yerdir. Akademik ortamda olup olmadığı, çalıştığı ikinci basamak kurumunun alt yapı olanakları ve hekim insan gücü genel cerrahin "genel" veya "üst uzmanlık" alanında çalışmasına etki eder. Büyük şehirler dışında ikinci basamakta çalışan bir genel cerrahin daha çok "genel" genel cerrahi hizmeti sunması toplumun gereksinimlerini karşılamak adına daha doğrudur.

Daha nitelikli bir sağlık hizmet sunumu için akademik cerrahlar, üst uzmanlaşmış cerrahlar ve sahada çalışan genel cerrahlar arasında sosyal ve akademik etkileşim ve iletişim önemlidir. Bu etkileşimin sağlanması eğitim, alanın savunulması, araştırmanın desteklenmesi, yenilikçi yaklaşımların ortaya konulması ve yeni teknolojinin geliştirilmesi ile mümkün olmaktadır [12].

Genel cerrahideki üst uzmanlaşma giderek artmaktadır. Ancak burada da genel cerrahi asistanlarının tercih ettikleri alanlar vasküler, göğüs veya plastik-rekonstrüktif cerrahi gibi "genel" sayılabilecek alanlardan çok meme, laparoskopik cerrahi gibi daha özgül alanlardır [12]. Gelecek dönemlerde genel cerrahi'yi bekleyen en önemli süreçlerden bir tanesi halen ABD'de yaşanan işgücü kaybının derinleşmesidir. Travma cerrahisinin giderek popüleritesini kaybetmesi nedeniyle genel cerrahiden travmanın alınarak "Akut Bakım Cerrahisi" (Acute Care Surgery) alanının oluşturulması çalışmaları hız kazanmıştır. Hatta bu eğitim programının müfredatı üzerinde de çalışmalar yapılmıştır. Bu yeni alan genel cerrahi, nöroşirurji ve ortopedik travma hastalarına hizmet sunan bir alan olacaktır [11,13,14].

40 yıla yakın bir süredir içinde çalıştığım genel cerrahi alanında çok önemli gelişmeler olmuştur. Birçok hastalığın tedavisi değişik nedenlerden dolayı genel cerrahi kapsamından çıkmıştır. Minimal invazif cerrahinin gelişmesi ile genel cerrahinin boyutu genişlemiştir. Daha az invazif girişimlere yönelim arttıysa da üst uzmanlaşma ile



birlikte daha majör girişimler daha güvenle yapılır duruma gelmiştir. Genel cerrahi ile temel tıp bilimleri birlikteliği sınırları genişletmiştir. Tüm bu gelişmeler doğrultusunda cerrahi eğitimi ile ilgili olarak da önemli gelişmeler olmuştur.

Önümüzdeki yıllarda birçok hastalığın etiyopatogenezinin aydınlanması ile genel cerrahi alanının daha da daralacağı düşünülebilir. Ancak 21. yüzyılda genel cerrahların, cerrahi ile yakından ilişkisi olacak genetik, moleküler biyoloji, biyoteknoloji, nanoteknoloji, yapay zeka ve robotik teknoloji ile de ilgilenmeleri gerekecektir. Bununla birlikte daralan genel cerrahi alanı genişletilebilir. Genel cerrahların uzmanlaşma yanı sıra yukarıda sayılan alanlarda geleneksel temel bilimlerden daha geniş bir perspektif ile doktora (PhD) yapmaları uygun olacaktır. Şüphesiz genel cerrahi alanında böyle bir gelişim ve değişim bilimsel olarak ta bu alanın niteliğini arttıracaktır. Böylesine bir değişim için özellikle gelişmekte olan ülkelerde bir genel kültür değişimine gereksinim olacaktır. Bun için alt yapı olanakları hazırlıkları ve planlamaları şimdiden yapılmalıdır.

Toplum gereksinimi, sağlık uygulamaları ve sağlık politikaları gözönünde bulundularak geleceğin genel cerrahlarını yetiştirme hedefleri gözden geçirilmeli ve eğitim süreci buna uyumlu hale getirilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Brieger GH : The development of surgery . in Textbook of Surgery, Ed: DC Sabiston. W.B. Saunders Philadelphia. 14th Ed. S:1-19, 1991.
2. Fuhrman GM, Orr R, Dunn E ve ark. An assesment of university versus independent general sureryprogram graduate performance on the American Board of Surgery Examintions. L Surg Educ 2007;64:346-350.
3. Braasch JW The Lost Sheep Arch Surg 1986;121:385-390
4. Stitzenberg KB, Sheldon GF: Progressive specialization within general surgery: Adding to the complexity of worjforce planning. J Am Coll Surg 2005;201:925-32
5. Borman KR, Vick LR, Biester TW ve ark. Changing demographics of residents choosing fellowships: Long-term data from American Board of Surgery. J Am Coll Surg 2008;206:782-88.
6. Borman KR, Vick LR, Dattilo JB ve ark. Fators in fellowship selecion: Effects of services and fellows. J Surg Res 2008 Jun 18 [Epub ahead print]
7. Malangoni MA. Acute care surgery: The general surgeon's perspective. Surgery 2007;141:324-6
8. Fischer JF. The impending disappearance of the general surgeon. JAMA 2007;298:2191-93
9. Braasch JW: The Lost Sheep. Arch Surg 1986;121:385-390.
10. www.abms.org
11. Valentine RJ . Acute care surgery: The surgery program director's perspective. Surgery 2007;141:307-9.
12. Thorson AG. Presidential Adress: A subspecialist's view of the specialty of general surgery. Amer J Surg 2008;196:801-6
13. Esposito TJ. Moving the cheese: a commentary on debate over he acte care surgery initiative. Surgery 2007;142:414-9
14. Britt LD. Acute care surgery: A proposed training curriculum. Surgery 2007;141:304-6.



## BÖLÜMLEŞME ve BİRİMLEŞME PERSPEKTİFİNDE MEZUNİYET SONRASI GENEL CERRAHİ EĞİTİMİ: ABD RAPORU\*

Yrd. Doç. Dr. Ersin Öztürk / Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

### AMAÇ

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) özellikle son yıllarda cerrahi eğitimin geleceği açısından önemli tartışmalara sahne olmaktadır. Genel Cerrahi'den ayrılan ve ayrılmaya istekli olan birçok alt cerrahi birimdeki gelişmeler kimileri tarafından Genel Cerrahi'nin parçalanması, kimileri tarafından daha etkin alt dallara ayrılması olarak yorumlanmaktadır. Bu raporda, ABD'deki mezuniyet sonrası cerrahi eğitiminin (MCE)/ genel cerrahi uzmanlık eğitiminin tarihsel gelişimi, günümüzdeki durumu ile bölümleşme ve birimleşmenin uzmanlık sonrası cerrahi eğitimi üzerine etkileri sunulmuş, bu konudaki gelecek ile ilgili beklentiler özetlenmiştir.

### TANIMLAMALAR

Bu raporda sık olarak bahsi geçen, ABD'nde günümüzde yaygın olarak kullanılan konuyla ilgili bazı İngilizce terimlerin rapordaki Türkçe karşılıklarına ve ne anlamda kullanıldıklarına aşağıda yer verilmiştir.

**Tıp eğitimi: Medical education**– Tıp fakültesinde alınan eğitim.

**Mezuniyet sonrası (cerrahi) eğitim: Graduate medical (surgical) training**– Tıp fakültesinden mezun olduktan sonra alınan genel cerrahi **uzmanlık** eğitimi.

**Tıpta uzmanlık öğrencisi: Resident**– Tıp fakültesini bitirdikten sonra, Dahili ya da Cerrahi branşlardan birinde eğitim gören doktor; asistan.

**Çekirdek cerrahi eğitimi: Core surgical training**– Temel cerrahi eğitim programı doğrultusunda verilen eğitim.

**Trunk eğitimi: Truncated training / short track**– Yan dal uzmanlığı yapmak isteyenlerin seçebildiği kısaltılmış temel genel cerrahi eğitimi.

**Akredite edilmiş eğitim: Accredited Graduate Medical (Surgical) Education**– ABD'de, eğitim sivil toplum örgütlerinin kontrolündedir. Bu rapordaki haliyle, mezuniyet sonrası eğitimde eşgüdümün (**coordination**) sağlanması için kurulan the Accreditation Council on Graduate Medical Education'in onayladığı eğitim sistemi.

**Üst ihtisas: Postgraduate training / Fellowship**– Genel Cerrahi uzmanlığı sonrası alınan başka bir dalda ek uzmanlık eğitimi; yan dal uzmanlığı.

\* Raporun yazıldığı esnada Department of Colorectal Surgery, the Cleveland Clinic Foundation, OHIO'da görev yapmaktaydı.





**Üst ihtisas öğrencisi: Fellow**– Dahili ya da cerrahi ana branşlardan mezun olduktan sonra, yan dal uzmanlık eğitimi alan doktor.

**Yeterlik kurulu: Board** – Herhangi bir mesleki eğitim programından mezun olanların o meslekteki yeterliliğini belirleyen kurul.

**Yeterlik belgesi: Board certificate**– Herhangi bir meslekte yeterlik sahibi olduğunu gösteren belge. Mesleki diplomadan farklı olarak, gönüllülük esasına dayanan, ortak, kabul görmüş, eğitim alınan kurumdan bağımsız, sivil kuruluşların düzenledikleri sınavlarla alınır.

**Bölümleşme: Specialization**– ABD için, dahili ya da cerrahi branşlardan ayrılan, akredite edilmiş eğitim programları ve bu programlardan mezun olanları denetleyen yeterlik kurulları oldukları için, kendi başlarına bağımsız kabul edilen tıp bilimlerine ayrılma; Plastik Cerrahi, Kolorektal Cerrahi gibi. (Kolorektal cerrahi bir birim gibi algılanmasına rağmen ayrı bir "board" kurarak bölüm haline gelmiştir).

**Birleşme: Subspecialization**– ABD için, akredite edilmiş eğitim programları ve bu programlardan mezun olanları denetleyen yeterlik kurulları olmadığı için kendi başlarına bağımsız bölüm olamayan ancak özelleşmiş üst ihtisas eğitimi ve bu eğitime ilişkin belge veren alt bölümlere, birimlere, yan dallara ayrılma; Endokrin Cerrahisi, Meme Cerrahisi gibi...

## KISACA TARİHSEL GELİŞİM

ABD’de Genel Cerrahi’nin tarihsel gelişimi iki bölümde ele alınacaktır;

**A.** Cerrahi eğitimin tarihsel gelişimi ve **B.** Cerrahi bölümleşmenin tarihsel gelişimi.

**A. Cerrahi eğitimin tarihsel gelişimi:** Cerrahi eğitimi geçtiğimiz yüzyıla kadar ustacılık düzeninde uygulanmaktaydı. ABD’de modern cerrahi eğitiminin kurucusu olarak William S. Halsted bilinmektedir [1]. Halsted, Johns Hopkins Üniversitesi’nde cerrahi profesörü olarak görev yapmaktayken, 1904 yılında tanımladığı "piramit" modeline göre her yıl birkaç tıp doktoru eğitime alınmakta, ancak bunlardan sadece yarısı bir sonraki yıl devam edebilmekte, bunların da yarısı bir sonraki yıla geçebilmekte, böylece çok az kişinin eğitimini tamamlamasına olanak verilmekteydi. Bu metod, 1940’li yıllarda Massachusetts General Hospital’da görev yapan Edward Churchill tarafından "dikdörtgen" eğitim sistemi önerilene kadar yaygın kabul gördü [2]. Mezun olması beklenen kadar adayın kabul edildiği eğitim sistemi olarak tanımlanacak bu sistem ancak 1980’lerde, the Accreditation Council on Graduate Medical Education’in (ACGME) (Uzmanlık Eğitimi Akreditasyon Komitesi) bir alt birimi olan the Residency Review Committee for Surgery (RRC) (Asistan Değerlendirme Komitesi) kurulduktan sonra tam olarak uygulamaya girdi. Günümüzde, ABD’de genel cerrahi uzmanlık eğitimi birden fazla kurumun etkisi altındadır. Bu konuya ilerki bölümlerde tekrar dönecektir.



**B. Cerrahi bölümlesmenin tarihi:** Cerrahinin, dahili tıp bilimlerinden ayrılması temel olarak 14. yy'da gerçekleşmiştir (3). İlk sistematik cerrahi eğitim programı ve kitabı 1596'da yayımlanmıştır. Ancak "Genel Cerrahi" tanımının tam olarak ne zaman kullanılmaya başlandığına ilişkin ne yazık ki ayrıntılı kayıt yoktur. Bildiğimiz, Genel Cerrahi teriminin tıp literatürüne 19. yy'ın ortalarında girmiş olduğudur (4). Cerrahinin bölümlere ayrılması yine ilk olarak 19. yy'ın ortalarında Avrupa'da gerçekleşmiş, buna Paris'teki akademisyenler öncülük etmiştir (5).

ABD'de ise resmi kayıtlarda ilk kez 1854 yılında yayımlanan bir cerrahi kitabından oftalmolojinin genel cerrahi dışında bırakıldığı görülmektedir (4). Ayrıca 19. yy'ın sonlarında kurulan ve bugün de var olan bazı cerrahi derneklerinin ilk isimlerinde jinekoloji adının da bulunduğu bilinmektedir; The Southern Surgical and Gynecological Association gibi (bugünkü ismi The Southern Surgical Association'dir).

ABD'de, her yıl yayımlanan ve Genel Cerrahi (ve diğer tıp bilimleri alanında) o yılki en seçme makale ve çalışmalarını içeren **Year Book of General Surgery**'nin 1901'de yayımlanan ilk baskısında göz, kulak, burun ve boğaz, genel cerrahi, jinekoloji ve ortopediye ait farklı ciltler vardı (4). Böylece 20. yy'ın başlarında ABD'de cerrahlar yavaş yavaş farklı konularda yoğunlaştıklarını göstermeye başlamışlardı.

ABD'de bir alana ilgi duyanların biraraya gelip dernek kurmalarından sonra "tanınmak" adına yaptıkları temel hamle "**yeterlik**" (board) kurulları kurmak olmuştur (6).

**Tablo 1:** Genel Cerrahi'den türeyen bölümlerin(speciality) yeterlik(board) kurullarının tarihsel gelişimi\*

Bölüm	Yıl
Oftalmoloji	1917
Otolaringoloji	1924
Obstretrik ve jinekoloji	1930
Ortopedi	1934
Kolon ve rektal cerrahi	1935
Üroloji	1935
Genel Cerrahi	1937
Anesteziyoloji	1938
Plastik cerrahi	1939
Noroşirurji	1940
Göğüs cerrahisi	1950

\*Bu taripler yeterlik kurullarının kurulma tarihleri olup, resmi olarak tanınma tarihlerinden farklı olabilirler.



Böylece, yaptıkları sınavlarla o alana ilgi duyanların yeterliklerini sınamışlar ve ancak başarılı olanları aralarına kabul etmişlerdir.

Tablo 1’de günümüzde kendi yeterlik kurulları var olan cerrahi kökenli bölümlerin Genel Cerrahi’den ayrılma tarihleri sunulmuştur [4]. ABD’de, ilk yeterlik kurulu olan genel cerrahi ilişkili bölüm kolorektal cerrahi olmuştur [7, 8].

### **GÜNÜMÜZDE GENEL CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİ**

ABD’de genel cerrahi uzmanlık eğitiminin programlanması ve koordinasyonu sivil örgütler tarafından yapılmaktadır. Hükümet, tıpta uzmanlık öğrencilerinin (TUO)/asistanların maaşlarını ve eğitim ile ilgili diğer harcamaları düzenlemekte ancak eğitimin düzenlenmesi ve özellikle bir birimin eğitebileceği TUO/asistan sayısına doğrudan karışmamaktadır. Hükümetin verebileceği mali desteğin üzerinde TUO/asistan alan birimler, bunların maaşlarını kendileri karşılamaktadırlar [1, 9].

ABD’de genel cerrahi uzmanlık eğitimi düzenlenmesi, bu işin tek bir merkezden yapıldığı Kanada, İngiltere ve Avustralya’dan farklı olarak birkaç farklı kuruluşun koordinasyonu ile sağlanmaktadır. Bunlar;

#### **The Residency Review Committee for Surgery (RRC-S) of the ACGME (Asistan Değerlendirme Komitesi):**

Bir birimde eğitilebilecek TUO/asistan sayısını belirleyen kurumdur. Ancak bu sayıyı belirlerken öncelik noktası, ülkede ya da herhangi bir bölgedeki doktor veya cerrah ihtiyacından ziyade ilgili bölümün standartlara uygun olarak yetiştirebileceği doktor sayısıdır. ACGME günümüzde, ABD’de mezuniyet sonrası tıp eğitiminin kalitesini denetler ve eğitim kurumlarının akreditasyon sürecini yürütür. Akreditasyon süreci goönnüllülük esasına dayanılarak gerçekleştirilir. (<http://www.acgme.org>).

#### **The American Board of Surgery (ABS) (Amerikan Cerrahi Yeterlik Kurulu):**

Genel cerrahi uzmanlık eğitimi tamamlaış tıpta uzmanlık öğrencilerini düzenlediği sınavlarla denetleyen ve bunların sertifikasyon işlemini yapan yeterlik (board) kuruludur. Ayrıca uzmanlık eğitimi programının temel belirleyicisi ve düzenleyicisidir. ABD’de günümüzdeki cerrahi birimlerin eğitimi, ABS ile ABS’den bağımsız olmakla birlikte ABS ile ilişkilendirilmiş diğer cerrahi bölümlerin yeterlik kurulları ile ortaklaşa belirlenir. Yeterlik kurulu olan toplam 9 cerrahi bölüm (speciality) sırasıyla şöyledir;

- American Board of Surgery
- American Board of Orthopedic Surgery
- American Board of Plastic Surgery
- American Board of Thoracic Surgery
- American Board of Urology



- f. American Board of Neurosurgery
- g. American Board of Colorectal Surgery
- h. American Board of Ophthalmology
- i. American Board of Otolaryngology

Bu 9 cerrahi bölümün (speciality) yeterlik (board) kurulları, cerrahi dışı 15 bölümün yeterlik kurulları ile birleşerek genel cerrahi uzmanlık eğitiminin koordinasyonunu sağlayan the American Board of Medical Specialties'i oluştururlar. Ayrıca bu 9 cerrahi bölümün ACGME'da ayrı RCC'leri (Residency Review Committee) vardır ([www.absurgery.org](http://www.absurgery.org)).

#### **The American College of Surgeons (ACS) (Amerikan Cerrahi Derneği):**

Aktif olarak çalışan cerrahların en büyük profesyonel (mesleki) organizasyonudur. Genel cerrahi uzmanlık eğitimine karışmasa da, uzmanlık eğitimine materyal ve kaynak sağlayarak önemli katkılarda bulunur. Ayrıca mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitiminin (STE); kongreler gibi bilim ve eğitim etkinliklerinin temel sağlayıcısıdır. ([www.facs.org](http://www.facs.org)).

**The Association of Program Directors in Surgery (APDS):** ABD'de halihazırda genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren 250 hastanenin (yaklaşık yarısı üniversite hastanesi, yarısı eğitim hastanesi (9)) eğitim sorumlularının (anabilim dalı başkanları ve şefler gibi) katılımı ile oluşturulmuş, bu eğitim kurumları arasında bilgi ve kaynak akışını sağlayan, koordinasyonu düzenleyen kurumdur. Ayrıca, MCE'de görev alan tıp dışı koordinatörlerin kuruluşu olan the Association of Residency Coordinators in Surgery de APDS ile yakın ilişki içindedir. ([www.apds.org](http://www.apds.org)).

#### **The American Surgical Association (ASA):**

En eski cerrahi kuruluştur. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi konusunda doğrudan etkin değilse de düzenli olarak yayınladığı raporlarla uzmanlık eğitiminin düzenlenmesinde etkili olur. ASA'nın temel amacı cerrahi biliminin, genel cerrahi ve diğer cerrahi bölüm ve birimlerinde gelişmesini sağlamaktır. Bu amaca yönelik yıllık kongreler düzenlemektedir ([www.americansurgical.info](http://www.americansurgical.info)).

#### **The Association for Surgical Education (ASE):**

Cerrahi araştırma-geliştirme (**research**) çalışmaları ve iyi klinik uygulamalar gibi konulara öncülük eden ulusal, akademik kuruluştur. ([www.surgicaleducation.com](http://www.surgicaleducation.com)).

Bu kuruluşların tümü gönüllülük esasına dayanan, kâr gözetmeyen, sivil kuruluşlardır.



ABD’de son yıllarda genel cerrahi uzmanlık eğitiminin standartlarının yükseltilmesine yönelik giderek artan baskılar, TUÖ/asistanların çalışma saatlerini (mesaisini) haftada 80 saate sınırlayan kanunlar (10), artan cerrah açığı (11, 12), genel cerrahi uzmanlığına azalan ilgi (13, 14), ve ABS yeterlik sınavlarında cerrahların bilgi ve beceri düzeyinde belirgin azalma saptanması sonucu (10), 2002 yılından itibaren eğitimcilerin dikkatleri tekrar uzmanlık eğitimi üzerinde yoğunlaşmıştır. Özellikle ASA’nin önderliğinde ACS, ABS ve RRC-S’ nin katkılarıyla 2002 yılında bir Blue Ribbon Committee oluşturulmuş, bu komite uzmanlık eğitiminin son durumu ve sorunları hakkında araştırma yapmış, sonuçları komitenin önerileriyle beraber 2005 yılında yayımlanmıştır (15).

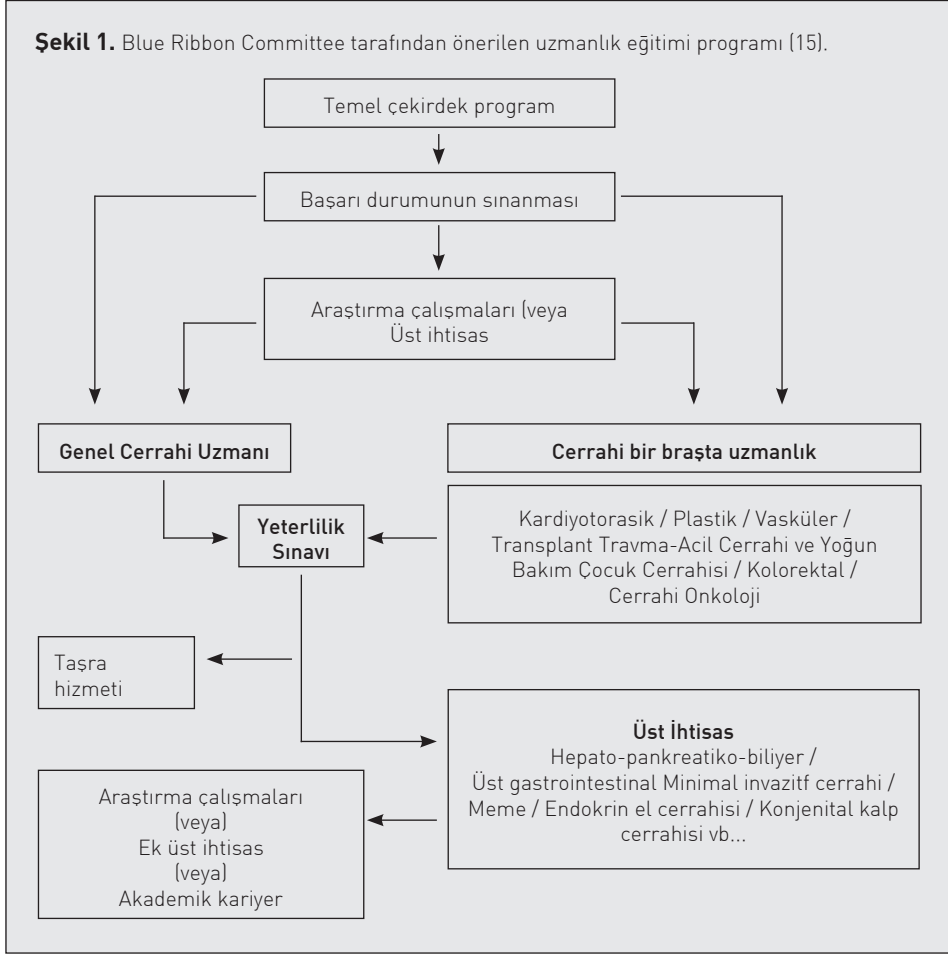
Bu raporda özetle eğitim açısından temel sorunların başında Genel Cerrahi kliniklerinin ve diğer bölümlerin uzmanlık eğitiminden ziyade hasta bakımı ve araştırma-geliştirme çalışmalarına yoğunlaştığı (15- 17), cerrahi bölümlerin tekrar uzmanlık eğitimi konusuna eğilmeleri ve cerrahi TUÖ/asistanlarının alması gereken temel ortak eğitim programının ivedilikle netleştirilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur. Ayrıca bölümleşme sonucu etkilenen uzmanlık eğitiminin düzenlenmesi konusunda önerilerde bulunulmuştur (Şekil 1). Bu öneriye göre, uzmanlık eğitiminin tüm TUÖ/asistanlar için ortak, temel bir program içermesi gerekliliği saptanmış ve cerrahi asistanlarının temel eğitim sonrası erken yan dal uzmanlığına geçmesinin daha uygun olacağı belirtilmiştir. Yine bu raporda meme, endokrin, hepatobiliyer ve el cerrahisi gibi bağımsız bölümleri (speciality) olmayan cerrahi dallarda da eğitimin uzmanlık sonrası eğitim ile sağlanması önerilmiştir. Ayrıca, bu eğitimlerin arasında ya da sonunda en az iki yıl olmak kaydıyla araştırma-geliştirme çalışmaları (research) için de opsiyonel olmak kaydıyla zaman ayrılması önerilmiştir. Ancak, bu konuda son söz ilgili yeterlik (board) kurulları ve RRC’lere (asistan değerlendirme komitelerine) bırakılmıştır. Bu rapor tamamen bir durum raporu olup sadece eğitim açısından Genel Cerrahi ve bölümleşmeye ait kısmen kısıtlı bir perspektifi yansıtmıştır.

Aynı süreçte ABS, önderliğinde yeni bir oluşum hazırlıkları başlamış ve 2004 yılında yukarıda bahsi geçen 6 kuruluşun ortak hareketi ile the Surgical Council on Resident Education (SCORE) (Cerrahi Asistan Eğitimi Konseyi) oluşturulmuştur (10). 2006 yılında bir toplantı ile daha önce açıklanan Blue Ribbon Committee raporu da dikkate alınarak SCORE, uzmanlık eğitiminin geliştirilmesi için harekete geçmiştir. Ancak, Blue Ribbon Committee’den farklı olarak SCORE, çalışmaları esnasında olayı sadece eğitim açısından ele almamış, ülkenin hekim ihtiyacı, ekonomik koşullar ve endüstriyel baskılar gibi geniş bir yelpazede Genel Cerrahi ve bölümleşme konusunu irdelemiştir.

SCORE ilk olarak Genel Cerrahi alanının neleri kapsadığını netleştirmiş ve Genel Cerrahi alanında incelenmesi gerektiğini düşündüğü konu, hastalık ve ameliyatlara 40 başlık altında toplamıştır (Tablo 2). SCORE, bu 40 konunun 5 yıllık Genel Cerrahi eğitiminin temelini oluşturması gerektiğine karar vermiş ve bu listenin zaman içinde güncellenmesi gerektiğini belirtmiştir. SCORE, ikinci iş olarak bir internet sitesi kur-



**Şekil 1.** Blue Ribbon Committee tarafından önerilen uzmanlık eğitimi programı (15).



muş ve web tabanlı interaktif eğitimin ulusal düzeyde başlatılması hedeflenmiştir. Ekim 2008'de Beta test\* yayınına başlanan web tabanlı cerrahi eğitim programı 2009 yılında son haliyle resmen kullanıma girecektir ([www.surgicalscore.org](http://www.surgicalscore.org)).

SCORE ayrıca, bir teknik beceri programı ve temel uzmanlık eğitimi programı da hazırlamaktadır. Bunların da 2009 yılı içinde aktif hale gelmesi planlanmaktadır.

\* Beta test yayını: Yeni bir bilgisayar programı yapıldığında öncelikle sınırlı sayıda kullanıcı ile deneme yapılır. Bu denemeler sonucunda kullanıcılardan gelen öneriler doğrultusunda program yeniden düzenlenir ve yaygın kullanıma sunulur. Deneme amaçlı, sınırlı sayıda kullanıcıya hitap eden bilgisayar programının bu versiyonuna Beta sürüm denir ([http://en.wikipedia.org/wiki/Beta\\_test#Beta](http://en.wikipedia.org/wiki/Beta_test#Beta)).



SCORE, mevcut durumda ABD’de 5 yıllık çekirdek cerrahi eğitimden vazgeçilmemesi gerektiğine karar vermiştir. Bu karara ilerki bölümlerde tekrar değinilecektir.

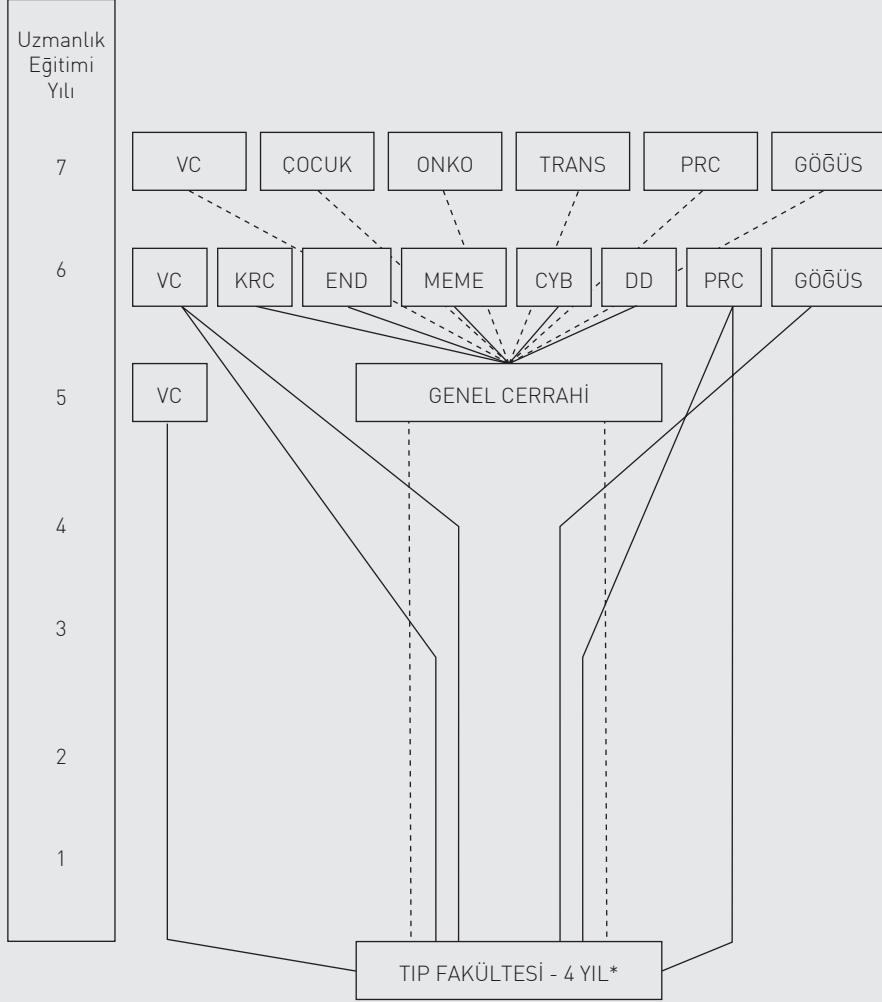
Bugün için ABD’de cerrah olabilmek için izlenen yol kısaca şu şekildedir. Öncelikle lise sonrası “undergraduate” olarak tanımlanan üniversite ya da kolejlerde alınan 4 yıllık genel eğitim, sonrasında 4 yıllık tıp fakültesi eğitimi ve akabinde en az 5 yıllık cerrahi uzmanlık eğitimi. İsteyenler ek olarak üst ihtisas eğitimi de alabilmektedir. Sekil 2’den de anlaşılacağı gibi tıp fakültesi sonrası genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren bazı bölümlere (speciality) doğrudan girilebilirken, bazı bölümlere ancak Genel Cerrahi’de bir müddet ya da tam olarak eğitim aldıktan sonra girilebilmektedir. Tüm cerrahi birim-

**Tablo 2:** SCORE’un önerdiği cerrahi çekirdek eğitim programının konu başlıkları.

Modul No	Konu Adı	Modul No	Konu Adı
1	Abdomen – dalak	21	Plastik cerrahi
2	Abdomen – fitik	22	Sindirim sistemi – ano-rektal
3	Abdomen – genel	23	Sindirim sistemi – ince barsak
4	Abdomen – karaciğer	24	Sindirim sistemi – kalın barsak
5	Abdomen – pankreas	25	Sindirim sistemi – mide
6	Abdomen – safra yolları	26	Sindirim sistemi – özefagus
7	Baş/boyun	27	Sinir Sistemi
8	Cerrahi yoğun bakım	28	Travma
9	Çocuk cerrahisi	29	Vasküler – ampütasyon
10	Deri ve yumuşak doku	30	Vasküler – anevrizma onarımı
11	Diğer	31	Vasküler – aort tıkanıklığı
12	El	32	Vasküler – diğer
13	Endokrin	33	Vasküler – ekstra-anatomik
14	Endoskopi	34	Vasküler – endovasküler tedaviler
15	Genito-üriner	35	Vasküler – periferik dammar tıkanıklığı
16	Göğüs Cerrahisi	36	Vasküler – serebrovasküler
17	Jinekoloji	37	Vasküler – tanısal
18	Meme	38	Vasküler – ulaşım
19	Organ transplantı	39	Vasküler – üst ekstremité
20	Ortopedi	40	Vasküler – venöz



**Şekil 2.** ABD’de günümüz koşullarında Genel Cerrahi ve ilişkili bölümlerde eğitim şeması (9).



**MCE:** Mezuniyet sonrası cerrahi eğitimi. **VC:** Damar Cerrahisi. **KRC:** Kolorektal Cerrahi. **END:** Endoskopik Cerrahi. **ONKO:** Cerrahi Onkoloji. **TRANS:** Transplantasyon. **PRC:** Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi. **Göğüs:** Göğüs Cerrahisi. **ÇOCUK:** Çocuk Cerrahisi. **MEME:** Meme Cerrahisi. **CYB:** Cerrahi Yoğun Bakım. **DD:** Diğer (Hepato-pankreatiko-bilyer, üst gastrointestinal vb.)

\* Bu süre 4 yıllık yüksek okul ya da kolej sonrası 4 yıl olup, bizim eğitim sistemimizde 8 yıllık üniversite eğitimine denk gelmektedir.





lerde ilk yıl eğitimi, diğer adıyla intörnlik, iki şekilde yapılır: 1. "seçilmiş (**designated**)" cerrahi asistanlığı; kişi Genel Cerrahi bölümüne girmiştir ve ilk yıldan sonra eğitimine devam edecektir, resmi olarak o bölümün asistanıdır. Bu kadro sayısı RRC-S tarafından belirlenir. 2. "seçilmemiş (**nondesignated**)" ya da "gönüllü" cerrahi asistanlığı; kişi sadece bir yıllığına bölüme girmiştir, resmi olarak asistan değildir, bir nevi gönüllüdür, daha sonra o bölümde devam edebilir ya da başka bir cerrahi bölüme geçebilir. Hangi bölümdeki ilk 1 yıl sonrasında hangi bölüme geçilebileceği belirli kurallara bağlı olup, ayrıntılarına bu raporda girilmeyecektir. Bu tür asistan kadrosu RCC-S tarafından belirlenen o bölüme ait seçilmiş asistan kadrosunun %50'sini geçemez. (1).

Bugün için ABD'de Genel Cerrahi ile ilişkilendirilen cerrahi dallar şunlardır (<http://home.absurgery.org/default.jsp?certexamoffered>):

1. Genel (General) Cerrahi
2. Kolorektal (Colorectal) Cerrahi
3. Göğüs (Thoracic) Cerrahisi
4. Plastik (Plastic) Cerrahi
5. Damar (Vascular) Cerrahisi
6. Çocuk (Pediatric) Cerrahisi
7. Cerrahi Yoğun Bakım (Surgical Critical Care)
8. El (Hand) Cerrahisi
9. Cerrahi Onkoloji (Surgical Onkoloji)
10. Transplantasyon (Transplant)
11. Endokrin (Endocrine) Cerrahisi
12. Meme (Breast) Cerrahisi
13. Hepato-pancreatiko-biliyer (Hepato-pancreatico-biliary) Cerrahi
14. Üst gastrointestinal (Upper gastrointestinal) Cerrahi
15. Bariatrik (Bariatric) Cerrahi
16. Minimal Invazif (Minimally Invasive) Cerrahi
17. Konjenital Kalp Cerrahisi

Bu cerrahi dallardan kendine özgü yeterli kurulları (board) olanlara "**bölüm**" (speciality), dernekleri olduğu halde yeterli kurulları olmayanlara "**birim**" (subspeciality) denilmektedir. ABD'deki hastanelerin çok büyük kısmı bir cerrahla anlaşacakları zaman yeterli belgesini şart koşmakta, küçük bir kısmı ise yeterli belgesi şartı aramaktadır (9).

Kolorektal Cerrahi, Göğüs Cerrahisi ve Plastik Cerrahi'nin doğrudan kendilerine ait bağımsız yeterli kurulları varken, Damar Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Cerrahi Yoğun Bakım ve El Cerrahisi yeterli kurulları aynı zamanda Genel Cerrahi yeterli kurulu olan the American Board of Surgery'e bağlıdır.



Kolorektal Cerrahi uzmanlık belgesi için, mecburi 5 yıllık Genel Cerrahi eğitimi ve yeterlik belgesi, sonrasında 1 yıllık üst ihtisas gerekmektedir ([http://www.abcrs.org/gen-info-booklet/Gen\\_Info\\_Bklt\\_2006\\_Edition.pdf](http://www.abcrs.org/gen-info-booklet/Gen_Info_Bklt_2006_Edition.pdf)). Buna ek olarak kolorektal cerrahi alanında 1 yıl araştırmaya yapmak suretiyle bu eğitim genellikle 2 yıl olarak uygulanmaktadır.

Göğüs Cerrahisi uzmanlık belgesi için, 5 yıllık Genel Cerrahi eğitimi ve yeterlik belgesi sonrası 2 yıllık üst ihtisas ya da 4 yıl Genel Cerrahi eğitimi sonrasında 2 yıllık Göğüs Cerrahisi üst ihtisası gerekmektedir. İkinci koşulda Genel Cerrahi yeterlik belgesi şartı yoktur (<http://www.abts.org/sections/Certification/certification-articles/article.html>).

Plastik Cerrahi uzmanlık belgesi için, temel olarak iki yol mevcuttur. Genel Cerrahi uzmanlığı sonrası, ek 2 yıl eğitim- ancak bugün büyük oranda terk edilmiştir, veya 3+3 denilen 3 yıl Genel Cerrahi + 3 yıl Plastik Cerrahi eğitimi. Bu da iki şekilde mümkündür; birincisi TUÖ/asistan Genel Cerrahi programındadır, üçüncü yılın sonunda gerekli koşulları yerine getirmişse, bölüm başkanından alacağı "başarılı" belgesi ile bir Plastik Cerrahi programına başvurabilir ve 3 yıl daha eğitim alır, ikincisi ise TUÖ/asistan doğrudan Plastik Cerrahi bölümüne başvurur ancak ilk 3 yılını başvurduğu Plastik Cerrahi eğitim koordinatörünün denetimi altında Genel Cerrahi bölümünde geçirir. (<https://www.abplsurg.org/ModDefault.aspx?section=TrainingRequire>). 2009 yılından itibaren, ikinci seçenek için iki bölümünde aynı kurumda olması şartı getirileceği, the American Board of Plastic Surgery'nin websitesinde duyurulmuştur.

Damar Cerrahisi uzmanlık belgesi için, son yıllarda hızlı gelişmeler olmuştur. Eskiden yeterlik belgesi alınmış Genel Cerrahi uzmanlığı üzerine 2 yıllık olan eğitim, önce Plastik Cerrahi gibi yeterlik belgesi şartı aranmayan 3+3 yıllık eğitime dönüşmüş, günümüzde ise Genel Cerrahi eğitimi olmaksızın 5 yıllık Damar Cerrahisi eğitimi şeklinde almıştır. (<http://home.absurgery.org/default.jsp?certvsqe>).

Çocuk Cerrahi uzmanlık belgesi, Plastik Cerrahi ile aynı evreleri atlatmış ancak, Çocuk Cerrahi camiası, 5 yıllık yeterlik belgeli Genel Cerrahi eğitimi üzerine 2 yıllık Çocuk Cerrahi eğitiminden vazgeçmemiştir (9).

Cerrahi Yoğun Bakım uzmanlık belgesi için, mecburi 5 yıllık Genel Cerrahi eğitimi ve yeterlik belgesi, sonrasında 3 yıllık üst ihtisas gerekmektedir (<http://home.absurgery.org/default.jsp?certscce>).

El cerrahisi uzmanlık belgesi için, mecburi 5 yıllık Genel Cerrahi eğitimi ve yeterlik belgesi, sonrasında 2 yıllık üst ihtisas gerekmektedir (<http://home.absurgery.org/default.jsp?certhandce>).

Bunlar dışında kalan Cerrahi Onkoloji, Transplantasyon, Endokrin Cerrahisi, Meme Cerrahisi, Hepato-pankreatiko-biliyer Cerrahi, Üst Gastrointestinal Cerrahi, Bariatrik Cerrahi, Minimal İnvazif Cerrahi ise "birim" (subspeciality) olarak anılmakta ve bun-



lardan herhangi birinde ileri eğitim almak isteyenlerin mutlaka en az 5 yıllık Genel Cerrahi eğitimlerini bitirmeleri gerekmekte, birçok merkezce de Genel Cerrahi yeterlik belgelerini almaları istenmektedir. Ancak, 2005 yılında ABS Cerrahi Onkoloji, Cerrahi Yoğun Bakım-Travma-Acil Cerrahi-Yanık ve Transplantasyon bölümlerini genel cerrahi disiplini içinde yer alan birimler olarak tanımıştır (18). Fakat, the American Association for the Surgery of Trauma (AAST) önderliğinde, ACS, ABS, APDS, the EAST ve West Trauma Associations, the Society of Critical Care Medicine ve the American Trauma Society, 2003 yılında başladıkları çalışmalarını 2007 yılında tamamlamış ve **Akut Bakım Cerrahisi** (Acute Care Surgery) adı altında travma, cerrahi yoğun bakımı ve acil cerrahiye birleştiren, 2 yıllık bir üst ihtisas programını, ilgilenen merkezlerde eğitimi düzenlemek üzere hizmete sunmuştur (19). Bağımsız bölüm (speciality) olma yolundaki ilk adım için ABS'e yeterlik kurulu(board) ve sertifikasyon(yeterlik/board belgesi) amaçlı başvurulmuş ve başvuru şu an için değerlendirmeye alınmıştır. Düzenlenen ortak program ile üst ihtisas eğitimine başlanmıştır. (<http://www.aast.org/WorkArea/showcontent.aspx?id=2096>). Eğer ABS başvuruyu kabul ederse, Cerrahi Yoğun Bakım departmanı, bundan böyle travma ve acil cerrahiye de içerecek ve Akut Bakım Cerrahisi adı altında anılacaktır.

Konjenital Kalp Cerrahisi için eğitim program gereksinimleri Şubat 2006'da ACGME tarafından onaylanmış olup, the American Board of Thoracic Surgery tarafından verilecek sertifikasyon hazırlıkları devam etmektedir (<http://www.abts.org/sections/Certification/certification-articles/article1.html>).

"Birim"lerle (subspeciality) ilgili olarak; bunların ülke çapında kabul görmüş dernekleri bir nevi karar mekanizmasını oluşturmakta ve hazırladıkları eğitim programları, yeterlik sınavları ile bölümleşme çabaları göstermektedir (20). Bu konuda en önemli sorun üst ihtisas öğrencilerinin maaşlarıdır. ABD hükümeti ancak bağımsız bölüm (speciality) olarak varlığını sürdüren cerrahi dallarında eğitim alanların maaşları için kaynak sağlamayı resmen onaylamakta, diğer "birim"ler (subspeciality) ise kendi kaynaklarını yaratmak durumunda kalmaktadırlar.

Cerrahi Onkoloji üst ihtisası, Society of Surgical Oncology kontrolünde, derneğin onayladığı merkezlerde yapılmaktadır. Ancak, gerçek anlamda bir standardizasyondan bahsetmek zordur. En az 2 yıl olan eğitim süresi, kimi yerlerde araştırma (research) çalışma dönemi zorunluluğu da eklenerek bazen 3 bazen 4 yıla çıkmakta, ayrıca farklı dallarda (**tract**) eğitim seçilebilmektedir: Heaptobilyer , meme gibi. Bugünkü haliyle bile kendi başına süper bölümleşmeye (**supersubspecilaziation**) aday gibi görünmektedir (<http://www.surgonc.org/default.aspx?id=60#1>).

Transplantasyon Cerrahisi, 2 ek yıl içinde karaciğer, böbrek, pancreas ve ince barsak transplantı konusunda yapılmakta olup, ulusal program koordinatörü the American



Society of Transplant Surgeons'tir (<http://www.ast.org/fellowshiptraining/jobboard.aspx>).

Endokrin cerrahisi üst ihtisası, the American Association of Endocrine Surgeons (AAES) tarafından düzenlenen program dahilinde 2 yıldır (<http://www.endocrinesurgery.org/fellowships/objectives.cfm>).

Meme cerrahisi üst ihtisası, the American Society of Breast Surgeons'in, Society of Surgical Oncology ve the American Society of Breast Disease ile birlikte yürüttüğü program dahilinde 1 yıldır (<http://www.surgonc.org/default.aspx?id=66>).

Hepato-pancreatiko-bilyer (HPB) cerrahi üst ihtisası, kendi başına olduğu gibi aynı zamanda Cerrahi Onkolji ve Transplant üst ihtisasları esnasında da yapılabilmekte ve 1-2 yıl sürmektedir. Program the International Hepato-Pancreatic-Biliary Association (IHPBA) tarafından koordine edilmektedir. Ancak, HPB üst ihtisasının farklı bölümlerde verilebiliyor olması, ABD ulusal bir programın yerleşik olmaması gibi nedenlerle, standardize ve akredite olamamıştır. Buna ek olarak, Scarborough (21), ulusal veritabanını kullanarak yaptığı çalışmada önümüzdeki yıllarda, Genel Cerrah açığına rağmen, gereğinden çok daha fazla HPB cerrahi olacağını hesaplamış ve HPB üst ihtisası ile ilgili gelecek planları yapılırken buna dikkat edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu yazı 2008 yılında yayımlandığından, sonuçların HPB üst ihtisasına pratik etkileri henüz incelenmemiştir.

Üst Gastrointestinal Cerrahisi, Bariatrik Cerrahi ve Minimal Invaziv Cerrahi üst ihtisasları the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), the Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT), the American Hepato-Pancreato-Biliary Association (AHPBA) ve the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) derneklerinin ortak kuruluşu olan the Fellowship Council tarafından düzenlenmekte olup ortalama 3 yıl civarındadır ve genellikle ortak programlar vardır. Bazı merkezlerde bu ortak programlara HPB cerrahi de dahilken bazı merkezler doğrudan minimal invaziv cerrahi adı altında tüm bu eğitime olanak vermektedir (<http://www.fellowshipcouncil.org>).

The American Medical Association (AMA)'nin (Amerika Tabipleri Birliği) 2006 raporunda, 1965 yılında AMA'nin resmi olarak tanıdığı tıp bölümlerinin sayısının 21 iken, bugün bu sayının bölüm (speciality) ve birimlerle (subspeciality) birlikte 121 olduğu yazmaktadır. (<http://amahouse.files.wordpress.com/2006/06/cme12a06.doc>).

Görüldüğü gibi ABD'de üst ihtisas eğitimi bir sistematığe kavuşmamış olup tam bir koordinasyondan bahsedilemez. Bu konudaki çalışmalara ilerleyen bölümlerde değinilecektir. Ayrıca, tüm bu üst ihtisas eğitimi için girişimlerde bulunan derneklerin temel amacının, ACGME tarafından tanınmak ve ABS'de yeterlik(board) kurulu sahibi olmak olduğunu, bunun için de gerek bilimsel, gerekse endüstriyel ve politik, tüm etkilerini kullandıklarını unutmamak lazımdır.



## BÖLÜMLEŞMENİN UZMANLIK EĞİTİMİNE ETKİSİ

Genel cerrahi gibi gerçekten geniş bir tıp alanının zaman içinde alt bölümlere (speciality), birimlere (subspeciality) ayrılması kaçınılmazdır. Nitekim ABD’de de bu olay aktif olarak bu şekilde devam etmiştir. Dr Richard Bell, (9) 2008 yılında bir makalesinde Genel Cerrahi ve bölümleşme sürecini Genel Cerrahi’yi bir ağaca benzeterek anlatmış ve zaman içinde ağaçtan kesilen dallarla, yeni tomrucuklanan dalların bölümleşmenin felsefesinin anlaşılması için uygun bir model olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla, ağaç yaşadığı muddetçe bazı dalların ayrılacağını ve başka yeni dalların oluşacağını yazmıştır. Bunun neticesinde aktif olarak devam etmesi beklenen bu süreçten etkilenmesi beklenen en önemli olayın, eğitim süreci olduğunu belirtmiştir. Dr Richard Bell, ABD’de görev yapan, daha önce bu konularda önemli makaleleri olan, ayrıca yazının önceki bölümlerinde bahsedilen SCORE oluşumuna başkanlık eden kişidir. Dolayısıyla, bölümleşmenin eğitim üzerine olan etkileri konusundaki fikirlerini ciddiye almakta kesinlikle fayda vardır.

Aynı makalede Dr Bell, bölümleşmenin eğitim üzerine etkilerini şu şekilde özetlemiştir: “Özellikle son 10 yılda artan üst ihtisas öğrencileri nedeniyle, TUÖ/asistanların yıllık ameliyat sayılarında belirgin azalma olmuştur. Bu konuda net veriler olmasa da kıdemli cerrahi asistanlarının yıllık sayılarında kabaca 30 ameliyatlık bir azalma gerçekleşmiştir. Son yıllarda teknolojik gelişmeler neticesinde zaten birçok eğitim kurumunda TUÖ/asistanlardan önce halihazırda eğitici kadrosundaki cerrahların eğitimine önem verilmiş, buna ek olarak giderek artan üst ihtisas öğrencileri de eklenince genel cerrahi uzmanlık eğitimindeki asistanların ameliyat sayılarında belirgin azalma olmuştur. Üst ihtisas öğrencileri, TUÖ/asistanlara nazaran daha bilgili ve tecrübeli oldukları için, klinisyenler tarafından tercih edilmeye başlanmış, bunun sonucunda TUÖ/asistanlar arasında üst ihtisas yapmadan yeterince bilgi ve tecrübe kazanılamayacağı inancı yerleşmiştir. Bu şekilde asistan vakalarının üst ihtisas öğrencilerine kayması yanında, akreditasyon kuralları çerçevesinde eğiticilerin TUÖ/asistanlara sürekli süpervizörlük (gözetim) yapmaları da (kurallar nedeniyle asistanların eğitici olmadan herhangi bir ameliyatı gerçekleştirmelerine izin verilmemektedir) asistanların tecrübe edinmesi ve özgüven elde etmesi konusunda belirgin biçimde kısıtlayıcı olmuştur.

Genel cerrahi üst ihtisaslarının ve bunların çekirdek eğitime etkilerinin mutlaka iyi etüd edilmesi gerekmektedir. Çözüm olarak iki seçenek sunulabilir: 1. Çekirdek eğitimin kısaltılıp, eğitimin temel olarak üst ihtisas eğitimi ile yapılması. 2. Çekirdek eğitim sürecinin kuvvetlendirilmesi. Ancak, ikinci seçeneğin hiç de kolay olmadığı bir gerçektir. Ayrıca, üst ihtisas eğitiminin etkin bir şekilde denetlenemediği de bilinmektedir.

Dr Bell’in başkanlığını yaptığı daha önce bahsettiğimiz SCORE, Kasım 2006’da yaptığı toplantısında ikinci seçenek üzerinde durmuş ve 5 yıllık Genel Cerrahi eğitimin kuvvetlendirilerek devam edilmesine ve kısaltılmış çekirdek eğitimi sonrası erken üst ihtisas



yapabilme modelinin şimdilik ertelenmesine karar vermiştir. Bu kararın 3 temel sebebi yine Dr. Bell, şu şekilde anlatmıştır (9). Birincisi, ABD’de hükümet hastanelere çekirdek eğitim alan uzmanlık öğrencileri/asistanlar için para verdiği için, genel cerrahi uzmanlık eğitimi süresinin kısaltılması hastanelerin milyonlarca dolardan olması demek olacaktı. İkincisi, üst ihtisas eğitimin standardize edilmemiş olmasıydı. Üçüncüsü ise, son yıllarda yapılan çalışmalarda, ABD’de giderek artan bir Genel Cerrah ihtiyacının ortaya çıkması ve bu ihtiyacın önümüzdeki yıllarda çok daha fazla artacağına belirtilmesiydi. Çekirdek eğitimin güçlendirilmesinin üst ihtisasa olan ilgiyi azaltabileceğinin düşünülürdü. Bugün için ABD, Genel Cerrah ihtiyacı olduğuna karar vermiş ve bunun için de cerrahi çekirdek eğitim programını güçlendirerek Genel Cerrahi’yi daha cazip hale getirmeye çalışmak gerektiğine inanmıştır. Bu noktada, ABD’de genel cerrahların yaklaşık %70’inin hâlihazırda bir üst ihtisas yaptığı ve cerrahlar arasında genel cerrahi uzmanı olarak çalışan hekim oranının %30 civarında olduğu unutulmamalıdır.

Dr. Bell, Surgical Clinics of North America’da yayınlanan bir başka makalesinde (1) ise, üst ihtisas yapan Genel Cerrah oranını %70 olarak vermiş, ve bu bölümlerin Genel Cerrahi’ye nazaran cerrahlara daha kontrollü (nöbet, acil gibi yükümlülüklerin azalması ile daha konforlu anlamında) bir yaşam imkanı tanıdığını belirtmiştir. Borman K ve ark. (22) ise, 1993-2005 yılları arasında ABS yeterlik belgesi alan 11080 cerrah üzerinde yaptıkları çalışmada, üst ihtisas yapanların oranını %77 olarak belirlemişlerdir.

Bass BL, 2006 yılında yayımlanan makalesinde (18) Genel Cerrahi’nin bölümleşmesinin, son 30 yıldır, hararetli bir tartışma konusu olduğunu belirttikten sonra şu önemli soruyu sormuştur; “Genel cerrahi eğitimi topluma hizmet etmeye hazır cerrahlar mı yetiştirmektedir, yoksa üst ihtisas yapabilmek için bir araç midir?” Dr. Bass’a göre mevcut genel cerrahi uzmanlık eğitimi programı ilk koşul için hazırlanmış görünse de, Dr Bell’in yukarıda sıraladığımız görüşleri doğrultusunda daha çok ikinci koşula hizmet etmektedir.

Dr. Bass’in temas ettiği diğer bir nokta da, üst ihtisas yapmış ya da yapmamış, aktif görev yapan cerrahların eğitimlerinin ne kadarından faydalanacaklarının belirleyicisi olan etmenin eğitimin kendisinden ziyade çalıştıkları bölge olduğudur. Toplumda daha sık görülen hastalıkların ve durumların yaygın olarak görüldüğü taşrada (rural) çalışan cerrahlar, daha çok çekirdek eğitimden aldıkları genel bilgilerle topluma hizmet ederken, daha az uygulanan ve daha gelişmiş teknoloji ve ekipman isteyen vakalar, bu konuya ilgi duyan merkezlere yönlendirilmekte ve bu özelleşmiş merkezlerde çalışan doktorlar da daha çok o merkezin ilgilendiği konuya yönelik bilgi ve becerilerini kullanmaktadırlar.

Bu konuda Dr. Bass yalnız değildir; Cheadle ve ark (23), son 30 yılda bölümlerinden mezun olan cerrahlara anket yoluyla yaptıkları çalışmada, eski mezunlarının ancak yarısının hayatlarına Genel Cerrah olarak devam ettiğini, bunun sebebi olarak da görev



yaptıkları bölgenin koşullarını gösterdiklerini belirtmişlerdir. Aslında bu toplumun ve yaşanan bölgenin koşullarının ortaya çıkardığı bölümleşmedir. Dr. Bell, makalesini üst ihtisas yapmak isteyenlerin alacakları ortak temel çekirdek programın gerekliliği ile bitirmiştir.

ACS 2005 yılında uzmanlık eğitimine başlayan TUÖ/asistanların birinci yıllarında almaları gereken konu başlıklarını şu şekilde özetlemiştir (24): Klinik ve preoperatif değerlendirme, Temel laboratuvar testlerinin ve röntgen filmlerinin değerlendirilmesi, Beslenme, Anestezi ve Resusitasyon, Sıvı-elektrolitler ve Asit-baz dengesi, Ateş ve İnfeksiyonlar, Yara bakımı, Şok ve Kritik hasta bakımı, Travma ve Cerrahi aciller, Akut iskemik inme, Koagülasyon ve Antikoagülasyon, Farmakoloji, Cerrahi hastalarda sık görülen komplikasyonlar, Temel cerrahi teknikler, Hasta ve meslektaşlarla ilişkiler, Öğrenme ve Gelişme, Sistemlere giriş.

Genel Cerrahi'de erken dönemde bölümleşme taraftarları bu programın temel olarak alınmasının faydalı olacağı görüşündedirler (18, 25). Ancak, SCORE, 2006 yılı sonunda genel cerrahi uzmanlık eğitiminin 5 yıllık programa bağlı kalması gerektiğini belirterek en azından Genel Cerrahi tarafından bölümleşmeye sıcak bakmadığının mesajlarını vermiştir (10).

Dikkat çekici bir nokta, bölümleşmenin devam etmesinin Genel Cerrahi ve cerrahi eğitime katkı sağlayacağını savunanlar (18, 26), Genel Cerrahi'den ayrılmış ya da ayrılmak üzere olan bilimdalları iken, özellikle Genel Cerrahi dalında ülkenin önde gelen tecrübeli ve yaşlı cerrahları daha geniş bir alan hitap eden Genel Cerrahi fikrini desteklemektedirler. Ko ve arkadaşlarının (27) 352 cerraha anket yoluyla yaptıkları bir çalışmada uzmanlık eğitiminin genel mi yoksa üst ihtisas ağırlıklı mı olması gerektiği sorgulanmış ve ankete katılanların %71'i genel uzmanlık eğitimini desteklemiştir. Ancak, ankete katılanların %62'sinin 60 yaşın üzerinde ve %72'sinin de profesör statüsünde olması ilgi çekicidir.

Kısaltılmış çekirdek eğitim bir taraftan tartışılırken, ACS'e bağlı, cerrahi asistanlarının kurduğu the Resident and Associate Society of the American College of Surgeons, 2006 yılında sınırlı sayıda cerrahi asistanı üzerinde yaptığı bir anketinin sonuçlarını yayımladı (26). Bu ankete katılan 110 tane üçüncü yıl TUÖ/asistan, cerrahi eğitimi için kararlarını etkileyecek faktörün uzmanlık eğitiminin uzunluğu olmadığını, daha çok yaşam tarzı, stress, ekonomik koşullar gibi etkenlerin belirleyici olduğunu belirtmişlerdir. Ancak, John Hopkins hastanesinde, cerrahi asistanlığına başvuran 146 tıp fakültesi son sınıf öğrencisi ve ülke çapında görev yapan 182 üst ihtisas program yöneticisinin katıldığı, anket yoluyla uzmanlık eğitiminin temel içeriği ve süresi sorgulandığı başka bir çalışmada da (28), öğrencilerin %80'inin en az 5 yıllık uzmanlık eğitimine ek olarak üst ihtisas planladığı, öğrencilerin %97'sinin uzmanlık eğitimi esnasında en az 1 yıl araştırma (research) çalışmaları yapmayı düşündüğü, ancak öğrencilerin %71'inin uzmanlık



eğitiminin kısaltılmasını istediği, üst ihtisas program yöneticilerinin %49'unun 5 yıllık uzmanlık eğitimini doğru bulduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada ilgi çekici olan Çocuk Cerrahisi, Cerrahi Onkoloji ve Transplantasyon gibi üst ihtisas program yöneticileri büyük oranda 5 yıllık genel cerrahi uzmanlık eğitimini savunurken, Vasküler Cerrahi, Göğüs Cerrahisi ve Plastik Cerrahi program yöneticileri büyük oranda kısaltılmış bir genel cerrahi uzmanlık eğitimini savunmuş olmalarıdır.

Bu konuda ilginç bir makale de 2007 başlarında Dr. Michael Shuterland tarafından yazılmıştır. Dr Shuterland (26), günümüzde spesifik bir alanla ilgilenen cerrahların diğer alanlarla ilgilenmek istemediğini, örneğin meme cerrahisine ilgi duyanların abdominal ameliyatları öğrenmek istemediğini belirtmiş ve alternatif bir uzmanlık eğitimi programı önermiştir. Buna göre, ilk 3 yıl çekirdek cerrahi eğitiminden sonra erken üst ihtisas olmalı, ülke gerçekleri doğrultusunda, taşrada görev yapacak "herşeyden belli oranlarda anlayan" cerrahları yetiştirecek "rural" – taşra cerrahisi adı altında bir üst ihtisas da oluşturulmasını önermiştir. Bu aslında muhtemelen bugünkü 5 yıllık haliyle Genel Cerrahi eğitiminin bu alternatif sistemdeki yeni adıdır. Bu fikre dayanak olarak gösterdiği nokta, ileride üst ihtisas yapıp, asistanlığı esnasında yaptığı ama bir daha tekrarlamayacağı, başka alana ait ameliyatlar nedeniyle o alana spesifik çalışacak cerrahların vakalarının gereksiz yere azaltığıdır. Örnek olarak, meme cerrahisi seçen bir cerrah asistanlığı esnasında yaptığı abdominal ameliyatları gereksiz yere öğrenmiş ve aynı zamanda abdominal cerrahiye merak duyacak kişilerinde gereksiz yere yıllık vaka sayılarını azaltmıştır. Bu durum özellikle, rutin daha az yapılan ülser cerrahisi, Whipple ameliyatı gibi bazı ameliyatlarda daha belirgindir. Yine aynı şekilde 'rural'/taşra cerrahisini seçenler, taşrada yapmayacakları Whipple ameliyatı gibi ameliyatlar yerine daha fazla sayıda daha sık yapılan fıtık, hemoroidal hastalık cerrahisi gibi işlerle uğraşacaklardır. Yani, cerrahlar eğitimleri esnasında kendileri için "gereksiz" olan tecrübeyi "gereklenler"e devretmiş olacaklardır. Bu sistemin olumsuz yanı olarak da Dr. Shuterland, asistanların erken dönemde seçim yapmak zorunda kalmaları nedeniyle belki de yeterince ilgileri olmayacak bölümleri tercih edeceklerini ve ileride bunu fark ettiklerinde biraz "geç" kalmış olabileceklerini göstermektedir. Ek olarak, asistanların program değiştirmeleri için uygun koşullar sağlanabilse bile bunun potansiyel bir problem olabileceğini belirtmektedir.

## BÖLÜMLEŞMEYE YOL AÇAN FAKTÖRLER

Bölümleşmeye yol açan faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz (4, 5, 9, 29);

1. Temel neden, bilgi birikimindeki artıştır. Herşeyi bilmek, belli bir alanda daha derin bilgiye sahip olmaktan daha zordur.





2. Teknolojik gelişmeler, bir kişinin tüm işlemleri öğrenmesini zorlaştırmış ve kişiler daha özelleşmiş teknolojileri kullanma yolunu seçmişlerdir.
3. Özelleşmiş bilgileri öğretmek ve öğrenmek, tüm genel bilgileri öğretmekten daha rahat ve kolay görülmüştür.
4. Benzer olguların arka arkaya incelenmesi ve tedavi edilmesi, mesleki tecrübeyi artırmıştır.
5. Tarihsel olarak da aynı konulara ilgi duyan akademisyenlerin biraraya gelmesi ile topluluklar oluşmuş ve bu topluluklar kendilerini diğerlerinden ayırmak üzere faaliyetlerde bulunmuşlar, bu sayede bölümleşme faaliyetleri yürütmüşlerdir.
6. Doktorlara ödenen ücretler de etkindir. ABD’de aynı işlem için üst ihtisas yapmış bir cerrah, bir genel cerrahdan daha fazla para kazanmaktadır.
7. Öğrencilerin tıp fakültesinde iken model olarak gördükleri akademisyenler genel olarak adı konsun konmanın spesifik bölgelerle ilgilenirler. Öğrenciler bu sırada ilgi alanlarını az çok belirlerler. Hocalarına duydukları sevgi ve ilgi belirleyici olabilir. Ayrıca, bu eğitim esnasında hocalarının yaşam tarzları gelecekte nasıl bir yaşam seçmek istedikleri konusunda fikir vericidir.
8. ABD’de yeterlik belgesi aldıktan sonra bu belgenin, belirli aralarla yenilenmesi gerekmektedir. Bir alandaki gelişmeleri takip etmek, tüm genel cerrahi branşlarındaki gelişmeleri takip edip, bilgiyi taze tutmaktan daha kolaydır.
9. Tabii ki halkın seçimleri de önemlidir. Hastalar, spesifik alan doktorlarını genel alan doktorlarına tercih etmektedirler. Bu arz-talep ilişkisi sonucunda üst ihtisas yapmak isteyen doktorların olması kaçınılmazdır.
10. Eğiticilerin tercihleri de etkilidir. Tecrübeli üst ihtisas öğrencileri ile çalışmak, tecrübesiz cerrahi TUÖ/asistanlarla çalışmaktan daha kolay ve daha rahattır. Bunun neticesinde, ister istemez, eğiticilerin yaptırdığı ameliyatlar, asistanlardan üst ihtisas öğrencilerine kaymış, bu da TUÖ/asistanlarda üst ihtisas yapmadan herhangi bir cerrahi alanda yeterli tecrübeye sahip olamayacakları mantığının yerleşmesine neden olmuştur.
11. ABD’de düzenli olarak yapılan çalışmalar neticesinde özelleşmiş doktorlara mı yoksa genel hekimlere mi ihtiyaç olduğu sorgulanmaktadır. Buna ilk örnek Flexner raporudur (12). 1910 yılında yayımlanan bu rapor doğrultusunda tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri yetiştirdikleri doktor sayısına indirime gitmişler, “az ama öz” mantığıyla daha kaliteli bir eğitime yönelmişlerdir. Daha sonra İkinci Dünya Savaşı esnasında doktor açığı artmış ve the Surgeon General’s Consultant Group on Medical Education ciddi bir cerrah eksikliği tehlikesine



dikkatleri çekmiştir. Bu rapor 1963 yılında ABD başkanı John F. Kennedy'nin tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinin eğitim kapasitelerini artıran kanunu imzalamasına yol açmıştır. Bir sonraki rapor 1980'li yıllarda the Graduate Medical Education National Advisory Committee'den gelmiş ve bu sefer doktor fazlalığı öngörüülerek, uzmanlık eğitimine alınacak doktor sayısında indirimle gidilmiştir. Ayrıca bu raporda tıp fakültesi mezunlarından cerrahi seçenlerin %50'sinin Genel Cerrahi'ye devam etmesi, %50'sinin de üst ihtisas yapması önerilmiştir.

Bugün ise yapılan, metodolojileri farklı olsa da sonuçları benzer olan bazı çalışmalar, ABD'de 2020 yılında en üst noktaya çıkacak şekilde giderek artan Genel Cerrah açığında bahsetmektedir (11, 30, 31). Nitekim SCORE faaliyetleri esnasında bu raporları da ciddiye almış ve bu nedenle çekirdek Genel Cerrahi eğitiminin 5 yıl olarak devam etmesi gerekliliğine kanaat getirmiştir. Bugün için, açığın en çok hissedildiği yer travma ve acil cerrahi uniteleridir, çünkü yaşam tarzı ve düşük gelir profili bu alana ilgiyi azaltmıştır (32-35).

### **BÖLÜMLEŞMENİN OLUMLU YÖNLERİ**

Artan bölümlleşme sonucu, akademik doktorların yaptıkları araştırma (research) çalışmaları belirgin olarak artmış, bu da yeni tedavi yöntemlerinin hızla ve güvenle gelişmesine olanak tanımıştır (36).

Üst ihtisas yapmış doktorların yaşamlarından memnuniyet oranı, genel hizmet verenlerden daha yüksektir (29).

Hastalıkların tedavisinde başarı açısından bölümlleşmenin önemli katkıları olmuş gibi gözükmektedir. Chowdhury (37), 2007 yılında yayımlanan derleme yazısında, bölümlleşmenin cerrahi uygulanan hastaların prognozuna etkisini inceleyen 22 çalışmanın %91'de bölümlleşmenin hastaların prognozuna olumlu etki ettiğini belirtmiştir.

Tüm alanlarda olmasa bile eğitimin kalitesi artmıştır. Belirli bir alanda, sürekli, tekrarlayan bilgi, eğiticilerin öğrencileri daha iyi eğitmesine olanak tanımıştır (18).

### **BÖLÜMLEŞMENİN OLUMSUZ YÖNLERİ**

Özellikle kronik hastalar açısından olumsuz etkileri olmuştur. Bilindiği gibi bugün hastalıkların çoğu mutlidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Ancak hastanın sürekli bir "sahibi" yoktur. Özellikle, mesai saatları dışında veya tatillerde, hele hele de nispeten basit sorunları için kime başvuracakları çoğu zaman kafa karıştırıcı olmakta, bu nedenle de sürekli ve kaliteli hasta bakımı aksamaktadır. Özelleşmiş kadar genel doktorlara da ihtiyaç vardır (29).



Giderek artan kadın doktor sayısı sonucunda, günümüz tıp öğrencileri daha esnek ve rahat bölümleri tercih etmekte, bu esnada özellikle yabancı uyruklu doktorlar, genel cerrahi gibi düzenli bir hayata izin vermeyen branşlara kaymaktadır (11, 13).

Genel hizmet verebilecek doktor sayısındaki açık yardımcı personel (Avrupa ülkeleri ve ülkemizde olmayan yardımcı hekim-physician assistant, ABD’de uzun bir zamandır bir meslek olarak geliştirilmiş ve yaygınlaştırılmıştır) ile kapatılmaya çalışılmıştır. Ancak, hem bu kişilerin eğitimlerinin düzenlenmesi hem de hasta-sigorta şirketleri ilişkisi açısından çeşitli potansiyel sorunlar nedeniyle bu sistem çözümden ziyade daha büyük sorun olarak yorumlanmaktadır (15).

Bazı bölümlerde ise eğitim henüz standartlaşmamıştır (9). Bazı üst ihtisasların gelişimi o kadar hızlı olmuştur ki, standardize edilmiş ve akredite bir eğitim programı oluşturulamamıştır. Özellikle Genel Cerrahi’den son yıllarda ayrılmış cerrahi dallarında eğitiminde bir boşluk vardır. Ne RRC-S ne de başka bir kurum üst ihtisas eğitimi denetlememektedir.

Bölümleşmenin en önemli yan etkisi travma ve acil cerrahi alanındadır (32-35). Günümüzde ABD her yıl sadece 60-80 cerrah travma cerrahisini seçmektedir. Bunun temel nedenleri arasında travmatik solid organ yaralanmalarında cerrahinin etkinliğini kaybetmesi, travma cerrahlerinin düzensiz bir hayata aday olmaları ve düşük ücretler vardır. Travma ve acil cerrahi ile ilgilenmek isteyen doktorların çok az olması ve üst ihtisas yapan cerrahların zamanla travma cerrahisini unutmaları sonucu, acil cerrahi unitelerinde potansiyel bir kriz tehlikesi ortaya çıkmıştır.

### **ABD’DE GELECEĞE YÖNELİK PLANLAR**

SCORE genel cerrahi eğitimini 5 yıl olarak belirlemiş ve üst ihtisas yapmak isteyenlerin daha kısa süreli eğitimine olanak sağlayan trunk sistemine onay vermemiştir. Bunu yaparken, mevcut durum (aşırı üst ihtisaslaşma oranı) kadar gelecekte belirlemesi muhtemel Genel Cerrah açığı da dikkate almıştır (10).

AMA (Amerika Tabipleri Birliği), ek olarak coğrafi bölgelere göre ihtiyaçları belirlemek üzere bir takım girişimlere başlamıştır. Ülkenin hangi kısmında genel hangi kısmında hangi özelleşmiş doktorlara ihtiyaç olduğunun belirlenmesinin gelecek eğitim politikalarının belirlenmesinde etkili olacağını düşünmektedir (10).

Tüm cerrahi kuruluşlar özellikle Genel Cerrah’ların ilerde maddi açıdan daha tatmin edici gelir seviyelerine ulaşmaları için çalışmalar yapılmasına karar vermişlerdir (31).

ABD’de asistanlar için haftalık 80 saat çalışma süresi kuralının uygulamasının Genel Cerrahi eğitimini tecrübe açısından etkilemediğine dair çıkan yazılar sonucunda,



vakaların da üst ihtisas öğrencilerinden asistanlara kaydırılmasının teşvik edilmesi ve uzmanlık eğitiminin de cazip hale getirilmesi düşünülmektedir (9, 31).

Travma ve acil cerrahiye cazip hale getirilmesine çalışmaktadır. Bu konuda düşünülen çözüm ise Akut Bakım Cerrahisi üst ihtisası yapan cerrahlarla ya da genel cerrahların eğitimini artırarak, bu kişilerin nöbet ertesi hastaneye hiç uğramadıkları 24 saat boşluklar vererek, kişilere mesai dışı zaman tanımak ve bu açığı kapamak olmuştur (33).

## SONUÇ

ABD’de günümüzde, cerrahi eğitim SCORE isimli organizasyon ile bir merkezden koordine edilmeye başlanmıştır. Tespit edilen durum Genel Cerrah açığı olduğudur. Bu nedenle, daha fazla bölümlenme yerine Genel Cerrahi’nin özendirilmesi ve daha çok genel cerrah yetiştirilmesi planlanmaktadır. Diğer taraftan hali hazırda bağımsızlıklarını kazanmış Plastik Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Vasküler Cerrahi gibi bölümler Genel Cerrahi formatından bağımsız bir cerrahi eğitime yönelirken, Kolorektal Cerrahi ve Çocuk Cerrahisi halen daha temeli Genel Cerrahi olan eğitim sistemini tercih etmektedirler.

Bağımsızlıklarını elde etmeye çalışan diğer cerrahi branşlar, SCORE’un tespit ettiği durum neticesinde bunun için biraz daha beklemek durumunda kalacak gibi görünmektedirler. Ancak, bunun temel nedenin eğitimin kalitesi değil, ülke ve ABD vatandaşlarının mevcut ihtiyaçları olduğu unutulmamalıdır.

Aslında genelleşme-bölümleşme tartışmasına belki de en akılcı yaklaşım Cheadle ve arkadaşlarından gelmiştir (23): Eğitim kurumlarında, alanları netleştirilmiş birimlere ayrılmış ama genel cerrah yetiştiren Genel Cerrahi kliniği organizasyonu. Diğer bir deyişle, akademik ortamda “bölümleşme” ama ülke çapında hizmet konusunda “genelleşme”.

ABD’de, teknoloji ve cerrahi bilimindeki yüksek ivmeli gelişmeler sonucunda, bölümleşmenin kaçınılmaz olduğuna inananların sayısı çoktur, ama bugün için dile getirilen ortak endişe aslında bundan 30 yıl önce Godberg (38) tarafından açık şekilde sorgulanmıştır; “Bölümleşmenin modern tıbbın dışlanamaz bir gerekliliği olduğu yadsınamaz. Sormamız gereken şudur; buna ne zaman bir dur demeliyiz?”



## KAYNAKLAR

1. Bell RH Jr, Banker MB, Rhodes RS, Biester TW, Lewis FR. Graduate medical education in surgery in the United States. *Surg Clin North Am.* 2007; 87: 811–23.
2. Grillo HC, Edward D, Churchill and the “rectangular” surgical residency. *Surgery.* 2004; 136: 947–52.
3. Bevan PG. Generalism and specialization in surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 1981; 63: 383–5.
4. Jordan GL. The future of general surgery. *Am J Surg.* 1991; 161: 194–202.
5. Weisz G. The emergence of medical specialization in the nineteenth century. *Bull Hist Med.* 2003; 77: 536–75.
6. Smyth CM. Graduate surgical training in America. *Ann Surg.* 1945; 121: 793–802.
7. Schoetz DJ. Who, why, what and how? *Dis Colon Rectum.* 2004; 47: 2008–14.
8. Ault GW. A brief history of the American Board of Colon and Rectal Surgery. *Dis Colon Rectum.* 1966; 9: 149–58.
9. Bell RH Jr. Graduate education in general surgery and its related specialties and subspecialties in the United States. *World J Surg.* 2008; 32: 2178–84.
10. Bell RH Jr. Surgical council on resident education: a new organization devoted to graduate surgical education. *J Am Coll Surg.* 2007; 204: 341–6.
11. Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ, Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health Aff (Millwood).* 2002; 21: 140–54.
12. Russell TR. The surgical workforce: averting a patient access crisis. *Surg Clin North Am.* 2007; 87: 797–809.
13. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996–2003. *Academic Medicine.* 2005; 80: 791–6.
14. Bland KI, Isaacs G. Contemporary trends in student selection of medical specialties: the potential impact on general surgery. *Arch Surg.* 2002; 137: 259–67.
15. Debas HT, Bass BL, Brennan MF, Flynn TC, Folse JR, Freischlag JA, Friedmann P, Greenfield LJ, Jones RS, Lewis FR Jr, Malangoni MA, Pellegrini CA, Rose EA, Sachdeva AK, Sheldon GF, Turner PL, Warshaw AL, Welling RE, Zinner MJ; American Surgical Association Blue Ribbon Committee. American Surgical Association Blue Ribbon Committee Report on Surgical Education: 2004. *Ann Surg.* 2005; 241: 1–8.
16. Abrahamson S. Time to return medical schools to their primary purpose: education. *Academic Medicine.* 1996; 71: 343–7.
17. Irby DM, Cooke M, Lowenstein, Watson RT. The academy movement: a structural approach to reinvigorating the educational mission. *Academic Medicine.* 2004; 79: 729–36.
18. Bass BL. Early specialization in surgical training: an old concept whose time has come? *Semin Vasc Surg.* 2006; 19: 214–7.
19. Hoyt DB, Kim HD, Barrios C. Acute care surgery: a new training and practice model in the United States. *World J Surg.* 2008; 32: 1630–5.
20. Harness JK, van Heerden JA, Lennquist S, Rothmund M, Barraclough BH, Goode AW, Rosen IB, Fujimoto Y, Proye C. Future of thyroid surgery and training surgeons to meet the expectations of 2000 and beyond. *World J Surg.* 2000; 24: 976–82.
21. Scarborough JE, Pietrobon R, Bennett KM, Clary BM, Kuo PC, Tyler DS, Pappas TN. Workforce projections for hepato-pancreato-biliary surgery. *J Am Coll Surg.* 2008; 206: 678–84.
22. Borman KR, Vick LR, Biester TW, Mitchell ME. Changing demographics of residents choosing fellowships: long term data from the American Board of Surgery. *J Am Coll Surg.* 2008; 206: 782–8.
23. Cheadle WG, Franklin GA, Richardson JD, Polk HC Jr. Broad-based general surgery training is a model of continued utility for the future. *Ann Surg.* 2004; 239: 627–32.
24. American College of Surgeons Division of Education: Successfully navigating the first year of residency: Essentials of medical students and PGY-1 Residents. Chicago, IL. The American College of Surgeons, 2006.
25. Potts JR 3rd. Core training in surgery: what does it need to include? *Semin Vasc Surg.* 2006; 19: 210–3.
26. Sutherland MJ. A young surgeon’s perspective on alternate surgical training pathways. *Am Surg.* 2007; 73: 114–9.
27. Ko CY, Whang EE, Karamanoukian R, Longmire WP, McFadden DW. What is the best method of surgical training?: a report of America’s leading senior surgeons. *Arch Surg.* 1998; 133: 900–5.
28. Hardacre JM, Chen H, Martin C, Lillemoe KD. General surgery and fellowship training: opinions of surgical intern applicants and fellowship directors. *Surgery.* 2000; 127: 14–8.



29. Sirio CA. AMA CME Report 12-A-06. Impact of increasing specialization and declining generalism in the medical profession. (<http://amahouse.files.wordpress.com/2006/06/cme12a06.doc>.)
30. Council on Graduate Medical Education. Summary of eight report: patient care physician supply and requirements: testing COGME recommendations. Washington, DC: Council on Graduate Medical Education. ([http://www.cogme.gov/rpt8\\_3.htm](http://www.cogme.gov/rpt8_3.htm)).
31. Council on Graduate Medical Education. Physician workforce policy guidelines for the United State, 2000-2020: 16th report. (<http://www.cogme.gov/report16.htm>).
32. American College of Emergency Surgeons. On-call specialist coverage in U.S. emergency departments. American College of Emergency Physicians Survey of Emergency Department Directors. ([http://www.acep.org/NR/rdonlyres/DF81A858-FD39-46F6-B46A-15DF99A45806/0/RWJ\\_OncallReport2006.pdf](http://www.acep.org/NR/rdonlyres/DF81A858-FD39-46F6-B46A-15DF99A45806/0/RWJ_OncallReport2006.pdf))
33. Trunkey DD. The emerging crisis in trauma care: a history and definition of the problem. *Clinical Neurosurgery*. 2007; 54: 200- 5.
34. Division of Advocacy and Health Policy. A growing crisis in patient access to emergency surgical care. *Bull Am Coll Surg*. 91:9 - 18, 2006.
35. Spain DA, Miller FB. Education and training of the future trauma surgeon in acute care surgery: trauma, critical care, and emergency surgery. *Am J Surg*. 2005; 190: 212- 7.
36. Jordan GL. Presidential address: the impact of specialization on health care. *Ann Surg*. 1985; 201: 537-44.
37. Chowdhury MM, Dagash H, Pierro A. A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *Br J Surg*; 94: 141- 65.
38. Godber G. The effect of specialization on the practice of medicine. *Lancet*. 1978; 1: 257- 9.



## GENEL CERRAHİ UZMANLIK ALANINDA “YAN DAL İHTİSASI” RAPORU: ÇEŞİTLİ ÜLKELER VE AVRUPA PERSPEKTİFİ

Prof. Dr. H. Fatih Ağalar, Doç. Dr. Oral Saygun, Yrd. Doç. Dr. Kuzey Aydınuraz  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

### AMAÇ

Dünya genelinde genel cerrahi ihtisası ile ilgili olarak, üst ihtisaslaşmanın hasta bakımında mükemmeliyete ulaşmak için çoğu ülkede yaygın biçimde yürürlüğe girmeye başladığı görölmektedir. Genel cerrahiden kopmalar neticesinde, genel cerrahinin eski önemini yitiriyor gibi görünmesine karşın genel cerrahi gibi çok geniş bir alanda yan dal ihtisastarı, sertifikasyonlar ile cerrahların kendilerini daha dar uygulama ve araştırma alanlarıyla sınırlamaya yönelmesi anlaşılabilir bir durumdur. Braasch’ın genel cerrahideki bu parçalanma eğilimini “Lost Sheep” isimli makalede dile getirmesinden 23 yıl sonra bile değışen çok az şey olmuştur (1).

Bu raporda, ülkemizde genel cerrahi eğitiminden sonra yan dal ihtisası gereksinimi, ülkemizde ve dünyada özellikle Avrupa ülkelerinde ve UEMS (Avrupa Uzmanlar Birliği) içinde yan dal ihtisastalarının durumu, olumlu ve olumsuz yönleri literatür eşliğinde tartışılacaktır.

### GEREKÇE

Değışen ihtiyaçlar ve ortaya çıkan sorunlara yönelik olarak, yalnızca “iyi genel cerrah yetiştirmeliyiz” düşüncesi yeterli olmamaktadır.

Özefajektomi, total gastrektomi, karaciğer rezeksiyonları, pankreatikoduodenektomi, sfinkter koruyucu cerrahi gibi hem cerrah hem de kurumsal deneyim gerektiren ve her yerde çok sık yapılmayan komplike girişimlerde hastane ve cerrahın bu ameliyatlara ilgili tecrübesi (volüm-yapılan ameliyat sayısı) hastaların yakın ve uzak dönem sağkalımlarında etkili olmaktadır; morbidite azalmakta ve hastanede kalım süresi kısalmaktadır (2). Bu ameliyatların ehil ellerde ve uygun kurumlarda yapılması ekonomik fayda da ortaya çıkarır.

Bu bakımdan, komplike ameliyatların belli merkezlerde konunun uzmanları tarafından uygulanması konusunda literatür bir iki istisna dışında hemfikirdir.

Bazı hastalıklar için cerrahın yapmış olduğu ameliyat sayısı ile yan dal ihtisası arasında kuvvetli bir ilişki de vardır. Bunun için yan dal ihtisası bir gereklilik halindedir. Öte yandan yan dal ihtisası şeklinde değil ama spesifikleşerek kendini diğer ameliyatlardan çekme durumuyla hastane ameliyat volümü arasında da bir ilişki kurulabilir. Bu bakımdan hasta hizmetinde iyi standartlar yakalamak için yan dal ihtisastarı şart değildir de denilebilir.



Ancak, cerrahi işyükünün çok önemli bir kısmını üstlenmekte olan genel cerrahi uzmanlığı ve uzmanlarının durumunun yan dallara eğilim sonucu bozulabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Yan dallaşmanın yarattığı/yaratacağı bu olumsuzluk dikkatle ele alınıp gerekli önlemler alınmazsa, hasta sağlığı üzerine olumsuz etkilere yol açılabilir. Ülkemiz için genel cerrahi alanında yan dallasma konusunda, dengeli biçimde, ülke gerçekleri, değişen koşullar ve çağdaş tıp gereksinimleri birlikte değerlendirilerek bir çözüm arayışına gidilmelidir.

Hasta ihtiyaçlarındaki değişimler, teknolojideki ilerlemeler, medikolegal sorunlar, artan bilgi yükü ve bunların hızla kullanıma sunulabiliyor olması, bilgiye ulaşmada kolaylık, klinisyenlerin inovatif olmasını ve en yeni bilgiyi, en doğru biçimde hızla yakalayıp onu hasta üzerinde kullanmalarını gerekli kılmaktadır. Klinisyenler ile günlük hasta bakımında bilmek zorunda oldukları bilgi yükü arasındaki ilişkiyi, "karmaşık bir cihazın durmadan değişen kullanma kılavuzuna bakmak zorunda olan teknisyen" in durumu ile açıklayabiliriz.

Ayrıca hasta haklarında kaydedilen gelişmeler, sigorta kurumlarının tedavi giderlerini karşılamadaki aktif rolleri ve denetleyici -zaman zaman engelleyici- unsur olarak ortaya çıkmaları, sosyal ve politik diğer faktörler yanında hekim ve hastasının bireysel tercihleri, genel cerrahide yan dal ihtisasına yönelimi kaçınılmaz kılmaktadır (3).

Ortaya çıkan genel cerrahi uzmanlığından sonra daha da spesifikleşme eğilimi globalleşen dünyada bizim ülkemizi de etkilemiş ve genel cerrahiden sonra yan dal uzmanlık eğitimi ciddi biçimde tartışılır hale gelmiştir.

## ÜLKEDE DURUM

Ülkemizde, genel cerrahi ihtisasından sonra yapılabilen ve Sağlık Bakanlığı'nın kabul ettiği gastroenteroloji cerrahisi üst ihtisası ve Sağlık Bakanlığı onaylı olmayan ancak halen eğitimi verilmeye devam edilen cerrahi onkoloji uzmanlık sonrası eğitimi bazı kurumlarda düzenli olarak verilmektedir. Bununla birlikte, bu iki alanın dışında ülkemizde oturmuş bir genel cerrahi üst ihtisası yoktur. Ancak özellikle bazı tıp fakültelerinde genel cerrahi içindeki branşlaşmalar kabul edilmiş ve bölümlere ayrılmalara söz konusu olmuştur.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de genel cerrahide yan dallar ve branşlaşmalar mozaik bir yapıya sahiptir. Bir taraftan genel cerrahi uzmanlarının önemli bir kısmı herhangi bir üst eğitim almaksızın sadece ilgi duydukları alanlarda kendilerini sınırlamayı ve bu alanda ameliyat yapmayı yeğlerken, diğer bir kısım yeni nesil genel cerrah ise yurtdışında belli alanlarda özelleşmiş merkezlerde gözlemci olarak





çalışıp bilgi görgü ve deneyimlerini artırmakta veya ilgili alanda daha formal bir eğitim almayı ve daha sonra bu alanda çalışmayı seçmektedirler.

Ülkemizde, bazı üniversite hastanelerinde vasküler, hepatobiliyer, kolorektal, meme-endokrin, tiroid, acil cerrahi ve travma, transplantasyon, üst gastrointestinal sistem cerrahisi gibi branşlaşmalara gidilmiş bulunmaktadır. Bölümleşmelerin, öğretim üyelerinin ameliyat alanlarını ve hasta profillerini belirlemede yararlı etkileri olduğu kesindir. Bu tür bir yönelim, kısmen işlem ve takip bakımından komplike ameliyatların yüksek volümlü hastane ve cerrahlarca yapılmasını sağlamak ve hasta bakım standartlarında muhtemelen olumlu etkilere neden olmaktadır. Ayrıca branşlara ayrılma tarzında bir hizmet sunma biçimi hastane ve cerrahın ameliyat volümü üzerine de etkili olur. Ne var ki; genel cerrahi asistan eğitiminin düzenli bir servis içi rotasyon sistemi ile yürütülemediği veya bunun denetlenmediği bizdekine benzer sağlık sistemlerinde, branşlaşma asistan eğitimini olumsuz yönde etkiler. Hali hazırda ülkemizde var olan rotasyon programına ne kadar uyulabildiği ve bu programın gereksinimleri karşılayıp karşılamadığı konusunda bile ciddi şüpheler vardır.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde ise durum daha farklı özellikler arz etmektedir. Bu hastanelerde branşlaşma eğilimi daha yumuşak çizgilerle ortaya çıkmaktadır. Bunda biraz da bu hastanelerin hizmet fonksiyonunun daha ön planda algılanması önemli rol oynar. Ancak yine de, daha ziyade şeflerin ilgi alanı şeklinde spesifik bir alan belirleme söz konusu olabilmektedir. Bazı klinik şefleri belli alanlara daha fazla yönelim göstermekte ve bunun neticesi olarak, o klinikte ameliyatların dağılımında ve çeşitliliğinde sıkıntılar olmaktadır.

Oysa bu tür eğitim programlarında ülke gereksinimlerine uygun, her konuda belli bir düzeye eriştirilmiş yetkin genel cerrahi uzmanlarının yetiştirilmesi amaçlanmıştır.

Acil servisi daha kısa bir süre önce hizmete açılmış olan bir spesifik dal hastanesinde genel cerrahi uzmanlık eğitimi verilebilmektedir. Böylesine spesifik bir hastaneye; deneyiminden - bir afilyasyon sistemi ile- uzmanlık sonrası yan dal eğitiminde yararlanmak yerine, genel cerrahi uzmanlık eğitimi vermek görevi yüklenmiştir. Spesifik dal hastanelerinden ihtisas alanların, hali hazırda almış oldukları eğitim genel cerrahi uzmanlık alanının tamamında yetkinlik sağlamayabilir.

Diğer taraftan periferde gereklilik ve alt yapı olanakları araştırılmadan kurulmuş olan pek çok üniversite hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde hem sayı hem ameliyat çeşitliliği bakımından büyük sıkıntılar vardır.

Ülkemizde yasalarla belirlenmiş bir afilyasyon sistemi olmadığı gibi hastaneler arası basit bir rotasyon sistemi ile ilgili doğru dürüst yasal bir düzenleme de yok-



tur. Yapıla gelen bazı hastaneler arası rotasyonlar daha ziyade, kişisel ilişkilerle ve bazı yasal engeller gözardı edilerek yürütülmektedir. Bu konu ile ilgili kanuni düzenlemeler gerekmektedir. Kurum dışı rotasyona giden bir asistanın döner sermaye gelirini nereden alacağı (hizmet ürettiği ve rotasyonda olduğu hastaneden mi? - bağlı olduğu hastaneden mi?) bile tam belli değildir.

Ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitiminde kurumlar arası çok büyük farklılıklar vardır.

Üst ihtisasın hararetle tartışılır hale geldiği günümüzde, daha uniform ve ülke gerçeklerine uygun bir genel cerrahi uzmanlık eğitimi için yeni düzenlemelere gidilmesi gerekmektedir.

### ÜLKEDE TIP EĞİTİMİ

Ülkemizde tıp eğitimi 6 yıldır. Eğitim kamu, özel ve vakıf üniversitelerine bağlı tıp fakültelerinde verilmektedir. 6 yılın sonunda mezun olan hekimler için ülke çapında bir yeterlilik sınavı yaktır.

Genel cerrahiye uzmanlık eğitimi için tercih edenler YÖK tarafından düzenli olarak yapılan ülke genelindeki oldukça rekabetçi ve yüksek seviyeli merkezi bir yazılı sınav sisteminde başarıya ulaşmak zorundadırlar.

### GENEL CERRAHİ İHTİSASI

Ülkemizde genel cerrahi ihtisası üniversite ve kamuya bağlı eğitim hastanelerinde verilmektedir. İhtisas süresi 5 yıldır. Beş yılın sonunda yapılan bir sınav ile genel cerrahi uzmanı olunur. Bu süre 5,5 yıla kadar uzayabilir. Uzmanlık eğitimi sonrasında girilmesi şart olmayan ama özendirilen "cerrahi yeterlilik sınavı" bir süredir başarı ile uygulanmaktadır. Cerrahi yeterlilik sınavını ülkedeki aktif genel cerrahların çoğunu şemsiyesi altına alan ve ana dernek konumunda olan Türk Cerrahi Derneğinin özerk kuruluşu Türk Cerrahi Yeterlilik Kurulu yapmaktadır.

Ülkemizdeki genel cerrahi ile ilişkili olan tüm yan dal ve branşların bir veya birden fazla derneği vardır. Bu dernekler Türk Cerrahi Derneği'ni mesleki otorite olarak kabul ederler ve şemsiyesi altında toplanırlar.

Diğer tıp branşlarının yeterlilik kurulları arasındaki bağlantı, eşgüdüm, harmonizasyon ve uzlaşmayı Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB UDEK) üstlenmiştir.

### TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ'NİN YAN DAL İHTİSASLARI VE ROTASYONLAR İLE İLGİLİ POZİSYONU

Dernek daha önce Sağlık Bakanlığına 2003 ve 2005 yıllarında yan dallar ile ilgili olarak görüş sunmuştur.



“03.11.2003 tarih ve 75 sayılı görüşte “mevcut olanyan dalların (Gastroenterolojik Cerrahi ve Onkolojik Cerrahi) Avrupa Birliği normları içinde değerlendirilmesi önerilmiştir. Ayrıca en az 2 yıl süre ile olmak üzere Hepatopankreatobiliyer Cerrahi, Kolorektal Cerrahi, Meme-Endokrin Cerrahisi, Periferik Vasküler Cerrahi, Yoğun Bakım, Acil Cerrahi ve Travma, ve Transplantasyon alanlarında 7 adet sertifikasyon programı önermiştir.”

26.6.2005 tarih ve 23 sayılı görüşte ise “Sağlık Bakanlığının hazırladığı tüzük taslağında Gastroenterolojik Cerrahi ve Onkolojik Cerrahinin yanısıra yan dal olarak Vasküler Cerrahinin eklendiğinin belirtildiği tespit edildikten sonra “yan dallar” yerine alt disiplinlerde yurt dışında pek çok ülkede olduğu gibi sertifika programlarının açılmasının uygun olacağı görüşü iletilmiştir.” 2005-2005 yıllarında başka çalışma gerçekleşmemiştir”.

Dernek aynı zamanda Avrupa Birliği normunu bir “standart model” olarak kabul etmediğini bu son yazı ile bildirmiştir. Zira Avrupa Birliğinin bu konuya yaklaşımı bir mozaik yapıya izin verir şeklindedir (4).

Türk Cerrahi Derneği tarafından hazırlanan 16.7.2008 tarihli son yazıda ise, Türk Cerrahi Derneğinin başka ülke ve sistemlerden doğrudan modelleme tarzında bir düzenleme yapılmasını uygun bulmadığı ve Genel Cerrahi - yan dal uzmanlık eğitimi için cerrahide insan gücü ve iş yükü bilimsel çalışmaları yapıldıktan sonra karar verilmesi gerektiği ifade edilmektedir.

### **DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE GENEL CERRAHİ HİZMETİNİN SUNUMU**

Ülkemiz oldukça büyük bir nüfusa sahiptir. Nüfusun çoğu genç erişkindir. Nüfus yoğunluğu homojen olmayıp taşradaki çoğu bölgede düşük yoğunlukta, 3 büyük merkezde ise çok yükündür.

Genel cerrahide nitelikli sağlık hizmeti, santralizasyonun etkisi altındadır. Cerrahlarımızın çok önemli oranı nüfus yoğun merkez bölgelerde toplanmıştır. Yan dal ihtisaslarına yönelim santralizasyonu (cerrahların büyük şehirlere yığılmalarını) daha fazla arttırabilir. Bu konu dikkate alınmalıdır (5).

### **ÜLKEMİZ VE “EPİDEMİYOLOJİK BİR HASTALIK OLAN TRAVMA SORUNU”**

Ülkemiz için travma bir epidemiyolojik hastalıktır. Bu nedenle çözümüne epidemiyolojik yaklaşım getirmek daha doğru olacaktır (6). Travmaya bağlı ölümler, çok ciddi insan gücü kaybına neden olduğu gibi genç erişkin bireyleri etkilediği için ciddi maddi kayıplara da yol açar.

Travma ve acil cerrahi genel cerrahi uzmanlık eğitimimizin ayrılmaz bir parçasıdır ve ülkemizde travma ve acil cerrahi iş yükünün çok önemli bir kısmı



genel cerrahlar tarafından karşılanmaktadır. Her hastanın olduğu gibi, travmalı bireyin de daha nitelikli hekim tarafından tedavi edilmeyi beklemesi herşeyden önce bir insanlık hakkıdır. Ancak travmalı veya acil cerrahi gerektiren bireyin hekim seçme imkanı (içinde bulunduğu durum) hastalığının ağırlığı ve aciliyeti nedeniyle çoğu kez mümkün olmaz. Taşrada bu olumsuzluk daha belirgindir. Bu bakımdan ülkemizde, özellikle periferde çalışan genel cerrahların travma ve acil cerrahi bakımından yetkin olması ve ameliyat sayıları bakımından yeterli sayı ile ihtisaslarını tamamlamış olmaları bir şarttır. Bu sorun ülkemize has bir sorun olmayıp benzer sıkıntılar Amerika Birleşik Devletlerinde de vardır (7).

Travma ve acil cerrahi alanı kar getiren bir alan olmayıp hastaneleri zarar eden ve sürekli devlet desteğinin olması gerektiği bir alandır. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sağlık piyasalaştırılmıştır. Bu tür sistemlerde, travma ve acil cerrahi alanı daha az para kazandırdığı için, genel cerrahi uzmanları ve araştırma görevlilerinin daha az ilgilendiği bir alan haline gelir (8).

ABD’de travma merkezleri senelerdir zarar etmektedirler. Piyasalaşan sağlık hizmetlerinden bu tür hastaneler de nasibini almış görünmektedir. Kendine yararı olamayan bir travma sisteminin hekimine nasıl yararı olacaktır?

ABD’de yapılan ve genel cerrahideki iş yükünün ne kadarının genel cerrahlarca karşılanacağını anlamaya yönelik bir araştırmada genel cerrahi asistanlarının ancak %15’inin bu iş yükünü karşılamak üzere hayat planlaması yaptıkları anlaşılmıştır. Her ne kadar bizim koşullarımız çok farklı olsa da bu bilgi çok önemlidir.

Özellikle, genel cerrahide branşlaşma ile birlikte genel cerrahlar travma ve acil cerrahiden uzaklaşma gayreti içindedirler. Bunun yanında, yan dalların tek dal olarak algılanmak istenmesi, bu yan dalları yapanların genel cerrahinin diğer alanlarında çalışmalarının engellenmesi olasılığı ile ilgili kaygılar, yan dal ya da uzmanlık eğitimi öncesi uzun genel cerrahi eğitiminden kaçınmak istenmesi de travma cerrahisinin ilgi çekmemesine neden olmaktadır (9).

### **GENEL CERRAHİ UZMANLIĞI SONRASI YAN DALIN TERCİH EDİLMESİNDE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER**

Günümüzde araştırma görevlisini üst ihtisasa yönlendiren iki sebep, yaşam stili daha kontrol edilebilir hale getirmesi ve maddi avantaj sağlamasıdır (7). Genel cerrahi branşının daha az tercih edilmesinde nöbetlerden ve stresli yaşantıdan uzak durmak, gelecek kaygısı ve belirsizlik yaşamamak, yan dal ihtisası yapıldığında daha iyi maddi imkanlara kavuşma olasılığının yüksekliği, genel cerrah olarak



kalındığında akademik kariyer olanaklarında kısıtlılık, hastaların hastalıklarının uzmanlarını aramaları gibi nedenler de etkili olmaktadır.

Ayrıca belli bir alanda uzmanlaşmanın faydaları vardır. Dar bir alanda uzmanlaşma,

1. Etkinliği arttırır,
2. Tedavi kalitesini arttırır.
3. Cerrahide daha kişisel bir yaklaşımı özendirir.
4. Komplikasyon oranlarını düşürür.
5. Tedavide ve kullanılan teknolojide ilerlemeyi ve inovatif olmayı zorlar (10).

Bu bakımdan belli bir alanda uzmanlaşmak isteği mükemmeliyete doğru ilk adımın atılması olarak kabul edilmelidir. Yan dal ihtisasları, daha dar alanda uzmanlaşarak, çağdaş bilgiyi iyi bir cerrahi volüm nedeniyle artan deneyimle birleştirerek hastalara daha mükemmel bir bakım sunma imkanı sunar. Günümüzde baş döndürücü bir hızla artan tıbbi bilgi yükü karşısında hekimlerimiz 24 saatini çok iyi kullanmalıdır. Okumak, ameliyata girmek ve mesaisinin diğer gereklerini yerine getirdiğinde zaten zamanı çok kısıtlıdır. İyi bir genel cerrahın günde 2 saatini makale okumakla geçirmesi gerektiği bilinir. İlgili alandaki çağdaş bilgi ancak bu şekilde yakalanabilmektedir. Genel cerrahi disiplini geniş bir hastalık alanını kapsar.

Günümüzdeki artan bilgi yükü ve akışı nedeniyle bir genel cerrahtan bu bilgilerin tamamına hakim olmasını beklemek gerçekçi olmaz. Bu beklenti ve gayretler cerrahın hayatının tamamen "genel cerrahi işi" tarafından kontrol edilmesine neden olur ki bu da bir süre sonra muhtemelen ortaya tükenmişlik (burn-out) çıkarır.

Dünya, hızla hastalar ile ilgili tedavilerin hekimler tarafından değil de sigorta şirketlerince yönlendirildiği bir döneme girmiş bulunmaktadır. Sigorta şirketleri ve değişmekte olan sosyal düzen, politik bazı etkenlerle birlikte, hekimleri sık sık medikolegal sorunlarla karşı karşıya bırakır hale gelmiştir. Böyle bir dönemde, beklenildiği gibi, geniş bir alanda meslek icra eden genel cerrahlar daha büyük hedef teşkil ederler. Bu nedenle doğal olarak, cerrahlar da artık daha kolay, yaşam stillerini çok bozmayan, hasta spektrumu daha belirgin, acili ve nöbeti daha az, popüleritesi yüksek, merkez şehirlerde konuşlanması daha kolay olan yan dalları tercih etmektedirler.

Genel cerrahları üst ihtisas yapmaya iten sebepler aile bağları nedeniyle değişik coğrafyada çalışmak istenmemesi yanında çok yoğun çalışmak istenmemesidir. Örneğin Florida'da 2010 yılında nüfusunun %80'inin 18 yaş üstünde olacak olması çocuk cerrahisi için bazıları tarafından avantaj olarak görülmüştür (8).



## DÜNYA GENEL CERRAHİ EĞİTİMİ VE YAN DAL İHTİSASLARINA GENEL BAKIŞ

Genel cerrahi eğitimi ve yan dal ihtisasları konusunda dünyada pek çok farklı uygulama vardır. Genellikle, yan dal ihtisasları ve sertifikasyonların karmaşık yapıda uygulandığı sistemler söz konusudur. Bunların bazıları ortak gövde temel eğitiminden sonra yan dal ihtisasına imkân tanırken diğerleri yan dal için formal bir genel cerrahi ihtisasını şart koşturmaktadırlar. Aşağıda genel olarak bu sistemlerdeki durum irdelenecektir.

### Avrupa

Union Européenne Des Médecins Spécialists/ European Union of Medical Specialists (UEMS), cerrahi eğitimin ortak gövde'den (common trunk) sonra belli başlı alanlara ayrılmasını öngörür. UEMS; Koloproktoloji, Endokrin Cerrahi, Cerrahi Onkoloji, Toraks Cerrahisi, Transplantasyon, Travma Cerrahisi, Vasküler Cerrahi alanlarında branşlaşmayı tanımaktadır. Meme Cerrahisi, El Cerrahisi ve Hepatopankreatikobilier Cerrahi ise çalışma grubu olarak mevcuttur.

UEMS ortak gövde eğitimini savunur. Genel cerrahi çekirdeği etrafında diğer cerrahi uzmanlık alanlarının ortak bir şemsiye altında ve birbiri ile yakın ilişki içinde olması gerekliliğini vurgulamakta ve cerrahinin parçalanmasına karşı olduğunu bildirmektedir (11).

UEMS in genel cerrahi sertifikasyon ya da board sınav başvurusundaki açıklaması ise dikkat çekicidir: "UEMS ülkelerinde eğitim standardı ve sertifikasyon inanılmaz derecede birbirinden değişiktir. Eğitim standardı, eğitim süresi, uzmanlaşma derecesi aynı değildir.

Avrupa cerrahi board sınavına ancak ulusal eğitim programını bitirenler başvurabilir" demekle bir bakıma Avrupa genelindeki karmaşayı kendisi de kabul etmiş görünmektedir. UEMS'de adı geçen uzmanlık dallarında koloproktoloji ve toraks cerrahisinin müfredatları hazırlık aşamasındadır. Diğer alanlarda müfredat mevcuttur.

Genel cerrahi ihtisası için UEMS 5, European Board of Surgery 6 yıllık süreyi uygun bulmaktadır.

Avrupa'da genel cerrahi eğitimi 4-6 yıl sürmektedir. Her ne kadar UEMS ortak gövde eğitimi için ısrarcı olsaydı da sadece Slovenya, Finlandiya ve İspanya bu yönde karar alarak ayrı yan dal eğitimini kaldırmıştır. Yine cerrahi alanında sürekli tıp eğitimi konusunda da bir belirsizlik ve homojen olmayan bir yapı vardır. Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Fransa (zorunlu değil), Hollanda, Romanya ve İsviçre'de cerrahi alanında sürekli eğitim gerekliliği varken, diğer ülkelerde



yoktur. Bu eğitimin zorunlu olduğu ülkelerde yan dal için gerekli STE süresi genellikle 50 saat olarak belirtilmiştir (12).

Bazı ülkelerde genel cerrahi ihtisası yapıldıktan sonra visseral (abdominal) cerrahide üst ihtisas yapılabilirken, diğer ülkelerde ortak gövde eğitimden sonra bu alanda uzmanlaşmaktadır. Visseral cerrahi Fransa, Almanya, Norveç, Slovenya ve İsveç'te uzmanlık alanıdır.

Travmatoloji ve travma cerrahisi Avusturya, Çek cumhuriyeti, Almanya, Slovenya, İspanya ve İsviçre'de uzmanlık dalıdır. Fransa ve Finlandiya'da ise ortopedi ile birlikte uzmanlık dalı halindedir. Hırvatistan'da üst ihtisastır (12).

### **Yunanistan**

Yunanistan'da genel cerrahi eğitimi UEMS'e uygun değildir. Tıp eğitimi sonrası 9 aylık mecburi hizmet ve bir senelik askerlik sonrası genel cerrahi ihtisası yapabilmek için 1-5 yıl beklemek gerekmektedir. Eğitim programlarının yetersiz ve eğitim merkezleri ve eğiticilerin heterojen olduğu Yunanistan'da asistanlık süresi 12 sömestr olarak belirlenmiş durumdadır. Asistan çalışma saatleri yeni dönemde düzenlenmiştir. Yeni yapılan düzenlemeler ile yan dal konusu gündeme gelmiştir. Ancak Yunanistan'da henüz onaylı yan dal ihtisası yoktur. Travma ile ilgili olarak altıncı senesinde olan asistanın ya da bu süreyi bitiren uzmanın 6 ay boyunca bir travma merkezinde çalışmasını öngörülür (13).

### **Amerika Birleşik Devletleri**

ABD'de genel cerrahi eğitiminde üst ihtisaslaşma uzun yıllardır uygulanmakta ise de sorunlar tam olarak çözülebilmemiş değildir. Cerrahi eğitimin yeniden yapılandırılması ile ilgili Blue Ribbon Committee'nin raporu yayınlanmıştır. Buna göre temel cerrahi eğitimden sonra ya genel cerrahide uzmanlaşma yolu tercih edilebilir ya da cerrahi üst ihtisaslardan birisine geçilebilir. Genel cerrahi ihtisasının ise kendi içinde taşra ve merkez olmak üzere yeniden yapılandırılması söz konusudur. Üst ihtisaslarda kardiyotorasik, plastik, vasküler, transplant, travma, acil cerrahi ve yoğun bakım, pediatrik cerrahi, kolorektal, cerrahi onkoloji dalları mütalaa edilmektedir. Ek fellowship modülleri olarak hepatopankreatobiliyer, üst GIS, laparoskopi, meme, endokrin, el ve konjenital kalp cerrahisi branşlaşmaları sayılmaktadır.

Board sertifikasyonunun genel cerrahi uzmanlığı veya üst ihtisas sonrası verilmesi önerilmektedir (14).

Halihazırda ABD'de 5 yıl ya da daha uzun genel cerrahi eğitimi üzerine aşağıdaki yan dal ve sertifikasyon programları vardır.



Vasküler cerrahi  
Plastik cerrahi  
Toraks cerrahisi



4 yıllık "medical school" sonrası

Vasküler cerrahi \*  
Toraks cerrahisi\*  
Pediatrik cerrahi\*  
Plastik cerrahi\*  
Kolorektal\*  
Cerrahi yoğun bakım\*  
Transplantasyon  
Cerrahi onkoloji  
Endokrin  
Meme  
Minimal invaziv  
HPB  
Bariatrik



Genel cerrahi ihtisası sonrası yapılanlar  
Hepsi için ayrı bir board var, bunun yanında eğitimi denetleyen Board of Surgery, American College of Surgeons, American Surgical Association, Residency Review Committee for Surgery, Association of Program Directors in Surgery, Association for Surgical Education dan oluşan SCORE (Surgical Council on Resident Education) adlı bir yapılanma var.

\* Board sertifikasyonu olanlar

### Avustralya ve Yeni Zellanda

Avustralya ve Yeni Zellanda'da cerrahi branşlardaki eğitiminden The Royal Australasian College of Surgeons sorumludur. Üniversitelerin cerrah eğitiminde direkt sorumluluğu yoktur. Eğitim, devlet hastanelerinde verilmektedir. En kısa ihtisas süresi 6 yıldır; süre bazen 8 yıla uzamaktadır. Son yıllarda eğitim yapısı değiştirilen cerrahi branşlarda bir üst ihtisas alanı yoktur (15).

### Batı Afrika

Batı Afrika'da ortak gövde eğitim benimsenmiştir. Tüm cerrahi uzmanlık alanları için temel 2 yıllık bir eğitim vardır. Bu eğitim sonrası girilen sınavdan sonra uzmanlık alanına göre 2-3 yıl daha eğitim alınmaktadır. Müfredat her 5 senede bir gözden geçirilmektedir. Genel cerrahiden sonra yan dal eğitimi vardır (16).

### Güney Afrika

Travmayı epidemiyolojik sorun olarak algıladıkları için travma baskın bir genel cerrahi eğitim sistemine sahiptirler. Güney Afrika'da iyi bir genel cerrahi eğitimi ve travma konusunda yetkin olmak ön planda ele alınmaktadır. Yan dal ihtisaslarından önce düzgün ve yeterli genel cerrahi hizmetinin verilmesi öncelik kazanmıştır (17).





## Çin

Çin'de eğitimin çok karmaşık olduğundan ve bir standart bulunmadığından bahsedilmektedir. Tıp eğitiminin 3-8 yıl arasında değiştiği ifade edilmektedir. 3 yıl süren ortak gövde benzeri temel cerrahi eğitim var dır (18).

## Japonya

Japonyada 80 tıp fakültesi vardır. Her sene 7700 mezun vermektedir. Genel cerrahi ihtisasına mezun olduktan 3 sene sonra girilebilmektedir. Ülke çapında yeterlilik imtihanı vardır.

Japonyadaki genel cerrahi yeterlilik kurulu minimum ameliyat sayılarını belirlemiştir. Buna göre bir asistanın eğitimi süresince toplam 350 ameliyatı ya yapması ya da asistan olarak tamamlaması gerekmektedir. Sindirim sistemi cerrahisi için 50, meme için 10, kardiyovasküler cerrahi için 10, baş boyun- endokrin cerrahisi için 10, pediatrik cerrahi için 10, travma için 10 ve laparoskopik cerrahi için 10 ameliyat minimum ameliyat sayıları olarak kabul edilmektedir. Bu ameliyatlardan 120'sini asistanın yapması gerekmektedir. Tüm genel cerrahlar 5 yılda bir kez yeterlilik resertifikasyonuna tabi tutulurlar. Üst ihtisas süresi 2 yıldır. Üst ihtisas için gereken süre 5+2=7'dir. Genel cerrahi dışında 4 üst ihtisas dalı vardır. Bunlar, gastroenteroloji cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi, toraks cerrahisi ve pediatrik cerrahidir. Bu üst ihtisastarın yapılabilmesi için öncelikle genel cerrahi eğitimi tamamlanmalıdır. Genel cerrahi iş gücündeki azalma Japonya'da da bir sorun teşkil etmeye başlamıştır. Japonya'da da genel cerrahi uzmanlık alanını tercih etme oranı oldukça azalmıştır (19).

## GENEL CERRAHİ YAN DAL İHTİSASLARININ YOĞUN OLARAK VERİLDİĞİ BİR SİSTEMDE ORTAYA ÇIKMASI MUHTEMEL SORUNLAR

Genel olarak sorunu 2 ana kolda ele almak daha uygun olacaktır. Bunlardan ilki volüm ve eğitimle ilgili olanlar, diğeri ise genel cerrahi alanında sağlık sunumu ile ilgili sorundur.

Hizmet sunumu ile ilgili olanlar

- \* Yan dal uzmanlarının sayısının kontrolsüz biçimde artması, ülkemiz gerçeklerine ve hasta profillerine uygun bir genel cerrahi ve yan dal yapılanması ile hekim sayısı ve profili oluşturamayabilir.
- \* Yan dal uzmanlığı genel cerrahi hastalarına hizmet sunumunda zaten var olan santralizasyonu (büyük merkezlerde ve büyük illerde yığılımı) körükleyebilir. Yan dal uzmanlığı nedeniyle genel cerrahi iş gücü hızla azalır. Hastalara sağlık sunumunda sorunlar oluşur.
- \* Yan dal ihtisastarı bazı ülkeler için ekonomik ve uygulanabilir değildir.



Volüm sorunu ile ilgili olanlar

- \* Yan dal uzmanlık asistanları genel cerrahi baş asistanlarının yapmakta oldukları komplike ameliyatlara paylaşırlar. Her iki ihtisası birlikte veren bölümde de volüm sorunları yaşanır. Genel cerrahiden daha az yetkinlik ve deneyimle uzman olunur.
- \* Yan dal uzmanlarının daha uzun bir süre, genel cerrahi uzmanının karşılamakta olduğu iş yükünü paylaşmak zorunda kalacakları bir gerçektir (acil ameliyatlara girmek, icapçı veya nöbetçi olarak çalışmak, bazı sık yapılan ameliyatlara yapmak zorunda kalmak gibi) ve eğer ortak gövde eğitimden veya zayıf bir genel cerrahi eğitim sisteminden geldilerse bu ameliyatlarda sorun yaşanma ihtimali artar.

Yan dal uzmanlığının uzun bir süredir uygulandığı ABD de travma ve acil cerrahi yan dalı ve genel cerrahi dalı artık çok az tercih edilmektedir.

Aslında hekimlerin santralizasyon sorunu ABD’de de vardır. ABD nüfusunun ¼’ü kırsal bölgede yaşamakta ancak doktorların %12.3’ü bu bölgelerde görev yapmakta olup hekim başına düşen hasta sayısı 3000’dir (20). Günümüzde kırsal bölge cerrahlarının sayısı hızla azalmakta olup, mevcut ihtisas programları kırsal bölge cerrahi hasta çeşitliliği ve gereksinimlerini karşılamaktan uzaktır. Diğer taraftan genel cerrahi asistanlarının %85’i bir yan dal ihtisasını düşündüklerini ve genel cerrah olarak kalmak istemediklerini bildirmektedirler (21).

ABD’de, pek çok taşra hastanesinin (50.000 nüfustan az) yeterli uzman bulamadığı için kapanmakta olduğu, her geçen gün kapananlara yenilerinin eklendiği, genel cerrah yoğunluğunun metropol kentlerde olduğu, taşrada çalışan genel cerrahların yaşlı oldukları ve emekli olduklarında asimetrik dağılım sorunun çok daha büyüyeceği açık biçimde söylenmektedir (22). Spesifikleşme nedeniyle genel cerrahi asistanlarının daha az ameliyat yaparak ve daha az yetkin olarak uzmanlık eğitimlerini tamamlamak zorunda kaldıkları da bilinmektedir.

Daha yaşlı cerrahların durumu yeni nesil cerrahlardan farklıdır. Iowa eyaletinde 1995 yılında çoğu taşrada görevlendirmek üzere 31 genel cerrah aranıyor iken, bu kadroların çoğu 2000 yılı itibarı ile halen doldurulamamış durumdadır. Iowa’da taşrada 6 genel cerrah tarafından 1995 yılında 4963 ameliyat yapılmış olup bunların %26’sı akreditasyon konseyinin gerekli gördüğü ameliyatlara listesinde olmayan ameliyatlardır. İşin ilginç tarafı, taşra cerrahları diğer meslektaşlarından daha fazla sayıda ve daha çok komplike (üst ihtisas vakası) ameliyatlara yapmaktadırlar.

ABD’de, cerrahi ihtisas programlarının taşrada çalışacak cerrahların karşılaşacakları sorunlara yönelik vaka çeşitliliğini arttıracak şekilde ayarlanması



gerektiği dile getirilmektedir. Böylece kırsal bölgede azalmakta olan genel cerrah sayısının arttırılabileceğinden ümit edilmektedir [20].

Yan dal ihtisası yapmış olan cerrahlar yan dallarının ne olduğuna göre acil olgulara müdahale etmek istemeyecekler veya müdahale etmeleri halinde bazı sıkıntılar oluşabilecektir. Ancak gelişmiş ülkelerde bile azalan genel cerrahi uzmanı sayısı nedeniyle, yan dal uzmanı olanların acil nöbet/icap tutanların komplike acil olguların sorumluluklarını azımsanmayacak ölçüde almak zorunda kaldıkları bilinmektedir. Devletler, yan dal ihtisaslıları bazen üst ihtisas sahibi insan gücü eksiklikleri söz konusu olduğunda aynı zamanda genel cerrahi uzmanı olarak görmekte ve ona uygun görev tanımlaması yapabilmektedirler.

Meme cerrahisi ya da endokrin cerrahi ile ilgilenen bir cerrahın genel cerrahi uzmanlık eğitiminden seneler geçtikten sonra, acil olgularda ne kadar başarılı olabileceği şüphelidir.

Eğer müfredatta ve uzmanlık sonrası hizmet içi eğitimlerde komplike acil olgularla ilgili uygulamalar olur, önlemler alınırsa, bu koşullarda meme cerrahlarına acil olgular emanet edilebilir. Aksi halde ortak gövde eğitimi veya genel cerrahi uzmanlık eğitimi travma acil cerrahi - yoğun bakım veya rutin acil olguların yönetimine yetmeyecek olan yan dal uzmanlarının acil olgulara müdahalesi uygun olmayacaktır.

Ortak gövde cerrahi eğitim içerisinde travma ve acil cerrahi ağırlığının artırılması ve bu dalın maddi koşullarının dinamik bir yapı ile düzeltilmesi ve izlenmesi gerektiği aksi taktirde üst ihtisaslaşmanın toplumdaki birim popülasyon başına düşen taşra cerrahi (rural surgeon) sayısını sınırlandıracağı ve sorunlara neden olacağı düşünülmektedir [23].

ABD’de “**Acute care surgery**” isimli, yeni bir ihtisas alanı ortaya atılmış ve desteklenmiştir.

Özellikle acil servislere artan iş yükü ve cerrahi uzmanlarının acil servise ilgilerinin azalması nedeniyle böyle bir alana gerek duyulmuştur. Bu yaklaşım ile cerrahideki iş yükünün azalması, hasta bakımının iyileştirilmesi ve cerrahi asistanlarının travma cerrahisine daha yakın bakmalarının sağlanması amaçlanmıştır [24]. “Acute care surgery” ile ilgili olarak

Avrupa’da ise bir fikir birliği yoktur. Orta Avrupa ülkelerinde genel cerrahi, ortopedi, travma cerrahisi alanında özelleşen uzmanlar, bazı ortopedik acil girişimleri gerçekleştirmektedirler.

Kanımızca Avrupa’daki sistem bizim ülkemiz için uygun değildir. Ayrıca, bizde zaten senelerdir “Acute Care Surgery” benzeri bir acil cerrahi ve travma yapılanması vardır. Ancak bizim ülkemizde acil cerrahi ve travma ile uğraşanlar genellikle akademik bir uğraş şeklinde eğitim hastanelerinde ve üniversite has-



tanelerinde bu işe adanmış şekilde devam etmektedirler. Kanımızca, travma ve acil cerrahi alanı ülkemizde de çok benimsenen alanlardan birisi değildir. Zira bu alan gelir getiren bir alan değildir. Sağlık hizmetinin sırf yapılan ameliyatlara değerlendirilip ücretlendirildiği ülkemizde, bu alanda çalışmanın zorlukları hepimiz tarafından malumdur. Bu alanda çalışacak cerrahların özlük haklarının devlet tarafından korunması ve büyük iyileşmeler yapılması gerekir. Bu nedenle "Acute care surgery" icadının, bu alanda çalışan cerrahların büyük illerde toplanmasını önleyebileceğini - en azından bizim ülkemiz için- düşünmüyoruz.

Ortaya çıkan olumsuzluklardan birisi de, daha önce genel cerrahi asistanları tarafından yapılan bazı ameliyatların artık üst ihtisas asistanları (post residency fellow) tarafından yapılıyor olması ve böylelikle genel cerrahi uzmanlık alanı asistanlarının ameliyat sayıları ve çeşitlerinin ciddi şekilde azalmasıdır. Örneğin, her biri yılda 200 ameliyat yapan 150 den çok GİS cerrahisi uzmanlık asistanının, her genel cerrahi başasistanının yılda 30 ameliyat eksiğine neden olduğu tahmin edilmektedir. Bu şekilde ileri fellowship uygulamalarının GİS, onkolojik cerrahi, meme, endokrin alanlarının ayrılması sonucu genel cerrahi asistanlarının eğitimini ciddi şekilde erozyona uğrattığı ve bu nedenle genel cerrahi asistanlarının kendilerini yetiştirmek ve tecrübe kazanmak için bir üst ihtisas yapmak zorunda hissetmelerine yol açtığı bildirilmektedir. Üst ihtisas program yöneticileri de son yıllarda kendilerine gelen genel cerrahi ihtisasını tamamlamış fellowların genel cerrahi yeterliliklerinin geçmişteki kadar iyi olmadığını bildirmektedirler. Bir nesil önce karar verme yetisi kıdemli cerrah düzeyinde olan başasistanların, günümüzdeki durumları süpervizyonsuz iş yapamayan her işi danışmak zorunda hisseden ve pek de yeterli olmayan bir cerrah görünümündedir denmektedir (21).

Eğitimde cerrahi volüm sorunu çözmek için 2 yol önerilmektedir. Bunlardan birisi, çekirdek eğitimi kısaltıp olguların çoğunu yan dal uzmanlık asistanlarının yapmasını sağlamaktır.

Genel cerrahi ihtisası kısaltılıp asistana bir daha yapmayacağı ameliyatları yaptırmamak bu ameliyatları daha sonra ilgili alanda devam edecek asistanlara yaptırmak fikri rasyonel görünmektedir (25). Bu nedenle genel cerrahi ihtisas süresinin kısaltılması ve ortak gövde eğitimden sonra branşlaşmaya gidilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Ancak, ülkemizde genel cerrahi alanının bugünkü ve gelecekteki iş yükü ve insan gücü iyi ortaya konmadan, ortak gövde (dolayısı ile daha sınırlı ameliyat) uygulamasına geçilir ve sonra da senelerce bu yan dal uzmanlarına genel cerrahinin işleri yaptırılmaya kalkılırsa felakete davetiye çıkarılmış olunur.

Diğer yol ise genel cerrahi ihtisasını güçlendirip ileri eğitim gereksinimini azaltmaktır (26,27,28,29). Bu açıdan önemli bir karar vermemiz gerekir. Eğer ül-



kemizde yan dal ihtisası yaygın hale sokulmak isteniyorsa, aşamalı olarak genel cerrahi eğitimini kısaltmak gerekir.

Ülkemizin gerçekten bu tür bir cerrahi yapılanmasına gereksinimi var mıdır? Bu uygulamanın başarı şansı ne olur? Bunun için vakit geçirilmeden ayrıntılı bilimsel çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Amerikan Board of Surgery'nin genel cerrahi uzmanlık eğitiminde yeni bir yapılanmaya gitmeyi arzu etmesiyle ve genel cerrahi uzmanlık süresini azaltmak istemesiyle sorunlar tartışılmaya başlandığında, üst ihtisas yapacak olanlar için genel cerrahi eğitiminin 2-4 yılda bitirilmesi ve sonra üst ihtisas yapılmasının önerilmesinin sakıncalı yönleri olduğu ortaya çıkmıştır. Johns Hopkins ve Lahey Klinik'te kolorektal cerrahlar üzerinde yapılan bir araştırmada kolorektal cerrahların yaklaşık yarısının çeşitli nedenlerden ötürü (acil olgular, hastane gereksinimleri vb.) hala kolesistektomi, herniorafi, diğer abdominal cerrahiler, endoskopi-laparoskopi ve acil cerrahi yapmakta olduklarını ortaya çıkarmıştır. Bu cerrahlar hala hastane cerrahi iş yükünün önemli bir kısmını yüklenmektedir. Duruma yan dal ihtisası tarafından bakıldığında, ortak gövde eğitiminde, temel cerrahi eğitim süresinin kısaltılmasının, kolorektal cerrahların bu tür ameliyatlarında handikaplara neden olacağı görüşü mevcuttur (30).

### **KURUM-CERRAH VOLÜMÜNÜN VE BİREYSEL-KURUMSAL SPESİFİKLEŞMENİN HASTALIK SAĞALTIMLARINA ETKİLERİ**

2008 yılı itibarı ile Amerika Birleşik Devletlerinde genel cerrahi asistanlık eğitimi veren 252 program vardır. Bu programların ameliyat deneyimleri ile ilgili akreditasyon konseyine sunulan raporlardan asistanların adrenal bez, pankreas gibi endokrin organların major ameliyatları 1987-1994 ve 1995-2004 arası iki dönem halinde karşılaştırılmış ve arada çok önemli bir fark olmadığı anlaşılmıştır. Yani endokrin yan dal ihtisası, ilgili dalın kompleks ameliyat sayılarında artmaya neden olmamıştır. Buna neden olarak endokrin cerrahisinde yan dal ihtisasının ağırlıklı olarak tiroid ve paratiroid alanında veriliyor olması gerekçe gösterilmiştir. Halen birçok endokrin cerrahi fellow'unun pankreas ve adrenal cerrahi açısından yeterli eğitimi alamadıkları bildirilmektedir. Benzer bir şekilde minimal invaziv cerrahi fellowları da kendi raporlarında adrenal ve pankreatik prosedürlerin kendi operasyonları içindeki oranının % 0-5 olduğunu belirtmişlerdir (31).

Endokrin cerrahisine tiroid ameliyatları açısından bakıldığında (ki pek çok gelişmiş ülkede de endokrin cerrahisi ameliyatlarının pek çoğu tiroid hastalıklarına yöneliktir), tiroid ameliyatlarının az yapıldığı ülkelerde endokrin cerrahisi yan dalı uygundur.



ABD de endokrin cerrahi yan dal ihtisası veren programlardaki senelik toplam ameliyat sayıları 27 ile 785 arasında değişmekte, sayı bakımından büyük farklar bulunmakta ve endokrin cerrahi yan dalında ameliyat sayısında sıkıntı olduğu bildirilmektedir (31).

ABD de tiroid, paratiroid ve endokrin cerrahisi ile ilgili olarak genel cerrahi asistanlarının operatif tecrübesi incelendiğinde de kesinlikle bir standardizasyon olmadığı, hiç tiroidektomi ameliyatı yapmayan asistanların bulunduğu bildirilmektedir. Harnes'in çalışmasında endokrin cerrahların bulunup bulunmamasının adrenal bez gibi kompleks endokrin cerrahisinde bir artmaya neden olmadığı görülmüş, sadece endokrin cerrahların varlığında asistanların paratiroid ve tiroid cerrahisini biraz daha fazla yaptıkları anlaşılmıştır (32). Asistanlar çalıştıkları yerde endokrin cerrah bulunsun veya bulunmasın 12-14 civarında tiroid, 5-7 civarında paratiroid ameliyatı yapmaktadırlar. ABD için söz konusu olan bu rakamlar ülkemizdeki standart bir eğitim kliniğinde genel cerrahi ihtisası süresince yapılan tiroidektomi ameliyatı sayılarının çok altındadır.

Yine endokrin cerrah bulunmasının adrenal ve pankreasın endokrin cerrahisini sayı bakımından nasıl etkilediği incelendiğinde, asistanların yaptıkları ameliyatların sayılarında bir değişiklik saptanmamıştır. Adrenal bez ve pankreas cerrahisinde kurumda endokrin cerrah bulunsun veya bulunmasın, asistanların yaptıkları ameliyatlar 0.2 ile 1.3 arasında değişmektedir.

Ülkemiz tiroid hastalıklarının endemik olduğu ve tiroidektominin her türlüünün standart bir genel cerrahi uzmanlık eğitimi süresince en çok yapılan ameliyatlar sırasında üst sıralarda olduğu bir ülkedir. Yani diğer bir deyimle tiroid cerrahisi konusunda genel cerrahlarımızın yetişmesinde bir cerrahi volüm sorunu yoktur. Avrupa ve Amerika'da bu alanda bir olgu azlığı söz konusudur. Bunun nedenleri içinde tiroid ameliyatlarının daha az yapılması ve önemli oranda tiroidektominin genel cerrahi kökenli olmayan KBB ve baş boyun cerrahlarınca ve adrenal bez cerrahisinin ise ürologlarca yapılması vardır. Bu ülkeler, volüm sorunlarını tiroid hastalarını adanmış endokrin cerrahisi merkezlere yönlendirerek ve buralardan adanmış cerrahlar yetiştirerek çözüme gitmeyi istemektedirler (33).

Ancak cerrahide mükemmel neticelerin sadece yüksek ameliyat sayısı ile sağlanamadığını biliyoruz. Kompleks biyokimyasal çalışmalar gerektiren bazı az görülen endokrin olguların kurumsal deneyimi fazla merkezlerde tedavi edilmelerinin daha iyi olacağı açıktır. Bu alana adanmışlık, kurumsal yapılanma ve multidisipliner yaklaşım mükemmeliyet açısından önemlidir. Ülkemizde endokrin cerrahisi yan dal ihtisası bu ölçütlerde değerlendirilmelidir.

Her 8 kadından birini etkileyen meme kanseri ile ilgili olarak üst ihtisas yapmış genel cerrahlara mı yoksa genel cerrahi ihtisası sırasında iyi bir meme cerrahisi



eğitimi almış genel cerrahlara mı gereksinim vardır? Bu denli yaygın bir hastalık için bu alanda yeterli sayıda üst ihtisas yapmış genel cerrahi uzmanının bulunması çok zor görünmektedir. Ne var ki, diğer taraftan meme kanserinin tek elden ve adanmış cerrahlar tarafından tedavi ve takip edilmesinin erken ve geç mortalite, morbidite ve rekürrens bakımından avantaj sağladığı ciddi araştırmalarla ortaya konmuştur (34). Hatta çok prestijli kanser merkezlerinden birinde, meme kanseri takibinin cerrahi onkologlar tarafından yapıldığında medikal onkologlardan daha başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir (35). Meme kanseri ameliyatları orta düzey zorluğa sahip ameliyatlardır. Cerrahın yaptığı ameliyat sayısının başarıda önemli olduğunu savunan araştırmalar olmasına rağmen meme kanseri sağaltımında cerrahın ameliyat sayısının meme koruyucu cerrahi dışında önemi tam olarak ortaya konmamıştır. Ancak bu alanda cerrahideki spesifikleşmiş yapı, patoloji, radyoloji, medikal onkoloji, radyoterapi, psikiyatri gibi branşları ve tümör kurullarını da etkileyip kurumsal yapıda büyük değişikliklere yol açmaktadır. Kısaca meme kanserinde başarıda kurumsal yapı önemli rol oynamaktadır (36).

Meme kanseri sağaltımında hastane volümünün etkisini araştıran bir çalışmada meme kanseri için hastane volümü  $<30$  ise düşük,  $30-70$  ise orta,  $>70$  ise yüksek volümlü merkez tanımlaması yapılmaktadır. Buna göre, 233247 meme koruyucu cerrahi yapılan meme kanseri hastasında, düşük volümlü merkezlerde yapılan meme koruyucu cerrahi ameliyatlarının mortalite riskinin 3 kat daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Düşük volümlü hastanelerde komplikasyon oranları da yüksek bulunmuştur (37).

### **Kolon ve rektum cerrahisi yan dal ihtisası**

Daha deneyimli cerrah veya sertifikasyon sahibi cerrah daha az komplikasyon ve mortaliteye neden olur (38). Kolon kanseri için yüksek hasta sayısına sahip olmayan bir hastanede yapılan araştırmada alanda spesifikleşmemiş genel cerrahlarca yapılan kolon ameliyatlarının sonucunun daha kötü olduğu ortaya konmuştur. Buradan kolorektal cerrahi için hastane deneyimden daha çok cerrahın bu alandaki ameliyat sayısı ve yan dal ihtisası yapması önemlidir sonucu çıkabilir (39).

Rektum tümörleri sağaltımında ise cerrahın yaptığı ameliyat sayısının ve spesifikleşmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (40).

Kolon ve mide tümörleri tedavisinde yan dal ihtisası veya spesifikleşme gerekliliğini araştıran büyük ölçekli diğer bir araştırmada, cerrahi onkoloji derneği ve kolorektal cerrahi derneği üyesi 68 cerrah ve kolorektal cerrahi derneği üyesi 61 cerrah ile hastane mortaliteleri arasındaki ilişkiyi saptamak ülke çapındaki 6434 gastrektomi ve 55,016 kolektomi olgusu incelendiğinde; kolektomi grubunda hastane mortalitesi %4.6 iken yan dal ihtisaslıların %2,4 genel cerrahların ise



%4,8 olarak bulunmuştur. Gastrektomi grubunda ise, mortalite %8,4 iken yan dal ihtisaslılarda %6,5, genel cerrahlarda %8,7 olarak bulunmuştur. Hastane ve cerrah volümleri ile hasta karakteristikleri dikkate alınsa bile, üst ihtisaslıların mortalitesi daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmadan çıkan çok açık sonuç yan dal ihtisasının kolon tümörü ve mide tümörü tedavisinde önemli bir faktör olduğudur (41).

### Hepatobiliyer cerrahi

Volümün önemli olduğu bir alandır. Hem cerrahın ameliyat sayısı hem de kurumda yapılan ameliyat sayısı ve kurumsal deneyim, bu gruptaki ameliyatların yakın ve uzak dönem başarısını çok etkilemektedir (42).

Genel olarak komplike hepatobiliyer cerrahi olguları diğer olgulara göre daha düşük prevelansa sahiptirler. Bu nedenle bu alanda, her genel cerrahi asistanının eğitimi süresinde yeterli ameliyat deneyimini yakalaması mümkün değildir. 240 genel cerrah ve 10 HPB cerrahtan oluşan toplam 250 cerrah ile yapılan araştırmada cerrahların %95'i ayrı HPB servisleri kurulması gerektiğine inanırken, %93'ü major hepatektomi, %90'ı pankreatikoduodenektomi, %79'u ise bilier rekonstrüksiyon için yeterli eğitimi almadıkları ve bu prosedürlerin spesifik prosedürler olup, HPB uzmanları tarafından yüksek volümlü merkezlerde yapılması gerektiği ifade etmektedir (43). İdeal olanı bu alandaki kompleks ameliyatların yüksek volüme sahip kurumlarda öğretilmesidir. Methodist hastanesinde yapılan bir araştırmada, üniversite genel cerrahi eğitim programı içinde asistan başına düşen pankreatikoduodenektomi sayısının 1.5-2.5 arasında olduğu ve düşük mortalite ve morbiditeyle asistan eğitimi yapılabildiği sonucuna varılmıştır (44). Ancak bu bulguya rağmen bu tür komplike olgularda 2.5 sayısının deneyim için yetmeyebileceği hatırdta tutulmalıdır.

### SONUÇ

- \* Ülkemizde genel cerrahi eğitiminden sonra yan dal ihtisası ihtiyacı uzun zamandır tartışılan ancak somut verilerle desteklenemeyen bir konudur.
- \* Ülkemize uygun yan dal ihtisaslarının neler olacağı ve nasıl yapılandırılacağına ilişkin araştırmalar yapılmalıdır. Türk Cerrahi Derneğinin görüş ve düşünceleri alınmalı ve yeni yapılanma için Sağlık Bakanlığı ve Türk Cerrahi Derneği sıkı bir ilişki içine girilmelidir.
- \* Gerek olduğu saptanırsa oluşturulacak yan dal ihtisaslarının 5 yıllık uzmanlık eğitiminden sonra mı yoksa süresi daha kısaltılmış ortak gövde eğitiminden





sonra mı yapılacağı tartışılmalıdır. Süresi kısa ortak gövde eğitime geçilmesi, taşrada çalışacak genel cerrahlarımızın ve yan dal uzmanlarının genel cerrahi olgu spektrumlarının daralmasına ve acil olgularda ülke çapında sıkıntı yaşanmasına neden olabilir. Bu raporu hazırlayanlar ortak gövde sistemini sorunlara yol açacak, pahalı, istihdam ve idamesi zor bir sistem olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle yan dal ihtisası öncesinde formal 5 yıllık genel cerrahi eğitimi yapılmalıdır.

- \* Özellikle acil torasik ve periferik damar sorunları için ilgili rotasyonların hedefleri, süreleri yeniden belirlenmeli ve bu rotasyonlarda müfredat gereklerine uyumun sağlanması için gerekli önlemler mutlaka alınmalıdır.
- \* Gerek olduğu saptanırsa yan dal ihtisası yapacak uzman sayısı ülke gerçekleri, hastalık prevalansları ve ileriye dönük planlamalar çerçevesinde belirlenmelidir.



## KAYNAKLAR

1. Braasch JW. The Lost Sheep. Arch Surg 1986;121:385-90
2. Bentrem D, Brennan M. Outcomes in Oncologic Surgery: Does Volume Make a Difference? World J Surg 2005;29:1210-1216
3. O'Shea S. Specialization in Surgical Oncology: Historical Perspectives. Annals of Surgical Oncology 2004;11:462-464
4. Türk Cerrahi Derneği tarafından 16.7.2008 tarih ve 1319/2008 ilgili TTB-UDEK Başkanlığına verilen yazıdan
5. Doty B, Heneghan S, Gold M ve ark. Is a Broadly Based Surgical Residency Program More Likely to Place Graduates in Rural Practice? World J Surg 2006;30:2089-2093
6. Committee on Trauma and Committee on Shock Division of Medical Sciences. Accidental Death and Disability: the neglected disease of modern society. National Academy of Sciences and National Research Council, 1966
7. Bell HR Jr. Graduate education in general surgery and its related specialties and subspecialties in the United States. World J Surg 2008;32:2178-2184
8. Angelo N, Ringley C, Boysen A. Factors Influencing Surgical Career Decisions. Curr Surg 2005;62:429-435
9. Hoyt D, Kim H, Barrios C. Acute Care Surgery: A New Training and Practice Model in the United States. World J Surg 2008;32:1630-1635
10. Harness JK, van Heerden JA, Lennquist S, ve ark. Future of Thyroid Surgery and Training Surgeons to Meet the Expectations of 2000 and Beyond. World J Surg 2000;24:976-982
11. (<http://www.uemssurg.org/index.jspdocumentid=DD232EF3EE2017CAC12573A2003BA08C&form=Dokumente&parent=DA460EB21AEC296BC125734F005A1FA1&submenu=9D986D842D1B140DC125734F005AA9A6> (erişim tarihi, 4 Ekim 2008))
12. Uranus S, Lamont E. Acute Care Surgery: The European Model. World J Surg 2008; 32:1605-1612
13. Kostakis A, Mantas D. Surgical Education in Greece. World J Surg 2008;32:2167-2171
14. Debas HT, Bass BL, Brennan MF ve ark. American Surgical Association Blue Ribbon Committee Report on Surgical Education: 2004. Annals of Surgery 2005;241:1-8
15. Collins JP, Civil ID, Sugrue M ve ark. Surgical Education and Training in Australia and New Zealand. World J Surg 2008; 32:2138-2144
16. Bode CO, Nwawolo CC, Giwa-Osagie OF. Surgical Education at the West African College of Surgeons. World J Surg 2008;32:2162-2166
17. Goosen J, Veller M. Trauma and Emergency Surgery : South African Model. World J Surg 2008;32:1622-1625
18. Shen BY, Zhan Q. Surgical Education in China. World J Surg 2008;32:2145-2149
19. Yasuo Ito. Surgical Education and Postgraduate Training in Japan. World J Surg 2008; 32:2134-2137
20. Breon TA, Scott-Conner CEH, Tracy RD. Spectrum of General Surgery in Rural Iowa. Curr Surg 2003;60:94-99
21. Hardacre JM, Chen H, Martin C, Lillemoie KD. General surgery and fellowship training: Opinions of surgical intern applicants and fellowship directors. Surgery 2000;127:14-8
22. Traverso WL. Profile of the rural surgeon. Surg Endosc 2008; 22:1586-1588
23. J Garner JP, D. Prytherch, A. Senapati, D. O'Leary and M. R. Thompson. Sub-specialization in general surgery: the problem of providing a safe emergency general surgical service. Colorectal Disease 2006;8:273-277
24. Hedberg PS. Challenges of rural surgery. Surg Endosc 2008; 22:1582-1583
25. Maier RV. To be or not to be? Surgery 1992;112:121-129.
26. Fried GM. General surgery residency training: A time for change? Can J Surg 1994;37:261-262
27. Warshaw AL. Restoration, not preservation, of general surgery residency. Arch Surg 1993;128:265-268
28. Way LW. General surgery in evolution: technology and competence. Am J Surg 1996;171:2-9
29. Mason GR. Health care reform: residency training and medical education. Am J Surg 1995;169:561-563
30. What Impact Might General Surgery Practice Patterns of Colon and Rectal Surgeons Have on Future Training? Dis Colon Rectum 2007;50:1250-1254
31. Le D, Karmali S, Harness JK ve ark. An Update: The Operative Experience in Adrenal, Pancreatic, and Other Less Common Endocrine Diseases of U.S. General Surgery Residents. World J Surg 2008;32:232-236
32. Harness, JK, Organ, CH, Thompson, NW. Operative experience of U.S. general surgery residents in thyroid and parathyroid disease. Surgery 1995;118:1063
33. Harness K, Heerden J, Lennquist S, ve ark. Future of Thyroid Surgery and Training Surgeons to Meet the Expectations of 2000 and Beyond. World J Surg 2000;24:976-982



34. Pass HA, Klimberg SV, Copeland E. Are "Breast-Focused" Surgeons More Competent? *Annals of Surgical Oncology* 2008 ;15:953-955
35. Skinner KA, Helsper TJ, Deapen D ve ark. Breast Cancer: Do Specialists Make a Difference? *Annals of Surgical Oncology* 2003;10:606-615
36. Skillman JM, Humzah MD. The future of breast surgery: a new subspecialty of oncoplastic breast surgeons? *The Breast* 2003;12:161-162
37. Guller U, Safford S, Pietrobon R ve ark. High Hospital Volume Is Associated with Better Outcomes for Breast Cancer Surgery: Analysis of 233,247 Patients *World J Surg* 2005;29: 994-1000
38. Prystowsky JB, Bordage G, Feinglass G. Patient outcomes for segmental colon resection according to surgeon's training, certification, and experience. *Surgery* 2002;132:663-672
39. Hilska M, Roberts PJ, Kössi J ve ark. The influence of training level and surgical experience on survival in colorectal cancer. *Langenbecks Arch Surg* 2004;389:524-531
40. Mahteme H, Pählman L. Good colorectal cancer surgery *Tech Coloproctol* 2005;9:1-7
41. Callahan MA, Christos PJ, Gold HT ve ark. Influence of Surgical Subspecialty Training on In-Hospital Mortality for Gastrectomy and Colectomy Patients. *Ann Surg* 2003;238:629-639
42. Csikesz N , Simons JP, ShahJ S ve ark. Surgical Specialization and Operative Mortality in Hepato-Pancreatico-Biliary (HPB) Surgery. *Gastrointest Surg* 2008;12:1534-1539
43. Dixon E, Vollmer D, Bathe O ve ark. Training, Practice, and Referral Patterns in Hepatobiliary and Pancreatic Surgery: Survey of General Surgeons. *J Gastrointestinal Surg* 2005;9:109-114
44. Fischer JP, Hong J. Early Perioperative Outcomes and Pancreaticoduodenectomy in a General Surgery Residency Training Program. *J Gastrointestinal Surg* 2006;10:478-482.



# T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ (TASLAK)

## BİRİNCİ BÖLÜM

### Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

#### Amaç

**Madde 1-** Bu Yönetmelik, tıp ve dış hekimliği uzmanlık dallarında uzmanlık eğitimi ile ilgili tüm hususları, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve uzmanlık eğitimi ile ilgili komisyonlarının çalışma usul ve esaslarını düzenler.

#### Kapsam

**Madde 2-** Bu yönetmelik; tıp ve dış hekimliği uzmanlık dallarında eğitim vermeye yetkili tüm kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlardaki uzmanlık eğitimi ile ilgili tüm kişileri kapsar.

#### Dayanak

**Madde 3-** Bu yönetmelik, 14.04.1928 tarihli 863 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 1219 sayılı Kanununun 04.04.2007 tarih ve 26483 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 5614 sayılı kanun ile değişik 9. maddesi ve 06.11.1981 tarih ve 17506 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan, 06.11.1981 tarihli 2547 sayılı Kanununun 3. maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

#### Tanımlar

**Madde 4-** Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Bakanlık : Sağlık Bakanlığı,
- b) Bakan : Sağlık Bakanı,
- c) Müsteşar : Sağlık Bakanlığı Müsteşarı,
- d) Genel Müdürlük : Bakanlık Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü,
- e) Genel Müdür : Bakanlık Sağlık Eğitimi Genel Müdürü,
- f) YÖK : Yükseköğretim Kurulu,
- g) TUK : Tıpta Uzmanlık Kurulu,
- h) ÖSYM : Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi,
- i) Fakülte : Tıp veya Dış Hekimliği Fakülteleri,
- j) Kurum : Tıp ve Dış Hekimliği Fakülteleri ile Bakanlıkça uzmanlık eğitimi vermeye yetkili kılınan sağlık kurumları ve Adli Tıp Kurumu,



- k) Birim : Kurumların, belirli bir uzmanlık dalında uzmanlık eğitimi veren anabilim dalı, bilim dalı, klinik ve laboratuvarları, adli tıp birimi,
- l) Uygulama ve Araştırma Merkezi: Yükseköğretim kurumlarında eğitim-öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim-öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü kurumları,
- m) Genel Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Hasta ve hastalık grubu gözetmeksizin her türlü hastanın muayene, teşhis ve tedavi edildiği ve tıpta uzmanlık eğitiminin verildiği kurumlar,
- n) Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Belirli bir hasta ve hastalık grubunun muayene, teşhis ve tedavi edildiği ve tıpta uzmanlık eğitiminin verildiği kurumlar,
- o) Uzmanlık eğitimi : Tıp veya dış hekimliğinde uzman olabilmek için gereken eğitim ve öğretimi,
- p) Uzmanlık Öğrencisi : Bu Yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören asistanları,
- q) Uzman : Bu Yönetmeliğe ekli çizelgede yer alan dallardan birinde uzmanlık eğitimini tamamlayarak o dalda sanatını uygulama hakkı ve uzmanlık unvanını kullanma yetkisi kazanmış olanlar,
- r) Uzman adayı: Uzmanlık eğitimini bu Yönetmenlikte ekli çizelgede belirtilen süreleri tamamlamış ve yapması gereken uygulamaları yapmış fakat uzmanlık sınavını henüz başarmamış kişi,
- s) TUS : Tıpta Uzmanlık Giriş Sınavı,
- t) DUS : Dış Hekimliği Uzmanlık Giriş Sınavı,
- u) YUS : Yan Dal Uzmanlık Giriş Sınavı,
- v) Eğitim sorumluları;
- 1) Profesör : En yüksek düzeydeki akademik unvana sahip kişi,
  - 2) Koordinatör klinik veya laboratuvar şefi: Aynı dalda birden fazla şef bulunması halinde koordinasyonu sağlamak amacıyla görevlendirilen eğitim sorumlusu,
  - 3) Klinik veya laboratuvar şefi: Eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi verilen birimlerinde birimin eğitim işlerinden sorumlu ve eğitim sorumlusu yetkisi verilen ilgili dal uzmanı,
  - 4) Doçent : Doçentlik sınavını başarmış akademik unvana sahip kişi,
  - 5) Yardımcı doçent: Uzmanlık yetkisini kazanmış, ilk kademedeki akademik unvana sahip kişi,
  - 6) Klinik veya laboratuvar şef yardımcısı: Eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi verilen birimlerde klinik veya laboratuvar şefine yardımcı olan,



birimin eğitim işlerinden sorumlu klinik veya laboratuvar şefinden sonra sorumlu olan ilgili dal uzmanı,

7) Başasistan : Şef ve şef yardımcılarını yönetiminde uzmanlık öğrencisi yetiştirmeye yardımcı olan ilgili dal uzmanı,

y) Yönetmelik : Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, anlamında kullanılmıştır.

### **Uzmanlık yetkisinin kullanılması**

**Madde 5-** Bu Yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık belgesi almayanlar, hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamazlar.

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **Uzmanlık Kurul ve Komisyonları**

#### **Tıpta Uzmanlık Kurulu Sekreteryası**

**Madde 6-** Tıpta Uzmanlık Kurulunun işlerinin ve yazışmalarının düzenli olarak yürütülmesini temin etmek üzere Genel Müdürlük bünyesinde Tıpta Uzmanlık Kurulu Sekreteryası kurulur. Sekreteryaya bürosunda yeterli sayıda personel istihdam edilir.

Sekreteryanın görevleri;

- 1) TUK üyelerine ait yazışmaları yapmak,
- 2) TUK'un görevlerini yaparken ihtiyaç duyacağı sekreteryaya hizmetlerini vermek,
- 3) Toplantının yapılacağı yeri hazırlamak,
- 4) Kurul üyelerinden gelen gündem önerilerini kurul başkanına sunmak,
- 5) Kurul başkanı tarafından tespit edilen toplantı tarihi, yeri ve gündemi 15 gün önceden üyelere iletmek,
- 6) Kurulun aldıkları kararların yazılması ve ilgili kurumlara duyurulması ile ilgili yazışmaların yapılması ve arşivlenmesi,
- 7) Bu yönetmelikle oluşturulan diğer komisyonların da sekreteryaya işlerini yürütmek,
- 8) Diğer hususlarla ilgili verilecek işleri yürütmektir.

#### **Tıpta Uzmanlık Kurulu üyelerinin seçimi;**

**Madde 7-** Sekreteryaya, Kurul üyelerinin görev süresinin bitiminden en az 3 ay öncesinde kanunda belirtilen kurumlara asil ve yedek üyelerini tespit etmelerini bildirir. Kurumlar, TUK'a gönderecekleri asil ve yedek üyelerin kimlik ve iletişim bilgilerini kendilerine tebliğ edilen tarihten itibaren en geç bir ay içerisinde bildirirler.



Herhangi bir sebeple ayrılan veya üyeliği düşen üyenin yerine, geri kalan süreyi tamamlamak üzere aynı kurumun birinci sıradaki yedek üyesi seçilir. Boşalan yedek üye yerine ilgili kurum bir ay içinde yeni bir üyeyi sekreteryaya bildirir.

### **Tıpta Uzmanlık Kurulu toplantısı**

#### **Madde 8-**

- a) Görüşmeler gündemdeki maddeler üzerinde ve gündemdeki sıraya göre yapılır. Gündemdeki maddelerin sırası Kurul salt çoğunluk kararı ile değiştirilebilir.
- b) Bütün önergeler yazılı olarak kurul başkanına iletilir. Gündem dışı bir konunun müzakere edilmesi en az 5 üyenin ortak teklifi ile mümkün olur. Kurul Başkanı, gerekli gördüğü önergeler hakkında leh ve aleyhte konuşmak isteyenler olup olmadığını tespit ederek müzakere açabileceği gibi, önergeyi doğrudan Kurulun oyuna da sunabilir.
- c) Kurul başkanı, benzerlik gösteren ve aynı şeyi ifade eden önergeleri birleştirerek görüşürme yetkisine sahiptir.
- d) Nitelikli çoğunluğun bulunmaması, gündem maddelerinin bitirilememesi veya Kurul tarafından salt çoğunlukla karar verilmesi halinde toplantı, kurul başkanı tarafından takip eden ilk çalışma gününe ertelenir.

### **Tıpta Uzmanlık Kurulunun görevleri**

**Madde 9 –** Tıp'ta Uzmanlık Kurulunun Görevleri şunlardır:

- a) **Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonunun kurumlara eğitim yetkisi vermek ve eğitim yetkisini kaldırmak ile ilgili kararlarını görüşmek, aynen veya değiştirerek kabul veya reddetmek,**
- b) **Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonlarının eğitim sorumlularının eğitim yetkisini kaldırmasına ilişkin kararlarını görüşmek, aynen veya değiştirerek kabul veya reddetmek,**
- c) **Uzmanlık ana dallarının rotasyonları hakkında Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonlarının kararlarını görüşmek, aynen veya değiştirerek kabul veya reddetmek,**
- d) **Uzmanlık sınav jürilerini tespit etmek,**
- e) **Yabancı ülkelerde asisitanlık yapanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek,**
- f) Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ile Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonları arasında veya Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonlarının kendi aralarındaki görüş ayrılıklarını inceleyerek karara bağlamak,



- g) Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu'nun ve Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonu'nun aldığı kararlara yapılacak itirazları inceleyerek karar vermek,
- h) Uzmanlık eğitimi sonrası sınav jürilerinin seçim ölçütlerini belirleyerek jüriyle katılabilecek eğitim sorumlularını tespit etmek,
- i) **Tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek, uzmanların tıbbi gelişmeleri izlemesini sağlayıcı inceleme ve araştırmalar yapmak,** uzman ihtiyacını saptamaya yönelik çalışmalar yaptırmak ve sonuçlarını ilgili kurum ve kuruluşlara iletmek,
- j) Uzmanlık sonrası eğitim ile ilgili düzenlemeler hakkında karar vermek,
- k) Yeni ihdas edilen uzmanlık dallarında uzman olacakların başvuru kriterlerini ve başvurularını değerlendirecek ve sınavlarla ilgili işlemleri yürütecek jürileri belirleyip, bu jürilerin kriterlere uygun çalışmasını denetleyerek, jürilerce durumu uygun görülen uzman adaylarına sınav hakkı vermek ve sınavla ilgili iş ve işlemleri yürütmek,
- l) Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonlarının yapılmasını uygun gördüğü sertifikasyon programlarını değerlendirerek, düzenlenip düzenlenemeyeceğine karar vermek,
- m) Yabancı ülkelerde uzmanlık öğrenciliği yapanların bilimsel değerlendirmesini yapacak fakülteler ile eğitim ve araştırma hastanelerini belirlemek ve sınav jürileri ile değerlendirme kriterlerini tespit etmek,

### **Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu**

**Madde 10** - Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu;

- a) Genel Müdür veya bu yönetmelikte belirtilen eğitim sorumlusu niteliğine sahip olanlardan görevlendirilecek bir,
  - b) Beş Eğitim Araştırma Hastanesinden Bakanlığın seçeceği birer,
  - c) Beş Tıp Fakültesinden YÖK'ün seçeceği birer,
  - d) Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Fakültesinin seçeceği bir,
  - e) Adli Tıp Kurumu'nun seçeceği bir,
  - f) Türk Tabipleri Birliğinin seçeceği bir,
  - g) Üç dış hekimliği fakültesinden YÖK'ün seçeceği birer,
  - h) Türk Dış Hekimleri Birliğinin seçeceği bir,
- üyeden oluşur. Kurumlar asıl üye sayısı kadar yedek üyede belirlir.

Dış hekimleri yalnızca dış hekimlerine ait konuların görüşüleceği Komisyon toplantılarına katılırlar.

Komisyonla seçilmek için en az 3 yıllık şef veya profesör olmak gerekir.





### **Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonunun görevleri**

**Madde 11** - Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonunun görevleri şunlardır;

- a) Uzmanlık eğitimi verecek kurum ve birimlerin, uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonlarınınca belirlenen asgari nitelik ve standartlara uygunluğunu incelemek, belirlemek ve denetlemek,
- b) Uzmanlık dallarında eğitim yetkisi verilmesi ve kaldırılması için kurum ve birimlerin uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonunca belirlenen asgari nitelik ve standartlara uygunluğu yönünden incelemek, belirlemek ve Tıpta Uzmanlık Kuruluna görüş bildirmek,
- c) Yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda, eksiklikleri tespit edilen eğitim kurumları ve birimlerine, eksikliklerini tamamlaması için en fazla bir yıl olmak üzere süre tanır. Tespit edilen süre içerisinde eksiklikleri tamamlamayan kurum ve birimlerin eğitim verme yetkilerinin kaldırılması ile ilgili olarak görüş bildirir.

Komisyonun inceleme ve değerlendirme faaliyetleri, Sekreteryaya tarafından ilgili kurumlara

15 gün öncesinden bildirilir. İnceleme ve değerlendirme, ilgili kurumlardaki kurum amirinin seçeceği üç temsilciyle birlikte yapılır. İncelemenin günü, saati ve yeri Komisyon tarafından belirlenir.

### **Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu çalışma usul ve esasları**

#### **Madde 12-**

- a) Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu üyeleri

Komisyon üyelerinin görev süreleri üç yıldır. Görev süresi biten üyeler yeniden seçilebilirler. Herhangi bir sebeple ayrılan veya üyeliği düşen üyenin yerine, geri kalan süreyi tamamlamak üzere aynı kurumun birinci sıradaki yedek üyesi seçilir. Boşalan yedek üye yerine ilgili kurum bir ay içinde yeni bir üyeyi Sekreteryaya bildirir.

Sekreteryaya, kurumlardan komisyon üyelerinin görev süresinin bitiminden en az 3 ay öncesinde yeni üyelerin bildirilmesini ister.

- b) Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu Toplantısı

Komisyon Bakanlığın davetiyle yılda en az iki kez toplanır. Ancak Başkanın gerek görmesi veya üyelerden en az beşinin teklifi ile her zaman toplanabilir.

Toplantının yeri, zamanı ve gündemi Sekreteryaya tarafından en az 15 gün önce yazılı olarak

Komisyon üyelerine bildirilir.

- c) Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu görüşmeleri

- 1) Komisyona Genel Müdür veya görevlendirdiği temsilci başkanlık eder.



- 2) Komisyon, üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır. Kararlar oy çokluğuyla alınır. Oyların eşitliği halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır.
- 3) Komisyon, toplantılarında üyeler arasından bir raportör seçer.
- 4) Komisyon toplantılarına üst üste iki kez mazeretsiz olarak katılmayanların üyeliği düşer.
- 5) Komisyon üyeleri, toplantıda görüşülecek konularla ilgili öneri ve isteklerini toplantı tarihinden en geç bir ay önceden Sekreteryaya yazılı olarak bildirirler. Başkan, Komisyon üyelerinin istek ve önerileri doğrultusunda bir gündem oluşturarak toplantı tarihinden 15 gün önce yazılı olarak Komisyon üyelerine bildirir.
- 6) Dış hekimlerine ait konuların görüşüleceği toplantılara en az üç dış hekiminin katılması zorunludur. Dış Hekimleri Birliği temsilcisi de yalnızca dış tabipleri ile ilgili konuların görüşüleceği toplantılara katılabilirler. Dış hekimlerine ait konuların görüşüleceği toplantılara Türk Tabipleri Birliğince seçilen üye katılmaz. 10. maddenin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentlerinde belirtilen kurumlar bu toplantılarda birer üye ile temsil edilirler.
- 7) Her üyenin bir oy hakkı vardır. Gündemdeki maddeler üzerindeki müzakerelerin sonuçlandırılması oy çokluğu esasına göre yapılır. Oyların eşitliği halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır.
- 8) Bütün önergeler yazılı olarak Komisyon başkanına iletilir. Gündem dışı bir konunun müzakere edilmesi en az 5 üyenin ortak teklifi ile mümkün olur. Komisyon Başkanı, gerekli gördüğü önergeler hakkında leh ve aleyhte konuşmak isteyenler olup olmadığını tespit ederek müzakere açabileceği gibi, önergeyi doğrudan Kurulun oyuna da sunabilir.
- 9) Komisyon başkanı, benzerlik gösteren ve aynı şeyi ifade eden önergeleri birleştirerek görüştürme yetkisine sahiptir.
- 10) Çoğunluğun bulunamaması, gündem maddelerinin bitirilememesi veya Komisyon tarafından salt çoğunlukla karar verilmesi halinde toplantı, Komisyon başkanı tarafından takip eden ilk çalışma gününe ertelenir.
- 11) Komisyonun aldığı kararlar raportör tarafından Tıpta Uzmanlık Kuruluna yazılı olarak bildirilir.

### Uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonları

**Madde 13-** Yönetmeliğe ekli çizelgede gösterilen uzmanlık dallarının her biri için, ilgili uzmanlık dalı uzmanlarından oluşan uzmanlık dalı eğitim ve müfredat komisyonu oluşturulur.

Komisyonlar:

- a) Genel Müdür veya görevlendireceği, eğitim sorumlusu niteliğine haiz bir temsilci,



- b) Bakanlığın seçeceği üç,
  - c) YÖK'ün seçeceği üç,
  - d) Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Tıp Fakültesinin seçeceği bir,
  - e) Uzmanlık derneklerinin seçeceği bir,
- üyeden oluşur.

Kurumlar asıl üye sayısı kadar yedek üye de belirler.

Adli tıp dalı eğitim ve müfredat komisyonuna, Adli Tıp Kurumunun seçeceği adli tıp uzmanı üye de katılır.

Aynı dalda birden fazla uzmanlık derneği varsa, İçişleri Bakanlığı kayıtları esas alınarak bir önceki yılda aidatını yatıran kayıtlı ilgili dal uzmanı üye sayısı en fazla olan uzmanlık derneğinin tespit edeceği eğitim sorumlusu komisyona katılır. Yanlış bildirim yaptığı tespit edilen dernek en az iki dönem (6 yıl) boyunca Komisyona üye gönderemez.

Bakanlıkça gerek görülen yan dallar için de aynı usul ve esaslara göre eğitim ve müfredat komisyonları oluşturulabilir.

#### **Uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonlarının görevleri**

**Madde 14-** Uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonlarının görevleri şunlardır;

- a) Uzmanlık eğitimi verecek sağlık kurumları ve biriminin fiziki yapısı, yatak sayısı, eğitim araç, gereç ve personel durumu yönünden sahip olmaları gereken asgari nitelik ve standartları belirlemek,
- b) İlgili uzmanlık dalının eğitim müfredat plan, program ve uygulamalarını, en az yapılması gereken ameliyat, mesleki uygulama ve bilimsel çalışmaların kapsamını belirler,
- c) Uzmanlık eğitimi nitelik ve standartlarına uygunluğu ve mesleki uygulama ve bilimsel çalışmaların yeterliliğini, tüm kurum ve birimlerle ilgili yıllık toplanacak bilgi formları ile takip eder,
- d) Yapılan takipler sonucunda, eksiklikleri tespit edilen birimlerde yerinde incelemeler yaparak, ilgili birim ve eğitim sorumlularını Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonuna bildirir,
- e) Uzmanlık dallarının ve rotasyonların güncelleşmesi için çalışmalar yapar,
- f) Uzmanlık dallarının özel ilgi alanına giren konularda sertifikasyon programları düzenlenmesi konusunda görüş verir,
- g) Uzmanlık sonrası eğitimine ihtiyaç duyulan alanları belirlemek ve eğitim programları düzenlenmesi konusunda görüş verir,
- h) Tıpta mezuniyet sonrası gelişmelere yönelik eğitim programları düzenlenmesi konusunda görüş verir,



- i) Tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili görüş verir.

### Uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonları çalışma usul ve esasları

#### Madde 15-

- a) Uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonları üyelerinin seçimi;

Komisyon üyelerinin görev süreleri üç yıldır. Görev süresi biten üyeler yeniden seçilebilirler. Herhangi bir sebeple ayrılan veya üyeliği düşen üyenin yerine, geri kalan süreyi tamamlamak üzere aynı kurumun birinci sıradaki yedek üyesi seçilir. Boşalan yedek üye yerine ilgili kurum ve yetkili dernek bir ay içinde yeni bir üyeyi Sekreteryaya bildirir.

Sekreteryaya, kurumlardan komisyon üyelerinin görev süresinin bitiminden en az 3 ay öncesinde yeni üyelerin bildirilmesini ister.

- b) Uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonları toplantısı

Komisyon, Komisyon Başkanının davetiyle yılda en az iki kez toplanır. Ancak Başkanın gerek görmesi veya üyelere en az beşinin teklifi ile her zaman toplanabilir.

Toplantının yeri, zamanı ve gündemi Sekreteryaya tarafından en az 15 gün önce yazılı olarak komisyon üyelerine bildirilir.

- c) Uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonlarının görüşmeleri

- 1) Komisyon toplantılarına Genel Müdür veya görevlendireceği eğitim sorumlusu (üye) niteliğine haiz bir temsilci başkanlık eder.
- 2) Komisyon, üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır. Kararlar oy çokluğuyla alınır. Oyların eşitliği halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır.
- 3) Komisyon toplantılarına üst üste iki kez mazeretsiz olarak katılmayanların üyeliği düşer.
- 4) Komisyon üyeleri, toplantıda görüşülecek konularla ilgili öneri ve isteklerini toplantı tarihinden en geç 10 gün önceden Sekreteryaya yazılı olarak bildirirler. Sekreteryaya komisyon üyelerinin istek ve önerilerini başkana iletir, başkanın belirleyeceği gündem toplantı tarihinden önce yazılı olarak komisyon üyelerine bildirir.
- 5) Bütün öneriler yazılı olarak komisyon başkanına iletilir. Gündem dışı bir konunun müzakere edilmesi en az 5 üyenin ortak teklifi ile mümkün olur. Komisyon Başkanı, gerekli gördüğü öneriler hakkında leh ve aleyhte konuşmak isteyenler olup olmadığını tespit ederek müzakere açabileceği gibi, önergeyi doğrudan komisyonun oyuna da sunabilir.
- 6) Komisyon Başkanı, benzerlik gösteren ve aynı şeyi ifade eden önerileri birleştirerek görüşürme yetkisine sahiptir.



- 7) Her üyenin bir oy hakkı vardır. Oyların eşitliği halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır.
- 8) Çoğunluğun bulunamaması, gündem maddelerinin bitirilememesi veya komisyon tarafından salt çoğunlukla karar verilmesi halinde toplantı, Komisyon Başkanı tarafından takip eden ilk çalışma gününe ertelenir.

### **Eğitim yetkisinin kaldırılması**

**Madde 16** - Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ve Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonlarının yaptığı inceleme ve değerlendirmeler neticesinde, Komisyonlarca belirtilen nitelik ve standartlara uymadığı ve belirlenen süre içerisinde eksikliklerini gidermediği tespit edilen kurum ve birimler ile niteliklerinin devam etmediği anlaşılan eğitim sorumlularının eğitim yetkileri, Tıpta Uzmanlık Kurulunca kaldırılır. Eğitim yetkisi kaldırılan kurum, birim ve eğitim sorumluları hakkında tabi oldukları mevzuata göre gereken işlemler Bakanlığın bildirimine üzerine ilgili kurumlar tarafından yapılır.

Eğitim yetkisi kaldırılan kurum, birim ve eğitim sorumlularına, Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu ve Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonunun tespit ettiği aksaklıklar ve yetersizlikler giderildikten sonra, kurum, birim ve eğitim sorumlularının Bakanlığa başvurusu üzerine, ilgili komisyonlarca tekrar eğitim yetkisinin verilip verilemeyeceği değerlendirilerek Tıpta Uzmanlık Kurulunca karara bağlanır.

Eğitim yetkisi kaldırılan kurum ve birimlerdeki uzmanlık öğrencileri, uzmanlık dalları eğitim müfredat komisyonunun tespit ettiği asgari standartlara uygun olan kurum ve birimlere kendi mevzuatlarına uygun olarak nakledilirler. Eğitim yetkisi iade edilen kurum ve birimlerin nakledilen uzmanlık öğrencileri eğitimlerini tamamlamak üzere kurum ve birimlerine nakil edilirler.

Bu maddeye göre verilen kurul kararları bakanlık web sayfasında yayınlanır.

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **Eğitim Kurumları**

#### **Eğitim Kurumlarının Nitelikleri ve Asgari Standartları**

**Madde 17-** Eğitim kurumları ve birimlerin nitelikleri ve asgari standartları, Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu ve Uzmanlık Dalları Eğitim ve Müfredat Komisyonunun görüş ve önerileri doğrultusunda Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenir.

#### **Akademik Kurullar**

**Madde 18-** Kurum ve birimlerde; eğitim-öğretim, uygulama ve araştırma faaliyetlerinin değerlendirilmesi suretiyle kurum içi bilimsel denetimin etkinliğini sağlamak



üzere her kurum tabi olduğu mevzuat çerçevesinde tıpta uzmanlık eğitimini, koordine etme ve denetleme görevini kendi akademik kurullarınca yapar.

YÖK'e bağlı kurum ve birimlerde 18.04.1986 Tarih ve 19082 Sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Yükseköğretim Kurumlarında Akademik Kurulların Oluşturulması ve Bilimsel Denetim Yönetmeliğine göre bu akademik kurullar oluşturulur ve çalışma düzeni belirlenir.

Eğitim araştırma hastanelerinde ise bu amaçla aşağıdaki akademik kurullar oluşturulur:

- a) Akademik Genel Kurul,
- b) Akademik Birim Kurulu,
- c) Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu,

#### **a) Akademik Genel Kurulu,**

İlgili Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki bütün eğitim sorumlularının katılımı ile oluşur. Akademik Genel Kurulun başkanı kurumun başhekimidir. Bulunmadığı toplantılarda vekili başkanlık eder. Akademik Genel Kurul yılda en az iki kez başkanın davetiyeli toplantılır. Gerek gördüğünde başkan kurulu olağanüstü toplantıya çağırabilir.

Akademik Genel Kurulun icra organı Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kuruludur.

Akademik Genel Kurul, kurumun uzmanlık eğitimi ve sağlık hizmeti sunumu ile ilgili görüş ve önerilerde bulunur.

#### **b) Akademik Birim Kurulu,**

İlgili ana veya yan dalda görev yapmakta olan eğitim sorumlularından oluşur. Kurulun başkanı ilgili birimin şefi, birden fazla şef varsa koordinatör şefidir. Kurul, şef veya koordinatör şef başkanlığında iki ayda bir toplantılır.

Akademik Birim Kurulu, o bölümün uzmanlık eğitimi ve sağlık hizmeti sunumu ile ilgili görüş ve önerilerde bulunur. İhtiyaç ve önerilerini belirleyerek Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu ve Başhekimliğe bildirir.

#### **c) Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu,**

Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde Madde 18'de belirtilen görevleri, Akademik Genel Kurul ve Akademik Bölüm Kurulunda alınan tavsiye kararları doğrultusunda eğitim planlama ve koordinasyon kurulu tarafından yürütülür.

Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu; Akademik Genel Kurulda, eğitim sorumluları arasından kurum amirinin gözetiminde gizli oyla seçilecek en az üç eğitim sorumlusundan oluşur. Üye sayısı, Akademik Genel Kurul tarafından belirlenir.

Kurumun amiri, kurulun daimi üyesi ve başkanıdır. Üyeler arasından bir başkan vekili seçilir, başkanın bulunmadığı zamanlarda vekâlet eder. Üyelerin görev süresi üç yıldır. Ayrıca asıl üye sayısı kadar eğitim sorumluları arasından yedek üye seçilir.



### Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulunun Görevleri

**Madde 19** - Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu aşağıdaki görevleri yapar:

- a) Kurum içerisindeki eğitim birimlerinin faaliyetlerinin uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonunun belirlediği plan, program ve uygulamalar açısından takip etmek,
- b) Eğitim sorumlularının yaptığı eğitim faaliyetleri, klinik ve laboratuvar uygulamalarını takip ederek yıllık faaliyet raporlarını istemek,
- c) Çeşitli birimlerde eğitim çalışmalarını ve uzmanlık öğrencisi rotasyonlarını koordine etmek,
- d) Uzmanlık öğrenciliği karnesinin, uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonunun belirlediği uygulamalar yönünden değerlendirmek ve onaylamak,
- e) Uzmanlık öğrenciliği tez jürisinin belirlenmesi, tezin kabul edilmemiş veya bitirilememiş gerekçelerini inceleyerek uygun görülmesi halinde yeni jüri belirlemek,
- f) Birimin, uzmanlık öğrenciliği süresinin uzatılmasını talep ettiği uzmanlık öğrencisi ile ilgili gerekçelerini inceleyerek karar vermek,
- g) Olanakları içinde kurum içi veya kurumlar arası seminer, konferans, bilimsel toplantılar düzenlemek, ulusal ve uluslararası seminer, kurs, kongre ve benzeri bilimsel toplantıları izleyerek bunlara katılımları teşvik etmek ve duyurmak,
- h) Bilimsel projelerde yer almak, yurt içi ve yurt dışı bilimsel çalışmalara katılarak bilgi ve görgüsünü artırmak isteyenlerden kurumca ihtiyaç ve yarar görülenlere yardımcı olmak, gerektiğinde bunlar hakkında Bakanlık veya bağlı buldukları kuruluşlara tavsiye ve önerilerde bulunmak.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### Eğitim Personeli

#### Eğitim sorumluları

**Madde 21-** Tıpta uzmanlık eğitiminden; 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu hükümlerine göre profesör, doçent ve en az 3 yıllık uzman olan yardımcı doçentler ile klinik ve laboratuvar şef, şef yardımcısı ve en az 3 yıllık uzman olan başasistanlar ve 2659 sayılı kanun ile değişik 4810 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu hükümlerine göre Adli Tıp Kurumu ihtisas kurulu başkanları ve en az 3 yıl süre ile kurul üyeliği yapmış adli tıp uzmanları sorumludur.



### **Koordinatör şef**

**Madde 22-** Eğitim ve araştırma hastanelerinde aynı dalda birden fazla şefin bulunması halinde, şeflerden biri koordinasyonu sağlamak üzere 3 yıllığına kurum amiri tarafından görevlendirilir. Görev süresi dolan koordinatör şef tekrar görevlendirilebilir.

### **Başasistan**

**Madde 23-** Başasistanların görev süresi 3 yıldır. Her 3 yılda bir Bilim Dalı Danışma Komisyonunun belirlediği kriterlere göre değerlendirilerek tekrar 3 yıllık süre için Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulunca görevlendirilirler.

Başasistan olmaya hak kazananların başasistanlıkta geçen süreleri, devlet hizmeti yükümlülüğü sürelerinden sayılır.

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

### **Uzmanlık Öğrenciliği**

**Madde 38-** Uzmanlık öğrencisi; kurumlarındaki kadro unvanı ne olursa olsun, tıp ve diş hekimliği uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla, bu Yönetmelik ve özel mevzuat hükümleri çerçevesinde öğrenim, eğitim, araştırma ve uygulama yapan tıp doktoru veya diş hekimidir.

Uzmanlık öğrencilerinin istihdam şekli, kurumlarının özel mevzuat hükümlerine tabidir.

### **Uzmanlık Öğrenciliğine Giriş Sınavlarının Şartları**

**Madde 39-** Uzmanlık öğrenciliği giriş sınavına (TUS, DUS, YUS ) başvurabilmek için;

- Uzmanlık öğrenciliği giriş sınavının yapıldığı tarih itibarı ile Türkiye’de tıp doktoru veya diş hekimliği mesleğini yapmaya yetkili olmak,
- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 48 inci maddesinin (A) fıkrasının 4 ve 5 numaralı bentlerinde sayılan şartlara sahip bulunmak,
- Askerlikle ilişkisi bulunmamak veya askerlik hizmetini yapmış ya da yedek sınıfa geçirilmiş yahut 1111 sayılı Askerlik Kanunu’nun 86 ncı ve 89 uncu maddelerinde öngörülen durumlardan birine girmemiş olmak,
- Meslek ve sanatını uygulamasına ve uzman olmak istediği dalda çalışmasına engel teşkil edebilecek bedeni ve ruhi bir hastalığı olmamak,
- Muvazzaf askerlik hizmetini yapmakta olanlardan, bu hizmetlerini uzmanlık öğrenciliği başlangıç tarihine kadar bitirebilecekler ile görevden çekilen veya çekilmiş sayılan memurlardan ve yeniden kamu görevine girebilmek için belirlenen





yasal süresi uzmanlık öğrenciliği başlangıç tarihine kadar bitecek durumda bulunanlar, uzmanlık öğrenciliği giriş sınavına başvurabilirler.

### **Uzmanlık Öğrencisi Giriş Sınavları (TUS, DUS, YUS)**

**Madde 40-** Uzmanlık öğrenciliği giriş sınavı tıp fakültesi mezunları için TUS, dış hekimliği fakültesi mezunları için DUS ve ana dalda uzman olanlar için YUS olmak üzere ayrı ayrı yapılır. TUS, DUS ve YUS ÖSYM tarafından yılda en az iki defa olmak üzere her yıl yapılır.

ÖSYM'nin yapacağı bu sınavlarda tüm kurumlar ihtiyaç duydukları uzmanlık öğrencisi kadrolarını kurum ve birim adı belirtmek suretiyle en az 3 ay önce yazılı olarak TUK'a bildirirler. TUK ülkenin insan gücü planlamasına göre alınacak uzman ihtiyacını belirledikten sonra ilan edilecek kadrolar ÖSYM'ye sınav tarihinden en az 2 ay önce yazılı olarak bildirir.

ÖSYM, TUK'un onayını aldıktan sonra sınavla ilişkili işlemleri yürütür.

ÖSYM her sınav dönemi için başvurma, sınav ve yerleştirme işlemlerini ayrıntılı olarak açıklayan bir taslak kılavuz hazırlayıp TUK'un onayına sunacaktır.

TUK Başkanı veya başkan vekili, taslak kılavuzun teslim tarihini izleyen en geç on gün içinde inceleyerek, gerekli değişiklik ve önerilerini ÖSYM'ye iletacaktır. Bu süre içinde bildirim yapılmadığı takdirde onay alınmış sayılacaktır.

### **Uzmanlık Öğrenciliği Giriş Sınavlarının Konusu ve Kapsamı**

**Madde 41-** Uzmanlık öğrenciliği giriş sınavları, yeterli ve yarışma esaslarına dayanır. Bu sınavlar, mesleki yabancı dil ve meslekî bilgi olmak üzere iki aşamada yapılır.

Mesleki yabancı dil sınavı İngilizce, Fransızca, Almanca ile TUK'un belirleyeceği diğer yabancı dillerden yapılır. TUS, DUS ve YUS da meslekî bilgi sınavına girebilmek için, mesleki yabancı dil sınavında yüz üzerinden 50 puan almak şarttır. Kamu Personeli Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavında (KPDS) veya Üniversitelerarası Kurul Dil Sınavında (ÜDS) yüz üzerinden en az 50 puan alanlar da başarılı kabul edilirler. Mesleki yabancı dil sınavı başarı belgesi, bu belgenin verilmesine esas olan yabancı dil sınavının yapıldığı tarihten itibaren iki yıl süre ile geçerlidir. TUS, DUS ve YUS yabancı dil sınavında başarılı olanlarda sonraki iki yıl içerisinde açılacak uzmanlık öğrenciliği giriş sınavlarında yabancı dil sınavına girmek ve başarılı olmak şartı aranmaz. Ancak, KPDS' de ve ÜDS' de ilgili mevzuatta belirtilen puanları alanlara bu mevzuattaki geçerlilik süreleri uygulanır.

TUS, genel tıp bilimleri konularından, DUS ise genel dış hekimliği konularından, YUS ise yan dalın bağlı olduğu ana dal konularında yapılır.



## Uzmanlık öğrenciliği giriş sınavlarının sonuçları ve uzmanlık öğrenciliğine başlama

**Madde 42-** Bu yönetmenlikte belirtilen uzmanlık ana ve yan dallarında uzmanlık öğrencisi olabilmek için TUS, DUS veya YUS' da başarılı olmak şarttır. ÖSYM tarafından sınavda başarılı olanlar, mesleki bilgi sınavında aldıkları puanlara ve tercihlere göre sıralanır.

Mesleki bilim puanının eşitliği halinde yabancı dil, bunların eşitliği halinde de fakülte başarı puanı yüksek olanlara öncelik tanınır.

Sınav sonuçları ÖSYM ya da diğer kurumlar tarafından ilan edilir ve ilgililere bildirilir. ÖSYM tarafından yapılan ilan kanuni tebligat yerine geçer.

ÖSYM tarafından yerleştirilenler, listelerin ilanı tarihinden itibaren 15 gün içerisinde uzmanlık öğrenciliğine başlatılmak üzere gereken işlemlerin yapılması için ilgili kuruma başvururlar. Uzmanlık öğrenciliğine atama ve göreve başlama işlemleri bir ay içinde tamamlanır. İlgili kurum ve birimler tarafından kanuni bir engel bulunmadığı takdirde, bahar sınav dönemi için Temmuz, sonbahar sınav dönemi için Ocak ayının ilk haftasında uzmanlık öğrenciliğine başlatılırlar. Uzmanlık öğrenciliğine başlamasına mani ve kabul edilebilir yasal gerekçeleri olmaksızın görevine başlamayanların atamaları iptal edilir.

Sınavda başarılı oldukları halde, herhangi bir nedenle uzmanlık öğrenciliğine atanmak için başvurmayanlardan boş kalan kontenjanlara, ÖSYM tarafından ilgili sınav döneminde bir defaya mahsus olmak üzere, puanlarına göre yeniden yerleştirme yapılır.

TUS, DUS ve YUS' da daha önce başarılı olup, ÖSYM tarafından yerleştirilenlerden veya başladıktan sonra, kurum veya dal değişikliği için ya da uzmanlık eğitimini bitirdikten sonra yeniden sınava girenlerin yerleştirmeye esas mesleki bilgi puanı % 2 oranında düşürülür.

Uzman olanların, Yönetmeliğe ek çizelgedeki diğer ana dallardan birinde kendileri için öngörülen kısa süreli uzmanlık eğitimi yapabilmeleri, TUS' da başarılı olmak şartına bağlıdır.

Uzmanlık öğrenciliği giriş sınavı şartlarını taşımaksızın sınava girenler, başarılı olsalar bile uzmanlık eğitimine başlatılmazlar.

Bu şartlardan herhangi birini taşımadığı sonradan anlaşılanlar ile uzmanlık öğrenciliği sırasında bu şartlardan herhangi birini kaybedenlerin uzmanlık öğrenciliğine son verilir.

## Yabancı uyrukluların uzmanlık öğrenciliği

**Madde 43-** Yabancı uyruklular;

- a) Kurumlarda yabancı uyruklulara ayrılan kontenjan bulunması,



- b) Türkiye'deki tıp veya diş hekimliği fakültelerinin birinden mezun olunması veya yabancı ülkelerdeki bu fakültelerin birinden mezun olunup, YÖK'ten denklik belgesi almış olmaları,
- c) Türkiye'de uzmanlık eğitimi yapmalarına engel hallerinin bulunmaması, d) Türkiye'de ikametlerine izin verilmiş olması,
- e) Uzmanlık öğrenciliği süresince kendilerine burs verileceğini veya Türkiye'deki giderlerinin karşılanacağını belirten bir belge vermeleri,
- f) Uzmanlık öğrenciliği giriş sınavlarında başarılı olmak,

Mesleki konuları izleyebilecek derecede Türkçe bildiklerini ölçmek amacıyla yapılacak Türkçe dil bilgisi sınavında başarılı olduklarına dair belgelerini uzmanlık eğitimine başladıkları tarih itibarıyla en geç bir yıl içerisinde ibraz etmeleri kaydıyla aylıksız olarak uzmanlık öğrenciliğine kabul edilirler.

Uzmanlık eğitimi yapmak isteyen yabancı uyruklulara, kurumların uzmanlık öğrenciliği kadrolarının en çok %10'u kadar kontenjan ayrılabilir.

#### **Yabancı Uyrukluların Türkçe Dil Bilgisi ile ilgili hususlar**

**Madde 44-** Türkiye'deki tıp ve diş hekimliği fakültelerinin Türkçe bölümlerinden mezun olanlarda, Türkçe dil bilgisi sınav şartı aranmaz.

Ancak yabancı ülkelerdeki tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile Türkiye'de İngilizce eğitim veren Tıp ve Diş Hekimliği Fakültelerinden mezun olanlardan; TUK'un belirleyeceği bir kuruluş tarafından verilmiş Türkçe dilbilgisi sınavında başarılı olduğuna dair belge sahibi olma şartı aranır.

#### **Uzmanlık öğrenciliği ile bağdaşmayan işler**

**Madde 45-** Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitiminin gerektirdiği öğrenim, eğitim, araştırma ve uygulama çalışmaları dışında, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarda aylıklı veya aylıksız hiçbir görev alamazlar, muayenehane açamazlar, eğitim gördükleri uzmanlık dalının uygulamasından sayılamayacak işlerde görevlendirilemezler.

#### **Uzmanlık öğrenciliği süresinden sayılmayacak haller**

**Madde 46-** Senelik izin, bilimsel içerikli toplantılar için verilen izin süreleri hariç olmak üzere, uzmanlık öğrenciliğinde fiilen geçmeyen süreler, uzmanlık öğrenciliği eğitim ve rotasyon sürelerinden sayılmaz.

#### **Bakanlıkça görevlendirme yoluyla uzmanlık eğitimi yaptırılması**

**Madde 47-** Bakanlıkça gerek görülen uzmanlık dallarında, özlük hakları Bakanlıkta kalmak kaydı ile uzmanlık eğitimi veren diğer kurumlarda, bu kurumlar ile mutabakat



sağlanarak ana ve yan dallarda görevlendirme yoluyla 38 inci maddedeki sınavlarda başarılı olmak şartıyla uzmanlık eğitimi yapmak üzere uzmanlık öğrencisi alınabilir.

### **Uzmanlık öğrenciliğinde devamlılık, kurum ve dal değiştirme**

**Madde 48-** Uzmanlık eğitiminin kesintisiz olması şarttır.

Kanuni mücbir sebeplerle uzmanlık öğrenciliğine ara vermek zorunda kalanlar haric, herhangi bir sebeple veya kendi isteği ile uzmanlık eğitimi sona erenler ya da eğitime ara verenler, uzmanlık eğitimine tekrar başlayamazlar. Kanuni mücbir sebeplerle uzmanlık öğrenciliğine ara verenler, bu mecburiyetin ortadan kalkmasını takiben en geç 15 gün içerisinde uzmanlık eğitimine başlayarak kalan süreyi tamamlarlar.

Uzmanlık öğrenciliği eğitimine devam ederken yeniden girdikleri uzmanlık öğrenciliği giriş sınavında başarılı olanlar ile uzmanlık öğrenciliğinden ayrıldıktan sonra en geç bir yıl içinde yeniden sınava girerek başarılı olan uzmanlık öğrencilerinden;

- a) Uzmanlık eğitim dalları değişenlerin önceki uzmanlık öğrenciliğinde geçen eğitim süreleri, yeni başlayacakları uzmanlık öğrenciliğinin eğitim süresinden sayılmaz. Ancak dalları değişen uzmanlık öğrencilerinin, önceki uzmanlık öğrenciliğine ait süreler, yeni başladıkları kurumdaki eğitim sorumluları ve akademik kurullarınca kabul edildiği takdirde yeni uzmanlık öğrenciliği dalındaki eğitim müfredatında da yer alıyor ise uzmanlık öğrenciliğinin eğitim, süre ve rotasyonlarından sayılır.
- b) Dal değiştirmeksizin kurum değiştirenlerin yeni başlayacakları kurumların eğitim sorumluları ve akademik kurullarınca kabul edildiği takdirde, önceki uzmanlık öğrenciliklerinde geçen süreler, uzmanlık öğrenciliğinin eğitim, süre ve rotasyonlarından sayılır.

Uzmanlık öğrencilerinin TUS, DUS ve YUS ile yerleştirildikleri kurum ve birimlerde, eğitimini tamamlamaları zorunludur. Ancak TUK tarafından eğitim yetkisi kaldırılan kurum ve birimlerdeki uzmanlık öğrencileri, uzmanlık dalları eğitim müfredat komisyonunun tespit ettiği asgari standartlara uygun olan kurum ve birimlere kendi mevzuatlarına uygun olarak nakledilirler.

Uzmanlık eğitimine başlamasını müteakip ortaya çıkan sağlık ve eş durumu mazeretleri nedeniyle il değiştirerek eğitimine başka bir ilde devam etmek zorunda kalanlar, mazeretlerini bildirir kanıtlayıcı belgeleri kurum aracılığı ile TUK'a gönderirler. TUK'da mazeretleri geçerli görülenler aynı uzmanlık dalında gitmek istediği kurumdaki ilgili uzmanlık dalının sınava girdiği dönemdeki sınav puanına veya o dönemde o birim için kadro açılmamışsa son üç sınav puanının ortalamasına bakılır. Gitmek istediği birimin uygun olması ve o birimin giriş puanına eşit veya daha yüksek puanı olması kaydı ile, ilgili kurumun mevzuatı çerçevesinde geçiş yapabilirler.



### **Sağlık Mazereti Nedeniyle Atama**

Kendisinin veya kanunen bakmakla yükümlü olduğu eş, anne, baba veya çocuklarından birinin uzmanlık eğitimine başladıktan sonra ortaya çıkan ve tedavisinin bulunduğu ilde mümkün olmadığı veya kişinin görev yerinin değişmemesi halinde bu kişilerin hayatının tehlikeye gireceğini üniversite uygulama ve araştırma merkezleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinden alınacak sağlık kurulu raporu ile belgelendirenler; tedavinin yapılabileceği bir sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu veya sağlığının olumsuz etkilenmeyeceği ildeki ilgili uzmanlık dalının verildiği kuruma yukarıdaki şartları taşıması koşuluyla atanırlar.

### **Eş Durumu Nedeniyle Atama**

Eş durumu nedeniyle uzmanlık öğrencisinin nakil talebinde bulunabilmesi için; eşinin 217 sayılı Devlet Personel Başkanlığı Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname kapsamına giren bir kurum veya kuruluşta memur kadrosunda çalıştığını ve uzmanlık öğrencisinin eğitim aldığı ilde, eşinin kurumunun veya durumuna uygun bir kadronun bulunmadığının belgelenmesi halinde, eşinin görevli olduğu ildeki uzmanlık eğitimini alabileceği kuruma 46 ncı maddenin son fıkrasında belirtilen şartları taşıması koşuluyla atanırlar.

## **YEDİNCİ BÖLÜM**

### **Uzmanlık Öğrenciliği Öğretim ve Eğitimi**

**Madde 49-** Uzmanlık öğrencilerinin öğretim ve eğitimi uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonlarının hazırlamış oldukları yıllık çekirdek müfredat programlarına göre yapılır.

### **Uzmanlık Öğrencilerinin Değerlendirilmesi**

**Madde 50-** Eğitim kurumlarında klinik başkanları veya klinik veya laboratuvar şefi tarafından, her uzmanlık öğrencisine göreve başlamasını takiben bir eğitim sorumlusu tayin edilir ve bu yazılı olarak bildirilir. Kliniğe veya laboratuvara rotasyon amacıyla gelen uzmanlık öğrencisi için de aynı işlemler yapılır.

Uzmanlık öğrenciliğine başladıklarında uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonunca hazırlanmış çekirdek eğitim programı ve uzmanlık öğrencisi karneleri verilir. Bu karneye uzmanlık öğrencisinin yaptığı teorik ve pratik tüm etkinlikler yazılarak eğitim sorumlusu ve kurum amiri tarafından onanır. Uzmanlık öğrencileri bu karneleri uzmanlık giriş sınavından önce uzmanlık sınav jürisine verirler. Karne sınavdan sonra uzmanlık öğrencisine iade edilir.



Eğitim kurumları yeni başlayan uzmanlık öğrencisine, kuruma adaptasyon için kurumu tanıtıcı bilgiler, yasal sorumlulukları, etik, iletişim ve mesleki gelişimi ile ilgili uyum programları düzenleyebilir.

Eğitim sorumluları altı ayda bir uzmanlık öğrencilerinin meslek bilgileri, mesleki uygulama, göreve bağlılık, çalışma, araştırma ve yönetme yetenekleri ile meslek ahlakı hakkındaki görüş ve kanaatlerini uzmanlık öğrencileri değerlendirme formuna yazıp gizli olarak kurum amirleri aracılığı ile incelenmek üzere Genel Müdürlüğe gönderirler. Tıp ve Diş Hekimliği Fakültelerinde eğitim sorumluları, uzmanlık öğrencileri değerlendirme formunu Dekanlığa gönderirler.

Uzmanlık öğrenciliğinin altı aylık değerlendirme devresinin birden fazla eğitim sorumlusu yanında geçmesi halinde, her bir eğitim sorumlusu tarafından ayrı bir uzmanlık öğrencileri değerlendirme formu doldurulur ve değerlendirmede, bunların ortalaması alınır.

Her uzmanlık öğrencisine, uzmanlık öğrencisi değerlendirme formlarında yukarıda belirtilen konularda zayıf, orta, iyi veya pekiyi olarak değerlendirilir. Zayıf olumsuz; orta, iyi ve pekiyi olumlu olarak kabul edilir.

Bu değerlendirme formları üzerinde yapılan inceleme sonucunda olumsuz not alan uzmanlık öğrencisi yazı ile uyarılır. Üst üste iki kez olumsuz not alan uzmanlık öğrencisinin birimi, aynı kurumda başka bir birime kurumunun mevzuatı çerçevesinde değiştirilir. Üçüncü kez olumsuz not alan uzmanlık öğrencisi hizmet süresi ne olursa olsun uzmanlık öğrenciliğiyle ilişkisi kesilir. Bu suretle uzmanlık öğrenciliğiyle ilişkisi kesilenler, aynı uzmanlık dalında bir daha uzmanlık öğrencisi olamazlar.

### **Uzmanlık ana ve yan dalları ile eğitim süreleri ve rotasyonlar**

**Madde 51-** Tıpta uzmanlık ana ve yan dalları ile bunların eğitim süreleri ve rotasyonları ekli çizelgede gösterilmiştir.

Uzmanlık öğrencilerine, yönetmelikle belirlenen ve uzman olabilmek için mutlaka yapılması gereken asgari tıbbî uygulamaların eğitim sorumluları tarafından yaptırılarak onların, gerekli ve yeterli bilgi ve beceri ile donatılmaları zorunludur. Ekli çizelgede belirtilen eğitim süreleri ve rotasyonların kazanılan birimin bulunduğu kurumda yaptırılması esastır. Ancak, kurumda ilgili uzmanlık dalına ait rotasyonların yapılacağı eğitim biriminin bulunmaması veya bulunsa bile asgari uygulamaları yapmasına yeterli değilse veya başka kurumda yapılmasında fayda görülmesi halinde uzmanlık öğrencisi eğitim kurumunca uygun görülen yerlerde rotasyona tabi tutulabilir.

Bu uygulamaların hangi sebep ile olur ise olsun kurum içinde yaptırılmaması halinde, yerleşim yeri ile sınırlı olmaksızın zorunlu tıbbî uygulamaların ve rotasyonların yaptırılması için kurumlar arasında işbirliği (afilyasyon) yapılır. Aynı amaçla, eğitimleri-



nin son yılında bulunan uzmanlık öğrencilerine, eğitim gördükleri kurumla ilişkilendirilen sağlık kurum ve kuruluşlarında kendi eğitim sorumlularının gözetiminde uygulama yaptırılabilir.

Uzmanlık öğrencilerine; eğitim sorumlularının uygun görmesi kaydıyla, tabi oldukları mevzuata göre, yetkili kılınan akademik kurullarının ve amirlerinin uygun görüş ve kararları üzerine, eğitime kabul belgesi sağlamaları koşuluyla yurt içinde veya yurt dışında başka kurumlarda uzmanlık eğitiminin yapılmasına izin verilebilir. Bu rotasyon yurt dışında yapılır ise uzmanlık öğrencisi kurumunca ücretsiz izinli sayılır.

Eğitiminin son yılında bulunan uzmanlık öğrencilerine, ilişkilendirilen sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan uygulamalar hariç olmak üzere, yurt içinde veya yurt dışında başka kurumlarda eğitim yaptırılması için verilecek rotasyonların süresi bir yıldan fazla olamaz.

### **Uzmanlık öğrencilerinin Uzmanlık Tezi ve Değerlendirilmesi**

**Madde 52-** Uzmanlık öğrencisi uzmanlık sınavına girebilmeleri için, uzmanlık eğitimi gördükleri dala ait bir konu üzerinde tez hazırlamaları zorunludur.

Tezin konusu; uzmanlık öğrencisi talebi ve klinikteki diğer eğitim sorumlularının da görüşü alınarak, uzmanlık öğrencisinin eğitim sorumlusu tarafından seçilir ve ana dallar için uzmanlık öğrenciliği süresinin ilk yarısı içinde, yan dallar için ilk altı ay içinde uzmanlık öğrencisine yazılı olarak bildirilir ve kendisine bir tez danışmanı tayin edilir.

Tez, uzmanlık dalı ile ilgili orijinalliği haiz, bilimsel ve yayınlanabilir bir inceleme ve araştırma niteliğinde olmalıdır. Tez, uzmanlık öğrenciliği süresinin son altı aylık devresinden önce, kurumun akademik kurulları tarafından belirlenen, uzmanlık öğrencisinin eğitim gördüğü dalın eğitim sorumlularından oluşan üç kişilik bir jüri tarafından değerlendirilir. Eğitim gördüğü birimde üç eğitim sorumlusu bulunmaması halinde rotasyon yaptığı dallar veya yakın dallardan birinden jüri sayısı tamamlanır.

Tez, jüriye verildiği tarihten itibaren en geç bir ay içerisinde incelenir. Uzmanlık öğrencisi jüri tarafından belirlenen tarihte tezini jüri huzurunda savunur.

Tezin kabul edilmemesi halinde, sonuç, en geç 15 gün içerisinde yazılı ve gerekçeli olarak uzmanlık öğrencisi ve kurum amirine bildirilir.

Tezi kabul edilmeyen uzmanlık öğrencileri, sonucun kendilerine tebliğinden itibaren en geç altı ay içinde, jürinin gerekçesindeki esaslara göre tezde gerekli değişiklikleri yaparak aynı jüriye sunarlar.

Tezin yetiştirilemediği, jüri tarafından kabul edilmediği veya jüri tarafından değişiklik önerilerinin olduğu durumlarda, tez danışmanının önerisi ile kurumların akademik kurullarında görüşülerek ekli çizelgede belirlenen uzmanlık eğitimi süresine 6 aylık bir süre eklenir.



Tezin ikinci defa kabul edilmemesi halinde; tez, beşinci fıkraya göre kurum amirine yapılan bildirimini takiben en geç 15 gün içerisinde üçüncü fıkrada belirtilen esaslara göre oluşturulan yeni bir jüri tarafından incelenir.

Tezi üçüncü defa reddedilen uzmanlık öğrencisinin, uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisi kesilir. Bunlar Uzman adayı olarak tezini tamamlamaya çalışır. Bir yıl içinde tezini tamamlayamayan uzman adayının o birim ile ilişkisi kesilir ve aynı dalda tekrar uzmanlık öğrencisi olamazlar. Tekrar sınava girip, başka bir dalda uzmanlık öğrenciliğini kazandırsa 46 nci madde hükümleri gereğince işlem yapılır.

Uzmanlık eğitimi süresince, SCI ve SCI-E'da yayınlanan ve uzmanlık öğrencisinin birinci isim olduğu orijinal makale, kurumun akademik kurulunca uygun görülmesi halinde uzmanlık öğrencisinin tezi olarak kabul edilebilir.

## SEKİZİNCİ BÖLÜM

### Uzmanlık Öğrencilerinin Bitirme Sınavları

#### Uzmanlık Öğrenciliği Bitirme Sınavına Girebilmenin Şartları

##### **Madde 53- Uzmanlık öğrenciliği bitirme sınavına girebilmek için;**

Yönetmeliğin ekli çizelgesinde belirtilen uzmanlık dalı ile ilgili uzmanlık öğrenciliği eğitim süresini ve rotasyonları tamamlamış, tezi tez jürisi tarafından kabul edilmiş ve uzmanlık öğrenciliği karnesinin kendi akademik kurullarınca onaylanmış olması şarttır.

Belgelerin tamamlanmasını takiben uzmanlık öğrencilerine ait bu belgeler, ilgili kurumlarca Bakanlığa gönderilir. Belgeleri Bakanlıkça incelenerek, eksikliği saptanmayan uzmanlık öğrencileri ilan edilerek sınava girebilir.

##### **Madde 54- Uzmanlık Sınav Zamanı ve Yeri**

Uzmanlık öğrenciliği bitirme sınavları her ayın ilk haftasında kurumlar tarafından ilan edilen yer ve zamanlarda TUK tarafından tespit edilen jüri havuzundan, kura ile seçilen sınav jürileri tarafından yapılır.

#### MERKEZİ SİSTEM (alternatif)

Uzmanlık sınavı, merkezi sistemle ÖSYM tarafından yılda en fazla iki kez ilgili uzmanlık dalı bilgilerini kapsayacak biçimde ve test usulü ile yapılır. Bu sınavda başarılı sayılmak için yüz üzerinden en az altmış puan almış olmak şarttır.

Mevzuatlarında belirtilen mazeretler hariç olmak üzere, uzmanlık eğitimi süre-





sinin bitimine altı ay veya daha az süre kalmış olan uzmanlık öğrencileri, son altı aylık sürenin başladığı tarihi izleyen ilk sınava alınır. Girdikleri ilk uzmanlık sınavında başarı gösteremeyenler sonraki ilk dönemde açılacak uzmanlık sınavında da başarı gösteremezlerse, uzmanlık öğrenciliği ile ilişkileri kesilir. Bu suretle uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisi kesilenlere, başarısız olunan son sınavı izleyen ilk iki sınavda kullanılmak kaydıyla iki sınav hakkı daha verilir. Bu sınavlarda da başarılı olamayanlar, aynı dalda tekrar uzmanlık öğrencisi olamazlar. Ancak başka bir dalda, ilişkilerinin kesildiği tarihten itibaren en geç bir yıl içerisinde yeniden girecekleri uzmanlık öğrenciliği giriş sınavında başarılı olmaları halinde, bunlara, önceki uzmanlık öğrenciliğinde geçen eğitim süre ve rotasyonlarının yeni uzmanlık öğrenciliği rotasyonlarından sayılması konusunda 46 ıncı maddenin hükümleri kıyasen uygulanır.

Bir yıl içinde yapılan ardışık iki uzmanlık sınavında uzmanlık öğrencilerinden en az iki tanesinin başarısız bulunduğu eğitim birimleri ve eğitim sorumluları, Eğitim kurumlarını değerlendirme komisyonu ve uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonunca incelemeye alınır.

Uzmanlık sınav sonuçları, ÖSYM tarafından ilan edilir ve ilgililere bildirilir.

Uzmanlık sınavının zamanı, usul ve esasları ve sınav ile ilgili diğer hususlar TUK ve ÖSYM arasında yapılacak protokol ile düzenlenir.

#### **Madde 55- Uzmanlık Sınav Jürilerinin Oluşumu**

Sınav jürisi, eğitim ve araştırma hastanelerinde sınava girecek uzmanlık öğrencileri için Genel Müdürlükçe, tıp ve diş hekimliği fakültelerinde dekanlıkça, Adli Tıp Kurumunda ise Kurum başkanlığınca TUK tarafından tespit edilen jüri havuzu arasından kura ile belirlenir.

Uzmanlık öğrencisinin bağlı olduğu kurumdan üç, diğer kurumlardan iki olmak üzere toplam beş kişiden oluşur. Uzmanlık öğrencisinin sınava gireceği dalda beş jüri üyesinin bulunmaması halinde üç jüri üyesinin katılımı ile sınav yapılır. Jüriler, aynı dalda yeterli üye bulunmadığı takdirde rotasyon dallarından, yok ise bu dallara yakın dalların eğitim sorumlularından oluşturulur. Ayrıca dört kişilik yedek üye seçilir. Jüri kendi arasından birini başkan seçer.

Uzmanlık sınavları aynı tarihe denk gelen ancak Bakanlığa bağlı farklı kurumlarda eğitim alan uzmanlık öğrencileri aynı jüriden sınava girebilirler.

#### **Madde 56 - Uzmanlık Sınavının Yapılma Şekli**

Uzmanlık sınavı, biri mesleki bilgi, diğeri uygulama ve beceri sınavı olmak üzere iki aşamada yapılır.



### **Madde 57- Mesleki Bilgi Sınavı**

Jüri üyeleri tarafından bir vaka seçilir. Aday, hastanın anamnezini alarak muayenesini yapar, vaka hakkında tahlil ve değerlendirmesini yaparak teşhis ve tedavisi hakkında yorumları istenir.

Laboratuvar birimleri sınavında jüri üyeleri bir konu seçerler. Gerekliğinde materyal verilerek uygulamalar izlenir.

Mesleki bilim sınavı tek oturum halinde yapılır. Her üye adaya sorular sormakla yükümlüdür. Sorular içerik açısından adayın uzmanlık dalında kendinden beklenen performansı en iyi şekilde sürdürebilmesini mümkün kılacak temel bilgileri değerlendirmek amacıyla ilgili dalın genel eğitim programı çerçevesinde hazırlanır. Sorular, uzmanlık dalı ile ilgili çeşitli konularda da olabilir.

Jüri üyeleri sınav sırasında adayın cevapları hakkında ayrı ayrı notlar alarak başarı derecesini kaydederler.

### **Madde 58- Uygulama ve Beceri Sınavı**

Jüri tarafından gerek görülmesi halinde, uygulama ve beceri sınavı uzmanlık dalının özelliğine göre teşhis ve tedavi için gerekli olan müdahale ve ameliyatlara; laboratuvar, teknik ve endoskopik uygulama ve becerileri saptamayı kapsar.

Jüri üyeleri, adayın uygulama ve becerisinin saptanması sırasında, ayrı ayrı notlar alarak başarı derecesini kaydederler.

### **Madde 59- Sınav Sonuçları**

Jüri üyeleri, mesleki bilgi sınavı ile uygulama ve beceri sınavındaki başarı durumunu göz önünde bulundurmak suretiyle birlikte değerlendirme yaparak adayın başarılı veya başarısız olduğunu saptarlar. Bu husus uzmanlık sınavı tutanağında belirtilir. Üyeler çekimser kalamazlar. Kararlar oy çokluğuyla alınır. Bu tutanak üyelerce imzalanarak jüri başkanı tarafından bağlı olduğu kurumu vasıtasıyla Bakanlığa iletilir. (Ek )

### **Uzman olabilmenin şartları**

#### **Madde 60- Uzman olabilmek için;**

- a) Uzmanlık öğrenciliği süresini ve rotasyonlarını tamamlamış olmak, b) Yönetmelikle belirlenen asgari uygulamaları yapmış olmak,
  - c) Uzmanlık tezi kabul edilmiş bulunmak,
  - d) Uzmanlık sınavında başarılı olmak,
- şarttır.



## DOKUZUNCU BÖLÜM

### Yurt Dışında Yapılan Uzmanlık Eğitimi

**Madde 61** - Yurt dışında uzmanlık eğitimi vermeye yetkili olan bir sağlık kurumunda uzmanlık eğitimi yapan veya uzmanlık belgesi alan Türk vatandaşlarının talepleri halinde, yabancı ülkedeki Türk misyon şeflikleri ile o ülkenin yetkili meslek kuruluşunca onaylanmış uzmanlık eğitimine ilişkin belgeleri ve eğitim süreleri; Yönetmelik hükümlerine uygunluğu yönünden, biçimsel olarak Bakanlıkça, bilimsel olarak Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenecek bir eğitim kurumunca incelenir.

Bakanlık ve eğitim kurumları, yabancı ülkelerde yapılan uzmanlık eğitiminin Yönetmelikte belirtilen usul ve esaslara uygun olarak yapılıp yapılmadığını araştırır. Kanıtlayıcı her türlü belge ve dokümanın verilmesini isteyebilir.

### Yurt Dışında Yapılan Uzmanlık Eğitim Sürelerinin Eksikliği Halinde Yapılacak İşlemler

**Madde 62-** 61'inci madde uyarınca yapılan inceleme sonucunda;

Uzmanlık belgesi almamış olanların uzmanlık öğrenciliğinde geçen süreleri Yönetmeliğe ekli çizelgede öngörülen süreden az ise, TUS, DUS veya YUS' a girerler. Sınavda başarılı olanlar, yurt dışında geçirdikleri eğitim sürelerinin uzmanlık öğrenciliği süresinden sayılmasını isterlerse, Yönetmelikte belirtilen yabancı dil sınavlarından birinde eğitim gördükleri ülkenin dilinden 100 üzerinden en az 60 puan alanların, eğitim gördükleri ülkeden aldıkları belgeler değerlendirilerek, uygun görülen süreler, Türkiye'de yapacakları uzmanlık öğrenciliğinin süresinden düşülür. Ancak, yurt dışında geçen uzmanlık eğitim sürelerinin geçerli sayılabilmesi için, yukarıda belirtilen şartlar yanında ilgililerin uzmanlık eğitiminden ayrıldıktan sonra en geç bir yıl içinde müracaatları ve açılacak ilk iki uzmanlık öğrenciliği giriş sınavından birinde başarılı olmaları şarttır.

Uzmanlık belgesi almış olmakla beraber, eğitim sürelerinin eksik olduğu anlaşılanlardan, eğitim süreleri Yönetmeliğe ekli çizelgede öngörülen sürenin en az dörtte üçü kadar olanların, eksik süreleri Tıpta Uzmanlık Kurulunun belirleyeceği eğitim kurumunda tamamlattırılır. Yabancı ülkede tezi kabul edilmiş olanlar tez verme şartı aranmaksızın, tez vermemiş olanlar ise tez verdikten sonra uzmanlık öğrenciliği bitirme sınavına alınır. Eğitim süreleri Yönetmeliğe ekli çizelgede öngörülen sürelerin dörtte üçünden az olanlar hakkında (Bu maddenin 1.) bendi hükümleri uygulanır.

Yurtdışında yapılan eğitim süreleri uygun olmakla beraber uzmanlık belgesi almış olsalar dahi, rotasyonları eksik olanlar veya yapmadıkları rotasyonlar Tıpta Uzmanlık Kurulunun belirleyeceği eğitim kurumunda, kadroya atanma şartı aranmaksızın tamamlattırılır.



### **Yurt Dışında Yapılan Uzmanlık Eğitim Sürelerinin Uygunluğu Halinde Yapılacak İşlemler**

**Madde 63-** 61 inci madde uyarınca yapılan inceleme sonucunda yabancı ülkelerde uzmanlık eğitiminde geçirdikleri eğitim süre ve uygulamaları Yönetmelik hükümlerine uygun olmakla birlikte;

Uzmanlık belgesi almamış olduğu anlaşılanlar tez verme şartı da aranarak, uzmanlık belgesi almış olanlar tez verme şartı aranmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunun belirleyeceği bilimsel değerlendirmesini yapacak fakülteler veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dört defadan fazla olmamak kaydı ile uzmanlık öğrenciliği bitirme sınavına girerler.

Yabancı ülkede yaptıkları uzmanlık eğitimindeki teorik ve pratik uygulamaları ile ilgili uygulama eksiklikleri tespit edilenerin eksiklikleri, ne kadar sürede ve nasıl tamamlayacağı Tıpta Uzmanlık Kurulunun belirleyeceği eğitim kurumunda, kadroya atanma şartı aranmaksızın tamamlattırılır. Adaylar, uygulama eksikliklerinin başarı ile tamamlandığı Bakanlığa bildirildikten sonra, dört defadan fazla olmamak kaydı ile uzmanlık öğrenciliği bitirme sınavına girerler.

### **Türkiye’de Başlanılan Uzmanlık Öğrenciliğinin Yurt Dışında Sürdürülmesi**

**Madde 64-** Yönetmelik hükümlerine göre Türkiye’de başladıkları uzmanlık öğrenciliği yurt dışında sürdürenlerin, uzmanlık eğitimi görülen yabancı ülkelerin usullerine göre aynı dalın uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süreler, Türkiye’de uzmanlık öğrenciliğinden ayrılış ve yurt dışında uzmanlık eğitimine başlayış tarihleri arasındaki sürenin altı aydan fazla olmaması koşuluyla, yurt içinde uzmanlık öğrenciliğinde geçen önceki süreleri ile birleştirilir. Eksik olan süreler yeniden uzmanlık öğrenciliği giriş sınavına girmeksizin ve kadroya atanma şartı aranmaksızın Yönetmelik hükümlerine göre tamamlattırılır. Süreleri tam olanlar, tez verme şartı da aranarak, dört defadan fazla olmamak kaydı ile uzmanlık öğrenciliği bitirme sınavına girerler.

### **Türk Uyuğuna Geçen Yabancıların Durumu**

**Madde 65-** Türkiye’de yabancı uyruklu olarak uzmanlık eğitimi görmekte iken, uzmanlık öğrenciliği süresi içinde Türk uyuğuna geçener, kadrosuz ve aylıksız olarak uzmanlık öğrenciliğine devam ederler.



## ONUNCU BÖLÜM

### Uzmanlık Belgesi

**Madde 66-** Uzmanlık sınav sonuçları, uzmanlığın tescili için gerekli olan belgelerle birlikte en geç on beş gün içinde, il sağlık müdürlüğü, fakülteler ve ilgili kurumlar tarafından Bakanlığa gönderilir.

Uzmanlık sınavını kazananların uzmanlık belgeleri, Bakanlıkça düzenlenir ve tescil edilir.

Uzmanlık eğitiminin Yönetmelikte belirtilen kapsam, usul ve esaslara uygun olarak yapılmadığının tespiti halinde; tescil işlemini yapmamaya, yapılmış ise iptaline Bakanlık yetkilidir.

Bu Yönetmelik hükümlerine göre verilecek uzmanlık belgesinin şekli ve kapsamı Bakanlıkça tespit edilir.

Sınavı kazanan uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık belgeleri, kurumları tarafından uzmanlık öğrenciliği sürelerinin tamamlandığına dair belgenin Bakanlığa gönderilmesinden sonra hazırlanır.

## ONBİRİNCİ BÖLÜM

### Çeşitli Hükümler

#### Yürürlükten Kaldırılan Hükümler

**Madde 67-** 19.06.2002 tarih ve 24790 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile 22.05.1974 tarih ve 14893 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Tababet Uzmanlık Yönetmeliği ve ek değişiklikleri yürürlükten kaldırılmıştır.

#### Geçici Madde 1-

##### Kurul ve Komisyon üyelerinin seçimi

Bakanlık, Yönetmeliğin yayımlandığı tarihten itibaren en geç bir ay içinde ilgili kurumlara, belirtilen kurul ve komisyonlara asil ve yedek üyelerini tespit etmelerini yazıyla bildirir. Kurumlar, Bakanlığa gönderecekleri asil ve yedek üyeleri kendilerine tebliğ edilen tarihten itibaren en geç bir ay içerisinde yazılı olarak Bakanlığa bildirirler.

**Geçici Madde 2-** Bu yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önceki mevzuata göre kazanılmış bulunan uzmanlık ve eğitim yetkisi hakları saklıdır.



**Geçici Madde 2-** Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihte fiilen uzmanlık öğrencisi olarak çalışmakta olanlar hakkında 19.06.2002 tarih ve 24790 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe konulan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ve 22.05.1974 tarih ve 14893 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nin ilgili hükümlerinin uygulanmasına devam olunur. Bunlar isterlerse, Yönetmeliğin yayımı tarihinden itibaren altı ay içerisinde başvurularını kaydıyla bu Yönetmelik hükümlerine tabi olurlar.

.../.../2007 tarihinden sonra yapılan sınavları kazanarak uzmanlık öğrenciliğine başlayanlar ile bu Yönetmeliğin yayımından önce uzmanlık öğrenciliği giriş sınavını kazananlar, uzmanlık öğrenciliğine başlamış olsun veya olmasınlar bu Yönetmelik hükümlerine tabidirler.

**Geçici Madde 3 –** 19.3.1927 günlü ve 992 sayılı Kanun ile 5.4.1973 tarih ve 7/62-29 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nün 6 ncı maddesi hükümlerine göre uzman olma hakkı tanınanlar için kendi alanlarına ilişkin düzenleme yapıncaya kadar, uzman öğrenci olma şartları bakımından Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nün 6. maddesinin B bendi, diğer hususlarda bu Yönetmelik hükümleri uygulanır.

**Geçici Madde 4-** Her kurum bu Yönetmelikte belirtilen şartları en geç 2 yıl içinde yerine getirir. **Geçici Madde 5-** Bu Yönetmelik hükümlerine göre yan dal uzmanlık eğitimi görecekler için, kurumlara yan dal uzmanlık öğrenciliği kadrosu ihdas edilinceye kadar, ilgili kurumlarca kendilerine tahsis edilen kadrolarda uzmanlık eğitimlerine devam ederler.

#### **Yürürlük**

**Madde 66-** Bu Yönetmelik yayımlandığı tarihte yürürlüğe girer.

#### **Yürütme**

**Madde 67-** Bu Yönetmeliği Sağlık Bakanı yürütür.

#### **ROTASYON SÜRELERİ EKLENECEK**

Bu süreler uzmanlık dalları müfredat komisyonları tarafından belirlenecektir. Yataklı tedavi yönetmeliğinde ki EPK ile ilgili madde iptal edilecek.!

EK (Form 1)



### EK ÇİZELGE

ANA DALLAR	SÜRESİ	YAN DALLARI	SÜRESİ
<b>1. Adli Tıp</b>	4 yıl		
Anatomi uzmanları için	2 yıl		
Patoloji uzmanları için	2 yıl		
<b>2. Aile Hekimliği</b>	3 yıl		
<b>3. Askeri Sağlık Hizmetleri</b>	3 yıl		
Toplum Hekimliği Uzmanları için	1 yıl		
<b>4. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları</b>	5 yıl	1. Çocuk Acil	3 yıl
		2. Çocuk Alerji ve Klinik İmmünolojisi	3 yıl
		3. Çocuk Endokrinolojisi ve Metabolizma Hastalıkları	3 yıl
		4. Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	3 yıl
		5. Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenmesi	3 yıl
		6. Çocuk Genetiği	3 yıl
		7. Çocuk Göğüs Hastalıkları	3 yıl
		8. Çocuk Hematolojisi	3 yıl
		9. Çocuk Kardiyolojisi	3 yıl
		10. Çocuk Nefrolojisi	3 yıl
		11. Çocuk Nörolojisi	3 yıl
		12. Çocuk Onkolojisi	3 yıl
		13. Çocuk Romatolojisi	3 yıl
		14. Çocuk Yoğun Bakımı	3 yıl
		15. Neonatoloji	3 yıl
<b>5. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları</b>	5 yıl		
<b>6. Dermatoloji ve Veneroloji</b>	5 yıl		
<b>7. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji</b>	4 yıl		
İç Hastalıkları uzmanları için	2 yıl		
<b>8. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon</b>	5 yıl	Romatoloji	3 yıl
<b>9. Göğüs Hastalıkları</b>	5 yıl	Yoğun Bakım	3 yıl
İç Hastalıkları uzmanları için	3 yıl		
<b>10. Hava ve Uzay Hekimliği</b>	4 yıl		



ANA DALLAR	SÜRESİ	YAN DALLARI	SÜRESİ
11. İç Hastalıkları	5 yıl	1. Alerji ve Klinik İmmünoloji	3 yıl
		2. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	3 yıl
		3. Gastroenteroloji	3 yıl
		4. Geriatri	3 yıl
		5. Hematoloji	3 yıl
		6. İş ve Meslek Hastalıkları	3 yıl
		7. Nefroloji	3 yıl
		8. Romatoloji	3 yıl
		9 Tıbbi Onkoloji	3 yıl
		10 Yoğun Bakım	3 yıl
12. Kardiyoloji	5 yıl		
İç Hastalıkları uzmanları için	3 yıl		
13. Nöroloji	5 yıl		
14. Nükleer Tıp	4 yıl		
15. Radyasyon Onkolojisi	5 yıl		
16. Radyoloji	5 yıl		
17. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	5 yıl		
18. Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	4 yıl		
19 Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	3 yıl		
20. Tıbbi Genetik	4 yıl		
21. Toplum Hekimliği	4 yıl		
22. Acil Tıp	5 yıl		
İç Hastalıkları uzmanları için	2 yıl		
Genel Cerrahi uzmanları için	2 yıl		
23. Anesteziyoloji ve Reanimasyon	5 yıl	1. Algoloji	3 yıl
		2. Yoğun bakım	3 yıl
24. Beyin ve Sinir Cerrahisi	6 yıl		
25. Çocuk Cerrahisi	6 yıl	Çocuk Ürolojisi	3 yıl



**GENEL CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİ ve YANDALLARI**

ANA DALLAR	SÜRESİ	YAN DALLARI	SÜRESİ
26. Genel Cerrahi	5 yıl	1. Gastroenterolojik Cerrahi	3 yıl
		2. Onkolojik Cerrahi	3 yıl
		3. Vasküler Cerrahi	3 yıl
27. Göğüs Cerrahisi	5 yıl		
28. Göz Hastalıkları	5 yıl		
29. Kadın Hastalıkları ve Doğum	5 yıl		
30. Kalp ve Damar Cerrahisi	6 yıl		
31. Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	5 yıl		
32. Ortopedi ve Travmatoloji	5 yıl	El Cerrahisi	3 yıl
33. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	6 yıl	El Cerrahisi	3 yıl
34. Spor Hekimliği	4 yıl		
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanları için	2 yıl		
Ortopedi ve Travmatoloji uzmanları için	2 yıl		
Fizyoloji uzmanları için	2 yıl		
35. Tıbbi Patoloji	5 yıl		
36. Üroloji	5 yıl	Çocuk Ürolojisi	3 yıl
37. Anatomi	4 yıl		
38. Fizyoloji	4 yıl		
39. Histoloji ve Embriyoloji	4 yıl		
40. Klinik Biyokimya	4 yıl		
41. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji	4 yıl		
42. Tıbbi Farmakoloji	4 yıl		
43. Tıbbi Parazitoloji	3 yıl		
DIŞ HEKİMLERİ İLE İLGİLİ UZMANLIK DALLARI			
ANA DALLAR	SÜRESİ	YAN DALLARI	SÜRESİ
44. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi	5 yıl		
45. Ortodonti	5 yıl		



## TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ BECERİ VE TUTUM DEĞERLENDİRME FORMU

Uzmanlık öğrencisinin

Adı Soyadı: .....

Bağlı bulunduğu klinik: .....

Değerlendirme dönemi: .....

ÖLÇÜTLER*	NOT
Klinik becerileri ve meslek bilgisi	
Anamnez alma, fizik muayene,	
Kayıt tutma (hasta dosyaları ve ameliyat notları)	
Hasta bakımı	
Hasta sunumu	
El becerisi	
Laboratuvar becerisi	
Mesleki davranış ve tutum	
Meslektaşlarıyla ilişkiler	
Hasta ve hasta yakınlarıyla ilişkiler	
Tertipli ve düzenli olma	
Hasta ve yakınlarını bilgilendirme (aydınlatılmış onam alma gibi)	
Olağanüstü durumlarda karar verebilme	
Araştırma ve yayın yapma isteği	
Mesleki etik ilkelere uyum	
Eğitim ve diğer etkinlikler	
Vizit ve toplantılara aktif katılım	
Görevli olduğu eğitim etkinliklerinde bilgiyi toplama ve sunma becerisi	
Öğrenme ve okuma istekliliği	
Kıdemsizlerine eğitim verme becerisi	
Genel performans	

- Yukarıda yer alan maddelerin her birine 100 üzerinden puan verilerek değerlendirilir
- 10-49 zayıf, 50-69 orta, 70-89 iyi, 90-100 pekiyi olarak değerlendirilir,
- 50 ve üstü yeterli, 50'nin altındaki notlar yetersizlik olarak ifade edilecektir.
- Ölçütlerden değerlendiremediklerinizi boş bırakınız.

**Not:** Bu form iç rotasyon yapılıyorsa her rotasyonun sonunda, rotasyon yapılmıyorsa altı aylık çalışma diliminin sonunda birlikte çalıştığı eğitim sorumlusu tarafından doldurularak başhekimliğe iletilir. Bir kopya kendi hastanesinde, diğer kopyası 6 ayda bir doldurulan yeterlilik fişi ile birlikte bakanlığa gönderilir.

Eğitim Sorumlusu

Adı Soyadı: .....

İmza: ..... Tarih .....



EK (Form 2)

**TEZ DEĞERLENDİRME FORMU**

Adayın Hazırladığı Tezin:

1- Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu:	Başarılı	Başarısız
2- Tez formatına uygunluğu:	Başarılı	Başarısız
3- Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	Başarılı	Başarısız
4- İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	Başarılı	Başarısız
5- Orijinal Olup Olmadığı	Başarılı	Başarısız
SONUÇ:	Başarılı	Başarısız

Tarih:



EK (Form 3)

### UZMANLIK SINAV TUTANAĞI

..... Hastanesi ..... servisi/laboratuvarı uzmanlık öğrencilerinden ..... asistanlık süresinin tamamlanması ve tez jürisinin değerlendirilmesinde başarılı olduğu tespit edilerek jürimizce ..... /..... /..... tarihlerinde yapılan uzmanlık sınavında;

a) Jürice seçilen ..... veya ..... konu üzerinde yapılan mesleki bilgi sınavını başarmıştır/başaramamıştır.

b) Jürice seçilen ..... konulu ameliyat/laboratuvar uygulama ve beceri sınavını başarmıştır/başaramamıştır.

### SONUÇ:

Sınav safhalarından hepsini başarmıştır/başaramamıştır.

Bir servis veya laboratuvarı kendi başına idare edebilecek yetenekte olduğu/olmadığı ..... uzmanı olmaya hak kazandığını / kazanmadığını bildirir bu tutanak düzenlendi.

Başkan  
Adı Soyadı  
Görevi

Üye  
Adı Soyadı  
Görevi

Üye  
Adı Soyadı  
Görevi

Üye  
Adı Soyadı  
Görevi

Üye  
Adı Soyadı  
Görevi

**TIPTA UZMANLIK  
EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ İLE İLGİLİ  
GÖRÜŞLER**





## TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLER

Prof. Dr. Cem Terzi / TCD Genel Başkanı

### GENELİNE DAİR GÖRÜŞLER

Son 10 yılda Sağlık Bakanlığı tıpta uzmanlık eğitiminin yasal çerçevesini belirlemeye yönelik tüzük ya da yönetmelik niteliğinde pek çok girişimde bulunmuş ancak bunların özellikle hazırlık süreci sağlıklı yürütülmediğinden ciddi sorunlara yol açılmış, tüzük ve yönetmelikler dava konusu olmuş ve pek çok kez Danıştay tarafından yürütmesi durdurulmuştur.

Elimizdeki bu taslak 18. denemedir ve uzun zamandır toplanamayan, henüz bir çalışma gerçekleştirilmemiş, Tıpta Uzmanlık Kurulu(TUK)'nda görüşülecektir.

Hazırlık sürecinin sağlıklı olmadığına dair eleştirimiz bu taslak için de geçerlidir. Oldukça karmaşık ve çok tarafı ilgilendiren bu yönetmeliğin hazırlanış biçimi ve süreci tatminkâr değildir. Başta Türk Tabipleri Birliği-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Komisyonu (TTB-UDEK) ve Uzmanlık Demekleri olmak üzere önemli tarafların görüşlerinin hazırlık çalışmalarına katılmadığı bir yönetmelik ile karşı karşıyayız.

Daha önceki 17 denemeden edinilen deneyim, tüzük ya da yönetmelik, yan dalların belirlendiği ek çizelge ile ilgili tüm taraflarla görüş birliği sağlanmadan (harmonizasyon çalışmaları) yürürlüğe sokulduğunda dava konusu olmakta ve hukuki süreçlerle tüzük ya da yönetmelik tartışmalı hale gelmektedir. Ek çizelgenin hazırlığı özel bir çalışma gerektirmektedir. Yan dal tanım ve gereksinimlerin belirlenebilmesi için tüm tarafların katılımını sağlayan bir çalışma yürütülmesi ve çalışmanın alanlar arasındaki tartışmalı konularda harmonizasyon çalışmalarını içermesi gereklidir.

TUK ve yönergede belirlenen komisyonlarda TTB, TTB-UDEK ve Uzmanlık Dernekleri temsilcilerine yeterince yer verilmemesi, bu kurul ve komisyonların başkanlık ve çalışma esasları bakımından özerkliğinin garanti altına alınmaması temel sorun olmaya devam etmektedir,

### MADDELERE İLİŞKİN GÖRÜŞLER

#### Madde 9

TUK'un yeni açılan/açılacak olan eğitim hastaneleri ve birimler hakkında karar verici olup olmadığı belirsizdir. TUK'un daha önce açılmış olan bir hastanenin eğitim hastanesine dönüştürülmesi durumunda yetkili olup olmadığı belirsizdir.

Eğitim birimleri ve eğitim sorumluları iki ayrı komisyon tarafından değerlendirilmekte ve nihai karar TUK'a bırakılmaktadır. Baştan karmaşık kurgulanan bu çalışma



düzeni ile ileride ortaya çıkan çelişkili durumlarda TUK'un hangi yöntemle karar vereceği belirsizdir.

#### **Madde 12**

Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonu, başkanını kendi seçmelidir. Genel müdür veya görevlendirdiği temsilcinin başkanlık etmesi komisyonun özerk çalışması açısından sakıncalı olabilir.

Bu komisyonun uzmanlık eğitimi verilen tüm birimleri inceleyeceği düşünülürse çok büyük bir iş yükü ile karşılaşılabileceği açıktır. Bu birimlerin uygunluğu yerinde görülerek araştırılacaktır.

Yalnızca yazışmalarla yürütülemeyecek nitelikte bir görevdir. Yönetmelikte belirlenen komisyon çalışma biçimi ile bu görevin nasıl yerine getirileceği anlaşılmamaktadır.

#### **Madde 13**

Bu komisyona da genel müdür veya görevlendireceği bir kişinin başkanlık etmesi Madde 12 için yaptığımız eleştiriyi tekrarlamamızı gerektirmektedir.

Ayrıca Uzmanlık Derneklerinin komisyondaki temsil yetisinin nasıl belirleneceğine dair yapılan açıklamada "önceki yılda aidatını yatıran kayıtlı ilgili dal uzmanı üye sayısı en fazla olan uzmanlık derneği" ifadesine yer verilmiştir. Aynı dalda birden fazla dernek olduğu durumlarda uzman hekimler bu derneklerin hepsine ayrı ayrı üye olabilmektedirler. Derneklerin temsil yetisinde TTB-UDEK modelinin incelenmesi yerinde olun

#### **Madde 14**

Bu komisyonun görev tanımına (g) ve (h) bendleri ile Sürekli Tıp Eğitimi (STE) ve Sürekli Mesleki Gelişim (SMG) de eklenmiştir.

Bu eklenmiş yaklaşım STE ve SMG konularının önemi ile bağdaşmamaktadır,

Bu alanlar uzmanlık sonrası eğitim kapsamında ele alınıyorsa bu komisyonla ilişkilendirilmemesi uygun olur. STE ve SMG yaşam boyu eğitimin tıp fakültelerinden başlayarak emekliliğe kadar süren bir süreci olarak ele alınıyorsa ve merkezden desteklenerek yürütülmesinde yarar görülüyorsa ayrı bir komisyon ve çalışma alanı olarak değerlendirilmelidir.

#### **Madde 16**

Eğitim yetkisinin kaldırılması, askıya alınması ve yeniden verilmesi ile ilgili basamaklar ayrıntılı tanımlanmadığından bu hali ile uygulamada karmaşaya yol açacaktır.





### **Madde 18**

YÖK'e bağlı kurum ve birimler eski çalışma usullerine ve ilgili yasaya bağlı bırakılmışlar, Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma hastanelerinde ise yeni bir yapılanmaya gidilmiştir (Akademik Genel Kurul, Akademik Birim Kurulu ve EPKK).

Bu çalışma düzeninde başhekim, eğitim ve bilimsel üretim çalışmalarında da tam yetkili ve uygulayıcı konumda olmaktadır.

Başhekimlerin seçilme ve atanma usulü ve görevleri göz önüne alındığında eğitim ve bilimsel üretim çalışmalarını etkin bir biçimde yürütebilmeleri her zaman söz konusu olmayabilir

### **Madde 22**

Koordinatör şefin başhekim tarafından belirlenmesi yerine seçimle belirlenmesi daha uygun olabilir

### **Madde 23**

Başasistanların 3 yılda bir şef ya da şef yardımcısı olmadıkları -ki böyle doğal bir süreç aslında söz konusu değildir- bir gerçekliktir. Var olan kadro sistemi 3 yılda bir "başarılı" her başasistanın şef ya da şef yardımcısı olmasını sağlayan bir sistem değildir. Bu halde, bu kadronun görev süresi 3 yılda bir yenilenirken "Bilim Dalı Danışma Komisyonunun belirlediği kriterlere göre" ibaresi ile bir muğlaklık yaratılmaktadır. Uygulamada ciddi sorunlara yol açabilir.

### **Madde 40**

TUK'a ülkemizdeki uzman hekim gereksinimini belirlemek ve buna uygun olarak TUS/DUS/YUS kadroları ilan etmek gibi bir görev daha verilmiş olmaktadır.

Ülkemizde uzman hekim gereksinimini belirleyecek bilimsel çalışmaların yapılmamış olduğu düşünüldüğünde TUK'un bu görevi nasıl yerine getireceği belirsizdir.

### **Madde 41**

Yabancı dil sınav belgeleri geçerlilik süresi 2 yıl olarak belirlenmiştir. Bir kişi yabancı bir dili bildiğini iki yılda bir yeniden kanıtlamak zorunda mıdır? Bu konuda dilbilimcilerden görüş alınması uygun olur.

### **Madde 42**

TUS/DUS ve YUS merkezi sınav sistemi olumludur.

YUS için merkezi sınav sisteminden sonra lokal kurum ve birimlerin yapacağı ikinci bir sınav gereksinimi göz önüne alınmalıdır. Bu sınavın da adil, şeffaf olması için nitelikleri yönetmelik kapsamına alınarak

belirlenebilir,



#### **Madde 45**

Çok olumlu ve gerekli olan bu maddenin kağıt üzerinde kalmaması için asistan ma-  
aşları ve geçim koşulları yeniden değerlendirilmek zorundadır. Bu madde nasıl yaşama  
geçirilecektir?

#### **Madde 47**

Bu maddenin gereği tam olarak anlaşılmamaktadır. Çok dikkatle incelenerek TUS/  
DUS ve YUS'u devre dışı bırakan bir yan yol olmaması sağlanmalıdır

#### **Madde 50**

Her uzmanlık öğrencisine bir eğitim sorumlusu tayin edilmesi ("mentor" danışman  
sistemi) olumludur. Ancak, bu kişinin görev tanımı belirsizdir. Danışman eğitim sorum-  
lusunu şeklinde isimlendirilmesi ve görev tanımının yapılması uygun olur.

Asistanlarla ilgili değerlendirme sisteminin gizli ve kurum amirleri aracılığı ile ge-  
nel müdürlüğe gönderilerek yapılması planlanmıştır. Üst üste iki kez olumsuz not alan  
kişinin birimi değiştirilmekte ve 3.'de ilişiği kesilmektedir. Bu yaklaşım çağdaş eğitim  
ilkeleri ile uyumlu değildir.

Değerlendirme iki yönlü geri bildirim sistemi şeklinde olmalı ve taraflar açısından  
şeffaf olmalıdır. Asistanlar "eksik" olarak saptanan yönlerini öğrenebilmeli ve bunları gi-  
dermeleri için yönlendirebilmelidirler. Sistem güvenilir ve geçerli olabilmesi için iki taraflı  
çalışmalıdır, yani asistan da çalıştığı eğitim sorumlusu ve birimi hakkında geri bildirimde  
bulunabilmelidir.

Bu sistem eğitim bilimcilerle danışılarak çağdaş ilkeler ile uyumlu olarak yeniden  
düzenlenmelidir. Bu hali ile kağıt üzerinde kalır ya da bir "polisye" tedbir olarak hizmet  
eder.

#### **Madde 51**

Kurumlar arası işbirliği (afilyasyon)nin ilk defa bir yönetmelikte telâffuz edilmesi  
olumludur. Ancak sadece sözü edilmiş, yapılandırılmamıştır. Oysa eğitim veren kurum  
ve birimler arasında bir afilyasyon sistemi

kurulması çok gerekli ve kaçınılmazdır. Eğitim olanaklarının etkin ve doğru kulla-  
nılması ancak böyle bir sistemle mümkün olabilir. Bu nedenle afilyasyon sistemi için  
cesaretli bir adım atılmalı; ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve yapılandırılmalıdır.

Standart rotasyonlar dışındaki yurtiçi ve yurtdışında yapılacak rotasyonların süre-  
sinin ana süreden sayılıp sayılmayacağı konusuna yeniden incelenmelidir. Bu tip ro-  
tasyonlar genel olarak standart süreye dahil edilmezler. Örneğin, 4 yıllık bir uzmanlık  
eğitiminin 1 yılı özellikle gönüllü olarak başka bir birimde geçmişse toplam süre 4+1 yıl  
şeklinde olmalıdır.



## Madde 52

Asistanın tez sorumlusu kendisine tayin edilen eğitim sorumlusu ("mentor" ya da danışman) olarak belirlenmiştir. Bu uygun olmayabilen Mentor'un çalışma alanı asistana tez yaptırarak durumda olmayabilir. Mentor tüm uzmanlık eğitimi boyunca asistana bilimsel eğitsel mesleki ve sosyal destek verecek özellikle sıkıntılı süreçlerin çözümlenmesinde yardımcı olacak kişi olmalıdır,

Bu madde de tez konusunu mentor vermekte sonra ayrıca bir tez danışmanı belirlenmektedir. Oldukça karışık ve tez yapılmasını zorlaştıran bir sistem öngörülmüştür. Bu eleştirinin dikkate alınmasını öneriyoruz.

Tez'in "yayınlanabilir" olması nitelmesi bilimsel bir bilgi / talep değildir Tezler jüri tarafından kabul edilip basıldığında aslında yayınlanmış olmaktadır. Her tezin bir dergide makale olarak yayınlanması bir koşul olamaz. Kabul edilen ve basılarak kütüphanelerde yerini alan tezler bilimsel değerlerine kavuşmuş olurlar. Bir dergiye yayın olarak gönderilmeleri tamamen ayrı bir konudur. Bir tezden birden çok sayıda dergi yayını olabileceği gibi hiç olmayabilir de.

Bu maddede tezini tamamlayamayan "uzman adayının" 1 yıl süre ile tezini tamamlamaya çalışırken maaş alıp almayacağı ve rutin görevini sürdürüp sürdüremeyeceği belirsizdir.

Tezini tamamlayamayıp ilişkisi kesilen kişinin tekrar TUS'dan geçerek o dalda uzmanlık öğrencisi olamamasının mantığı anlaşılmamıştır. Bu madde "insan haklarına" aykırı görünmektedir. Bir hukukçudan görüş alınması ve kaldırılması önerilir.

Son bendde yer alan SCI ve SCI-E'de yayınlanan orijinal makalenin tez yerine geçebilmesi tez sistemi ve bunun gerekçe ve yararları ile tamamen çelişmektedir. Bu bend kaldırılmalıdır.

## Madde 54

Alternatif olarak yazılan, merkezi sınav sistemine geçilmelidir Bu sınav baraj niteliğinde olmalıdır Ülke sathında verilen eğitimin standardizasyonu ve eğitim veren kurum ve birimin basan ölçütü olması açısından önemli ve gereklidir.

Bu sınavda başarılı olmadan diğer sınav aşamalarına geçilmemesi gerekir. Merkezi sınav ilk defa uygulanacağı için başarı oranlarını şimdiden öngörmek olanaksızdır. Bu nedenle bu sınavdan kaç puan, alınarak geçileceği ve sınava kaç defa girilebileceğini şimdiden belirlemek bazı riskler taşımaktadır Bu nedenle sınav basan puanının her sınav için çan eğrisi uygulaması ile belirlenmesi ve önceden saptanmış bir puan yerine her sınav için yeniden saptanması en azından başlangıçta izlenecek yol olmalıdır.

Sınava girebilme sayısında başlangıçta daha toleranslı olunmalıdır. Başarısızlık durumunda en az 3 ya da 4 sınav hakkı tanınmalıdır.



Diğer önemli bir nokta merkezi sınavın iki basamaklı olması gereğidir. Bu konu üzerinde çalışılmalıdır. 4-6 yıllık uzmanlık eğitiminin teorik bilgisini bir sınavla ve eğitimin sonunda ölçmek çağdaş ölçme-değerlendirme ilkeleri ile bağdaşmaz.

Bu sınavı uzmanlık eğitiminin ilk 3 yılı için 1. basamak, son 2 ya da 3 yılı için 2. basamak olarak planlamak asistanı sürekli olarak ölçmek ve gelişimi hakkında bilgi edinmek / edindirmek için iyi bir yaklaşım olabilir.

Bu sınavlar maliyet sorunu getirecektir. Sınav maliyetleri asistanlara yüklenmemelidir.

### **Madde 57 ve 58**

Madde 54'te tanımlanan baraj niteliğindeki merkezi sınavın yapılmasına karar verildiği durumda Madde 57 ve 58'de tanımlanan sınavlar birleştirilerek tek bir sınav hafine getirilmelidir: Mesleki uygulama ve beceri sınavı. Bu sınav jüri gerek görmesi halinde değil (madde böyle yazılmış) mutlaka yapılmalıdır.

### **Madde 61 ve 62**

Bu maddelerle ilgili YÖK'ten resmi görüş alınmalıdır.

### **Madde 64**

Bu madde ile ilgili hukuk danışmanlarından görüş alınmalıdır.

## **EK ÇİZELGE İLE İLGİLİ GÖRÜŞ**

Genel Cerrahi uzmanlık eğitimi 5 yıl olarak belirlenmiştir Bu süre uygundur.

Genel Cerrahiye yan dal olarak

- |                              |         |
|------------------------------|---------|
| 1. Gastroenterolojik Cerrahi | (3 yıl) |
| 2. Onkolojik Cerrahi         | (3 yıl) |
| 3. Vasküler Cerrahi          | (3 yıl) |

belirlenmiştir.

Bu yönetmelikte Madde 14'te sertifikasyon programlarına da atıfta bulunmaktadır. Yan dal ile sertifikasyon programları tanım, içerik ve gerekçe açısından anlaşılır kılınmamıştır. Hangi alanların yan dal, hangi alanların sertifikasyon programı olacağına dair bir kriter ya da gereksinim tanımlanmamıştır Yan dal ile sertifikasyon programları neden farklıdır?

Bunlar arasında uygulamada nasıl bir fark oluşacaktır? Yetkilendirme farklılığı ne olacaktır?

Bir uzmanlık alanının geleceğe yönelik hazırlığı ve dünya standartlarını yakalaması için bu konu yaşamsal önem taşımaktadır. Ülkenin sağlık alanındaki gereksinimleri ve



olanakları ile o alanın hizmet ve bilimsel üretim gelişmesi arasındaki ilişki kurularak yan dal gereksinimi belirlenmelidir.

Kuşkusuz bu her alan için ciddi bilimsel bir çalışma yapılmasını, bu çalışmanın sağlık alanındaki tüm taraflarla genel ilkeler ve olanaklar açısından gözden geçirilmesini gerekli kılar.

Öte yandan tıptaki gelişme ve ilerleme hızı, çeşitlenen sağlık hizmeti ihtiyacı düşünüldüğünde yan dal ile ilgili düzenlemelerin dinamik bir nitelik taşıması gereklidir. Yakın ve orta erimli vadelerde değişime müsait olmalıdır.

Türk Cerrahi Derneği 2003 ve 2005 yıllarında Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü'ne yan dallar ile ilgili iki kez yazılı görüş bildirilmiştir.

2003 yılında (03.11.2003 tarih ve Sayı 75) mevcut olan yan dalların (Gastroenterolojik Cerrahi, Onkolojik Cerrahi) Avrupa Birliği normları içinde değerlendirilmesi önerilmiştir. Ayrıca en az 2 yıl süreli olmak üzere Hepato-pankreatiko-biliyer Cerrahi, Kolorektal Cerrahi, Meme-Endoderin Cerrahisi, Periferik Vasküler Cerrahi, Yoğun Bakım Acil Cerrahi ve Travma, Transplantasyon Cerrahisi alanlarında toplam 7 adet sertifikasyon programı önerilmiştir.

Ardından 2005 yılında (26.06.2005 tarih ve 23 sayılı) verilen görüşte Sağlık Bakanlığının hazırladığı tüzük taslağında, Gastroenterolojik Cerrahi ve Onkolojik Cerrahinin yanı sıra yan dal olarak Vasküler Cerrahinin eklendiğinin tespit edildiği belirtildikten sonra "yan dallar yerine alt disiplinlerde yurt dışında pek çok ülkede olduğu gibi sertifika programlarının açılmasının uygun olacağı görüşü iletilmiştir.

2005-2008 yıllarında Türk Cerrahi Derneği'nde bu konuda başka bir çalışma gerçekleştirilmemiştir.

Öncelikle daha Önceki iki yazımızda atıfta bulunulan ("Avrupa Birliği normu" ve "yurtdışında pek çok ülkede olduğu gibi"); yurtdışı örnekler aslında bir standart oluşturmamaktadır.

Avrupa Birliğinde Üye her ülke kendi uzmanlık ve yan dal sistemini Avrupa Birliği sistemine dahil edebilmektedir. Bunun için bir ülkenin önermesi ve yalnızca diğer bir ülke örneğinin gösterilmesi yeterli olmaktadır. Dolayısıyla Avrupa Birliği'nde bir norm ya da model değil bir mozaik söz konusudur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise kendine özgü pek çok olumlu Özellikler ve olumsuzluklar içeren ve bunların ilgili literatürde geniş biçimde tartışıldığı oldukça karmaşık bir yapı söz konusudur. Bu ülkedeki sistem tıp biliminin gelişimi ile ilgili özgün noktalar içermektedir ve başka bir ülkede doğrudan modellenmesi olanaksız görünmektedir.

Türk Cerrahi Derneği olarak önümüzdeki dönemde yan dal konusunda Genel Cerrahi alanının geleceğini belirlemek üzere bir bilimsel çalışma yapmak ihtiyacını hissediyoruz.



Bu konuda gereksinimleri karşılayacak ve yeni çelişkiler yaratmayacak niteliklerde bir görüş bildirmemiz ancak, bu bilimsel çalışmadan sonra mümkün olacaktır.

Bu çalışma için öncelikle dünya örneklerine dair (olumlu ve olumsuz yönlerinin belirlendiği) bir rapor hazırlanması planlanmaktadır. Bu rapor ve ülkemizin özgün koşulları ve gereksinimleri diğer cerrahi dernekler, akademisyenler ve eğiticiler ile tartışılacak, çeşitli yöntemlerle genel üyelerin fikirleri alınacak ve nihayetinde kapsamlı bir rapor hazırlanacaktır. Bu çalışmayı 1 yıl içinde tamamlayacağımızı öngörüyoruz.

Dernek olarak önerimiz ek çizelgenin yönetmelik kapsamında çıkarılması, yukarıda tanımlanan çalışmanın bütün derneklerden istenmesi ve ek çizelgenin bu raporlar göz önüne alınarak taraflarla birlikte hazırlanması şeklindedir.

### EK FORM 1 İLE İLGİLİ GÖRÜŞ

Bu formda yer alan "tertipli ve düzenli olma" çok öznel bir ölçüt. Formdan çıkarılmalıdır.

#### Rotasyonlarla ilgili görüş

Kalp Damar Cerrahisi	1 ay
Göğüs Cerrahisi	1 ay
Patoloji	1 ay
Anestezi -Reanimasyon ve Yoğun Bakım	1 ay -3 ay (aşağıda açıklanacaktır)
Ortopedi	1 ay
Çocuk Cerrahisi	1 ay
Üroloji	1 ay
Kadın Doğum Hastalıkları	1 ay
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	2 ay
Cerrahi Endoskopi	2 ay
Toplam	10-12 ay şeklindedir.

Cerrahi yoğun bakım olmayan birimlerde uzmanlık eğitimi alanlar için 2 ay yoğun bakım rotasyonu önermekteyiz. Ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren bazı birimlerin kendilerine ait cerrahi yoğun bakımları mevcuttur. Bazı birimlerde ise bu hizmet Anestezi ve Reanimasyon Klinikleri tarafından verilmektedir. Bu nedente Cerrahi yoğun bakımı olmayan birimler için 2 ayı yoğun bakım rotasyonu olmak üzere 3 ay Anestezi ve Reanimasyon ve Yoğun Bakım rotasyonu-şeklinde düzenleme uygun olacaktır.

Yanık kliniği olmayan birimler için 1 ay yanık rotasyonu gereklidir.

Acil cerrahi ünitesi olmayan birimler için en az 6 ay (3+3), kıdemli ve kıdemli asistanlık dönemlerinde yapılmak üzere 2 kez acil cerrahi rotasyonu düzenlenmelidir.



## AKDENİZ CERRAHİ DERNEĞİ

Doç. Dr. Taner Çolak / Yönetim Kurulu Başkanı

Yan dallar konusundaki mektup ve dosyanız bize ulaştı. Bu konu 9/10/08 tarihinde denegimiz yönetim kulunda tartışıldı. Genel Cerrahi yan dal uzmanlıklarının tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hayata geçirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Gastroenterolojik cerrahi ve Onkolojik cerrahi yan dal uzmanlığı eğitiminin Türkiye için gereksiz olduğunu düşünmekteyiz.

Gastroenterolojik cerrahi alanı Genel Cerrahi uzmanlık eğitim alanının büyük bir kısmını kapsamakta olduğu için yan dal olarak adlandırmak ve eğitimi gereksizdir. Hepatobilier cerrahi, kolon ve rektum cerrahisi olması gereken ve dünyada bulunan yan dallardır. Bu iki yan dalın uygulanması ile gastroenterolojik cerrahi alanına sadece ösefagus ve mide cerrahisi kalacaktır ki bu uygun değildir.

Benzer olarak onkolojik cerrahide tüm maligniteleri kapsayan bir alan olduğu için yan dalın amacı olan bir alanda özelleşme amacını taşımamaktadır. Yine olması gereken iki yan dalın kurulması ile kolon ve karaciğer-safra yolları ve pankreas maligniteleri ile ilgili karmaşa olacaktır.

Transplantasyon cerrahisi yan dal olmalıdır. Hemen her ülkede ayrı yan dal uzmanlığı bulunmaktadır.

Meme cerrahisi ve endokrin cerrahisi de yan dal olması gereken alanlardır.

Sonuç olarak bizim önerimiz;

Hepatopankreatikobilier cerrahi,

Kolon ve rektum cerrahi,

Transplantasyon cerrahi,

Meme ve Endokrin cerrahi, yan dallarında uzmanlık eğitiminin yapılması için gereken düzenlemelerin yapılması. Ülkemiz için gereksiz olan Gastroenterolojik cerrahi ve Onkolojik cerrahi yan dallarının uygulamadan kaldırılması yönündedir.

Saygılarımla.



## ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Sadık Ersöz / Genel Cerrahi AD. Başkanı

Genel Cerrahide Yan Dal Uzmanlıkları ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı görüşü şu şekildedir;

1. Anabilim Dalımız yaklaşık 18 yıl önce fiilen spesifik çalışma prensibini kabul etmiştir. Bu bağlamda özellikle genç jenerasyonlar titizlikle bu prensip dahilinde öğretim üyesi olarak yetiştirilmektedirler.
2.
  - a. Vasküler ve Endovasküler Cerrahi,
  - b. Korektal Cerrahi,
  - c. Meme ve Endokrin Cerrahisi,
  - d. Hepato-Pankreato-Bilier sistem Cerrahisi,
  - e. Gastrointestinal Cerrahi
  - f. Transplantasyon Cerrahisi

halen mevcut Ünitelerimizdir.

3. Bunlara ilave olarak Cerrahi Yoğun Bakım ayrı bir uzmanlık alanı olarak düşünülebilir.
4. Cerrahi Onkoloji organ spesifik olarak tanımlanmadığı için bir yan dal olarak düşünülmemelidir. Bu amaçla yeni programların açılmasına izin vermek yanlış olur.
5. Özellikle Vasküler Cerrahi konusunda Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliği standartlarında olduğu üzere Genel Cerrahi ya da Kalp Cerrahisi üzerine 2-3 yıllık eğitim gereklidir.
6. 5 yıllık Genel Cerrahi eğitiminin 6 yıla çıkarılması bu bağlamda Avrupa Birliği entegrasyon sürecinde gereklidir.
7. Yan Dal eğitiminin ilgili Ünitelerde en az 2 yıl süreli olarak verilmesi ve bu eğitimi verecek kurumlarda Bilim Dalı olarak temsil edilmesi gereklidir.





## ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Sabri Selçuk Atamanalp / Genel Cerrahi AD. Başkanı

Anabilim Dalı kurulunda incelenmek üzere gönderdiğiniz "Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği" taslağı ve ayrıca Derneğinizin görüşlerini inceledik.

### **Madde 12:**

Eğitim Kurumları Değerlendirme Komisyonunun başkanın kendi seçmesi tercih edilecek yöntemdir. Böyle bir komisyonda seçimle iş başına gelecek üyelerin gerekli iş yükünü de kaldırmaları gerekir.

**Madde 14 ve 16** konusundaki düşüncelerinize katılıyoruz.

### **Madde 40:**

İlan edilecek kadrolarla ilgili olarak mevcut durumda belirsizlik vardır. İlan edilecek kadroları belirlemek konusunda en çok söz sahibi olması gereken, istekte bulunan birimlerdir. Bu birimlerin görüşleri alındıktan sonra son karar TUK tarafından verilebilir. Ancak sürecin hızlı işlenmesi şarttır.

### **Madde 41:**

Yabancı dil sınavının 2 yılda bir yapılması hak kayıplarına neden olabilir. Bu süre daha uzun tutulmalı, ancak 5 yılı geçmemelidir.

Yan dallarla ilgili olarak konunun Avrupa Birliği normalerine göre çözümlenmesi gerekliliğini vurgulamak isteriz. Her ne kadar standart olarak tanımlanmasının doğru olmadığı ifade edilmiş olsa da Ülkemizin Avrupa ile bütünleşme gayretleri devam ederken başka araştırmalar yapılması çok gerekli olmayabilir. Bu konuda bugünden yapılacak düzenleme, uzun vadede Avrupa Ülkeleriyle eşdeğer eğitim normlarıyla birleştirilirse hekimlerimizin uzun vadede mağdur olmalarının önüne geçilebilir.



## BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Hamdi Karakayalı / Türkiye Organ Nakli Derneği Genel Sekreteri

“Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği taslağı ve rotasyonlar” hakkındaki Türk Cerrahi Derneğinin, Türk Tabipler Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Başkanlığına göndermiş olduğu görüşe hem Türkiye Organ Nakli Derneği hem de Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı genel anlamı ile katılmaktadır.

Sorunlu görülen maddeler hakkındaki görüşleriniz derneğimizin görüşleri ile paraleldir.

Türkiye Organ Nakli Derneği olarak biz de yan dal eğitimi ve sertifikasyonlar konusunda belirsizlikler yaşandığı kanaatindeyiz.

Halen Genel Cerrahi içinde üçer yıllık yan dal olarak belirtilen Gastroenterolojik Cerrahi ile Onkolojik Cerrahinin birbiri ile çakışan pek çok ortak konusu olduğu aşıkardır.

Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Dalı varken Genel Cerrahi içindeki Vasküler Cerrahi yan dalının sınırlarını belirlemek ve hatta gereğini savunmak güçtür.

Ortak konuların paylaşımı sorunu Hepato-pankreatiko-biliyer Cerrahi ile Onkolojik Cerrahi ve Transplantasyon Cerrahisinde, Kolorektal Cerrahi ile Gastroenterolojik Cerrahi ve Onkolojik Cerrahide, Periferik Vasküler Cerrahi ile Vasküler Cerrahide de mevcuttur.

Yan dal, sertifikasyon veya alt disiplinler arası ortak noktaların yaratacağı sorunlar dışında “Meme-Endokrin” Cerrahisi kavramı da tartışmalıdır. Meme ve Genel Cerrahi ilgi alanına giren endokrin organların tedavisinin birlikte yürütülmesini gerektirecek bir ortak nokta bulunmadığını düşünüyoruz.

Kanaatimize göre ülkemiz şartlarında Genel Cerrahide yan dallara değil sistematığı belirlenmiş sertifikasyon programlarına ihtiyaç vardır. Çeşitli ülkelerde Genel Cerrahideki yan dallar, genel hastanelerde istihdam edilecek Genel Cerrah bulunamaması boyutuna varan sorunlar yaratmaktadır.

Beş yıl Genel Cerrahi eğitimi alan hekim tüm bu dallar hakkında standart bir düzeye erişmiş olmalıdır. Genel Cerrahi eğitiminin ülke çapında bu şekilde verildiği veya verileceği garanti altına alınmalıdır. Bunun ötesinde Türk Cerrahi Derneğinin belirleyeceği kurallar dahilinde bazı eğitim kurumları, bazı sertifikasyon eğitimlerini verebilmelidir. Sertifikasyonlar hekimlerin bir konuda standartın üzerinde eğitim aldıklarını göstermekten öteye geçmemelidir. Genel Cerrahiye ilgilendiren bir konuyu bazı genel cerrahlarla sınırlandırmak hem pratik olarak mümkün değildir hem de hasta açısından ciddi eşitsizliklere yol açabilecek bir ortam yaratır.

Kanaatimize göre Genel Cerrahi Ana Bilim dalında sertifikasyon verilebilecek konular şunlardır;



1. Özefagus Mide Cerrahisi
2. Kolorektal Cerrahi
3. Meme Cerrahisi
4. Endokrin Cerrahi
5. Hepato-pankreatiko-bilyer Cerrahi
6. Travma Cerrahisi
7. Periferik Vasküler Cerrahi
8. Karaciğer Transplantasyonu
9. Böbrek Transplantasyonu
10. Pankreas Transplantasyonu
11. İnce Barsak Transplantasyonu
12. Fıtık Cerrahisi
13. Yoğun Bakım
14. Yanık

Türkiye Organ Nakli Derneği adına ilgili sempozyum hazırlık toplantılarında görüş bildirmek üzere Prof Dr. Hamdi Karakayalı ile Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı adına da Prof Dr Gökhan Moray ile iletişime geçebilirsiniz. Bu meslektaşlarımızın iletişim bilgileri aşağıdadır.

Saygılarımızla.



## DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER YOĞUN BAKIM DERNEĞİ

Prof. Dr. Arzu Topeli İskit / DCY II. Başkanı

### TÜRKİYE'DE GENEL CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİ VE BU EĞİTİM İÇERİSİNDE YOĞUN BAKIM

Ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimi uzun yıllardan beri hem tıp fakültelerinde hem de sağlık bakanlığı eğitim hastanelerindeki genel cerrahi kliniklerince verilmektedir. Diğer uzmanlık dalları içerisinde daha eski bir geçmişi olmasına karşın genel cerrahi uzmanlık eğitiminin ülkemizde belli standartlara sahip olduğunu söylemek zordur.

Türk Cerrahi Derneği ve bünyesindeki Cerrahi Yeterlik Yürütme Kurulu ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren tüm kurumlara genel cerrahi eğitimi için uyguladıkları eğitim ertkinliklerinde rehber olmak üzere bir çekirdek program hazırlamış ve Ekim 2006'da yayınlamıştır (1). Bu program ülkemizde genel cerrahi eğitiminin içeriği ile ilgili yapılmış ayrıntılı ilk ve tek çalışmadır. Bu nedenle bazı eksik ve fazlalıklarına karşın rehber alınması gereken bir belgedir.

Çekirdek Eğitim Programı içerisinde genel cerrahi uzmanlık eğitiminin amaçları, hedefleri ve içeriği ayrıntısıyla verilmektedir; genel cerrahi ile ilgili olan temel konular, resüsitasyon ve kritik hasta bakımı, genel cerrahi konuları ve diğer bilim dallarına ait konular yer almaktadır. Dikkat edilirse, resüsitasyon ve kritik hasta bakımı adında ayrı bir bölüm vardır ve bu bölüm içerisinde cerrahi yoğun bakım ile ilgili konular 12 sayfa olarak, ayrıntılı bir şekilde verilmiştir (EK-1). Programın tümü incelendiğinde en detaylı tanımlamalar cerrahi yoğun bakım için verilmiştir. Dolayısıyla Türk Cerrahi Derneği, bir genel cerrahinin hangi bilgi ve beceri donanımına sahip olması gerektiğini belirlerken cerrahi yoğun bakım ile ilgili son derece detaylı tanımlamalar yapmıştır. Bu belgede, ülkemizde yetişen bir genel cerrahin geniş ölçüde cerrahi yoğun bakım bilgi ve becerisine sahip olması gerektiği belirtilmektedir.

### DÜNYA'DA GENEL CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİ VE BU EĞİTİM İÇERİSİNDE YOĞUN BAKIM

Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa Birliği ülkelerine baktığımızda Türk Cerrahi Derneği'nin çekirdek eğitim programı tanımlamalarına benzer durum dikkati çekmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki "Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)", 1981 yılında kurulmuş, özel ve bağımsız bir kuruluştur. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tıpta uzmanlık eğitimi veren kurumları değerlendirmekte, ak-



redite etmektedir (2). "ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Surgery" 'nin 1. Ocak, 2008 tarihinden itibaren geçerli olan program içeriğinde cerrahi yoğun bakım eğitimi detayları ile tanımlanmıştır (3) (EK-2). Altmış aylık eğitim programının en az 54 ayının cerrahi yoğun bakım deneyimi ve donanımı olan bir klinikte geçirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ağır ve karmaşık hastaların, ciddi travma hastalarının izlem ve tedavi sürecini öğrenebilmek için bu zorunlu bir gereklilik olarak görülmektedir.

Avrupa Birliği ülkelerinde de genel cerrahi eğitimi içerisinde cerrahi yoğun bakım eğitimi önemli bir ağırlığa sahiptir. "European Union of Medical Specialists (UEMS)", Türkiye dahil 35 ülkenin üye olduğu, uzmanlık derneklerinin bir üst kurulu şeklinde çalışan bir kurumdur (4). Bu kurumun genel cerrahi uzmanlık eğitimi ile ilgili tanımlamalarında cerrahi yoğun bakım büyük ve önemli bir yer tutmaktadır. (5).

Ülkemizdeki durum ve Dünyadaki örnekleri gözönüne alındığında "cerrahi yoğun bakım" bir genel cerrahin doğrudan farkında olması, bilmesi ve gerektirdiği becerilere sahip olması gereken bir bilim dalıdır. Bu nedenle de genel cerrahi uzmanlık eğitimi içerisinde şimdiki kadar olduğu gibi bundan sonra da önemini koruyacaktır.

Yazının bundan sonraki kısmında Türkiye'de yoğun bakım biliminin kurumsal yapısı ve genel cerrahi uzmanlık eğitimi sonrası bir yan dal olarak "cerrahi yoğun bakım" kavramı irdelenecektir.

## **ÜLKEMİZDE MULTİDİSİPLİNER YOĞUN BAKIM BİLİM DALI'NIN BUGÜNKÜ DURUMU**

Yoğun bakımlar, hasta güvenliğinin çok önem kazandığı ve hastanelerde hasta bakım kalitesini en çok yansıtan alan olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde ve dünyada her geçen gün yoğun bakımda izlem ve tedavi gerektiren hasta sayısı artmaktadır. Buna karşın ülkemizde yoğun bakım eğitimi almış hekim sayısı son derece azdır ve bu konudaki yetersizlik her geçen gün daha da belirgin olarak yaşanmaktadır.

Türkiye'de resmi ve standart bir yoğun bakım eğitimi oluşturulamamasına rağmen, İç Hastalıkları, Anesteziyoloji, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları ve Pediatri Ana Dal eğitim müfredatı içerisinde ve bu eğitim sonrası ileri uzmanlık düzeyinde yoğun bakım eğitimi verilmektedir. Ancak bu eğitimi veren ve alan kişi sayılarında ve eğitim içeriğinin standardizasyonu konusunda eksiklikler olduğu da bir gerçektir.

Amerika Birleşik Devletleri istatistikleri ve tahmini çalışmaları göz önüne alınarak Türkiye'de 70 milyon nüfus için en az 500 Yoğun Bakım uzmanına gereksinim vardır. Bu ihtiyaç, artan nüfus, yaşlı ve kronik hastalıkları olan popülasyonda artış ile daha da artacaktır. Halen ülkemizde gerçek anlamda yoğun bakım eğitimi almış hekim sayısı yetersizdir.



Sağlık Bakanlığımızda yoğun bakım hizmetleri ve bilimi ile ilgili komisyonlarda (eğitimin düzenlenmesi, eğitim içeriğinin ve rotasyonların belirlenmesi, yoğun bakım ünitelerinin oluşturulması, sınıflandırılması gibi) ilgili ana dalların eşit temsiliyeti (Anesteziyoloji, iç hastalıkları, genel cerrahi, çocuk hastalıkları, göğüs hastalıkları) konularının daha iyi anlaşılması, doğru ve uygulanabilir sonuçlara varılması için son derece önemlidir. 2002 tüzüğünde yoğun bakım yan dalı iç hastalıkları, göğüs hastalıkları ve pediatri ana dallarında oluşturulmuştur. Bu ana dallarda anesteziyoloji ve genel cerrahi bulunmamaktadır. Yeni düzenelerde anesteziyoloji anabilim dalının yer almasına rağmen genel cerrahi anabilim dalının olmaması yine dikkatimizi çekmiştir.

### **DÜNYA'DA MULTİDİSİPLİNER YOĞUN BAKIM BİLİM DALI'NIN BUGÜNKÜ DURUMU**

Amerika Birleşik Devletlerimde iç hastalıkları, genel cerrahi, anesteziyoloji ve pediatri uzmanlık eğitimlerinden sonra yoğun bakım yan dal eğitimi alınabilmektedir. Yine bu ülkede iç hastalıklarından sonra en fazla yoğun bakım yan dal eğitimi veren ana branş genel cerrahidir. Yukarıda kimliğinden bahsedilen "Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)" kurumunun cerrahi yoğun bakım yan dal eğitimi ile ilgili tanımlamaları ekte bilginize sunulmuştur (EK-W W). (6).

Avrupa ülkelerinde durum biraz daha farklı olup her ülkenin kendine özgü yoğun bakım eğitimi yapılanması söz konusudur. İspanya'da yoğun bakım tıp fakültesi eğitiminden sonra başlanabilen bir anabilim dalı konumundadır. Ancak genel olarak iç hastalıkları, genel cerrahi, anesteziyoloji, pediatri gibi ana dallar ve hatta bazı ülkelerde ortopedi, beyin cerrahisi gibi bazı cerrahi branşlardan sonra yoğun bakım eğitimi alınabilmektedir. Dolayısıyla genel cerrahi uzmanlık eğitimi sonrası yoğun bakım eğitimi bu ülkelerde de alınabilmektedir.

### **GENEL CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİ SONRASI YOĞUN BAKIM YAN DAL EĞİTİMİ**

Ülkemizde halen genel cerrahi uzmanlık eğitimi sonrası yan dal eğitimi sadece "gastroenterolojik cerrahi" alanında verilmektedir. En son hazırlanan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği taslağında ise "gastroenterolojik cerrahi, onkolojik cerrahi, vasküler cerrahi" yan dal eğitimleri ön görülmektedir. Ülkemizdeki oluşumlar ve dünya örnekleri gözönüne alındığında, halihazır durum ve taslak yönetmelik mutlaka gözden geçirilmeli ve düzeltilmelidir.

Yan dal eğitim programlarını belirlerken ülke koşullarını, gelecekteki gereksinimleri ve dünya örneklerini dikkate almak yararlı olacaktır. Gelecekte oluşturulması planlanan yan dal eğitim başlıkları mutlaka ülke gereksinimlerini tamamlayıcı bir yapıda olmalıdır.



Yoğun bakım bilimi nisbeten genç, ancak ülkemizde ve dünyada giderek önem kazanan bir bilim dalıdır. Yaşlı nüfusun giderek artıyor olması, genel cerrahların giderek daha fazla karmaşık ve komplike ameliyatlar yapması, eskiden yaşaması mümkün görünmeyen kanser ve benzeri hastalıklara sahip insanların yaşatılabilmesi yoğun bakım konusunu daha da önemli ve vaz geçilmez kılmaktadır. Genel cerrahi alanını ameliyat öncesi hazırlık ve hasta bakımı, ameliyat ve ameliyat sonrası izlem ve tedavi olarak bir bütün halinde değerlendirdiğimizde yoğun bakım, genel cerrahinin tam içerisinde yer almaktadır. Her ne kadar yukarıda da değinildiği gibi genel cerrahi uzmanlık eğitimi içerisinde yoğun bakım konuları var ise de 5 yıllık bir uzmanlık eğitimi içerisinde konuya tümüyle hakim olunması, gerektiğinde bu eğitimi verecek düzeye gelinmesi mümkün değildir. Bu nedenle yoğun bakım yan dal eğitimi genel cerrahi eğitimi üzerinde yer almalıdır.

Aşağıda genel cerrahi uzmanlık eğitimi sonrası yoğun bakım yan eğitimi alınması gerekliliği ile ilgili görüşlerimiz, daha iyi anlaşılabilmek adına maddeler halinde sıralanmıştır.

- \* Hekimlikteki tüm branşlarda olduğu gibi genel cerrahide de hasta izlem ve tedavi süreci bir bütün olarak düşünülmelidir. Karmaşık bir genel cerrahi hastasının izlem ve tedavi sürecinde ameliyat kuşkusuz önemli bir yer tutmaktadır. Ancak bu ameliyatın ve toplam izlem ve tedavi sürecinin başarısını belirleyen en önemli faktör hastaya verilen izlem ve tedavi sürecinin niteliğidir. Kritik durumda yapılan doğru müdahaleler, komplikasyonların erken tanısı ve önlenmesi, ortaya çıkan komplikasyonların etkin tedavisi gibi süreçlerde yoğun bakım ünitesi ve yoğun bakım bilgisine sahip hekimler çok önemlidir. Genel cerrahi eğitimi ve hasta izlem ve tedavi süreci yoğun bakım-sız düşünülemez. **Karmaşık ve komplike bir cerrahi hastasının hastanedeki ameliyat dahil izlem ve tedavisi bir bütündür. Bunun içerisinde yoğun bakım süreci mutlaka vardır ve bu süreçten hemen tümü ile genel cerrahlar sorumlu olmalıdır.**
- \* Dünyada yoğun bakım gereksinim duyan hasta sayısı giderek artmaktadır. Bunda en önemli etkenler yaşlı nüfusun giderek fazlaşması ve karmaşık hasta gruplarının tedavisinde elde edilebilen başarılarıdır. Ülkemiz içinde benzer durum söz konusudur. Ülkemizde sınırlı sayıda var olan yoğun bakım yatak sayısının yeterli olduğundan bahsetmek mümkün değildir. Son yıllarda yatak sayısının artırılması konusunda önemli çabalar vardır. Ancak ideal koşullara ulaşmamız için daha çok fazla yol katetmemiz gerektiği açıktır.



Yoğun bakım yatağı kadar önemli diğer bir konu yetişmiş nitelikli insan gücüdür. Ülkemizde yoğun bakım eğitimi almış hekim sayısı son derece sınırlıdır. Birçok yoğun bakım başta anestezi uzmanları, iç hastalıkları uzmanları, göğüs hastalıkları uzmanları ve biz genel cerrahlar tarafından yönetilmektedir. Ülkemizde acilen yetişmiş yoğun bakımcılara gereksinim vardır. Bu açığı sadece bir grup uzman tarafından gidermek doğru değildir. Zaten kısa dönemde mümkün de değildir. Halî hazırda ülkemizdeki yoğun bakımların yaklaşık % 70'inde anesteziyologlar sorumludur. Anesteziyoloji uzmanlarından sonra en fazla yoğun bakım sorumluluğuna sahip uzmanlık alanı genel cerrahidir. Ülkemizde zaten var olan fazla genel cerrahi iş gücünün bir kısmının yoğun bakım eğitimi alması ve cerrahi yoğun bakımlarda eğitim, hasta izlem ve tedavi hizmeti vermesi uygun bir yaklaşım olacaktır. Kaldı ki birazdan aşağıda detayları ile verileceği gibi bunun örneklerini dünyada görmek mümkündür. İç hastalıkları uzmanları ve göğüs hastalıkları uzmanları da kendi uzmanlıklarına ait hasta gruplarına ait kritik hastalara bakmaları gerekir. **Ülkemizin halen bulunduğu konumda yoğun bakım eğitimi belli bir bilim dalına sınırlamak doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Anesteziyoloji, Genel Cerrahi, İç hastalıkları ve solunumsal kritik hastalar için Göğüs Hastalıkları uzmanlık eğitimi sonrası yoğun bakım yan dal eğitiminin verilebilmesi ülkemiz için en doğru yaklaşımdır.**

- \* Dikkat çekilmesi gereken bir konu da ülkemiz için halen geçerli olmayan ancak özellikle Amerika Birleşik Devletleri için önemli bir sorun gibi görünen aşırı uzmanlaşma veya uzmanlık dallarının aşırı bölünmesi diyebileceğimiz durumdur. Ülkemiz için bir sorun olmasa da gelecekte bunun bir sorun haline gelmemesi için şimdiki adımların doğru atılması önemlidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde genel cerrahi uzmanlık eğitimi sonrası birçok yan dal eğitimi verilebilmektedir. Ancak bu yan dalların zaman içerisinde çok bakın hale gelerek neredeyse anadal konumunu alması, yani aşırı özelleşme, genel cerrahinin temel nosyonlarını kaybetme tehdidini doğurmuş veya doğurabilecektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde örneğin artık bir meme cerrahinin apandektomi yapmamasından veya yapamamasından bahsedilmektedir (7). Böyle bir noktada cerrahi yoğun bakım nosyonunu kaybetmek son derece kritik ve istenmeyen bir durum olacaktır. Bu nedenle **cerrahi yoğun bakım yan dalının var olması, temel yoğun bakım eğitimi almış genel cerrahlerin yetişmesini sağlayacağı için yapılandırılması gereken bir eğitim programı konumundadır.**





- \* Üzerinde durulması gereken diğer bir konu ekonomik kazanımlarımızla ilgilidir. Mesleğimizde her ne kadar maddi kazanç ön planda olmasa da yaşam koşulları belli bir maddi rahatlığı önemli kılmaktadır. Dikkat edilirse cerrahi branşlar içerisinde tercih genellikle maddi kazanımı iyi olanlar yönünde kullanılmaktadır. Bu noktadan bakılırsa Florida Üniversitesi Cerrahi kliniğinden Doktor Schinco ve arkadaşlarının yaptığı araştırma dikkat çekicidir (8). Bu araştırmada cerrahi yoğun bakım yan dal eğitimi alan genel cerrahların hastanelerde daha fazla maddi kazanç sağladıkları ortaya konmuştur. Kritik durumda olan hastalara verilen izlem ve tedavi hizmetinin bedeli artan kazanç olarak geri dönmektedir.

Özellikle ülkemiz için de geçerli olan sağlık geri ödemelerinde giderek daha fazla hissedilen azalmayı cerrahi yoğun bakımı da sahiplenerek durdurmak hatta ek maddi kazanç sağlamak mümkün olacaktır. Sosyal Güvenlik Kurumunun yeni yaptığı çalışmalarda, yoğun bakım, yanık ünitesi gibi daha fazla iş gücü ve yoğun izlem gerektiren dallarda çalışanlara ek maddi destek verilmesi ön görülmektedir. Tüm bunlara ek olarak artan bir maddi kazanç genel cerrahlar içerisinde yoğun bakımı giderek daha fazla cazip hale getirecektir.

- \* Amerika Birleşik Devletlerimde ve Avrupa Birliği ülkelerinde son yıllarda yeni yaygınlaşan bir uzmanlık dalı "Acute Care Surgery"dir. Türkçeye "Acil Bakım Cerrahisi" olarak çevirebileceğimiz bu uzmanlık dalı temel olarak travma, acil cerrahi ve yoğun bakım dallarının birleşmesinden oluşan bir eğitim programıdır. Bu dalın oluşmasındaki temel gerekçelerden biri de cerrahların yoğun bakım eğitimine sahip olmaları gerekliliğidir. Zaten halihazırda Amerika Birleşik Devletlerimde iç hastalıklarından sonra en fazla yan dal eğitimi alan uzmanlar genel cerrahlardır.

Ancak Amerika Birleşik Devletlerimde acil bakım cerrahisi uzmanlık dalının varlığı ile ilgili ulusal düzeyde bir uzlaşma olduğunu söylemek mümkün değildir. Bunun temel nedeninin bu ülkede zaten yıllardan beri var olan "travma ve yoğun bakım" yan dal eğitiminin yeni bir branşlaşmayı gereksiz kılmak olduğunu düşünüyoruz. Ülkemizde henüz oturmuş bir yan dal eğitimi sistemi olmadığı için travma ve/veya acil cerrahi ile yoğun bakımın aslında birbirinden çok aykırı konular olmadığını düşünüyoruz.

## SONUÇ

Derneğimizin genel cerrahi uzmanlık eğitimi ve sonrası yoğun bakım yan dal eğitimi ile ilgili görüşleri aşağıda özetlenmiştir.



- \* Türk Cerrahi Derneği tarafından hazırlanan Çekirdek Eğitim Programı içerisinde yer alan "cerrahi yoğun bakım" ile ilgili tanımlamalar (amaç, hedef, teorik ve pratik donanım başlıkları) yeterlidir. Ancak bu tanımlamaların genel cerrahi eğitimi sırasında tümüyle gerçekleştirilip gerçekleştirilemediği sorulanmalıdır.
- \* Dünya örneklerine bakıldığında birçok ülkede yoğun bakım yan dal eğitiminin genel cerrahi uzmanlık eğitimi sonrasında verilebildiği görülmektedir.
- \* Ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimi sonrası yoğun bakım yan dal eğitimi verilmesi mutlak bir gerekliliktir.

#### KAYNAKLAR

1. Türk Cerrahi Derneği. Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi. Çekirdek Eğitim Programı. 2006.
2. [http://www.acgme.org/acWebsite/newsRoom/newsRm\\_acGlance.asp](http://www.acgme.org/acWebsite/newsRoom/newsRm_acGlance.asp)
3. [http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRCprogReq/440\\_general\\_surgery\\_01012\\_008\\_u08102008.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRCprogReq/440_general_surgery_01012_008_u08102008.pdf), ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Surgery, Effective: January 1, 2008.
4. <http://www.uems.net/>
5. [http://www.uemssurg.org/index.isp?documentid=75C CC54D8BE477DCC12573A20\\_03EA094&parent=AD7B E25CE8A3DE08C125734F005A2AC5&submenu=38D2 A4\\_8D5539828EC12573A2005C042D&subsubmenu=3 D87DD29AD804654C12573A20\\_05C2A3C](http://www.uemssurg.org/index.isp?documentid=75C CC54D8BE477DCC12573A20_03EA094&parent=AD7B E25CE8A3DE08C125734F005A2AC5&submenu=38D2 A4_8D5539828EC12573A2005C042D&subsubmenu=3 D87DD29AD804654C12573A20_05C2A3C)
6. [http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRCprogReq/442\\_critical\\_care\\_surger\\_y\\_01012009.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRCprogReq/442_critical_care_surger_y_01012009.pdf), ACGME Program Requirements for Fellowship Education in Surgical Critical Care (Surgery).
7. Bel Jr RH. Graduate Education in General Surgery and Its Related Specialties and Subspecialties in the United States. World J Surg 32:2178-2184.
8. Schinco MA, Tepas JJ, Johnson K, Griffen MM, Veldenz HC. Two careers in one: an analysis of the earning power of certification in surgical critical care J Trauma 2002;52:1087-1090.



## DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Celalettin Keleş / Genel Cerrahi AD. Başkanı

Tarafımıza gönderilen Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği taslağı ve taslak hakkındaki Dernek görüşleri Anabilim Dalımız akademik kurulunda 6 öğretim üyesinin katılımı ile tartışılmıştır.

Sonuç olarak derneğin görüşlerine tamamen katılıyoruz.

Sevgi ve saygılarımızla.



## ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Enver İhtiyar / Genel Cerrahi AD. Başkanı

### **Madde 9**

Tıpta Uzmanlık Kumlu (TUK)'un görevleri hakkında endişeleri önemli bulmuyoruz. Çünkü madde 9 a ve 9 b'den bu endişelere yer olmadığı anlaşılmaktadır.

### **Madde 10**

Eğitim kurumlarını değerlendirme komisyonu . Bu komisyonun seçiminde eşitlik ilkesi yoktur. Burada Tıp fakülteleri 3.plana itilmiştir.Türkiyede eğitim veren Tıp Fakültesi sayısı ile eğitim hastanelerinin sayısı aynı değildir. Bu oranın göz önüne alınması gerektiği düşüncesindeyiz. Bu şartlara göre seçilecek komisyonun hür iradesi ile karar vermesi zordur.

### **Madde 12**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

### **Madde 13**

Uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonları. Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz, ancak madde 10. için yaptığımız eleştirileri bu madde içinde tekrarlıyoruz.

### **Madde 14**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

### **Madde 16**

Eğitim yetkisinin kaldırılması. Eğitim kurumlarının değerlendirilmesinde öncelik hangi kurula ait olduğu belirtilmemiştir. Bu durum uygulamada karmaşaya yol açabilir.

### **Madde 18**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

### **Madde 22**

Koordinatör şefin başhekim tarafından değil, eğitim sorumluları tarafından seçimle belirlenmesinin daha uygun olacağı kanaatindeyiz.

### **Madde 23**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

### **Madde 40**

Ülkemizde uzman hekim gereksiniminin belirlenmesinin TUK'a verilmesi olumlu bir adımdır. TUK ciddi bir çalışma ile her dalda ne kadar uzman hekime ihtiyaç olduğunu belirlemesi ve buna göre TUS/DUS/YUS kadrolarının ilan edilmesi geçmiş dönemde yaşadığımız plansız uzmanlaşmanın önüne geçeceği düşüncesindeyiz.

### **Madde 41**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.



**Madde 42**

YUS için sadece merkezi sınav sisteminin yeterli olduğu görüşünderiz. Lokal kurum ve birimlerin yapacağı ikinci bir sınavın bazı söylentileride beraberinde getireceği düşüncesindeyiz.

**Madde 45**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

**Madde 47**

Görevlendirme yoluyla uzmanlık eğitimi yaptırılması. Bu maddede bakanlıkça gerek görülen lüzum üzerine 38.inci maddedeki sınavlarda başarılı olmak şartıyla uzmanlık eğitimi yapmak üzere uzmanlık öğrencisi alınabilir. 38.madde uzmanlık öğrencisini tanımlayan bir maddedir. Sınavla ilgisi yoktur. Uzmanlık eğitimine başlayacak kişi TUS/DUS/YUS'u kazanması gerekir. Bakanlıkça görevlendirme yoluyla uzmanlık eğitimi yaptırılması bir takım söylentileride beraberinde getirecektir.

**Madde 50**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

**Madde 51**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

**Madde 52**

Kargaşaya yer vermemek açısından bir asistanın eğitim sorumlusu ve tez danışmanı aynı kişi olmalıdır düşüncesindeyiz. Bu madde hakkındaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

**Madde 54**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

**Madde 55**

Sınav jürisinin yürürlükte olan yönetmeliğe göre yapılmasının uygun olacağı görüşünderiz.

**Madde 57-58**

Buradaki eleştirilere tümü ile katılıyoruz.

**Madde 61-62**

Bu maddelerle ilgili YÖK'ten resmi görüş alınmalıdır.



## GASTROENTEROLOJİ CERRAHİ DERNEĞİ

Doç. Dr. Birol Bostancı / GCD Başkanı

Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'ni hazırlamak amacıyla sürdürdüğü çalışmalar sonunda ortaya çıkan "Tıpta Uzmanlık Yönetmelik Taslağı"nın tartışılmaya açılması ile birlikte başlayan ve "Cerrahide Yan dal İhtisası" konusunda yürütmekte olduğunuz çalışmanız nedeniyle tarafımızdan istemiş olduğunuz görüşümüzü aşağıda sunuyoruz.

Sözlerimize, öncelikle, bu platformun hazırlanarak "Karşılıklı görüş alış-verişi"ne olanak sağlanmasının faydalı olduğunu ileterek başlamak istiyoruz, ve

"Cerrahide Yan dal İhtisası", beraberinde de Ülkemizde 35 yılı aşan bir süredir aktif olarak hizmet vermeye devam eden ve yasal olarak kabul edilmiş tek cerrahi yan dal ihtisası olan "Gastroenteroloji Cerrahisi Yan dal İhtisası" konularındaki görüşlerimizi, olabildiğince kısa ve öz olarak, ve: 1- Cerrahide Yan Dal İhtisası neden gereklidir?, 2- Cerrahide Yan Dal İhtisas alanları neler olmalı: "Ülkemizde Cerrahi Yan Dal İhtisası"nın durumu ve İhtisas-Uzmanlık Belgesi mi – Sertifika mı?, 3- Gastroenteroloji Cerrahisi İhtisası neden gereklidir? (Gastroenteroloji Cerrahisi İhtisasının misyon ve vizyonu) sorularının cevapları ile vermeye çalışacağız:

### CERRAHİDE YAN DAL İHTİSASI NEDEN GEREKLİDİR?

Tıp mesleğinin bağımsız olarak bilim alanında yerini aldığı ilk yıllarda "Doktor olmak" yeterli iken zaman geçtikçe, ve çeşitli parametrelerin gereği olarak, "ihtisas yapmak" (specialisation) gündeme geldi. (İngiltere'de tıp fakültesini bitirmek hasta bakmak ve reçete yazmak için yeterli olmadığı örneği) göz önüne alındığında ihtisas yapmak konusu, gündeme gelmenin de ötesinde, bir zorunluluk oldu. Bu kadar olmasa da, çeşitli nedenlerle, Ülkemizde de ihtisas yapmak ihtiyacı benzer şekilde gündemdeki yerini aldı.

Yine zaman geçtikçe, ihtisas yapmak da yetersiz kaldı, "yan dal ihtisası, ileri ihtisas, üst ihtisas, yüksek ihtisas"... olarak adlandırılan ihtisaslar yapılması" ortaya çıktı (further specialisation within the specialty) ve değişik ülkelerde farklı şekillerde yerini aldı.

İhtisas yapmak sürecinin ve daha sonraki gelişmelerin sonucu olarak, Cerrahi de bu süreçten etkilendi. Cerrahi, hastanın sadece ameliyat olan organını değil tüm sistemlerini ilgilendiren bir bakım gerektiren, kompleks bir ihtisas olduğu için cerrahide yan dal gereksinimi ayrı bir önem kazandı, cerrahide yan dal ihtisası da kaçınılmaz ve önünde durulamaz bir sonuç oldu.

Türk Cerrahi Derneği'nin web sayfasında yer alan konu ile ilgili editöryal yazılarda ve dernek görüşlerinin çoğunda yer almış olan (cerrahide yan dal uygulamasının morbidite



ve mortaliteyi azalttığı...vb) bölümleri bu gerçeği vurgulamaktadır. Yani, genel cerrahi ihtisasında yeterli eğitim verilemiyor ve yan dal eğitimi ise bu açığı kapatabiliyor

Yaklaşık 15 yıl kadar önce Prof Dr İskender Sayek ve ark, Türk Cerrahi Dergisi'nde yayınlanmış olan, konu ile ilgili çalışmalarında da "Ülkemiz için henüz erken olsa bile Cerrahide yan dal ihtisası gereklidir." sonucu ile yan dal ihtisası gerektiğini vurgulamışlardır.

Yine Ülkemizde, konu ile ilgili görüşlerini Türk Cerrahi Derneği'nin web sayfasında izlediğimiz, ve varsa görüş bildirmeyenlerle birlikte, çok sayıda derneğin olması da "Cerrahide yan dal ihtisası" konusunun gerekliliğinin dolaylı olarak göstergesidir.

Yan dal ihtisası sadece cerrahiye özgün bir uygulama değildir. Günümüzde İç hastalıklarının da, çocuk hastalıklarının da 10 dan fazla yan dal ihtisasları mevcuttur, ama bu editöryal yazılarda söz konusu edilmiş olan endişelerin hiç birisi yaşanmamıştır. Ne hastalar ne de doktorlar açısından problem olmamıştır. (Hepsinin de hastaları var, kimse işsiz de kalmadı, eğitim konularında da hiç bir problem yaşanmadı...). Gastroenteroloji cerrahisi yan dalı ihtisası da Ülkemizde 35 yılı aşan bir süredir aktif olarak hizmet vermektedir ve hiç bir olumsuzluğa yol açmamıştır. Bu nedenlerle Cerrahide yan dal ihtisası hakkında endişe taşımıyoruz.

Yine web sayfasına dönersek:

"... hastaların hastalıklarının uzmanlarını aramaları gibi nedenler de etkili olmaktadır. Ayrıca belli bir alanda uzmanlaşmanın faydaları vardır. Dar bir alanda uzmanlaşma,

1. Etkinliği artırır.
2. Tedavi kalitesini artırır.
3. Cerrahide daha kişisel bir yaklaşımı özendirir.
4. Komplikasyon oranlarını düşürür.
5. Tedavide ve kullanılan teknolojiye ilerlemeyi ve inovatif olmayı zorlar.

Bu bakımdan belli bir alanda uzmanlaşmak isteği mükemmeliyete doğru ilk adımın atılması olarak kabul edilmelidir. Yan dal ihtisasları, daha dar alanda uzmanlaşarak, çağdaş bilgiyi iyi bir cerrahi volüm nedeniyle artan deneyimle birleştirerek hastalara daha mükemmel bir bakım sunma imkanı sunar." ifadeleri Cerrahide Yan dal ihtisasları konusundaki bütün eleştirileri haksız kılar. Söz konusu insan sağlığı ve asistan eğitimi olunca bütün eleştiriler önemsiz kalır.

Ankara Cerrahi Derneği'nin 18 Ocak 1997 de Ankara'da gerçekleştirdiği "Cerrahide Asistan Eğitimi" konulu panelin daha sonra Dernek tarafından çoğaltılarak dağıtılan tutanaklarından almış olduğumuz ifadelere de bakıldığında:



[Bugün A.B.D.'de "Ne iş yapıyorsunuz?" sorusuna "Genel Cerrahim" diye cevap verdiğinizde, "İyi, ama ne ile uğraşıyorsunuz?" denmektedir.]

[Günümüzde A.B.D.'de "Siz yalnızca Genel Cerrah mısınız, yoksa bir üst ihtisasınız var mı? sorusu ve bu konuda bir kitle baskısı vardır. Bunun sıkıntıları bizde de hissedilmeye başlanmıştır.]

[1940'lı yıllardan önce, pekçok ameliyat bu konuda eğitimli pratisyen hekimler tarafından gerçekleştirilirken, daha sonra bu hekimler ve genel cerrahlar arasında bir çekişme başlamıştır.]

Genel Cerrahların kraniyotomi, amputasyon da dahil olmak üzere herşeyi yaptıkları günler çok gerilerde kalmıştır.

Günümüzde bu çekişme özellikle A.B.D.'de Genel Cerrahi Uzmanları ve üst ihtisaslı süper uzmanlar arasında olmaktadır.

1940'lı yıllardan bu yana, Genel Cerrahinin alanına giren bölümler zamanla ayrılmış: Toplumsal değişiklikler ve cerrahide teknoloji birikimi genel cerrahide alt uzmanlaşma ve fragmantasyona eğilimi arttırmıştır. Avrupa ülkelerinde İspanya, Yunanistan ve Portekiz dışındaki tüm ülkelerde yan dal ihtisası verilmektedir.]

"Cerrahide yan dal ihtisası"nın bizim ortaya atmış olduğumuz bir fikir olmadığı, sadece ülkemize has bir durum olmayıp, Japonya'dan başlayarak dünyanın çoğu ülkelerinde var olan ve bizim de kabul ettiğimiz bir uygulama olduğu ve Cerrahide yan dal ihtisasının kaçınılmaz ve önünde durulamaz bir gerçek olduğu tekrar görülmektedir.

Dünyanın her yerinde yan dal var. Ülkemizde cerrahide tek konuda, ancak diğer dallarda pek çok konuda yan dal ihtisası var. Yan dal da eğitim ve hizmet sonuçları daha iyi. Hastalar da ısrarla yan dal hizmeti istiyorlar.

Gelinen bu noktada "Cerrahide yan dal ihtisası gereklidir / gerekli değildir" tartışması yapmak zaman harcamaktır. "Gerek yoktur" denilince mevcut sistem suçlu işlemi görerek iptal mi edilecek? Hangi gerekçe, hangi suç, hangi olumsuzluk?

AB sistemini eleştirmek ile ABD sistemini eleştirmeyi bir tutamayız. Gelecekte AB içinde doktorların serbest dolaşımı konusunun gündemimizde olacağını dikkate almalıyız. Bir yanda AB ye üyelik süreci devam ediyor, ama diğer yandan AB uzmanlar birliğinin üyesiyiz. Uzmanlık sistemlerini hiç görmezden gelemeyiz. Tamamen AB sistemini kopya etmek zorunluluğu elbette yok, ama AB sisteminde hem de ana dal statüde olan Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalını da tartışmaya açmamalı ve tartışmamızı "Ülkemizde Cerrahide, Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalı dışında yan dal gereklimi dir?" şeklinde yapmamız gerekir. Mayıs 2008 Antalya Ulusal Cerrahi Kongresi'ne davetli Başkan Michael J POLONIUS'un konuşmasında "Genel Cerrahi bir yan daldır." sözü her şeye yeni bir bakış açısı getirmemizi gerektiriyor.

Bu durumda Bize düşen görev bu tartışmalarla zaman harcamak değil, bu durumun hem hastalar hem de cerrahi uzmanı genç arkadaşlar açısından universal uygulanabilir bir şekilde organizasyonu ve yönetimidir





## CERRAHİDE YAN DAL İHTİSAS ALANLARI NELER OLMALI?

Yıllar boyu üzerinde tartışılmasına karşılık bir türlü çözülememiş olan “Cerrahide asistan eğitimi problemi”nin önde gelen sebebi olarak Cerrahide Yan Dal İhtisası konusunun tanımlanma ve uygulanma bağlamlarında aşılammış olmasını görüyoruz.

Ülke genelinde uygulanabilir ve universal kabul edilebilir bir yan dal organizasyonu “fragmentation” ile bu problemin çözülebileceğini kabul ediyoruz.

Bu nedenle, “Günümüzde Genel Cerrahi: 1- Gastroenteroloji Cerrahisi, 2- Meme - Tiroid, Deri ve Yumuşak Dokular Cerrahisi ve, 3- Periferik Damar Cerrahisi olarak üç temel dala ayrılmalıdır.” görüşünderiz.

Daha alt grupların yan dal ihtisası olarak ayrılmasını ise ortaya çıkaracağı sonuçlar açısından doğru bulmuyoruz.

## ÜLKEMİZDE “CERRAHİ YAN DAL İHTİSASI”NIN DURUMU

Gastroenteroloji Cerrahisi yan dal ihtisasının 1973 tarihli Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer alması ile Ülkemizde, ve kanaatimizce Dünya’da, zamanına göre akılcı ve ileri bir adım atılmıştır. Bu ihtisas dalı daha sonraki bütün çalışmalarda yerini koruyarak 35 yıldan bu yana günümüzde yasal olarak kabul edilmiş tek cerrahi yan dal ihtisası halinde devam etmektedir.

Daha sonra Onkolojik Cerrahi yan dalı uygulamaya koyulmuş ise de 2002 Tıpta Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almamıştır.

Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun sürdürmekte olduğu, (2008 ve 2009), çalışmalar sonunda hazırlanan “Tıpta Uzmanlık Yönetmelik Taslağı”na da Periferik Damar Cerrahisi yan dalı eklenmiştir. Bu süreç devam etmekte olduğu için kesin sonuç henüz ortaya çıkmamıştır.

Bu ayrılmaların farklı kriterler kullanılarak yapılmış olduğunu görüyoruz: Gastroenteroloji Cerrahisi ve Periferik Damar Cerrahisi yan dalları “Tanımlanmış Sistemler dikkate alınarak” dizayn edilmiş olmasına karşılık Onkolojik Cerrahi yan dalı, Endokrin Cerrahi, Laparoskopik cerrahi, Endoskopik cerrahi...vb, konu / hastalık / işlem baz alınarak “Sınırları çizilememiş” şekilde isimlendirilme yapılmıştır. Bu durum uygulamada kavram karışıklığına yol açmıştır.

Bir başka açıdan bakıldığında, Onkolojik Cerrahi veya Endokrin Cerrahi isimlerinin kullanıldığı ülkelerin çoğunda bu dalların önde gelen ilgi alanlarını meme ve tiroid cerrahisi oluşturmaktadır.

Bu nedenle biz onkolojik cerrahi veya endokrin cerrahi gibi sınırları tanımlanamayan isimlendirmeler yerine, “Meme – Tiroid, Deri ve Yumuşak Dokular Cerrahisi” yan dalı isimlendirilmesinin daha uygun olduğu kanaatindeyiz.



## İHTİSAS VE SONRASINDA UZMANLIK BELGESİ Mİ, SERTİFİKA PROGRAMI MI?

Yan dal ihtisas konuşmalarının bir bölümünü “Ayrı ihtisasa gerek yok, Genel Cerrahi içinde kalarak herkes ilgi alanında çalışsın” sözleri oluşturmaktadır. Bu öneri zaten uygulanıyor ancak uygulamasında hep öğreticilerin geliştiğini görmekteyiz fakat, öğrenci (yani Genel Cerrahi Asistanı) eğitiminin yetersizliği şikayeti hiç azalmadan devam etmektedir!

Bu nedenle, Yan dal ihtisası ile daha iyi eğitim verildiğini biliyoruz ve yaşıyoruz, sonrasında ise Uzmanlık Belgesi ile yetki ve sorumlulukların belirlenmesinin yanında hakların da korunmasının gerektiğini savunuyoruz.

Ayrıca; merkezden tayin sistemi uygulanıyor olması da hakların korunması için ihtisas yapıldıktan sonra Uzmanlık Belgesi uygulamasının daha doğru olduğunu gösteriyor.

Sertifika uygulaması konusuna bakarsak: 5 uzun yıl süren bir Genel Cerrahi asistanlığı sonrasında yetersiz yetişmiş/yetiştirmiş olmayı kabul ederek bu eksikliğini sonradan bir kaç ay daha çalışarak ve sertifika alarak kapatma konusunu anlayamıyoruz. 5 yılda asistana öğretemeyen öğretici sertifika söz konusu olunca bir kaç aylık kısa sürede nasıl öğretecek?

Sertifika sistemi sadece cerrahi için mi olacak? Yan dalı olan diğer tıp bilim dalları da yan dallarını iptal mi edecekler?

Sertifika kime verilecek, kim verecek, aday seçimi nasıl olacak, yaptırımı ne olacak, sertifikalı nasıl ve nerede, sertifikasız nasıl ve nerede çalışacak, yasal çerçeve nasıl düzenlenecek?... Sertifikalı için de yeniden yasal yaptırımlı düzenlemeler yapılacaksa, mevcut olan yan dal yasal uygulamaları ne gerekçe ile kaldırılacak da yeni ve daha iyi olan düzenleme yapılacak? Ne için?...

Şu konuyu da unutmamalıyız: Kabul edilmiş konu ve uygulamalarda sertifika olmaz. Yani, Genel cerrahi eğitimi içinde yer alan konular ayrıca sertifika konusu olamaz. Eğitim esnasında eksiklik duyulan konular varsa, bu eksiklik asistanlık süresinde rotasyonlarla kapatılacaktır.

Yani, Sertifika konusu daha sonra ortaya çıkan yeni uygulamalar içindir. 1990 dan önce laparoskopik kolesistektomi / cerrahi yoktu. O zaman için bu konu kurs - sertifika alanına girebilirdi, şimdi eğitimin bir parçası olduğu için gerek kalmadı. Transplantasyon da bu gruptadır. Ruhsatlı merkezlerde yapılabildiği için özel şartları konulmuştur.

## GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ İHTİSASI NEDEN GEREKLİDİR?

### (GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ İHTİSASININ MİSYON VE VİZYONU)

İlk Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği 1964 yılında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Profesör Dr Hilmi Akın tarafından, Ankara'da Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi bünyesinde kurulmuştur. O gün için “Dünya çapında bir ileri görüş” olan



bu uygulama 1973 tarihli "Tababet Uzmanlık Tüzüğü (şimdiki adıyla: Tıpta Uzmanlık Tüzüğü)"nde "Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalı" olarak yer almıştır.

Daha sonraki yıllarda, ve özellikle 1990 dan sonra, yürütülmüş olan bütün tüzük çalışmalarında Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalı ihtisası hiç tartışmasız olarak sürekliliğini sağlamıştır. Ve hatta, yasal uygulama gereği Danıştay nezdinde yapılmış olan bütün tüzük tasarıları görüşmelerinde de tartışma konusu olmamıştır. Sonuçta, 1973 tüzüğünde olduğu gibi, Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalı "2002 Tıpta Uzmanlık Tüzüğü"nde de yerini almıştır.

Gastroenteroloji Cerrahisi sadece ülkemize özgün bir dal değildir. Avrupa Topluluğu Müfredatında Tıpta Uzmanlık dalları listesinde "İhtisas süresi 5 yıl olan bir Ana Dal" olarak yer almaktadır (DIRECTIVE 2005 / 36 / EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL, Of / September 2005, on the recognition of medical qualifications).

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi bünyesinde kurulmuş olan ilk Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği kuruluşundan bu yana konusunda üstün seviyede eğitim ve, Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Ameliyatları da dahil olmak üzere, sağlık hizmetleri vererek çalışmalarına devam etmektedir. Prof Dr Hilmi Akın'dan başka Prof Dr İlter Bilgin, Prof Dr Neşet Hayri Gökök, Doç Dr Kamuran Arel, ...vb isimlerden ayrı olarak, son 10 yıl içinde yetişen "Doçent"lerin tamamına yakını daha sonra Üniversitelere öğretim üyeleri olarak atanmışlar ve özellikle Karaciğer transplantasyonu alanında başarı ile çalışmaktadırlar. (2008 yılı içinde en çok karaciğer naklinin yapıldığı Malatya İnönü üniversitesi Tıp Fakültesi'nde iki profesör ve 2 doçent, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Karaciğer nakli programı başlatan 1 profesör ve şimdi devam eden 1 doçent, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde aynı amaçla çalışmalara başlayan 1 doçent ... hepsi önce Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde Gastroenteroloji Cerrahisi uzmanlığı ihtisası yapmışlardır.)

Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalının popülaritesi günümüzde de gittikçe artarak devam etmektedir. Asistan alımı sınavları ÖSYM tarafından yürütülmektedir. 2007 Ekim Yan dal Uzmanlık Sınavı'nı takip eden 2008 Mayıs Yan dal Uzmanlık Sınavı'nda Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalı asistanları almış ve eğitim vermektedirler. Her iki sınava da yüze yakın genç genel cerrahi uzmanı Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalı asistan adayı olarak başvurmuş ve sınava girmişlerdir. ÖSYM tarafından yürütülmekte olan asistan alımı sınavları bundan sonra da senede iki kere olarak devam edecektir.

"Sayıları 40 civarında olan üst seviyede yetkili Genel Cerrahi uzmanının, 2002 tüzüğü yayınlandığında "Geçici madde 6" dan yararlanarak Gastroenteroloji Cerrahisi uzmanı ünvanı alabilmek için Sağlık Bakanlığına başvuruda bulunmuş olmaları" (Niye Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalı?) sorusunu açıklamaya yeterli olacaktır. Ayrıca



kişisel görüşmelerimizde daha çok sayıdaki eğitim kurumunda da Gastroenteroloji Cerrahisi Klinikleri kurulması arzu edildiğini öğrenmekteyiz.

Görüldüğü gibi, hastaların ısrarla yan dal sağlık hizmeti istemeleri yanında cerrahi uzmanı genç hekimler de ısrarla yan dalda uzmanlaşmak istiyorlar.

2002 tüzüğü'nün bazı maddelerinin Danıştay tarafından iptal edilmiş olması nedeniyle Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK)'nun sürdürdüğü çalışmaları sonunda hazırlanmış olan Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'nde de (2009) Gastroenteroloji Cerrahisi yerini almaktadır.

Yukarıda da bahsedildiği gibi; Yıllar boyu üzerinde tartışılmasına karşılık bir türlü çözülemeyen "Cerrahide asistan eğitimi problemi"nin önde gelen sebebi olarak "Cerrahide Yan Dal İhtisası konusunun tanımlanma ve uygulanma bağlamında aşılammış olması" nı gördüğümüzden,

Gastroenteroloji Cerrahisi:

- "Alanında asistan eğitimi problemini çözerek eğitim ve sağlık hizmeti kalitesini yükseltmeyi" kendine vizyon olarak seçmiştir.
- Yeni Gastroenteroloji Cerrahisi Klinikleri kurulmasını ve hizmetin ülke geneline yayılmasını hedefler.
- Bu amaca yönelik eğitim ve uygulama programları mevcuttur. Bu programlar hazırlanırken doktor ve hasta merkezli çalışarak iyi eğitim ve iyi hizmet ön planda tutulmuştur. İyi bir cerrah olmak için sadece iyi bir teknik beceri seviyesine ulaşmanın yetmediğini kabul ederek, cerrahi pratiğin temel elemanı olacak asistan doktorun bilgi – karar verme – teknik beceri – ve profesyonellik alanlarının hepsinde geliştirilmesini amaçlar. Ayrıca, etik, insani ilişkiler, eğitcilik ve araştırmacılık, birlikte çalışma, zamanı ve diğer kaynakları iyi kullanabilme... gibi konularda da rol almalarını ve gelişmelerini sağlamaya çalışır.
- Ayrıca, Ülkemizde üzerinde durulmayan, "Akademik Cerrah Yetiştirilmesi için Destek" çabaları gösterir.
- Ülke genelinde daha etkin cerrahi hizmet verilebilmesi için ise:

**1- Cerrahi yeniden yapılanmalı:** "Dallara ayrılma: **Fragmentation**".

"Her cerrah her ameliyatı yapamamalı!"

**Ülke genelinde uygulanabilir ve üniversal kabul edilebilir bir "fragmentation."**

**(1.Gastroenteroloji Cerrahisi,2.Meme-Tiroid, Deri ve Yumuşak Dokular Cerrahisi,3.Periferik Damar Cerrahisi)**

**! Michael J POLONIUS: "Genel Cerrahi bir yan daldır !", 30 Mayıs 2008, UCK 2008, Antalya.**

**"Gastroenteroloji Cerrahisi bir ana dal olmalıdır."**



**2- Hastanelerin fonksiyonları tanımlanmalı.**

“Her hastahanedeki her ameliyat yapılamamalı.”

**3- Gerektiğinde, Cerrahlar tek kişi olarak değil, ekip olarak çalışmalı.**

(Özellikleri olan ameliyatları gerçekleştirirken Cerrahların birlikte çalışmaları cerrahinin sonuçlarını daha olumlu duruma getirecektir.)

**“Herkesin tek altın ameliyat şansı var!”**

**Daha iyi sonuç için Deneyimli iki cerrah birlikte çalışmalı! ”**

**“Bir elin nesi var? İki elin sesi var!”** (Ata sözü)

prensiplerini kabul eder.

## SONUÇ

Türk Cerrahi Derneği'nin “Cerrahide yan dal ihtisası” konusunda tarafımızdan istemiş olduğu görüşlerimizi önemli olan konulara değinerek sunduk:

Cerrahide yan dal ihtisası günümüz şartlarının ortaya çıkardığı gerekli ve faydalı üniversal bir uygulamadır.

Cerrahide asistan eğitiminin çözülemeden devam ediyor olması yan dalların yeterince tanımlanmayışından ve uygulanmayışındandır. Yan dal eğitimi bu problemi çözecektir.

“Ülkemiz genelinde uygulanabilir ve üniversal kabul edilebilir bir yan dal uygulaması:

- 1- Gastroenteroloji Cerrahisi,
- 2- Meme – Tiroid, Deri ve Yumuşak Dokular Cerrahisi ve,
- 3- Periferik Damar Cerrahisi olarak üç temel dal şeklinde olmalıdır” görüşünderiz.

Daha alt grupların yan dal ihtisası olarak ayrılmasını ise ortaya çıkaracağı sonuçları açısından doğru bulmuyoruz.

## Gastroenteroloji Cerrahisi Derneği

Ülkemizde yasal ve bilimsel çerçeve içinde ve 35 yıldır başarı ile süren Gastroenteroloji Cerrahisi yan dal ihtisasını destekler.

“Alanında asistan eğitimi problemini çözerek eğitim ve sağlık hizmeti kalitesini yükseltmeyi” kendine vizyon olarak seçmiştir.

Yeni Gastroenteroloji Cerrahisi Klinikleri kurulmasını ve hizmetin ülke geneline yayılmasını hedefler.

- Ülke genelinde daha etkin cerrahi hizmet verilebilmesi için ise:
  - 1- Cerrahi yeniden yapılanmalı: “Dallara ayrılma: Fragmentation”.  
“Her cerrah her ameliyatı yapamamalı!”



! Michael J POLONIUS: "Genel Cerrahi bir yan daldır ! ", 30 Mayıs 2008, UCK 2008, Antalya.

"Gastroenteroloji Cerrahisi bir ana dal olmalıdır."

2- Hastanelerin fonksiyonları tanımlanmalı.

"Her hastahane her ameliyat yapılamamalı."

3- Gerektiğinde, Cerrahlar tek kişi olarak değil, ekip olarak çalışmalı.

prensiplerini kabul eder.

Konu çok geniş olduğu için yeterince açıklanamamış konular (Her cerrah her ameliyatı yapamayacaksa hangi cerrah hangi ameliyatları yapabilecek?. Her hastanede her ameliyat yapılamayacaksa hangi hastanede hangi ameliyatlar yapılabilecek? Uyguladığımız eğitim ve yeterlilik kriterleri, ihtisas süresi ne olmalı, yan dal mı, ana dal mı... vb) hakkında istenirse daha geniş bilgiler sunabiliriz.

1973 Tüzüğü'nden bu yana başarı ile sürdürülerek Ülkemiz cerrahi eğitiminde haklı bir yere oturmuş olan Gastroenteroloji Cerrahisi yan dalı ve Gastroenteroloji Cerrahisi Derneği, Kongre vb. daha önceki etkinliklerde olduğu gibi, Türk Cerrahi Derneği'nin sağladığı bu ortamda da, yine Ülkemiz cerrahları ile buluşmaktan sonsuz bir memnuniyet duymuştur.

Teşekkürlerimiz ve başarı dileklerimizle,

Doç Dr Musa AKOĞLU  
Gastroenteroloji Derneği Başk. Yard.

Doç Dr Erdal Birol BOSTANCI  
Gastroenteroloji Derneği Başkanı

T. Yüksek İhtisas Hastanesi  
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği  
Koordinatör Şefi  
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi  
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği  
Kurucu Şefi

T. Yüksek İhtisas Hastanesi  
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği Şefi



## GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Mustafa Şare / Genel Cerrahi AD. Başkanı

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Akademik Kurulu, Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa Şare başkanlığında saat 09.30'da Genel Cerrahi Anabilim dalı toplantı salonunda çoğunluğun sağlanması ile toplandı.

Gündem uyarınca;

Türk Cerrahi Derneği 16.09.2008 tarih ve 100 sayılı yazısında Sağlık Bakanlığınca yeni hazırlanmakta olan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ile ilgili olarak hazırladığı görüşlerini tarafımıza göndermiş ve bu konuda Anabilim Dalımızın görüşü istenmiştir. Türk Cerrahi Derneğinin genel konulardaki görüşlerine katılmakla beraber aşağıdaki konularda kurulumuzun görüşleri şöyledir.

- \* Genel Cerrahi Uzmanlık eğitimi süresi 5 yıl olmalıdır. Bu süre yasal ve makul gerekçelerle 6 aylık periyodlarla 2-yılâ'kadar uzatılabilir.
- \* Cerrahi İhtisası sırasında yapılacak rotasyonlar: Kardiyovasküler Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Anestesi ve Reanimasyon, Çocuk Cerrahisi, Kadın Doğum, Patoloji, Ortopedi, Plastik Cerrahi ve Üroloji rotasyonları 1 er ay olarak yapılmalıdır, böylece toplam 9 (dokuz) ay zorunlu rotasyon olmalıdır. Yoğun Bakım rotasyonu veya görev süresi: en az iki ay olmalıdır. Cerrahi yoğun bakımı olan kliniklerde bu ünite olmayan kliniklerde ise Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmalıdır. Bu çalışma ayrı bir belge ile yada Asistan karnesinde belgelenmelidir. Yanık rotasyonu: Ülkemizde birçok merkezde bu ünite bulunmadığı için bu rotasyonun başka kurumlarda da gerçekleştirilmesi zor görünmektedir, bu nedenle zorunlu rotasyon olarak belirlenmemelidir. Yanık rotasyonu yapılabildiği takdirde Asistan karnesinde belgelenebilir. Cerrahi Endoskopi rotasyonu zorunlu rotasyon olarak gözükmemelidir. Anabilim Dalımız gibi Cerrahi Endoskopi ünitesi olan kliniklerde bu eğitim zaten yapılmaktadır. Bu durum cerrahi karnesindeki eğitim programında bulunmaktadır ve belgelenmektedir. Cerrahi endoskopi ünitesi olmayan klinikler için bu eğitimin başka bir cerrahi birimde yada Gastroenteroloji bilim dalında sağlanması çok güç olabilir, gastroenterologlar bu rotasyon için elemanlarımızı kabul etmeyebilirler. Gerek cerrahi endoskopi gerekse yanık rotasyonu yasal zorunluluk olarak gözüktür ise bu rotasyonları tamamlayamayan araştırma görevlilerinin cerrahi ihtisasını tamamlayamama ve uzman olamama olasılığı ortaya çıkabilir.
- \* SCI veya SCI-Exp da yayınlanan bir makalenin tez yerine kabul edilmesi görüşü kurulumuzca benimsenmemiştir.



- \* Taslakta bulunan üst ihtisas dallarının hiçbiri kurumumuzca benimsenmemiştir. Gastroenterolojik cerrahi zaten genel cerrahi ihtisasının ilgilendiği alanın büyük çoğunluğunu kapsamaktadır, böyle bir üst ihtisas mantıklı değildir. Onkolojik cerrahi için de aynı düşüncedeyiz, bir sindirim sistemi tümörünü Genel Cerrah, Gastroenterolojik cerrah veya onkolojik cerrah ameliyat edebilmektedir. Vasküler cerrahi de zaten Kardiyovasküler Cerrahi Anabilim dalı ihtisas alanı içindedir. Her üç üst ihtisas dalının da kesinlikle kaldırılması gerektiği görülmektedir. Bunun yerine sertifikasyon programlarının olması daha mantıklı görülmektedir. Bu konuda önerilen sertifikasyon programları: Üst GIS cerrahisi, Kolorektal cerrahi, Hepato-pankreatiko-bilier cerrahi, Meme-endokrin cerrahisi, Transplantasyon cerrahisi, Travma ve Acil cerrahidir.





## GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ ASKERİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Tabip Tuğamiral Turgut Tufan / GATA Genel Cerrahi AD. Başkanı

- \* İlgili yazı ile istenen Anabilim Dalı Başkanlığımızın konu ile ilgili görüşü aşağıda belirtilmiştir.
- \* Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmakta olan Tıpta Uzmanlık Eğitim Yönetmeliği taslağı ve Türk Cerrahi Derneğinin taslak ile ilgili yazıları incelendi.
- \* Ülkemizde yaş ortalaması  $70\pm 9$  düzeylerine ulaşmış, tıp uygulamalarında kullanılan ileri teknoloji eğitim ve insan sayılarının artması ile paralel olarak sağlık sektöründe tedavi önceliğinde kardio-vasküler ve kanser hastaları ilk sıralarda yer alarak tedavi önceliğini korumaktadır.

Onkolojik Cerrahi ve Vasküler cerrahi ülkemizde sadece A.Ü. Tıp Fakültesinde 2003 yılına kadar 13 kişiye diploma vermiş 19 Haziran 2003 tarihi itibarı ile yandal ihtisası yürürlükten kaldırılmıştır. Bu tip bir yapılanma modern cerrahi prensiplerine ters düşmekte gelişmeleri sınırlayıcı bazı kişi ve kurumlara ayrıcalıklı statü ve bunun daha ileri uygulamalarının sonucu olarak etik ve meslek sorunu davaları gündeme gelecek bu kişilerin dışında mesleklerini uygulayanlara tazminat açılması gündeme gelebilecektir.

Sonuç olarak yönetmelik taslağında yandal olarak tanımlanan bilim dallarını cerrahinin gelişimine ve ayrımcılığa neden olabileceği düşünüldüğü için uygun olmadığı (menfi) belirtir, buna mukabil Kolorektal Cerrahi, Transplantasyon Cerrahisi, Onkoplastik Meme Cerrahisi, Meme Endokrin Cerrahisi, Endoskopik ve Laparoskopik Cerrahi gibi üniter yapılanmanın eğitim kurumlarında uygun olacağı ve buna göre yapılaşmanın daha faydalı olacağı düşünülmektedir.

- \* Türk Cerrahi Derneğince önerilen sertifikasyon programlarının yararlı olacağı değerlendirilmiştir.

Saygılarımla arz ederim.



## HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Ömer Aran / Genel Cerrahi AD. Başkanı

Yönetim kurulunuzun aktif çalışmalarım gerek internette ve gerekse genel cerrahi camiasından takip etmekteyiz. Çalışmalarınızdan dolayı anabilim dalımız öğretim üyelerinin şükran duygularını kuruluza iletmek isterim.

Genel cerrahide uzmanlık soması yan dal eğitimi tüm ana branşlarda olduğu gibi hala sorun olarak devam etmektedir. Bu yöndeki aktif çalışmalar çok önemli ve yerindedir. Derneğinizin bu nedenle Şubat ayında düzenleyeceği çalışmaya anabilim dalımız öğretim üyesi Doç. Dr. Kaya Yorgancı görevlendirilmiştir. Ayrıca genel cerrahi uzmanlık eğitimi soması ileri eğitimlerle ilgili anabilim dalımız görüşleri aşağıda maddeler halinde ana hatları ile belirtilmiştir.

- \* Günümüzde genel cerrahi bilim dalı teknik, beceri ve teorik donanım olarak tümüyle kavranacak bir birikim olmanın çok ötesine geçmiştir. Bu nedenle, özellikle eğitim hastanelerinde ilgi alanlarının farklılaşması, eğitim kalitesinin artması, hasta izlem ve tedavi kalitesinin artması gibi olumlu etkenleri beraberinde getirecektir. Bu nedenle genel olarak farklı ilgi alanlarına bölünmesi görüşünü desteklemekteyiz.
- \* Günümüzde, genel cerrahi, iç hastalıkları gibi ana dallarda aşırı branşlaşmanın getirdiği olumsuzluklar da yaşanmaktadır. Genel cerrahi eğitiminin bütünlüğünün kaybedilmesi, sıvı elektrolit tedavisi, şok, travma, akut karın gibi bazı temel konuların da kaybedilmesi riskini beraberinde getirmektedir. Nitekim Amerika Birleşik Devletleri'nde benzer sorunlar yaşanmaktadır ve acil hastalara kimin bakacağı konusunda ciddi sorunlar yaşanabilmektedir. Bu nedenle branşlaşma veya ilgi alanlarında özelleşirken genel cerrahinin bütünü, özü kaybedilmemelidir.
- \* Yukarıda bahsettiğimiz nedenlerden dolayı branşlaşmanın sertifikasyon şeklinde yapılmasının daha uygun olacağı kanısındayız. Program içerikleri belirlenirken yurt dışındaki örnekler kullanılabilir. Kolorektal cerrahi, hepatobiliyer cerrahi, transplantasyon gibi sertifikasyon programları uygun olacaktır.
  - Cerrahi onkoloji gibi bir sertifikasyon programının olmaması gerektiği kanısındayız. Çünkü böyle bir program, branşlaşmanın özüne tümüyle aykırı bir durumdur.
  - Gastroenteroloji cerrahisi yan dal eğitimi halen verilmektedir. Ancak bu eğitim programı da gözden geçirilmelidir. Hali hazır durum doğru ve gerçekçi görünmemektedir. Gastroenteroloji cerrahisi yan dalı da tıpkı cerrahi on-



koloji gibi branşlaşmanın gerekliliklerini taşımamaktadır. Genel cerrahinin önemli bir bütünü içerir.

- Meme ve endokrin birbirinden ayrı iki sertifikasyon programı olmalıdır. Gerek tanı ve gerekse tedavi süreci birbirinden ayrı bu konunun birleştirilmesi uygun bir yaklaşım değildir ve Dünyada örneği yoktur.
- Travma ve acil cerrahi ayrı bir sertifikasyon programı olarak düşünülebilir.
- \* Yoğun bakım konusu diğer genel cerrahi branşlarından biraz farklı konumdur. Hali hazırda yoğun bakımı, Anesteziyoloji, İç hastalıkları, Göğüs hastalıkları yan dal olarak kabul etmiş durumdadır. Genel Cerrahinin bu ana dallar arasında mutlaka var olması gerekir. Hasta izlem ve tedavisi bir bütün olduğu için yoğun bakım mutlaka genel cerrahlarca bilinmesi gereken bir konudur. Diğer anabilim dallarında yan dal eğitim şeklinde verildiği için yoğun bakım genel cerrahi de de bir yan dal olmalıdır.
- \* Yukarıda bahsedilen sertifikasyon programları ve yoğun bakım yan eğitim verecek kurumların ve kişilerin de belirlenmesi son derece önemlidir. Bu konuda da hazırlıkların yapılması son derece gereklidir

Genel cerrahi'nin alt branşları ile ilgili anabilim dalımız görüşleri ana hatları ile yukarıda bilginize sunulmuştur. Çalışmalarınızda başarılar diler-saygılar sunarım.



## HEPATOPANKREATOBİLİYER CERRAHİ DERNEĞİ

Prof.Dr. İbrahim Astarcioglu / HCD Başkanı

Genel Cerrahi Anabilim Dalı bünyesinde anatomik ve fizyolojik olarak birbirinden farklı çok geniş bir alanı kapsamakta olup, bu alanlarda güncel bilimsel gelişmelere paralel olarak giderek artan bilgi birikimi büyük boyutlara ulaşmıştır. Bu durum, özellikle akademik ortamda çağın koşulları gereği daha fazla sayıda karmaşık ameliyatların gerçekleştirilmesini, güncel literatürün takibini ve yine akademik sorumluluk gereği bu alanlarda bilgi üretilmesi oldukça zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, genel cerrahi anabilim dalı içerisinde özelleşmiş çalışma alanlarının oluşturulma zorunluluğu kaçınılmaz hale gelmektedir.

Tıp içindeki alanlarda özelleşmenin amacı, hasta tedavisinde en iyi şartları oluşturmak, en üst düzeyde sağlık hizmeti sunarak sağkalım süresini uzatmak, yaşam kalitesini arttırmaktır. Günümüzde gelişmiş toplumların sağlık hizmetlerinden beklentisi en karmaşık sağlık sorunlarının çözümünde dahi o dar alanda uzmanlaşmış, deneyimli sağlık personelinin varlığı ve etkin hizmetidir.

Aynı zamanda, genel cerrahi eğitiminde çeşitli alanlarda uzmanlaşmak isteyen cerrahların ilgili konularda deneyimli merkezlerde çalışarak bilgi ve görgülerini belirli bir alanda yoğunlaştırma olanağına kavuşması çağımızda artık yadsınamayacak bir gerçek haline gelmiştir. Ülkemizde her alanda bu tip merkezlerin sayısı oldukça az olup, sayı ve kalitenin artırılması topluma sağlık hizmetinin çağdaş olanaklarla götürülmesi gerekliliği kaçınılmazdır.

Bu bilinç doğrultusunda Türkiye’de öncülüğü Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı tarafından yapılan genel cerrahinin özelleşmiş alanlarında 1997’den beri üç ayrı birim halinde çalışma düzeni uygulanmaktadır. Bu birleşmenin amacı; her birimin resmi bilim dalları halinde kurumsallaşarak, ilgili bilim dallarında gerek klinik gerekse deneysel çalışmalarını hayata geçirmek, çağdaş ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek ve bu ayrı alanlarda uzmanlaşmak isteyen hekimler yetiştirmektir.

Anabilim Dalı’mızda yer alan Hepatopankreatobiliyer Cerrahi ve Karaciğer Nakli Birimi, etkinliğine başladığı 1997 yılından beri özelleşme konusundaki ısrarlı tutumu sayesinde ilgili alanda pek çok hastaya çağdaş sağlık hizmeti ulaştırma ve bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunma konusunda oldukça zorlu ancak verimli bir yol kat etmiştir. Halen birimimizde, dünyadaki uzmanlaşmış merkezlerle boy ölçülebilen kalitede, düşük mortalite ve morbidite oranları ile etkin klinik ve deneysel aktiviteler deneyimli ve becerili bir ekip tarafından yürütülmeye devam etmektedir. Benzer etkinlikler İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı D Birimi’nde, Ege Üniversitesi



Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda ve kısmen de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda da yer almaktadır. Bu çabaların kalıcı olması, daha ileriye götürülmesi ve özelleşmiş alanlarda deneyimli uzman hekimlerin yetiştirilmesi ancak bu etkinliğin kurumsallaşması ile olanaklı olabilir.

Pek çok bilimsel çalışmada cerrahi hasta hacmi ile perioperatif ve uzun dönem sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Özelleşme sayesinde hepatektomi operasyonlarının %20-40 olan mortalitesi %2-3 civarlarına kadar düşürülebilmektedir. Benzer olarak pankreatektominin de mortalite ve morbidite oranları %80 oranında azaltılabilmektedir. Tüm bunlara ek olarak klinik verilerin düzenli kayıtlarının tutulabilmesi ve bu verilerden bilimsel bilgiye ulaşılması uzmanlaşma sayesinde olabilir.

Son yıllarda özellikle karaciğerin primer ve sekonder tümörlerinin cerrahi tedavisindeki ilerlemelerin uygulamaya geçirilmesi; her bir milyon kişide 20-25 kişiye kadar ulaşan karaciğer nakil gereksiniminin karşılanması, özellikle kolesistektomi sonrası halen %0.3 ile %0.7 civarında ortaya çıkan safra yolu striktürleri ve yaralanmalarının uygun cerrahi tedavisinin sağlanması; safra kesesi, safra yolları ve pankreas tümörlerinin cerrahi tedavisinin uygun şekilde yapılması; karaciğer, safra yolları ve pankreasa laparoskopik yöntemlerle cerrahi uygulanması ancak bu konuda özelleşmiş uzman hekimler tarafından başarı ile uygulanabilir. Genel cerrahinin standart eğitim programı içinde bu tip işlemlerde eğitim verilmesi yeterli olmamaktadır. Bu nedenle genel cerrahi uzmanlık eğitimi sonrası en az 3 yıllık süre ile "Hepatopankreatobiliyer Cerrahi ve Karaciğer Nakli" adı altında üst uzmanlık eğitimine gereksinim bulunmaktadır.

Sonuç olarak "Hepatopankreatobiliyer Cerrahi ve Karaciğer Nakli Birimi"nin "Hepatopankreatobiliyer Cerrahi ve Karaciğer Nakli Bilim Dalı"na dönüşmesi, eğitim araştırma ve sağlık hizmeti sunumunu iyileştirecek, uluslararası standartlara ulaşılmasını kolaylaştıracak, birimimizi ulusal ve uluslararası akreditasyona hazır hale getirecek bir girişim olacaktır.

Gereğini arz ederim.



## İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Ali Akyüz / Genel Cerrahi AD. Başkanı

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği taslağı ve Türk Cerrahi Derneğinin bu konudaki ayrıntılı raporu tarafımızdan değerlendirilmiştir. Türk Cerrahi Derneği tarafından hazırlanan ayrıntılı raporda taslağın birçok maddesi hakkında görüş ve çekinceler belirtilmiştir. Bu raporda belirtilen öneri ve eleştirileri desteklemekteyiz.

Ek çizelgede Genel Cerrahi uzmanlık eğitimi 5 yıl olarak belirlenmiştir ve biz de bunun yeterli bir süre olduğu kanısındayız. Genel Cerrahi uzmanlık eğitimi altında ise üç adet yan dal uzmanlığı tanımlanmıştır. Bunlar üçer yıllık süreler ile Gastroenterolojik Cerrahi, Onkolojik Cerrahi ve Vasküler Cerrahi'dir. Aslında Genel Cerrahi başlığı altında bunlardan daha fazla alt grupların yer aldığı bilinmektedir ve ülkemizde bazı kliniklerde resmi adı olmasa da, bu ayırım yıllardan beri pratik olarak uygulanmaktadır.

Gastroenteroloji ve Onkoloji yandal uzmanlıklarının kendi içinde birçok noktada bir-biri ile kesiştiğini düşünmekteyiz. Gastrointestinal sistem cerrahisi yan dal eğitimi yapılırken aynı bölgenin onkolojik cerrahisi bunun doğal bir parçası olarak yer almaktadır. Bu nedenle Genel Cerrahi yan dal eğitim programlarının bölgesel anatomiye göre sınıflandırılmasının daha sağlıklı olacağı düşüncesindeyiz. Genel Cerrahi anabilim dalımızda bu şekilde farklı disiplinlerin çalışması uzun yıllardan beri uygulanmaktadır. Bunlar kliniğimizde gastrointestinal cerrahi , hepatopankreatobilyer cerrahi, endokrin cerrahi, meme cerrahisi, periferik vasküler cerrahi, travma ve acil cerrahi ve transplantasyon cerrahisi olarak çalışmalarını sürdürmektedir.

Ülke geneline bakıldığında vasküler cerrahi eğitiminin ancak çok sınırlı sayıda klinikte genel cerrahi eğitimi altında yer aldığı görülmektedir. Bu eğitim sıklıkla kardiyovasküler cerrahi birimlerinin içinde verilmektedir. Bu nedenle kimin bu eğitimi vermeye yetkili olacağı ve bunun ölçütünün ne olacağı bir kavram kargaşasına neden olabilir.

Türk Cerrahi Derneğinin raporunda da bu konuda yan dal yerine birçok ülkede olduğu gibi sertifikasyon programları açılması önerilmiştir. Burada eğitim verecek merkezlerin olanaklarının ve deneyimlerinin değerlendirilmesi, yani objektif olarak bu konuda yetkin olup olmadıklarının incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

Günümüzde endoskopi çok yaygın kullanılan bir tanı aracı haline gelmiş ve gerek İç Hastalıkları gerekse Genel Cerrahi uzmanları tarafından aktif olarak uygulanmaktadır. Genel Cerrahi uzmanlık eğitimi rotasyon programı içinde diğer klinikler ile birlikte endoskopi rotasyonu da yer almaktadır. Bu eğitim süreci içinde aktif olarak endoskopi eğitiminin tamamlanmasının gerekli olduğu düşüncesindeyiz. Endoskopi ünitesi olan kliniklerde bu eğitim sağlanmalı, olmayanlarda ise diğer kliniklerden bu destek sağlanarak tamamlanmalıdır.



Genel Cerrahi'de yan dal uzmanlıkları yerine sertifika programlarının planlanması uygundur. Bunlar; gastrointestinal cerrahi (yan dal), kolorektal cerrahi (sertifikasyon), hepatopankreatobilier cerrahi (sertifikasyon), endokrin cerrahi (sertifikasyon programı), meme cerrahisi (sertifikasyon), travma ve acil cerrahi (yan dal), transplantasyon cerrahisi (sertifikasyon programı), vasküler cerrahi (yan dal) şeklinde sınıflandırılabilir. Bunların süreleri 2 veya 3 yıl arasında değişebilir. Sertifika verecek merkezlerin standartları yasalar çerçevesinde belirlenerek yetkilendirilir.

Türk Cerrahi Derneği raporunda ek çizelgede bulunan yan dal uzmanlıkları konusunda ilgili tüm derneklerden ayrıntılı rapor ve görüş alınması önerilmektedir. Bu bağlamda gelecek bir yıl içinde tüm cerrahi dernekler ve diğer ilgililer ile tartışılarak bir taslak oluşturulması planlanmaktadır. Biz de bunun tüm uzmanlık dalları için doğru bir yöntem olduğunu ve bu çalışma tamamlanana kadar ek çizelgeden çıkarılmasını önermekteyiz.

Bilgilerinizi rica ederim.



## KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Etem Alhan / Genel Cerrahi AD. Başkanı

16.9.2008 tarih ve 100 sayılı yazınızla Tıpta Uzmanlık Eğitim Yönetmeliği hakkında görüş isteyen yazınızı bayram tatili nedeniyle kurulun geç toplanması nedeniyle ancak gönderebiliyoruz. Ana Bilim Dalı Kurulumuz 8.10.2008 tarihinde ilgili gündem ile toplandı ve aşağıdaki görüşlere yer verildi..

1. Sağlık Bakanlığı Eğitim Kurumlarında seçim yerine atama sistemini getiren ve derneğimiz tarafından uygun olmadığı bildirilen görüşlere aynen katıldığını
2. Üst uzmanlık alanı olarak onkolojik cerrahi, vasküler cerrahi, gastrointestinal cerrahi alanlarının uygun olmadığı ve bunların yerine sadece üniversitelerde endokrin cerrahi, kolorektal cerrahi ve hepatobilier cerrahi, transplantasyon cerrahisi alanlarında üst ihtisas alanı eğitimi verilmesinin uygun olduğu Gereğini saygılarımla arz ederim.





## KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. H. Fatih Ağalar / Genel Cerrahi AD. Başkanı

K.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D. Türk Cerrahi Derneği'nden gelen "Genel Cerrahi'de üst ihtisaslar" konulu resmi yazıya yanıt vermek üzere 15.10.2008 tarihinde toplanmıştır.

1. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi müfredatının değiştirilmesi gerektiği oy birliği kabul edilmiştir. Özellikle ülke genelinde pek çok farklı kurumda genel cerrahi ihtisası verilmesi ve genel cerrahi ihtisasının müfredatının gerçekçi ve takip edilebilir olmaması ülkedeki genel cerrahların formasyonunun çok farklı olmasına neden olmaktadır. Ülkedeki genel cerrahi uzmanlarının ne bilip bilmediği belli değildir.

Bunun yanında ülke genelinde kırsal (rural )cerrahi diye bir kavram mutlaka olmalı ve müfredat buna uygun olarak yeniden şekillendirilmelidir. Büyük kentler dışındaki hastanelerde çalışan genel cerrahların yapması gerekli acil ve elektif olgular mevcuttur. Bunun yanında rural cerrahi yapan genel cerrahi uzmanlarının özellikle endoskopik incelemeleri (gastroskopi, kolonoskopi, anoskopi) yapması da gereklidir. Bu cerrahların tek başlarına zor durumlarla karşılaştıkları zaman gerekli tedaviyi yapabilmeleri için güçlü bir cerrahi eğitime gereksinimleri vardır.

Gerek bu neden gerek ise ülkedeki genel cerrahi uzmanlarının eğitimin iyileşmesi ve eşit hale gelmesi açısından genel cerrahi müfredatının değişmesi, genişlemesi gereklidir. Özellikle travma, genel cerrahi yoğun bakım, toraks cerrahisi ve vasküler cerrahi konusunda müfredatın değişmesi gereklidir. Bunun dışında log bookların oluşturulması, kurumlar arası gezme ve bilgi arttırma tarzında değil gerçek anlamda cerrahi rotasyon programlarını oluşturulması problemin çözümünde temel prensipler olmalıdır. Genel hatları ile ortaya konan bu problemin çözümünde oluşturulacak çalışma gruplarına yer verilmelidir.

2. Ancak üst ihtisaslaşma ve/veya sertifikasyon konusunda akademik kurulda ortak bir karar varılamamış olup öğretim üyelerinin görüşü aşağıdaki gibidir.

Prof. Dr. Fatih Ağalar: Travma, yoğun bakım, nutrisyon ve acute care surgery ülke için olmazsa olmaz bir üst ihtisas olmalıdır. Ancak genel cerrahi müfredatında da buna özel önem verilmesi şarttır. Bunun yanında "yumuşak doku, meme, endokrin" ve visseral cerrahi adları altında iki üst ihtisas daha düşünülebilir. Visseral cerrahi daha sonra üst gis alt gis hepatobilier ve



transplant konularında bölümlenebilir. Bazı çok özel sertifikasyon programları ile yetiştirilecek ve daha ziyade multidisipliner yaklaşım gerektirecek ileri kanser olguları ile uğraşacak olan, cerrahi onkoloji uzmanı yetiştirilmesi uygundur. Minimal invaziv cerrahiler için üst ihtisasa gerek yoktur, sertifikasyon ile çözümlenebilir. Tiroid cerrahisi ve endokrin cerrahisi olarak ayrılması şu aşamada uygun değildir. Çünkü ülkemizdeki genel cerrahlar dünyanın pek çok ülkesindekinden daha fazla tiroid ameliyatı yaparak yetişmektedir ve bu alanda bir volüm sorunu yoktur. Bu ameliyatlardaki, endikasyon, komplikasyon ve morbidite sorunu bir mifredat sorunudur. Bu ameliyat grubunda, klasik genel cerrahi eğitimimizdeki "ameliyat yaptırılma" zamanınının 4.-5. yıla kaydırılarak sorunun kısmen çözülebileceğini sanıyorum. Diğer endokrin organlar ile ilgili ameliyatlara ise dünyanın genelinde olduğu gibi ülkemizde de azdır.

Doç. Dr. Çağatay Daphan: Transplantasyon ile travma, acute care, yoğun bakım ve nutrisyon içeren iki üst ihtisas düşünülebilir.

Doç. Dr. Oral Saygun: Genel cerrahi uzmanlık eğitiminin güçlendirilmesi gereklidir. Ülke şartları göz önünde bulundurularak çok fazla üst ihtisas görmüş cerrahdan çok, iyi yetişmiş genel cerrahi uzmanlarına gereksinim vardır. Sadece transplantasyon ve ileri cerrahi onkoloji (örneğin kemik-akciğer metastazlı olgular, pelvisi doldurmuş rektum kanserleri, karaciğere-kolona invaziv mide kanserleri gibi) konusunda üst ihtisas uygun olabilir. Bunun yanında genel cerrahi ihtisası boyunca hiç ya da yetersiz travma-acil cerrahi vaka görülmesi durumunun düzeltilmesi gerekir (örneğin onkoloji hastanesinden çıkıp, mecburi hizmetini çok travma hastasının geldiği bir merkezde yapan bir genel cerrahi uzmanının durumu). Bu nedenlerden dolayı, gerek genel cerrah gerekse üst ihtisas uzmanı yetiştirirken bunların daha sonra nerelerde istihdam edileceği ciddi bir sorundur. Travma-acil cerrahi, nutrisyon, vasküler cerrahi ve hele hele yoğun bakımla ilgili eğitim sorunları ameliyat yapan her cerrahi ilgilendirir sorun olup, ayrı üst ihtisastan ziyade genel cerrahi eğitim müfredatını düzenleyerek düzeltilmelidir. Meme-endokrin (tiroid-paratiroid) cerrahi üst ihtisasının ise ülkemiz şartlarında gereksiz olduğunu düşünüyorum.

Yrd. Doç. Dr. Kuzey Aydınuraz: Genel cerrahi konusunda üst ihtisaslaşma ancak genel cerrahi uzmanlık eğitiminin düzeltilmesi ve güçlendirilmesi sonrasında düşünülmelidir. Genel cerrahların üst ihtisaslaşmadan daha da önemli olmak üzere genel cerrahide sürekli eğitime tabi tutulmaları da gereklidir. Üst ihtisaslar söz konusu olduğunda bu ihtisası verecek kişiler ve merkezlerin belirlenmesi gereklidir.



Eğer ülke genelinde bir üst ihtisaslaşma modeli oluşturulacak ise öncelik travma, nutrisyon, acute care surgery ve yoğun bakımı içine alacak bir üst ihtisas grubu düşünülmelidir. Genel cerrahların gerek travma gerek ise yoğun bakım izlemi gereken hastaları ameliyat etmesi ancak hastayı daha sonra anestezi uzmanlarının denetimine vermesi kabul edilebilir bir durum değildir. Bunun yanında travma ülkenin bütününe ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu haline geldiğinden öncelikli bir konudur.

Abdominal cerrahi ya da visseral cerrahi de ikinci bir üst ihtisas grubu olabilir. Üst ihtisas olması istenen kolorektal cerrahi, hepatobilier cerrahi, transplantasyon cerrahisi bu grup içinde daha sonra belirlenebilir.

Bir halk sağlığı sorunu olan meme kanseri ve yine ülkemizde endemik olarak görülen tiroid hastalıkları için bir üst ihtisas gerekip gerekmediği, genel cerrahi uzmanlık eğitimi ile bu alandaki eksikliklerin giderilip giderilemeyeceği de kapsamlı olarak tartışılmalıdır. Ancak yine de meme endokrin hastalıkları ve yumuşak doku hastalıkları hastaların takibi ve mükemmeliyet açısından bir üst ihtisas konusu olabilir.

Ülkedeki genel cerrahi eğitiminin süresi de müfredattaki düzenlemelere koşut olarak tekrar gözden geçirilmelidir. Ciddi bir vasküler cerrahi ve toraks cerrahisi eğitimi eklendiği düşünülür ise 6 senenin uygun olacağını düşünüyorum.

Genel cerrahi eğitiminde UEMS benzeri common trunk yapılanması sonrası üst ihtisaslaşma ülkedeki genel cerrahi ihtisasının tümüyle değişmesi anlamına gelmektedir. Bu da olası yarar ve zararları açısından yine kapsamlı bir çalışma ile irdelenebilir.



## MEME HASTALIKLARI DERNEKLERİ FEDERASYONU

Prof. Dr. Ömer Harmancıoğlu / MHDF Başkanı

Genel Cerrahi disiplini, üzerinde uğraştığı, hizmeti verdiği ve araştırma yaptığı konu ve alanların çeşitliliği bakımından diğer cerrahi disiplinlere kıyasla oldukça farklıdır. Birden fazla organ-sistem hastalıkları sağaltımı ve dolayısıyla çoklu organ ve sistem cerrahisi tek bir disiplin altında gerçekleştirilmektedir. Geniş anlamda, acil ve travma olgusu çeşitliliğinin yanında, halihazırda tüm dünyada ve ülkemizde en sık transplantasyonu yapılan solid organlar yine genel cerrahi disiplini uğraşı alanındadır. Ülkemizde gelişmiş üniversitelerin Genel Cerrahi Anabilim Dalları, kendi disiplini içerisinde var olan, ya da gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen rutin ve ileri tüm cerrahi teknikleri başarı ile uygulama yetisi kazanmış anabilim dallarıdır. Gerçekleştirdikleri hizmetler, uygulamalar ve araştırmalar bakımından ulusal ve uluslar arası düzeyde saygınlığa sahiptirler.

Öte yandan, tıbbın her alanı için olağanüstü düzeyde bilgi birikiminin kısa sürede gerçekleştiği ve genişlemekte olduğu; söz gelimi bir hastalık ya da tıbbi uygulama için her yıl binlerce makalenin ve bildirinin yayımlandığı göz önüne alındığında, bir kişinin ya da grubun genel cerrahi gibi geniş konuya sahip bir bilim alanında tüm gelişmeleri izlemesi, hakim olması, bilimsel tasarımda bulunması ve konusunda öncülük etmesi olası değildir. Böylesine geniş bir akademik çalışma alanında, yeter sayı ve nitelikte ki hekimin alt-özelleşmeler yani üst ihtisaslar şeklinde takımlaşması kaçınılmaz bir gereksinimdir. Nitekim başta Birleşik Devletler olmak üzere gelişmiş ülkelerin çoğunluğundaki üniversite hastanelerinde, genel cerrahi çatısı altında sistem cerrahisi üniteleri bulunmaktadır. Hatta bir çok şehirde ve üniversitede bunlar dal merkezleri tarzında örgütlenmişlerdir. Bir başka açıdan bakıldığında, son derece gelişmiş ve uluslar arası saygınlığı yüksek cerrahi kliniklerinin hemen hepsinde Meme-endokrin sistem cerrahisi, Kolo-rektal cerrahi, Hepatopankreatobiliyer, Transplantasyon, Travma/Acil cerrahi gibi birkaç alt özelleşmiş birimlerinin oluşturulduğu ve bu dallarda üst ihtisas verdikleri hemen dikkati çekmektedir.

Ülkemizde de gelişmiş Üniversite Tıp Fakülteleri Genel Cerrahi Anabilim Dalları'nda, genel olarak fiilen 4 çalışma birimi halinde alt özelleşmelerini gerçekleştirmiş şekilde hizmet vermektedir. Bu çalışma birimlerinden birisi olan Meme-endokrin sistem cerrahisi çalışma birimlerinin, bilim dalı şeklinde resmi biçimlenimleri ve üst ihtisas verme gerekli konuma gelmiştir:

1. Gelişmiş ülkelerin cerrahi kliniklerinde olduğu gibi, fakültelerimiz bünyesinde meme endokrin sistem cerrahisini oluşturacak deneyimli yeter sayı ve nitelikte öğretim üyesi mevcuttur.



2. Meme-endokrin sistem cerrahisi bilim dalı yapılanması hastaların başvurusunda ve hastanelerimiz dışındaki hekimlerin danışma ve hasta sevki gibi konulardaki başvuru gereksinimlerinde kolaylık sağlayacaktır.
3. Özelleşmiş bilim dalının varlığı, hasta verilerinin düzenli derlenmesinde, depolanmasında ve analizinde kolaylık sağlayacak, epidemiyolojik çalışmalarda gerekli veri kaynağının sağlıklı oluşması sağlanacaktır.
4. Uluslar arası düzeyde, benzer nitelikli kliniklerle iletişim kurulmasında; çok merkezli çalışmalara hasta alımında ve bu düzeyde çalışmaların düzenlenmesinde, Meme-endokrin sistem cerrahisi şeklinde bilim dalının yapılandırılması büyük avantajlar sağlayacaktır.
5. Söz konusu alt-özelleşmiş bilim dallarının genel cerrahi disiplini üzerinde bir üst ihtisas alanı olması gerekliliği uzun süredir çeşitli ortamlarda tartışılmakta ve gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu durumun yakın gelecekte gerçekleşmesi büyük olasılıktır. Kuşkusuz, tam donanımlı ve deneyimli üst ihtisas verecek kliniklerin akreditasyonu gerekli olacaktır. Bu durumda, hali hazırda yapılanmış olan Meme-endokrin sistem cerrahisi birimlerinin gelecekteki üst-ihtisas programının şekillenmesinde temel oluşturacaktır.

Saygılarımla arz ederim.



## S.B. ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Prof. Op. Dr. Raci Aydın / 1. Genel Cerrahi Kliniği Şefi

\* Tanımlamada uygulama ve araştırma merkezi ile genel eğitim ve araştırma hastanelerinin neden ayrı ayrı yapıldığı açıklanmamıştır. Her iki yerdede hem uygulama ve hemde araştırma yapılmaktadır. Tıp öğrenciliğininde içeren bir tanım gerekiyorsa o zaman ayrı bir tanım yapılmalıdır. Burada söz konusu olan TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ MERKEZLERİDİR.

\* Tıpta Uzmanlık Kurulu ve sekreteryasının kimlerden seçileceği konusu açık olarak belirlenmemiştir. Yönetmeliğin 6,7,8 inci maddelerinde söz konusu kurul ve sekreteryasının başkanlığıda uzmanlık kurulunun içinden seçilmelidir.

\* TUK'un yeni açılan ve açılacak olan eğitim hastanelerinin belirlenmesi kadrolarının saptanması konusunda etkin olmalıdır. Zira bugün Ülkemizde eğitim veren üniversite ve S.B. na bağlı yüzlerce hastane ve klinik vardır. Eğitim hastanelerinin bir tarafta gittikçe yaygınlaştırılması söz konusu iken Türkiyede Uzman ihtiyacının olmadığıda sık sık dile getirilmektedir. Bu durum üniversite hastaneleri içinde aynıdır.

Mevcut hastane ve kliniklerin REHABİLİTASYONU uzmanlık eğitimi ile ilgili teferruatların tartışılmasından daha önemlidir. Zira bir çok cerrahi kliniği normal hasta hizmetlerini yaptıracak asistan bulamazken yeni yeni hastane ve kliniklerin açılmasının ne kadar doğru olduğu düşünülmelidir. Eğer başka branşlarda ihtiyaç varsa o zaman genel cerrahi eğitim klinik sayısı ihtiyaç oluncaya kadar dondurulmalıdır. Yeni klinikler açılmamalıdır. Üniversitelerdeki kliniklerde dahil olmak üzere Türkiyedeki bütün EĞİTİM KLİNİKLERİ EĞİTİM KADROSU. YATAK. EĞİTİM İMKANLARI LABORATUAR İHTİYAÇLARI STANDARDİZE EDİLMEDİKÇE EĞİTİM PROSEDÜRÜNÜN STANDARDİZE EDİLMESİNİN BİR ANLAMI YOKTUR. Yan dal Uzmanlık eğitimi içinde aynı özellikler söz konusudur.

\* Yönetmeliğin 12. maddesinde söz konusu olan E.K.D.K başkanı da bu kurul tarafından seçilmelidir.

\* Yönetmeliğin 16. maddesine yazılan eğitim yetkisinin kaldırılması konusu tartışmalıdır. Örneğin: yılda en az iki kez toplanacak komisyonun sene başında bir kliniğe eğitim yetkisi verip sene ortasında bu yetkiyi kaldırma şeklinde bir uygulama anlamı ortaya çıkabilirki bu doğru olmasa gerek. O halde bu yetkinin sınırlandırılması gerekir.

\* Yönetmeliğin 18. maddesinde söz konusu Eğitim Hastanelerinde Baş hekimin hastanedeki eğitim elemanları tarafından seçilecek olan üç aday arasından Bakanlıkça tayininde yarar vardır. Böylece eğitim hastanesinin kadrolu çalışan-



larının dışından ve dışarıdan bir uzmanın Başhekim olarak gelmesi önlenmiş olmakla siyasi baskı azaltılmış ve üniversite sistemine bir benzerlik kazandırılmış olacaktır.

- \* Yönetmeliğin 47. maddesi kaldırılmalıdır.Zira uzmanlık dallarına alınacak olan öğrencilerin şartları yeterince belirlenmiştir.Yeniden sınav her hangi bir şekilde kısıtlanmamalıdır.
- \* Yönetmeliğin 50. maddesinde tanımlanan eğitim sorumlusunun tarifi yapılmamıştır. Eğitim sorumlusu, Uzm.Öğrencisinin teorik ve pratik uygulama ile rotasyonlarının takibi ve asistan karnelerinin düzenli olarak tutulmasında sorumlu olmalıdır.Tez danışmanı ise bilimsel çalışmayı yönlendiren ve takip eden eğitim elemanı olmalıdır.
- \* Uzmanlık tezinin süresinin uzatılması halinde maaş kesintisi zaten yapılamaz. En azından kişinin memuriyeti devam etmektedir.Ancak bu durumda uzmanlık öğrencisinin aktivitesi devam edeceğinden dolayı Performanstanda yararlanmamıştır.
- \* Yönetmeliğin 54 ve 55 maddelerinde tanımlanan uzmanlık sınavı konusu kanımızca şöyle olmalıdır:Uzmanlık sınavının teorik bölümü ÖSYM tarafından yapılmalı Pratik bölümü yönetmelikte tanımlanan jüri tarafından yapılmalıdır.
- \* ROTASYONLAR:Vasküler Crr.1, Göğüs.Crr:1, Patoloji 1 .Anesteziyoloji-Yoğun Bakım 2, Ortopedi 1, Çocuk Crr 1, Üroloji 1, K.Doğum 1, Plastik Crr 2 ay olmalıdır.Ayrıca özellikli cerrahi uygulamaları için isteğe bağlı olarak 2 yıllık eğitim programları düzenlenebilir. Bunlar dışında yine genel cerrahiye çok yakından ilgilendiren ENDOSKOPI ve ULTRASONOGRAFİ rotasyonlarında isteğe bağlı olarak üçer ay kadar düzenlenmeli ve sertifikasyon programında olmalıdır.Zira genel cerrahi dışındaki bir çok branşlarda buna benzer uygulamaların sertifikasyona tabi tutulmaksızın yapıldığıda bir vakiadır. Diğer konularda Başkanlığınızın görüşleri ile hemfikiriz arz ederim.



## **S.B. ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

Op. Dr. Ahmet Kuşdemir / 2. Genel Cerrahi Klinik Şefi

Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği taslağı ve rotasyonlar ile ilgili olarak, Sağlık Bakanlığımıza gönderilmek üzere hazırladığınız ve tarafımıza değerlendirilmek üzere göndermiş olduğunuz görüşleriniz ve özellikle Genel Cerrahi eğitimindeki rotasyon programı; kliniğimiz şef, şef yardımcısı ve uzmanları ile birlikte incelenmiş ve kliniğimiz tarafından da uygun bulunmuştur. Ayrı bir önerimiz yoktur.

Bilgilerinize sunarız. Saygılarımızla.





## S.B. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Op. Dr. A. U. Öngören / 2. Genel Cerrahi Klinik Şefi

Tarafıma danışmış olduğunuz ,genel cerrahi uzmanlık alanının hangi yan dalları içerdiği hususunda,kliniğim ve şahsıma ait görüşler şu şekilde özetlenebilir. Yaptığımız değerlendirme sonucunda bir uzmanlık dalında spesifikleşmenin ,bilimsel gelişmeyi ve hizmet kalitesini arttıracak kanaatindeyiz. Yurt dışı uygulamalar ve ülkemiz şartları göz önünde bulundurularak genel cerrahi yan dal ihtisaslarının şu başlıklar altında ve sürelerde olmasının uygun olacağı görüşündeyiz.

* Gastroenterolojik Cerrahi	3 yıl
* Hepato-pankreatiko-bilier cerrahi	(sertifikasyon ile)
* Kolorektal cerrahi	(sertifikasyon ile)
* Onkolojik cerrahi	3 yıl
* Periferik vasküler cerrahi	3 yıl
* Meme ve endokrin cerrahisi	3 yıl
* Yoğun bakım,acil ve travma cerrahisi	3 yıl
* Transplantasyon cerrahisi	3 yıl

Yukarıda belirlenen yan dal ihtisaslarında,daha çok sayıda genel cerrahi uzmanına eğitim verilebilmesi için,üniversite ve eğitim hastanelerinde gerekli şartların oluşturulmasına yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.

Gereği bilgilerinize arz olunur.



## S.B. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Prof. Dr. Mehmet Ali Akkuş / 4. Genel Cerrahi Klinik Şefi

Yan dal uzmanlık eğitimi bu uygulamalara ilişkin yetkinliğin ve yeterliliğin ilgili tıpta yan dal uzmanlık eğitimi vermeye yetkilendirilmiş eğitim birimlerinde, bu eğitimi vermeye yetkili kılınmış eğiticiler tarafından ve kabul edilmiş bilimsel ölçütlere uygun standart bir eğitim ile verilmesi gerekmektedir.

Yan dal eğitimi verilecek kliniklerde, veya sertifikasyon vermeye yetkili kılınacak kliniklerde

- "eğitim süresi",
- "eğitim süreci boyunca yapılan asgari tıbbi girişim sayısı",
- "eğitimin kuramsal içeriği",
- "eğitim biriminin özellikleri",
- "eğiticilerin özellikleri",
- "eğitim görenlerin özellikleri",
- "eğitim sonunda yapılacak değerlendirme"

gibi unsurlar yönünden objektif kurallara bağlanması gerekir.

Eğitimin süresi ve bu eğitim süresi boyunca uygulanacak girişim sayısının, eğitim gören hekime uygulamalar konusunda bilgi, beceri ve deneyim kazandıracak yeterlikte olması gerekmektedir. Kuşkusuz bu eğitim sürecinde yalnızca tıbbi girişimlerde bulunmak yeterli olmayacak, eğitimin içeriğinin de amaca uygun bir şekilde düzenlenmesi gerekecektir. Bu eğitim programının gerçekleştirilebilmesi için eğitim birimlerinin özellikleri ve eğiticilerin nitelikleri de önemlidir. Bu nedenlerle vaka sayısının yeterli sayıda olabilmesi için Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyük merkezlerde yan dal ihtisası ve sertifikasyon eğitimlerinin verilmesi kanaatindeyiz.

Yan dal ve sertifikasyon uzmanlık eğitimi vermeye eğitim birimlerinin yetkilendirilmesi yurtdışındaki merkezlerin bir bölümünde ilgili uzmanlık derneklerinin oluşturduğu standartlara göre yapıldığı görülmektedir. Derneklerin oluşturduğu yeterlilik komisyonları ilgili merkezleri denetleyerek ilgili yan dalı vermeye uygun merkezlere sertifika verme yetkisi vermektedir. Yan dal eğitim standartlarının ülkemiz için en kısa sürede gerekli "niteliklere" sahip, en fazla sayıda yan dal uzmanının eğitilebilmesi esas göz önüne alınarak Türk Cerrahi Derneği tarafından belirlenmesinin uygun olduğu düşüncesindeyim. Yan dal eğitiminin standardizasyonu için teorik, pratik eğitim program kriterleri ile merkezlerdeki fiziki şartlar ve gereklilikler objektif olarak ilgili yan dal derneklerince de tespit edilerek Türk Cerrahi Derneği çatısı altında değerlendirilerek son halıyla Sağlık Bakanlığına sunulmalıdır.



Kadrolarla ilgili olarak, fakültelerin yan dal uzmanlık kadrolarının sayısı YÖK tarafından saptanmış kurala bağlı olarak belirlenmektedir. Bu kurala göre anabilim dalındaki yan dal uzmanlıkları için belirlenen kontenjan o anabilim dalının ideal kadrosunun yüzde 10'unu geçemediğinden alınacak yan dal uzmanı sayısı 1-2 olabilmektedir. Buna karşın Sağlık Bakanlığının Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için ilan ettiği kadro sayılarının oradaki eğitim verebilmeye yetkili uzman sayısı ile orantısız olduğu görülmektedir.

Benzer problemler sertifikasyon programları için de geçerli olacaktır. Sertifikasyon programlarına alınma kriterleri ve programa yetkili klinikler sağlık bakanlığı, YÖK ve dernekler tarafınca tespit edilmelidir. Bu programlar süresince uzmanların çalışmakta olduğu kurumlarındaki konumları, sertifikasyon alacakları kurumdaki konumları tanımlanmalıdır. Sertifikasyon programlarındaki uzmanların maaş ve döner sermaye ödemeleri hangi kurum tarafından karşılanacağı gibi sorunlar ortaya çıkacaktır. Sertifikasyon alan uzmanların bunu unvan olarak kullanıp kullanmayacağı belirtilmelidir. İlgili sertifikasyonun alınmasıyla yeterli donanımına sahip olmayan hastanelerde bu ünvanları kullanıp kullanamayacakları belirtilmelidir.

Yurtdışında alınan yan dal eğitimlerinin ve sertifikasyonlarının yurtiçi denk sayılabilmesi için ilgili dernekler tarafından oluşturulan komisyonun uygun gördüğü merkezler ve bu merkezlerde alınan eğitimin belgelendirilme ve denklik kriterleri objektif olarak belirtilmelidir.

Yan dal uzmanlığı, aynı yan dalda eğitim verebilme yetkinliğini, sertifikasyon programlarının ise bir işlemi sadece uygulayabilme yetkinliği kapsamının uygun olabileceği düşüncesindeyiz.

Saygılarımızla.



## S.B. İZMİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Dr. Ali Galip Deneçli / Cerrahi Koordinasyon Şefi

Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı Tıpta Uzmanlık Yönetmeliğinde yer almasını istediğimiz Genel Cerrahi Uzmanlık alanının yan dalları ile ilgili görüşümüz aşağıda belirtilmiştir.

\* Genel Cerrahi Yan Dalları

- \* Gastroentolojik Cerrahi.
- \* Onkolojik Cerrahi
- \* Periferik Vasküler Cerrahi
- \* Acil ve Yoğun Bakım Cerrahisi
- \* Transplantasyon Cerrahisi

\* Genel Cerrahi Sertifikasyon Dalları

- \* Hepato-bilier Cerrahi
- \* Endokrinolojik Cerrahi
- \* Kolo-rektal Cerrahi
- \* Meme cerrahisi
- \* Deneysel Cerrahi Çalışmalarında başarılar diler saygılar sunarım.



## S.B. İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Doç. Dr. Ragıp Kayar / I. Cerrahi Klinik Şefi

Ana dalımız olan Genel Cerrahi’de uzmanlık eğitim süresi 5 yıldır.  
Genel Cerrahi ile bağlantılı halen üç yan dalımız vardır.

- a)- Gastrointestinal Cerrahi
- b)- Onkolojik Cerrahi
- c)- Damar Cerrahisi

Her üçünün eğitim süresi 3 yıldır.

Halen birçok Fakülte ve Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde uygulanmakta olan bazı özel alan cerrahilerinin yan dal olarak kabul edilmesi en büyük dileğimizdir;

- a)- Tiroid cerrahisi
- b)- Meme cerrahisi (Onkoplastik meme cerrahisi-OPC)
- c)- Kolon ve Rektum cerrahisi (KR)
- d)- Hepatopankreatobilyer cerrahi (HPB)
- e)- Transplantasyon cerrahisi
- f)- Özofagus ve Mide cerrahisi (ÖM)

Bu yeni yan dallar açıldığında var olan Gastrointestinal ve Onkolojik Cerrahi yan dallarının kaldırılması gerekmektedir.Çünkü KR,ÖM ve HPB zaten bu sistemi temsil etmektedir. Böylece halen 3 olan yan dal sayısı önerimiz gerçekleştiğinde 7 olacaktır. Yani sayıca 4 artış olurken 2 eski branş yerine 6 yeni branş oluşacaktır.

### BİLİMSEL GEREKLİLİK

Burada önerilen 6 yeni yan dalın her biri için geçerli olabilecek gerekçeleri son 15 yılımı verdiğim “MEME CERRAHİSİ” alanında sunmak istiyorum:

İngiltere’de yapılan bir araştırmada sadece meme cerrahisi yapan hekimlerin tedavi ettiği meme kanserlilerde, genel cerrahların tedavi ettiği meme kanserli hastalara kıyasla ömür kazanımında istatistiksel olarak anlamlı bir üstünlük saptandı( 1,2). Bu veriler sayesinde İngiliz sağlık bakanlığı OPC yi bir yan dal olarak tanıyıp bu dal için 40 kadro tahsis etti.

### YAN DAL EĞİTİMİ

OPC de olduğu gibi her yan dal için özel bilgi,beceri ve eğitim gereklidir.İngiltere’de OPC eğitimini kimlerin nasıl yapacağı bir dergide yayınlanmıştır.( 3)



## DÜNYADAKİ UYGULAMALAR

OPC yi yasal bir yan dal olarak tanıyan ilk ve tek ülke İngiltere'dir. Eylül 2007'de Ankara'da yapılan 9.Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi'nde davetli konuşmacı olarak gelen yabancı konuklar bir "Meme cerrahisi eğitimi" panelinde bir araya geldiler.İngiliz OPC eğitim grubu sorumlusu Rainsbury' nin yan dalı nasıl kurduklarını ve nasıl sürdürdüklerini açıklayan konuşmasından sonra söz alan New York' lu Borgen: ' Meslektaşımı kutluyorum. ABD bu alanda elde ettiğiniz başarılarından çok uzak.Yalnızca New York'ta yaşayan 1000 civarında genel cerrahın 80'i meme cerrahidir.Ancak henüz ABD'de sertifikasyon programı başlamadı.İngiltere' deki durumu gerçekten gıpta ile izliyorum' şeklinde yorumladı (4). OPC 1970'lerde Fransa'da başladı ve yan dal haline gelmeksizin gelişti yaygınlaştı.İtalya ve Almanya'da da salt bu dalda ulusal ve uluslararası eğitim veren merkezlerde alana yönelmiş bir grup eğitimci hekim tarafından (Paris'te Clough, Düsseldorf ta Audretsch, Milano'da Rietgens, Petit ve Grisotti) sertifikasyon programı sürdürülmektedir.

## ÜLKEMİZ GEREKSİNİMLERİ

Ülkemizde meme cerrahisi ile özel uğraşan gruplar ancak bazı fakülte ve eğitim hastanelerinde yer almaktadır.

Bu alanda ağırlıklı çalışan hekimlerin sorunları şunlardır;

- Yeterli ameliyathane saati bulamamak
- Yeterli yardımcı ekip (Devamlı uzman ve asistan) bulamamak
- Tammlanmış bir eğitim programı bulunmayışı

Meme cerrahisi bir yan dal haline geldiğinde bu sorunlar çözülebileceği gibi şu ek kazanımlar da olacaktır:

- Meme hastalıkları ve kanseri daha doğru ve standart olarak tedavi edilecektir.
- Meme rekonstrüksiyonu eş zamanlı yapılarak daha çok kadın psikolojik sakatlıktan kurtarılacaktır.
- Meme kanserli kadınların yaşam kalitesi ve süresi artacaktır
- Meme kanserinin tedavi maliyetleri düşecektir.

## DIĞER YAN DALLARLA İLİŞKİLER

OPC nin Genel Cerrahi anabilim dalı içindeki yeri öneride belirtilen diğer yan dallarla birlikte tanımlanacaktır.

Fakülte ve Eğitim Hastanelerindeki Genel Cerrahi yapılanmasında tüm yan dalların oluşturulması idealdir.Bunu sağlamayan klinikler eksiklerini kurum dışı rotasyonlarla gidermelidir.



60 ay sürecek olan genel Cerrahi eğitiminde 9 aylık dış rotasyon,3 ay yıllık izin ve 12 ay yan dal rotasyonu (her yan dal 2 ay olmak üzere) bulunmalıdır.

OPC eğitiminde yer alacak eğiticilerin yarısının genel cerrahide meme ağırlıklı çalışanlardan.diğer yarısının ise meme ağırlıklı çalışan plastik cerrahi eğitimcilerinden oluşması yararlı olabilir.

### İSTİHDAM ALANLARI

Meme kanseri çok yaygın olduğu için OPC gereksinimi üst düzeydedir.Ülkemize yakın nüfusa sahip İngiltere’de OPC gereksiniminin 400 olduğu hesaplanmıştır.Bu gereksinim için İngiliz

Sağlık Bakanlığının açtığı kadro sayısı 40 olup, gereksinimin 10 yılda karşılanması düşünülmektedir.Bu kadroların OPC eğitimini verebilecek sayıda eğiticisi ve koşulları bulunan merkezlere tahsis edilmesi uygun olacaktır.

Halen OPC aktif olarak uygulamakta olan ve dolayısıyla bu eğitimi verebilecek koşullara sahip üç merkez bulunmaktadır:

- 1- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD Meme Endokrin Bölümü  
(Prof Dr. Savaş Koçak)
- 2- Ankara Onkoloji Hastanesi 5.Cerrahi Kliniği  
Doç. Dr. Haluk Alagöl  
Doç. Dr. Mehmet Ali Gülçelik
- 3- İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi I.Cerrahi Kliniği  
Doç. Dr. Ragıp Kayar  
Op. Dr. Murat Çobanoğlu  
Op.Dr. Osman Güngör  
Op.Dr. Hidayet Çatal  
Op.Dr. Mustafa Emiroğlu

Ancak yukarıda belirttiğim yapılanma ile tüm büyük kent fakülte hastanelerinde meme cerrahisi ağırlıklı çalışan eğiticiler Plastik Cerrahi’den alacakları yardımla bu eğitimi başlatabilecek durumdadırlar.

### YAN DALLARININ GENEL CERRAHİ İLE İLİŞKİSİ

Ön görülen yan dallar şunlardır:

- 1- Özofagus- Mide Cerrahisi
- 2- Hepatopankreatikobiliyer Cerrahi
- 3- Koloproktolojik Cerrahi
- 4- Meme Cerrahisi ( Onkoplastik Meme Cerrahisi)
- 5- Tiroid Cerrahisi
- 6- Transplantasyon Cerrahisi



## YAN DAL EĞİTİM SÜRESİ

Üç yıl genel cerrahi eğitimi sonrasında iki yıl OPC eğitimi yeterlidir.

Genel Cerrahi Eğitimi	60 ay
Dış Rotasyonlar	9 ay
Yan Dal Rotasyonları	12 ay (her yan dala 2 ay)
Genel Cerrahi	39 ay (3 aylık izinin rotasyonlara -denk gelmemesi sağlanmalıdır)

Her eğitim kliniğinin Genel Cerrahide ne sürelik bir eğitim ve hangi yan dallarda eğitim vereceği Eş-Yetkilendirme (Akreditasyon) Kurulunca belirlenmelidir. Asistan gerek genel cerrahideki gerekse yan dal rotasyonlardaki eksik sürelerini uygun görülecek kurumlarda tamamlamalıdır.

Genel Cerrahi Eğitimi verebilme süresi şu ölçütlere dayanmalıdır

- \* Asistan başına düşen yatak, eğitici ve ameliyat
- \* Kliniğin akademik araştırma puanı (yayın, sunum....)
- \* Belirli ameliyatlardaki başarı yüzdesi (örneğin yenileme, reoperasyon, komplikasyon oranı..) Hastaneler gibi Genel Cerrahi Klinikleri de tam teşekküllü olur veya olamaz. Tüm yan dallarda ve Genel Cerrahinin bütün süresini kapsayabilecek bir eğitim verebilen klinikler mevcut eğitim kliniklerinin kaçta kaçtır?

En fazla % 20. O halde % 80 eksikimizi kurumlar arası rotasyonlarla gidermemiz ve Türk Cerrahi Derneği'nin saptayacağı asgari standartlara ulaştırmamız gerekmektedir

Sonuç olarak TCP' ne düşen yükümlülükler şunlardır

- \* Eğiticileri yerel, bölgesel ve ulusal bazda çeşitli kademe toplantıları ile yukarıdaki taslak konusunda eğitmek, taslağı tartışmak ve benimsenmesini sağlamak
- \* Taslağın kabulünden sonra her kliniğin GC ve Yan Daldaki eğitim kapasitesinin belirlenmesi için Eş -Yetkilendirme Kurulu'nu devreye sokmak
- \* Kurulacak sistemin Sağlık Bakanlığınca tanınması için gerekli başvuruları yapmak.

## KAYNAKLAR

- 1- Rainsbury D. Lancet 1995;354:1265
- 2- Roohanm Am J Public Health 1998;88:454
- 3- Oncoplastic Breast Surgery. Eur J Surg Oncol 2007;33 (suppl):L-23
- 4- 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı. Meme Sağlığı Dergisi 2007;3 (Ek sayı)





## S.B. İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Doç Dr. Ragıp Kayar / Cerrahi Klinik Şefi

8.10.08 tarihinde kliniğimizde yaptığımız eğitimciler toplantısı sonucunda konuyu tartışarak aşağıdaki konularda görüş birliğine vardık:

- \* Genel cerrahi ana bilim dalı korunarak yan dal oluşturulması gereklidir.
- \* Halen var olan yan dallar:
  - Cerrahi onkoloji
  - Gastrointestinal cerrahi (?) dir.
- \* Yeni oluşturulması gereken yan dallar şunlardır:
  - Üst gastrointestinal kanal cerrahisi (özefagus ve mide)
  - Hepatopankreatobilyer cerrahi
  - Kolo-proktolojik cerrahi
  - Transplantasyon cerrahisi
  - Tiroid cerrahisi
  - Meme cerrahisi
  - Acil ve travma cerrahisi
- \* Eğitim veren bir fakülte cerrahi kliniği bu alt grupları kurabilir (öğretim üye sayısı belirlenecek bir rakamın üzerindeyse). Yeterli sayıda elamanı olmayan klinikler ise (taşra fakülteleriyle, eğitim hastanelerindeki) olanaklar varsa bu yandallardan bir veya birkaçını (sınır konmamalı) kurabilirler.
- \* Oluşturulacak yan dal birimi merkezi bir kurul tarafından (TCD denetim kurullarınca) yetkilendirilmelidir.
- \* Genel cerrahi kliniğindeki yandal uzmanları genel cerrahi nöbetlerine girmemelidir.
- \* Asistanın hangi yandal biriminde ne süre ile kalacağı merkezi otorite (TCD) tarafından belirlenmelidir: örneğin 60 aylık asistan eğitiminin 9 ay'ı dış rotasyon 15 ay'ı yandal, 36 ay'ı ise genel cerrahi olarak düzenlenmelidir.
- \* Herhangi bir klinikte yandallardaki açık ve eksiklik varsa bu, aynı kentteki kurumlarda yapılacak rotasyonlarla kapatılmalıdır.

Görülüyor ki, yan dalların belirlenmesidir başlangıç noktası olarak alınmamah, bir çok hazırlık gerektiren bir sonlanma noktası olarak değerlendirilmelidir.

Saygılarımla.



## S.B. ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Doç. Dr. Uğur Berberoğlu / 2. Cerrahi Kliniği Şefi

Ülkemizde her yıl kanserli hasta sayısı giderek artmakta ve cerrahlar tanı ve tedavide temel rolü oynamaktadır. Kanserle ilgili birçok merkez ve cerrahi bölümleri iyi bir hizmet sunma çabasıdadır. Bu bağlamda hem genel cerrahi asistan, hem de uzman eğitiminde cerrahi onkoloji alanında da belli standartlar oluşturmak gerekir.

Cerrahi onkoloji; oro-özefago-gastrointestinal trakt, parankimal ve endokrin organlar ile deri, mezenkimal, nörojenik, kemik ve yumuşak doku solid tümörlerinin tedavisi gibi oldukça geniş bir alana hitap etmektedir. Ayrıca korunma, genetik danışma, spesifik tanı ve evreleme yöntemleri, rehabilitasyon ve takip konuları da cerrahi onkolojinin alanı içindedir.

Uygun bir cerrahi onkoloji eğitimi için cerrahın; medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, radyolog, patolog ve temel bilimlerle etkileşim içinde olduğu multidisipliner bir ortamda çalışması gerekir. Bu perspektifle bakıldığında gerek koruyucu onkolojik sağlık hizmetleri, gerek tedavi edici ve gerekse hasta takip hizmetleri açısından bu uygulamaların ilgili alanda özel eğitim almış hekimler tarafından verilmesinin hem hasta sağlığı, hem de ülke ekonomisi bakımından önemli katkılarının olacağı kanaatindeyiz. Onkoloji alanında eğitim almış cerrahlar da bu multidisipliner zincirin vazgeçilmez halkalarıdır.

Ülkemizde daha önce de cerrahi onkoloji yan dal uzmanlık eğitimi belli merkezlerce kısıtlı sayıda hekime verilmiş ancak, ne yazık ki standart bir uygulama haline getirilememiştir. Ulaşım ve iletişim çağının bu kadar geliştiği bir dünyada ve ülkemizde genel cerrahiye ilgilendiren onkolojik problemlerin, ilk müdahalede yapılan hatalarla daha da karmaşık bir hal almadan hasta sağlığını gözeterek bu konuda eğitim almış kişilerce çözümlenmesi için cerrahi onkoloji yan dal eğitiminin verilmesi kaçınılmazdır. Bir defaya mahsus olmak üzere onkolojik cerrahi uygulamalarının yoğun bir şekilde gerçekleştirildiği merkezlerde görev yapan; bu alanda en az 5 yıl süreyle çalışmış, yeterli nitelik ve sayıda yayını olan, eğitici niteliklerine sahip hekimlere cerrahi onkoloji yan dal uzmanlık belgesinin verilmesinin bu merkezlerdeki bilgi birikimi ve tecrübenin aktarılması hususunda büyük yarar sağlayacağı kanısındayız. Ayrıca cerrahi onkoloji yan dal eğitim kurumlarının ve hizmetlerinin belli merkezlerde toplanma yerine ülke sahilinde uygun olan her merkeze yaygınlaştırılması gerekir diye düşünüyoruz.



iyinin düşmanıdır. Şimdiye kadar 17 si uygulama alanı bulamamış uzmanlık eğitimi taslaklarında da bunu görüyoruz. Herkes kendinin en güzeli yaptığının inancını taşımaktadır. Diğer tarafları belki görmezlikten gelmektedir.

Kanımız odur ki bazı tarafların görüş ve yaklaşımları arasında geniş bir mesafe varsa aklı selim sahibi insanlara bu mesafeleri kapatmak düşer.

Türk Cerrahi Derneğini arkasındaki, gücü onbine yaklaşan kadrosu ile tarafların arasında arabulucuk yapabilecek niteliklere haiz bir oluşum olarak değerlendiriyor ve bunu kurul üyelerimizden bekliyoruz.

Konu ile doğrudan ilgili olmayan ve belki beklentilerinize yanıt olmayan bu görüşlerimizi yadırgamayacağınızı umar, derin saygılarımızla başarılı çalışmalar dileriz.



## SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Adil Kartal / Genel Cerrahi AD. Başkanı

Genel Cerrahi Uzmanlık alanının yan dalları ile ilgili görüşlerimizi almak üzere göndermek lütfunda bulunduğunuz Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği Tasarısı ve konu ile ilgili görüşlerinizi içeren doküman için teşekkür ederiz.

İznilen olmayan öğretim üyelerimizin görüşleri alınarak hazırlanan aşağıdaki düşüncelerimizi arz ederiz.

Sayın Başkan Prof. Dr. Cem TERZİ' nin Türk Tabipler Birliği ilgili kuruluna yazdığı cevabi yazısında, bize gönderilen Uzmanlık Eğitim Taslağının Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 18. çalışma olduğu görülmektedir. Muhtemelen bu da diğerlerinin akibetine uğrayacak yani bir şekilde bu tasarının da üstesinden gelinerek Bakanlık 19. sunu hazırlama onurunu (?) elde edecektir.

Kanımızca yan dal uzmanlık alanları üzerinde görüş teatisinde bulunmak kadar geçmiş de sorgulanmalıdır. Geçmiş hataları tekrar etmemek için öncelikle tüm tarafların ön yargısız olarak bir araya gelmelidir. Ama tüm taraflar nasıl bir araya getirilecek, nasıl ortak bir yol izlenecek, bunu belirlemenin Türk Cerrahi Derneğinin yeni kuruluna ait olduğu kanısındayız.

Türk Cerrahi Derneği yeni Yönetim Kurulundan değişik bir açılımla, diğer tarafların belki yapmak istemedikleri bir yaklaşımla eğitim taslağını ele almasını diliyoruz. Şimdiye kadar sergilenmemiş bir politika istiyoruz. Kucaklayıcı olsun, bütünleştirici olsun, itici ve kırıcı olmaktan uzak olsun. Böyle bir yol, böyle bir politika belki Sağlık Bakanlığına daha çok yakışırdı. Günümüz toplumu tartışan ve kavga edenleri değil; tartışarak, konuşarak anlaşanları ve uzlaşanları yeğlemektedir. Hiç kimse başka bir kimseden daha çok vatansız olduğunu iddia etmek hakkına sahip olmamalıdır.

Tarafları bir araya getirerek ortak bir yol haritası izlemenin kolay olmadığını biliyoruz. Ancak sizler zora talip oldunuz, seçildiniz. Hizmet edecek ve başaracaksınız, sizlere güveniyoruz. Sayın yeni Başkanımız Cem TERZİ, bize ulaşan maillerinde bundan önce dar çerçevede ve Ankara' da yapılan Türk Cerrahi Derneği seçimlerini Ulusal Kongreye taşıyacağını dile getirmektedir. Bu açılımı düşünen kurulumuzdan, bağılı da olsa Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi ilgili kurulunu da ikna ederek şimdiye kadar olan itici uzlaşmaz tutumundan vazgeçirebileceği kanısındayız.

Şimdilerde tüm taslak üzerinde değil de yasalaşmış önceki taslakların aksayan yönleri üzerinde durmalıydık. Böyle olmazsa havanda daha çok su dövüleceği inancındayız.

Hepinizin, hepimizin derdi ülkemiz insanına, hekimimize, cerrahi camiamıza en iyi hizmeti vermektir. Ancak en iyi elde edilemiyor diye iyiden vazgeçemeyiz. En iyi bazen



## TÜRK KOLON VE REKTUM CERRAHİSİ DERNEĞİ

Prof. Dr. Ethem Geçim / TKRCD Üyesi

ABD ve AB'nin Kolorektal cerrahi eğitimindeki düzenlemeleri ekte sunulmuştur. Bu belgeler incelendiğinde kolorektal cerrahi alanında eğitim almanın çeşitli ülkelerde farklı yolları olduğu ve bu eğitimin cerrahi sonuçlar üzerinde çok olumlu etkilerde bulunduğu anlaşılmaktadır.

Ülkemiz için başlangıçta önerilecek model, sertifikasyon programları şeklinde, belli merkezlerde, bu konuda istekli genel cerrahlara 1 yıl gibi bir süre içinde gerekli eğitimin verilmesi şeklindedir. Gelecekte ABD'deki board sistemine benzer bir sisteme geçilebilir.

### AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ KOLOREKTAL CERRAHİ BOARD'UNUN TARİHÇESİ

American Board of Colon and Rectal Surgery ilk olarak 1934 yılında, American Board of Proctology olarak kurulmuş ve kuruluşu 13 Ağustos 1935 de American Board of Medical Specialties bünyesinde resmiyet kazanmıştır.

1940 yılında Amerikan Board of Surgery, proktologların sertifikasyonu için Central Certifying Committee in Proctology of the American Board of Surgery ismi ile kurulan komiteye yetki vermiştir. 15 Haziran 1949 da Advisory Board for Medical Specialties and the Council on Medical Education and Hospitals yani ülkemizdeki karşılığı Uzmanlık Dernekleri Konfederasyonu olan kurum tarafından, American Board of Proctology kurumunu ve proktolojiyi bir primer ihtisas dalı olarak tanımıştır. Proktoloji Board'u benzeri şekilde tanınmış ihtisas dalları arasında 18. Sıradadır. 15 Nisan 1961 de board, American Board of Colon and Rectal Surgery adını almış ve bugünkü son haline gelmiştir. Board'un tüm faaliyetleri, maddi ve bilimsel açılarından ASCRS,AMA ve ACS tarafından sponsor edilmektedir.

### BOARD SERTİFİKALI BİR KOLOREKTAL CERRAHİN TANIMI VE BOARD'UN ANLAMI

Bu cerrah, 5 yıllık mezuniyet sonrası tıp eğitimi konseyi tarafından tanınan bir programda 5 yıllık genel cerrahi eğitimini tamamladıktan sonra, yine aynı konseyin tanıdığı bir kolorektal cerrahi eğitim programında en az 1 yıllık formal eğitimini tamamlayıp, board'un gerekli gördüğü aktiviteleri yerine getirerek ve gerekli sayıda operatif prosedürü gerçekleştirdikten sonra Amerikan Kolon ve Rektum Cerrahisi Boardunun yazılı ve sözlü sınavlarında başarı gösterdikten sonra board sertifikası almaya hak kazanır.



Ancak bu sertifikayı almadan önce mutlaka American Board of Surgery yani genel cerrahi board sertifikasını almış bulunmalıdır. Bu sertifika olmadan kolon ve rektum board sertifikası verilmez.

Demek ki kolorektal cerrahlar öncelikle genel cerrahide yeterli düzeye geldiklerini belgeledikten sonra ince barsaklar, kolon, rektum ve perineal bölge hastalıklarının tıbbi ve cerrahi tanı ve tedavisinde ek bilgi ve yetenekte yetiştirilirler. Kolon ve rektum cerrahlarının bu ek yetenek ve bilgileri arasında kolon ve rektumun endoskopik prosedürleri, anorektal fizyoloji teknikleri kullanarak pelvik döşeme ve anal sfinkterlerin değerlendirmeleri gibi genel cerrahi eğitiminin konuyla ilgili derinleştirilmeleri anlaşılmalıdır. Özellikle son zamanlarda Kolon ve rektum cerrahlarının kolon ve rektumun minimal invazif tekniklerle yapılan cerrahisi konusunda da eğitilmeleri eğitim programlarına dahil edilmektedir. Bir kolorektal cerrah sadece bunlarla sınırlı olmakla birlikte, kolorektal kanserler, polipler, inflamatuvar barsak hastalıkları, divertiküler hastalık, hemoroidal hastalık, fissür, abse, fistül gibi anal hastalıklar konusunda derinlemesine eğitilir. Bir kolorektal cerrah anal fizyoloji ve, kolon ve rektumun kabızlık, anal inkontinans gibi fonksiyonel hastalıkları konusunda da yeterince bilgi ve tecrübe sahibi olarak yetişmiştir. Bu şekilde yetişmesi için denetlenen programlarda eğitilen kolorektal cerrahlar hastalar bu konularda en yüksek standartta hizmet sunarlar. American Board of Colon and Rectal Surgery, kolorektal cerrahların sadece yetişmelerinde değil aynı zamanda sürekli tıp eğitimi ve bu ihtisas dalında sertifikasyonun idamesi için de hizmet vermektedir. Board sertifikası aslında belirli bir süre için verilmektedir. Ancak gönüllülük esas olmak üzere tüm sertifikalı kolorektal cerrahlar henüz sertifika bitiş tarihini beklemeksizin board'ın gerekli gördüğü eğitim programlarına katılarak isterlerse her yıl sertifikalarını tazeleyebilirler. Eğer sertifika süresi sonuna kadar bu tazelemeler yapılmazsa sertifikanın yeniden alınması için yeni bir değerlendirme sınavını geçmek gerekli hale gelir.

1973 yılında American Board of Medical Specialties (ABMS), yani ülkemizdeki UDKK eşdeğeri kuruluş, bünyesindeki 23 uzmanlık boarduna yönelik bir tavsiye kararı oluşturmuştur. Bu karara göre sertifikaların periyodik idamesi, uzmanlık sertifikasyonun ayrılmaz bir parçasıdır. Yani bir kez uzmanlık sertifikası alındıktan sonra bu sertifikanın idamesi için sertifika sahibi, ilgili uzmanlık boardunun gerekli gördüğü sürekli tıp eğitimi programlarını takip ederek bilgi ve yeteneklerini sürekli olarak geliştirir ve standardını korur. O halde uzmanlık board'u aynı zamanda kendi konusundaki bilginin çağdaş ve güncel standardını da sağlar. Her ne kadar 1990 dan önce verilmiş sertifikalar ömür boyu geçerliyse de 1999 yılından beridir verilen sertifikalar 10 yıl sürelidir ve süre dolmadan board'un gösterdiği yöntemler izlenerek yenilenmek zorundadır.



## AMERICAN BOARD OF COLON & RECTAL SURGERY OPERATIVE PROCEDURE STANDARDS POLICY

Eylül 2000 de Board ,bir " Standards Politikası" adıyla, kolorektal eğitimi yapan üst ihtisas asistanlarının yapmaları gereken operatif prosedürlerin, kabul edilebilir minimum rakamlarını belirlemeye başlamıştır. Bu politikayı şöyle açıklayabiliriz:

Perosedürleri 17 grupta toplayabiliriz. Bu 17 grubun her birini de aşağıdaki ek tabloda görebilirsiniz. Bu prosedürlere hem board tarafından verilen numaralar hem de bu prosedürlerin CPT kodları ekteki tabloda verilmiştir. Bu kategorilerdeki minimum prosedürlere ulaşamayan asistanlar board sınavına kabul edilmezler. Her ihtisas hastanesindeki eğitim program sorumlusu asistanların bu rakamlara ulaşması için gerekli yönlendirme ve düzenlemeyi yapmakla yükümlüdür. Bu sorumlular, asistanların durumunu eğitim süresi tamamlanmadan ara ara board ile koordinasyon içinde kontrol ederek eğitim süresi sonunda bu rakamlara ulaşılmasını sağlamaya çalışırlar.

	Operatif Prosedür No	Kategori	Gerekli En Az Vaka sayısı*
1	{1-2-3}	Hemorrhoid ameliyatları	34
2	{4-5-11-15-16}	Abscess/Fistula	32
3	{6}	Fissure	9
4	{8-9-10-60}	Pilonidal sinüs.	12
5	{7-14}	Anoplastiler	5
6	{13}	Transanal Excision/Tumor	7
7	{17-51}	Rektal prolapsus ameliyatları	4
8	{20-21-22-23}	Rigid Sigmoidoskopi	20
9	{24}	Flexible Sigmoidoskopi	25
10	{25-26-27-28-29-30-31}	Colonoscopy	138
11	{32-46-61}	Segmental Colectomy	37
12	{33-34}	Low Anterior Resection	11
13	{35}	Abdominoperineal Resection	4
14	{36-37-38-39}	Resections for Crohn=s	4
15	{40-41-42}	Resections of CUC/FAP	3
16	{43-44}	IPAA/Coloanal	7
17	{48-49}	Stoma Procedures	19

\*En az gerekli adet denilince board' un tavsiye ettiği ideal rakam anlaşılmamalıdır, bu sayılar board sınavına kabul edilmek için minimum bu sayıda, tercihan bundan çok daha fazla sayıda vaka yapılması tavsiye edilmektedir.



CPT Kodları ve Operatif Prosedür Listesi

	Kategori	Operatif Prosedür No	Alt kategori	CPT Kodu
1	Hemorrhoid ameliyatları	1 2 3	Excisional hemorrhoidectomy Non-excisional hemorrhoidectomy Excisional thrombosed external hemorrhoid	46221, 46500, 46934, 46935, 46936, 46320 46255, 46250, 46260
2	Abscess/ Fistula	4 5 11 15 16	Incision ve drainage of abscess (non Crohn's) Drainage of fistulotomy, perineal Crohn's Anal fistulotomy veya fistulectomy Endorectal flap procedure for ano-vaginal/ano-perineal fistula Tamir rectovaginal fistula ( flap dışı)	46040, 46045, 46050, 46060 46000, 46040, 46045, 46050, 46060 46270, 46275, 46280, 46285 57300+ 14040, 46288 57300
3	Fissure	6	Lateral internal sphincterotomy	46080
4	Pilonidal sinüs.	8 9 10 60	Excision or exteriorization, pilonidal disease Excision veya exteriorization, hidradenitis suppurativa Excision veya fulguration, condylomata acuminata	11770, 11771, 11772 11470, 11471 46924, 46922 46922 ve 11400- 11406
5	Anoplastiler	7 14	Anoplasty for stricture veya ectropion İnkontinent anal sfinkter tamiri	46700, 46705 46750
6	Transanal Excision/ Tumor	13	Rektum tümörünün Transanal excision veya fulgurationu	45170 snare 45307
7	Rektal prolapsus ameliyatları	17 51	Rektal prolapsus için Perineal procedure (resection, circlage, vb.) Rektal prolapsus veya invaginasyon için Resection veya fixation	45123, 45130 44111, 44050





8	Rigid Sigmoidoskopi	20	Tanısal,tarama	45300
		21	Terapötik(fulgurasyon,snare)	45315,45308,45309
		22	Volvulus detorsiyonu	45321
		23	Diğer sigmoidoskopi prosedürü	
9	Flexible Sigmoidoskopi	24		45330
10	Colono skopi	25	Tanısal Kolonoskopi(İBD)	45378
		26	Tanısal kolonoskopi(diğer)	45378
		27	Kolonoskopi polipektomi	45383, 45384, 45385
		28	volvulus veya pseudo-obstruction'un dekompresyonu	45337
		29	Endoskopik laser tedavisi	
		30	Strikür dilatasyonu	45303
		31	Diğer	
11	Segmental Colectomy	32	Kanser için parsiyel kolektomi(sağ,sol ,segmental)	44140
		46	Divertiküler hastalık için rezeksiyon	44140
		61	Diğer nedenlerle rezeksiyon	44140
12	Low Anterior Resection	33	Kanser için staplerle rezeksiyon	44145
		34	Kanser için suturla rezeksiyon	44145
13	Abdominoperineal Resection	35	Kanser için abdominoperineal rezeksiyon	45110, 45126
14	Resections for Crohn's	36	İnce barsak	44120
		37	İleokolik rezeksiyon	44160
		38	Kolektomi(proktektomi ile birlikte)	44152,44155
		39	Kolektomi(Proktektomisiz)	44150
15	Resections of CUC/FAP	40A	Ülseratif kolit için kolektomi ve proktektomili rezeksiyon	44155
		40B	Ülseratif kolit için kolektomi-proktektomisiz rezeksiyon	44150
		41	Poliposis sendromları için kolektomi ve proktektomili rezeksiyon	44155
		42	Poliposis sendromları için kolektomi ve proktektomisiz rezeksiyon	44150



16	IPAA/Coloanal	43	İleoanal prosedür(Ülseratif kolit veya poliposis)	44152,44153,54113
		44	Koloanal prosedür	45119,45112
17	Stoma Procedures	48	Kolostomi veya çekostomi açma,kapama,revizyon, relokasyon	44343, 44320, 44340, 44620, 44626, 44345, 44346
		49	İleostomi açma,kapama,revizyon, relokasyon	44314, 44312, 44310, 44620, 44625

### GABD'de KOLOREKTAL CERRAHİ EĞİTİMİ ve BOARD SERTİFİKASYONU'NUN CERRAHİ SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Yukarıda tarihçesi ve mevcut durumu anlatılmış olan eğitim ve sertifikasyon programı, özellikle cerrahın bilgi ve tecrübesinin önem kazanmış olduğu, cerrahi tedavisi her halikarda zor olan örneğin rektum kanseri gibi hastalıkların cerrahi tedavisinde çok önemli sonuçlar ortaya çıkarmıştır.

Aşağıda örnekleri verilen çalışmalardan da anlaşılacağı üzere, sağ kalım oranları ve lokal nüks oranları hesaplandığında, cerrahın gerek kolorektal cerrahi uzmanı olması gerekse sürekli olarak belirli sayının üzerinde rektum ameliyatı yapması halinde gerek lokal nüks oranlarının düşüklüğü gerekse sağ kalım oranlarının yüksekliği açısından anlamlı derecede olumlu bir etki tespit edilmiştir. Cerrahın kolorektal cerrahi eğitimi almış olmasının olumlu etkileri birçok benzer çalışmada "daha az kalıcı stoma açılması, daha az otonom sinir yaralanması, mortalite ve morbiditenin daha düşük olması" şeklinde kendini göstermektedir.

Cerrahların kolorektal eğitimi almış olmaları ile ortaya çıkan **kamu yararı** sadece Kolorektal hastalıkların daha başarılı tedavi edilmesi ile sınırlı değildir. Bu konuda üretilen bilimsel verilerin büyük çoğunluğu, hastalıkların tedavileri ile ilgili ileriye dönük araştırmaların en önemli kısımları yine bu konuda ileri eğitim almış kolorektal cerrahlar tarafından gerçekleştirilmekte ve son 10 yıllarda dünya tıp literatürüne en büyük katkıyı yapmış olan Amerikan sisteminde genel cerrahların uzmanlık sonrası üst ihtisas eğitimi programları halen 1.Periferik Damar Cerrahisi, 2.Kalp cerrahisi,3.Göğüs cerrahisi ve 4.Kolorektal cerrahi programları şeklindedir. Bunlar dışında transplantasyon, minimal invazif cerrahi, endokrin cerrahi, cerrahi onkoloji, gastrointestinal cerrahi gibi başlıklar altında uzmanlık sonrası eğitim veren programlar olsa da sadece yukarıda numaralandırılmış olan dört branşta yapılan eğitim sonunda uygulanan sınav ve verilen

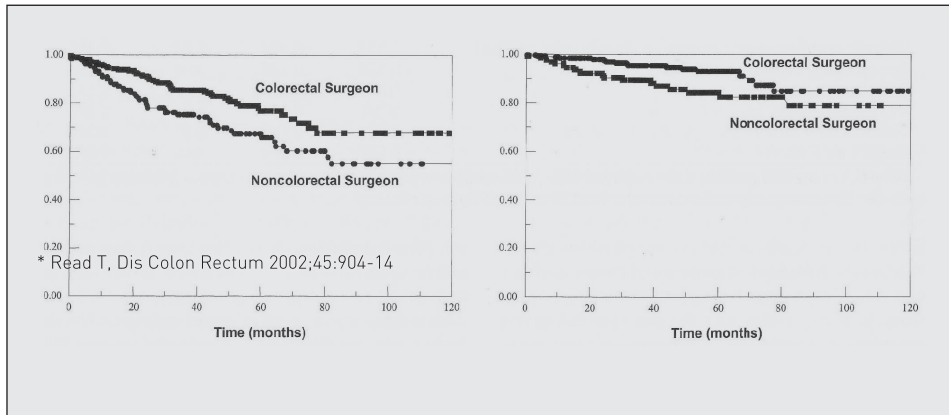


sertifika ile bu branşlar ayrı birer ihtisas dalı olarak tanınmış olup, diğer programlar ise genel cerrahi içinde ek eğitim olarak algılanmaya devam edilegelmektedir. Bu uygulamanın en önemli nedeni üst ihtisas olarak tanımlanan dört branşın genel cerrahinin diğer içeriğine göre çok daha farklı bir disiplin olmalarıdır.

Dukes C / lokal nüks	<u>Kolorektal</u> % 11	<u>Genel Cerrah</u> % 26
Lane R, Dis Colon Rectum 1999;42:A6		
5 yıllık / lokal nüks	<u>Kolorektal</u> % 11	<u>Genel Cerrah</u> % 25
Garcia-Granero E ve ark, Dis Colon Rectum 1999;42:A30		

	>21 Resections (n=360) (%)	<21 Resections (n=360) (%)
<b>Local Recurrence</b>		
Colorectal-trained (n= 109)	10.4	21.1
Non colorectal-trained (n= 574)	27.8	44.6
<b>Disease-Specific</b>		
Survival Colorectal-trained (n= 109)	67.3	54.5
Non colorectal-trained (n= 574)	49.0	39.2

\* Porter; Ann Surg 1998;227:157-167





## AVRUPA BİRLİĞİNDE DURUM

Avrupa Birliğinde ABD den yılarca sonra olsa da Koloproktoloji Birliği ESCP (European Society of Colo-Proctology), EACP (European Association of Coloproctology) ve ECCP (European Council of Coloproctology) 2005 yılında tek bir çatı altında toplanması ile kurulmuştur. Kuruluşa katılmış olan tüm Avrupa Birliği ülkeleri birliği sevk ve idare ederler. Başkanlık batı, orta ve doğu Avrupa üyesi ülkelere mensup seçilmiş üyeler tarafından dönüşümlü olarak sırayla yapılır ve yılda bir kez yenilenir. İdare kurulu ise tüm Avrupa'dan katılım sağlanması ile teşkil edilir.

Union Europeène des Médecins Spécialistes (UEMS) isimli kuruluş Avrupa Birliği bünyesinde tıpta uzmanlık dalları temsilcileri tarafından oluşturulan resmi birliktir. Avrupa Birliği adayı ülkeler de uyum süresince bu birliğe oy hakkı olmaksızın gözlemci statüsünde katılır ve üye oldukları zaman hemen uyum sağlamları açısından tüm aktivitelere kabul edilirler. Halen ülkemizde genel cerrahi eğitimi almış bireyler ve kişisel olarak yeterli görülen bireyler Avrupa Birliği Tıpta Uzmanlık Dallarını Birliği (UEMS) in üyesi olan branşlarda uzmanlık sertifikası sınavlarına kabul edilmektedirler. Halen (EBSQ-coloproctology) adıyla yapılan sınava, sınav komisyonunca yeterli eğitim ve tecrübeye haiz oldukları kabul edilen Türk vatandaşı cerrahlar da kabul edilmekte ve bu sınavı geçene de Koloproktoloji Uzmanı sıfatı ve diploması verilmektedir. Halen bu sığata ve sertifikaya haiz Türk vatandaşı cerrahların varlığı da bilinmekte bu sayının günden güne artacağı da beklenmektedir.

ESCP' nin kuruluş ve varoluş amaçları, birliğin kurucuları tarafından belirtilirken, bu amaçlar arasında tüm Avrupa çapında geçerli olan, ABD'dekine benzer bir merkezi otoritenin sağlanması ve UEMS içinde **Division of Coloproctology** 'nin ülke değil de tüm Avrupa bazında tanınması, bu tanıma uygun cerrahi eğitimi verilmesi, sertifikasyona sağlanması; colonic, rectal ve anal hastalıklar (coloproctology) bazında, tüm Avrupa genelinde eğitimin, tanı ve tedavi hizmetleri ile araştırma projeleri geliştirilmesine destek verilmesi en önemlilerini oluşturmaktadır.

Bu amaca yönelik olarak ESCP, bilimsel ve klinik konferanslar ve eğitim aktiviteleri düzenleyerek üyelerinin klinik eğitimlerini ve bilimsel gelişmelerini sağlamaya çalışır. Koloproktoloji konusunda tüm Avrupada güncel ve gelecekteki eğitimin standartlarını belirler. **Koloproktoloji ihtisasını** tüm Avrupa'ya yaymak ve geliştirmek birliğin amaç ve görevleri arasında deklare edilmiştir. Birlik bu amacına yönelik olarak halen Koloproktoloji alanında bilimsel faaliyetleri desteklemekte, koloproktoloji hakkında tüm Avrupa'da bilgi birikiminin artışı ve klinik uygulamaların gelişmesi için faaliyetler yapmakta, yüksek kaliteli yıllık kongre düzenlemektedir.

Görünen odur ki, yakın bir gelecekte uyum protokolleri çerçevesi dahilinde, Türkiye'de Koloproktoloji'nin bir ihtisas dalı olarak tanınması ve bu ihtisasın eğitim, sertifikasyon verilme ve idamesi, koloproktoloji bilgi ve tecrübe birikiminin artırılma-



sı için Avrupa ülkeleri benzeri faaliyetlerin organize edilmesi ülkemizin Avrupa Birliği perspektifinde uygun bir davranış olacaktır.

Avrupa'da özellikle kuzey ülkelerinde başlayan bir bilimsel akım, özgün olarak **rektum kanserinin**, az sayıda fakat çok iyi eğitilmiş, özel olarak teçhiz edilmiş ve çok yüksek verimle çalışan ihtisas merkezlerinde tedavi edilmesi ile hem iş gücünden maksimum tasarruf sağlandığı hem de tanı ve tedavi başarı oranları ile yüksek oranda kamu yararı sağlandığı bilimsel verilerle kanıtlanmıştır. Örneğin aşağıda berilen İsveç çalışmasında sadece rektum kanseri konusunda ülke çapında verilen eğitimin, rektum kanserinin tedavisinde başarısının, bu eğitim süreci ile ne denli arttığı tüm dünyada örnek alınan bir çalışma ve politika olmuştur. Bu yaklaşım takip eden yıllarda Danimarka, Norveç ve Hollanda'da da adapte edildikten sonra benzeri bir yarar sağlanmıştır.

Avrupa uyumunun bir parçası olarak her cerrahi girişimin her hastanede yapılması gibi masrafı yüksek, takibi ve standardizasyonu çok zor, verimi ve başarı oranı çok düşük bir tedavi hizmeti yerine, kuzey ülkelerinde uygulanan politikaların adaptasyonu aklın tek yoludur. İşte bu özel eğitilmiş ve yüksek verimle çalışan kolorektal cerrahları yetiştirmenin de ilk basamağı öncelikle bu mükemmeliyet merkezlerini kurmak ve ardından buralara alınacak yeni ve genç uzmanları yetiştirecek öğretici kadro standardını sağlamaktır. Bu kadro belirlendikten sonra hem uzmanlaşmanın yukarıda sayılan birçok kamusal yararı elde edilecek hem de iş gücü planlaması önderliğinde yüksek nitelik ve verime sahip, her nesilde daha iyiye giden, dünyadaki meslektaşları ile zorlanmadan bilimsel yarışa giren, kısacası 21. Yüzyılın genç Türk cerrahlarını yetiştirmenin, bugünden atılabilecek en geçerli temeli teşkil edilmiş olacaktır.

	Stokholm I	Stokholm II	TME Projesi	
Yıllar	1980-87	1987-1993	1994-1997	
Hasta sayısı	686	481	381	
30 gün mortalite	30 (% 4)	6 (% 1)	12 (% 3)	n.s
Anast. Kaçağı	27 (%10)	18 (% 9)	23 (%9)	n.s
Tüm kompli.	204 (% 30)	169 (% 35)	134 (% 35)	n.s
AR	270 (% 39)	211 (% 44)	269 (% 70)	<0.0001
APR	414 (% 60)	266 (% 55)	101 (% 27)	<0.0001
Lokal Nüks	103 (% 15)	66 (% 14)	21 (% 6)	<0.0001
Kanser ölüm.	104 (% 15)	77 (% 16)	35 (% 9)	=0.002

\* Martling AL, Lancet 2000;356:93-6



## ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Nusret Korun / Genel Cerrahi AD. Başkanı

Genel Cerrahi Anabilim Dalı kurulu 11.02.2009 tarihinde toplanmış, Türk Cerrahi Derneği tarafından gönderilen 16.09.2008 tarih ve 100 sayılı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği çerçevesince genel cerrahi yan dalların oluşumunu görüşmüştür.

Yönetmeliğin;

1. Uygulanması, denetlenmesi ve benzeri gibi maddelerinin, yan dalların neler olması üzerinde gerçekçi bir karar oluştuktan sonra yapılanmasının uygun olduğuna,
2. Gastroenterolojik Cerrahi ve Onkolojik Cerrahi yan dallarının Genel Cerrahi pratiği içinde gerçekçi bir yan dal yapılması olmadığına, onkoloji gibi bir yan dalın genel cerrahi pratiği içinde müdahale edilen her organın onkolojik bir müdahalesi de olacağından ve tüm bunların bir birey üzerinden gerçekleştirilmesinin mümkün olmadığı günün bilimsel verileri ışığında bilindiğinden gastroenterolojik cerrahi denildiğinde ise tüm abdomeni kapsayıp abdomen içindeki onkolojik müdahaleleri de kapsadığı belli olduğundan bu iki yan dalın yapılmasının kendi içindeki bilimsel ve mantık hatası nedeniyle de uygun bulunmadığına,
3. Genel Cerrahi içindeki yan dal yapılmasının genel cerrahi bütünü şemsiyesi altında, aşağıda sıralanan şekilde ve bu yan dalların sertifikasyon programları olarak yapılmasında Üniversite ve Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde aşağıda sıralanan yan dallara yönelik yapılanmanın oluşturulmasının uygun olduğuna ve Genel Cerrahi içindeki yan dalların;
  - a. Üst Gastrointestinal Cerrahi
  - b. Kolorektal Cerrahi
  - c. Hepatopankreatobilier Cerrahi
  - d. Meme Cerrahi
  - e. Endokrin Cerrahi
  - f. Transplantasyon Cerrahi
  - g. Travma ve ileri bakım cerrahisiolarak belirlenmesine oy birliğiyle görüş bildirmiştir.



## ULUSAL TRAVMA VE ACİL CERRAHİ DERNEĞİ

Prof. Dr.Cemalettin Ertekin / UTACD Başkanı

Genel Cerrahi Uzmanlık alanının hangi yan dalları içermesi gerektiği konusunda Derneğimizin görüşüne baş vurduğunuz için çok teşekkür ediyoruz. Biz Travma ve Acil Cerrahi Derneği olarak şimdilik yan dal olması gereken diğer disiplinler konusunda görüş bildirmekten ziyade Travma ve Acil Cerrahi'nin yan dal olma gerekliliğini vurgulamak ve bir taslak oluştuktan sonra gerek görülürse tümü üzerindeki görüşlerimizi belirtmenin daha uygun olacağı kanaatindeyiz. Hatırlayacağınız üzere Travma ve Acil Cerrahi'nin yan dal olması gerekliliğini vurgulayan görüşlerimizi daha öncede size ulaştırmıştık. Şimdi bu görüşümüzü özet olarak tekrar sunuyoruz.

Dünyada ortak kabul gören yaklaşım ideal bir Travma ve Acil Cerrahi sisteminin

1. Travmanın önlenmesine yönelik önlem ve eğitim,
2. Hastane öncesi organizasyon ve transport,
3. Hastanede tanı ve tedavi,
4. Hastane bakımı sırasında ve sonrasında rehabilitasyon işlemlerinin uygulanmasını içermesidir.

Ülkemizde son yıllarda özellikle büyük şehirlerde hastane öncesi organizasyon ve transportta büyük mesafeler kat edilmiş olmasına rağmen tüm bu alanlarda halen çok önemli eksikliklerin mevcut olduğu hepimizin malumudur. Günümüzde cerrahi aşırı derecede branşlaşmıştır. Ancak multitravma insan vücudundaki anatomik bölgelere göre branşlaşan cerrahların sınırlarını zorlamaktadır. Bir travma cerrahi çoğu zaman birden fazla anatomik bölgenin yaralanması ile uğraşmak zorunda kalır ve bunların hepsinin tedavisini yönetmek zorundadır. Travmayla uğraşan hekim yalnız yaralı organın anatomik onarımını değil bu yaralanmanın organizma üzerindeki sistemik etkilerini de bilmeli ve tedavisi için gerekenleri yapabilmelidir. Yapılan araştırmalar açıkça göstermektedir ki, travma merkezlerinde travma cerrahlarının liderliğinde yapılan travma bakımında mortalite ve morbidite çok daha düşük olmaktadır.

Multitravmalı hastaların bakımını multi disiplinler bir yaklaşımda ele alacak ancak farklı cerrahi branşların farklı yaklaşımlarını koordine edecek, şok, ARDS, multiorgan disfonksiyonu gibi travmanın sistemik etkilerinin de tedavi edebilecek bir lidere gereksinim vardır. Bazı toplantılarda bu liderin Acil Tıp Uzmanı olabileceği gibi yanlış bir görüş dile getirilmektedir. Bilindiği üzere genel acil poliklinik hekimi olarak eğitilmesi gereken ve yataklı bir uzmanlık dalı olmayan bu uzmanlık dalının ancak resüsitasyon aşamasını yönetmeleri mümkündür. Hastanede tanı ve tedavi aşamasının lideri olmaları kabul edilemez.



Travma ve Acil Cerrahi gerek Avrupa ülkelerinde UEMS (Avrupa Tıp Birliği) ve gerekse de ABD'de yan dal olarak tanınmaktadır. ABD'de son şekli ile 'Acute Care Surgery' adını almıştır. Avrupa ülkelerinde ve özellikle de orta Avrupa'da Travma cerrahisi adı ile devam etmektedir. Bu eğitimin özelliği Genel Cerrahi Uzmanlık eğitimini takiben 2 ya da 3 yıl devam eden standart bir eğitim olmasıdır. Yıllar içinde özellikle kunt travma olgularında ve ardından da penetran travma olgularında konservatif izlem yöntemlerinin devreye girmesi ile travma olgularında Genel Cerrahi uzmanlarının gerçekleştirdiği ameliyat sayısı ciddi şekilde azalmıştır, örnek vermek gerekirse kunt travma sonrasında karaciğer ve dalak yaralanmalarında % 90'ın üzerinde ameliyat gerekmezken, kesicidelici alet yaralanması şeklindeki penetran karın travması olgularında %40-50 oranında ameliyattan kaçınılabilmektedir. Bu durum, konu ile uğraşan cerrahların ameliyat sayılarının düşmesine ve bu konudaki pratiklerinin azalmasına yol açmıştır. Bu cerrahi tatminsizliğinde eklenmesi zaten hekimin sosyal yaşamını oldukça olumsuz etkilemesine rağmen maddi getirisi diğer yandallara göre kıyaslandığında oldukça düşük olan travma ve yoğun bakım yan dalının tercih edilmemesine ve travma cerrahi sayısının gittikçe azalmasına yol açmıştır. Bu nedenle önce ABD ve ardından da Avrupa ülkelerinde Travma olgularının yanında Genel Cerrah'ların acil cerrahi sorunları da tedavi etmesi sağlanarak Travma ve Acil Cerrahi yan dal uzmanlığı doğmuştur. Bu uzmanlık dalındaki cerrahın tüm acil cerrahi olguları yönetmesi ve sahiplenmesi hedeflenmiştir.

İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nde Travma ve Acil Cerrahi servisinin kurucusu olan Prof. Dr. Saman Belgerden ABD ve Almanya'da belirli süreler Travma ve Acil Cerrahi servislerinde çalışarak değişik sistemleri karşılaştırma olanağı bulmuştur. Daha sonra ABD'deki sistemin sadece travma üzerine kurulduğunu görerek bu eksikliği gidermek amacı ile büyük uğraşlar vererek Avrupa ve ABD'den çok daha önce (1982) Travma ve Acil Cerrahi servisini Genel Cerrahi Anabilim Dalı çatısı altında kurmayı başarmıştır.

Derneğimizin yandal hakkındaki görüşlerini sempozyuma hazırlık toplantılarında sunmak üzere konunun önemine binaen dernek başkanımız görevlendirilmiştir, iletişim bilgileri aşağıda yer almaktadır.

İlginize tekrar teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.







