

TÜBA ULUSAL KANSER POLİTİKALARI ÇALIŞTAYI RAPORU

27-28 HAZİRAN '14

EDİTÖRLER

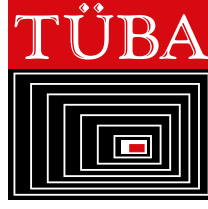
Prof. Dr. Taner DEMİNER

Prof. Dr. Nur OLGUN

Prof. Dr. Ahmet ÖZET



TÜRKİYE BİLİMLER AKADEMİSİ



TÜRKİYE BİLİMLER AKADEMİSİ

TÜBA ULUSAL KANSER POLİTİKALARI ÇALIŞTAYI RAPORU

27-28 HAZİRAN '14

TÜBA - KANSER ÇALIŞMA GRUBU

Yürütücü

Prof. Dr. Taner DEMİRER

Çalışma Grubu Üyeleri

Prof. Dr. Yusuf BARAN

Prof. Dr. Celaletdin CAMCI

Prof. Dr. Nur OLGUN

Prof. Dr. Tayfun ÖZÇELİK

Prof. Dr. Ahmet ÖZET

Prof. Dr. Serdar ÖZKÖK

Prof. Dr. Mustafa SOLAK

Prof. Dr. Bülent ZÜLFİKAR

Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN

2014

İÇİNDEKİLER

Sunuş Fikri IŞIK / Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanı	03
Sunuş Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR / TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı	04
Sunuş Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ / Sağlık Bakanı Müsteşarı	06
Sunuş Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR / TÜBA Başkanı	07
Sunuş Prof. Dr. Taner DEMİNER / TÜBA Asli Üyesi (Kanser Çalışma Grubu Yürütücüsü)	08
Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı Katkı Sunan Çalıştay Üyeleri	11
1. Kanser Epidemiyolojisi, Kanserden Korunma, Taramalar ve Erken Tanı	23
2. Kanserde Eğitim (Rotasyon, Müfredat, Standardizasyon, Akademik Eğitim)	27
3. Erişkin Onkolojide Sorunlar	33
4. Pediatrik Hematoloji / Onkolojide Sorunlar	39
5. Radyasyon Onkolojisinde Sorunlar	41
6. Temel Onkoloji'de Sorunlar	45
7. Kanser İlaçlarının Üretimi ve Hastaların Erişiminde Yaşanan Sorunlar	49
8. Kemoterapi Hazırlanmasında Merkezi Ünitelerin Önemi ve Hazırlama Sistemlerinin Standardizasyonu.....	57
9. Kanser ve Etik	61
10. Temel ve Klinik Onkoloji Alanında Yapılan Bilimsel Çalışmalarda Yaşanan Sorunlar	65
11. Kanser Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesinde Yaşanan Sorunlar	67
12. Kanserde Hemşirelik	71
13. Kanserde Palyatif Bakım	75
14. Onkolojide Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp	81
15. Kanser Hastalarının Sorunları	87
16. Sonuçlar ve Öneriler	91



Türkiye, 2023 vizyonu doğrultusunda son yıllarda her alanda ciddi ve istikrarlı bir gelişim göstermiştir. Milli gelirimiz 800, ihracatımız 150 milyar doları aşmış; ekonomik, siyasal ve sosyal hayatta -bu arada, bilim ve sağlık alanında- önemli ilerlemeler gerçekleştirilmiş, Ülkemiz, dünyada hızlı gelişen ülkeler arasında ilk sıralarda yer almıştır. Sağlanan bu başarıya rağmen, ulusal vizyon ve stratejik hedeflerimizi gerçekleştirmek için daha fazlasını yapmak gerektiği ve bunu yapabilecek kapasiteye sahip olduğumuz da bir gerçektir.

Türkiye'mizin gelişmiş ilk 10 ülke arasında yer alabilmesi için, "yenilikçi" bir ülke haline gelmesi, bunun için de ar-ge ve yenilikçilik performansımızın hızla geliştirilmesi gerekmektedir. Bu anlayış doğrultusunda son yıllarda kalkınma planları ve düzenli olarak toplanan BTYK kararlarıyla belirlenen öncelikli alanlar başta olmak üzere, her alandaki ar-ge ve yenilikçilik faaliyetlerine sağlanan destekler önemli oranda artırılmıştır. Bu bağlamda, teşvik ve destekler bakımından öncelikli alanlar arasında sağlıkla ilgili çalışmalar da önemli bir yer tutmaktadır.

Ulusal ar-ge ve yenilikçilik performansını yüksek ve sürekli kılabilmek için nitelikli bilim insanları ve bilimsel çalışmalar ile bilim kuruluşları hayati bir öneme sahiptir. Bu bakımdan üniversitelerimiz, TÜBA ve TÜBİTAK gibi kurumlarımızla özel ve kamu kesimi ar-ge merkezlerine ve bunların faaliyetlerine büyük önem atfediyoruz.

TÜBA, Türkiye'nin ulusal akademisi olarak, tüm bilim alanlarında seçkin bilim insanlarını ve bilimsel çalışmaları onurlandırma, ödüllendirme ve destekleme; bilim politikaları konusunda danışmanlık yapma işlevleri çerçevesinde faaliyetlerini sürdürmektedir. TÜBA tarafından kök hücre ve kanser gibi önemli ve öncelikli sağlık konularında da çeşitli bilimsel etkinlikler gerçekleştirilmektedir. 27-28 Haziran 2014'de İstanbul'da gerçekleştirilen "TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı"nda, 200'den fazla ulusal paydaş temsilcisinin katılımıyla Ülkemizde 15 alt başlık altında kanser politikaları ve uygulamalarının mevcut durumu analiz edilmiş, geleceğe ilişkin öncelikler ve politikalara dair öneriler ortaya çıkarılmıştır. Sağlık Bakanlığı, YÖK, TÜBA, TÜBİTAK, SGK, Devlet ve Vakıf Tıp Fakülteleri/hastaneleri, özel ve devlet hastaneleri, ilgili meslek ve sivil toplum kuruluşları, ilaç firmaları gibi ilgili paydaş temsilcilerinin katkılarıyla ortaya konulan tespit ve önerileri içeren Çalıştay Raporu, TÜBA Kanser Grubu'nca yayına hazırlanarak kamuoyunun istifadesine hazır hale getirilmiştir.

Oldukça geniş katılımlı ve titiz bir çalışmanın ürünü olan "TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı Raporu"nun politika yapıcılar, bu alanda çalışan bilim insanlarımız, hizmet veren kurum ve kuruluşlarımız ile toplum sağlığımız için yararlı ve yol gösterici olacağına inanıyorum. Çalıştay ve Rapor'un ortaya çıkarılmasındaki çaba ve katkıları için TÜBA'ya, katılım ve katkı sağlayan tüm paydaşlara, değerli bilim insanlarımıza ve emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Fikri IŞIK

T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanı



Türkiye’de son 12 yılda her alanda ciddi atılımlar gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde sağlık alanında sağlanan gelişim özellikle önemlidir. Ülkemizde “sağlıkta dönüşüm” başlığı altında uygulanan politikalar sayesinde sağlık hizmetlerinin hızında, erişim ve kalitesinde ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Türkiye, sağlıktaki belli başlı başarı göstergeleri açısından oldukça iyi bir düzeye gelmiştir: Ülkemizde, bebek ölüm hızı binde 28’lerden binde 7’lere kadar düşmüş, bu konuda neredeyse Avrupa Birliği standartlarına yaklaşan bir başarı sağlanmıştır. Yüz binde 64’lerde olan anne ölüm oranı ise yüz binde 15’lere gerilerken, aşılama konusunda yüzde 76’lardan yüzde 98’lere ulaşan bir ilerleme kaydedilmiştir. Vatandaş memnuniyeti ise; yüzde 39’lardan yüzde 75’lere yükselmiştir. Vatandaşın finansal risklerden korunması yani cepten yapılan harcamaların azaltılması konusundaki rakamlar daha önce yüzde 32’yi gösterirken son verilere göre bu rakam yüzde 17’ye inmiştir. Sağlık politikaları açısından geldiğimiz noktaya, hedeflediğimizden çok daha önce ulaştık. Türkiye, uluslararası anlamda başarıyı ölçen 3 kriterden biri olan sağlık konusunda dünyada örnek gösterilen ül-

kelerden biri oldu. Yurt dışı ve yurt içi otoriteler ile milletimizim takdirini kazanan bu başarı, Türkiye’nin gerçeklerine ve ihtiyaçlarına uygun politikaların belirlenmesi ve uygulama kararlılığı yanında tüm paydaşların ve sağlık çalışanlarının emek ve katkılarının bir sonucudur.

En önemli hastalıklar arasında yer alan kanser, tüm dünyada olduğu gibi bizim de gündemimizdeki önemli konulardan biridir. Dünyada her yıl 14 milyon yeni kanser vakası ve 8 milyon kansere bağlı ölüm söz konusudur. Ülkemizde de, her yıl 162 bin yeni vaka ve 140 bin kansere bağlı ölüm gerçekleşmektedir. Bu kadar ciddi bir sorun konusunda ilgisiz kalınması, elbette söz konusu olamaz.

Kanserle mücadelede “erken teşhis, erken tedavi” son derece önemli olup, bu konuda yapılması gereken çok işimiz bulunmaktadır. Bu bağlamda, “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın kilit bileşenlerinden biri olarak hayata geçirdiğimiz “Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri” (KETEM) faaliyet göstermeye devam etmektedir. Halen 134 adet KETEM vatandaşlarımıza hizmet vermektedir. 100 adet Mobil KETEM’in de hazırlıkları tamamlanmak üzeredir. KETEM’lerin sayısı ve etkinliğinin artırılması ile, erken teşhis sayısının artırılması ve ülkemizde kanser nedeniyle gerçekleşen ölüm oranının düşürülmesi amaçlanmaktadır.

Tütün ve alkol, başta kanser olmak üzere birçok hastalığın temel sebepleri arasındadır. Tütünle mücadelede, Türkiye’imiz dünyaya örnek olacak bir başarı göstermiştir. 2004’te Tütün Kontrol Sözleşmesi’ni imzaladıktan sonra bu konudaki 6 kriterden 6’sını da yerine getiren tek ülke, Türkiye’dir. Buna karşılık, alkolle mücadele, tütüne kıyasla daha zordur. Bu zorlukta, alkolle mücadelenin farklı yönlere çekilmesi ve istismara konu edilmesi, önemli bir sorundur. Alkol ve uyuşturucuyla mücadelede, tüm sosyal ve siyasal aktörlerin sorumluluk ve iş birliği içinde çalışması, büyük önem arz etmektedir.

Her alanda olduğu gibi sağlıkta başarı için, bilim insanları ve bilim kuruluşları ile bilimsel çalışmaların rolü ve katkısı son derece önemlidir. BTYK kararları

doğrultusunda sađlđın yenilikçilikte öncelikli alanlar arasına konulması, bu konudaki ar-ge desteklerinin artırılması, sağlıkla ilgili yeni yükseköğretim kurumlarının ve en son olarak Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) kurulması, konuya verilen önemin bir sonucudur. Bu bağlamda, Türkiye Bilimler TÜBA'nın, ulusal akademimiz olarak, ülkemizin ihtiyaç ve önceliklerine yönelik "bilim temelli danışmanlık ve rehberlik" işlevine de büyük önem atfediyoruz. TÜBA'nın, ulusal paydaş temsilcilerinin katılımıyla, 2013'te "Ulusal Kök Hücre Politikaları Çalıştayı"nı ve 27-28 Haziran 2014'te "Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı"nı gerçekleştirmesini ve tüm bilim insanlarını, politika yapıcılarını ve paydaşları kapsayıcı bir yaklaşım içinde olmasını memnuniyet ve takdirle karşıladığımı belirtmek isterim.

Sağlık Bakanlığı, YÖK, TÜBA, SGK, TÜBİTAK, Devlet ve Vakıf Üniversiteleri, Kamu ve özel kesim hastaneleri, meslek örgütleri, ilgili işletmeler ve STK'larından 200'den fazla paydaş temsilcisinin katılımıyla gerçekleştirilen "TÜBA-Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı"nın 15 alt başlıkta sonuçlarını içeren raporun ulusal kanser mücadelemize önemli katkılar sağlayacağına inanıyorum.

Bu önemli çalıştayı düzenleyen ve raporu hazırlayan TÜBA mensupları ile çalıştay ve raporun gerçekleştirilmesine katılım ve katkı sağlayan değerli bilim insanlarımız, hekimlerimiz, yöneticilerimiz ve tüm paydaşlarımıza teşekkür ve tebriklerimi sunuyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı

SUNUŞ



Bilindiği üzere kanser, hem dünyada hem de ülkemizde kardiyovasküler hastalıkların ardından ikinci sıradaki ölüm sebebidir. İlerleyen zaman içinde ölüm sebepleri arasında giderek daha fazla yer alması nedeniyle artık kanser bir toplum sağlığı problemi olarak ele alınmalı ve bu bakış açısıyla yönetilmelidir. Günümüzde kanserlerin pek çoğunun sebebi bilinmemektedir. Erken teşhisle can kayıpları önlenebileceği ve yaşam kalitesi artırılacağı için kanseri klasik tedavi edici bakış açısıyla ele almanın doğru olmadığı artık genel kabul görmüştür.

Bu kabul ekseninde hem Dünya Sağlık Örgütü'nün önderliğinde dünya çapında politikalar geliştirilirken, ülkeler de kendi kanserle mücadele stratejilerini belirlemek amacıyla bilimsel temeller zemininde çalışmalar yapmaktadır.

Kanserin %90 oranında çevresel etkiler nedeniyle oluştuğu göze alınırsa özellikle koruyucu tedbirler, yani tütün, alkol, obezite, sağlıksız beslenme ve enfeksiyonlarla mücadele, çevresel kirleticilerin engellenmesi asıl önem verilmesi konular olarak Sağlık Bakanlığının Ulusal Kanser Kontrol Programı'na dahil olmuştur. Bu hedeflerle pek çok çalışma yapılmıştır ve yapılmaya da devam edecektir.

Ülkemizde kanserle mücadele çalışmaları içinde Türkiye Bilimler Akademisi de "Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı" düzenleyerek yapılan çalışmalarını değerlendirmiş ve yapılacak çalışmaların istikameti hakkında yön gösterici bir rapor oluşturmuştur. Elinizde tuttuğunuz bu rapor önemli bilimsel veriler içermekte olup kanserle ilgili sağlık hizmeti sunan veya politika belirlemeye çalışan herkese önemli bir rehber özelliği taşımaktadır.

Bu vesile ile çalıştaya katılarak bilgi ve tecrübelerini paylaşan çok saygıdeğer bilim insanlarına saygılarımı sunuyorum, sonuç raporunu hazırlayan ekibe de Türkiye Bilimler Akademisi Başkanı Sayın Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR nezdinde teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı



Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA); tüm bilim alanlarındaki başarılı bilim insanlarını ve bilimsel çalışmaları özendirmek ve onurlandırmak; gençleri bilim ve araştırmaya yöneltmek, bilim insanlarının statülerini ve bilim standartlarını yükseltmek; bilimsel anlayış ve çalışmayı yaygınlaştırmak, kamuoyu ve yönetimine bilim temelli danışmanlık yapmak üzere tüzel kişiliğe sahip özerk bir kurum olarak 1993'te kurulan Türkiye'mizin ulusal bilim akademisidir. Akademimiz, ülkemizin ulusal bilim akademisi olma sorumluluğu ve stratejik/kurumsal yönetim yaklaşımı ile; mevcut program, proje ve faaliyetlerin geliştirilerek sürdürülmesi yanında yenilerinin devreye sokulması ve Akademi'nin özellikle öncelikli ve yeni konulara/sorunlara dair danışmanlık işlevinin geliştirilmesi anlayışıyla faaliyetlerini sürdürmektedir.

27-28 Haziran 2014'te konuyla ilgili ulusal paydaş temsilcilerinin katılımıyla İstanbul'da Kanser Çalışma Grubumuzca düzenlenen "TÜBA-Ulusal Kanser

Politikaları Çalıştayı" ve Çalıştay Raporu, sözü edilen anlayışın ilk ürünlerinden biridir. Sağlık Bakanlığı, YÖK, TÜBA, SGK ve TÜBİTAK ile ülkemizin pek çok devlet ve vakıf üniversiteleri, zincir hastaneleri, araştırma laboratuvarları ve ilaç firmalarından 200'ü aşkın uzman ve yetkilinin katılımıyla gerçekleştirilen çalıştayda, kanser çalışmalarına ilişkin ihtiyaç ve eğilimlerin; fırsat ve zorluklar ile güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesi, paydaşlar arası işbirliği ve koordinasyonun geliştirilmesi yanında ulusal düzeyde öncelikler ve izlenecek politikalara ilişkin önerilerin üretilmesi bakımından oldukça yararlı sonuçlar elde edilmiştir. Kansere ilişkin 15 konuya dair tespit, değerlendirme ve önerileri içeren, önemli bir birikim ve titiz çalışmanın ürünü olan "Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı Raporu"nun hem TÜBA'nın "rehberlik" ve "danışmanlık" işlevine, hem de bilim ve sağlık dünyamızla politika yapıcılara önemli katkılar sağlayacağına inanıyoruz.

TÜBA-Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı ve Çalıştay Raporu, çok sayıda uzman, bilim insanı ve yönetici paydaşın katkı ve katılımıyla ortaya çıkmıştır. Çalıştaya davet edilen hemen hemen tüm paydaşların katılmış ve öngörülenin ötesinde katkı ve katılım sağlamış olmalarını şükranla anmak isterim. Bu bağlamda, TÜBA ve faaliyetlerine her zamanki destekleyici yaklaşımları için Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanı Fikri Işık'a; Çalıştaya ve rapora değerli katkı, destek ve katılımları için TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Necdet Ünüvar ile Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Eyüp Gümüş'e, tüm moderatör ve panelistlerimize, TÜBA-Kanser Çalışma Grubu Yürütücü ve Üyeleri ile emeği geçen herkese teşekkür ediyorum. Ulusal paydaşların katılımıyla ve yoğun bir çalışma süreci sonucunda hazırlanan TÜBA-Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı Raporu'nun, ülkemiz yönetim, bilim ve sağlık camiası ile milletimizin sağlığı için yararlı olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
TÜBA Başkanı



TÜBA tarafından 27-28 Aralık 2013'te Kayseri'de 'Ulusal Kök Hücre Politikaları Çalıştayı' düzenlendi. Rapor haline getirilen Kök Hücre Politikaları Çalıştayı, bu yıl içerisinde üniversitelerimize, ilgili kurum ve kuruluşlar ile tüm paydaşlara gönderildi. Benzer şekilde 27-28 Haziran 2014'te İstanbul'da TÜBA Kanser Çalışma Grubu tarafından Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı düzenlendi.

Kanser, genetik ya da çevresel etkilerle ortaya çıkan ülkemizde her yıl 162.000 yeni vakayla karşılaştığımız, yaklaşık 140.000 kişinin de bu nedenle hayatını kaybettiği bir hastalıktır. Dünyada her yıl açıklanan 14 milyon yeni vaka ve 8 milyon insanın kanserden ölümü söz konusudur. Kanser Çalıştayı'nın temel amacı kanser gibi insanlığın çok önemli bir probleminde durum tespiti yapmak, geleceğe yönelik stratejileri belirlemek, ülkemizde bu alanda yapılan tedavilerin standardizasyonu yönünde önemli bir adım atmak ve bütün dünyada kanser konusunda yapılan yoğun çalışmalara ülkemizin impaktının artarak devam etmesini sağlamaktır.

Bilindiği üzere, kanserden iyileşmeye giden yolda bütün dünyada bilimsel çalışmalar yoğun bir şekilde devam etmekte olup, son on yıllık zaman diliminde kanser ve kök hücre tedavilerinin standardı ülkemizde önemli ölçüde yükselmiştir. Özellikle 60. ve 61. hükümetler döneminde Başbakanımız başkanlığında düzenli aralıklarla toplanan Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu ülkemizde sağlığı öncelikli alan ilan etmiş ve bu bağlamda TÜBİTAK'ın açtığı çağrı programlarında kanser ve kök hücre projelerine ayrılan bütçe ve teşvikler önemli ölçüde artırılmıştır. Son 10 yılda 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi' ile ülkemizde hem kanser tedavilerinin standardı önemli ölçüde yükselmiş hem de kanser hastalarının bu tedavilere ulaşımı ve çağdaş koşullarda tedavilerini almaları sağlanmıştır. Gerek 'Dumansız Hava Sahası' gerekse de 'Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri' (KETEM) ile ülkemiz dünya genelinde sağlıkta büyük bir başarı hikayesi oluşturmuş ve takdir toplamıştır. Gerçekten de 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli noktası KETEM'lerin kurulmasıdır. Şu anda ülkemizde aktif olarak faaliyet gösteren 134 tane KETEM var olup yakın bir zamanda 100 adet Mobil KETEM'in faaliyete geçeceği beklenmektedir. Kanserlerin 3'te birinin erken teşhis edilebildiği ve 3'te birinin de önlenilebildiği göz önüne alındığında mobil ve yerleşik KETEM'ler ile erken teşhislerin sayısı artacak ve ölüm oranları düşecektir.

Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı'na; Sağlık Bakanlığı, YÖK, TÜBİTAK, TÜBA, Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği, Türk Pediatrik Onkoloji Derneği ve üniversitelerimizden 200'ün üzerinde bilim insanı ve konu ile ilgili bürokratlar katılmıştır. Temel Onkoloji, klinik araştırmalar, kanser ilaçlarının üretimi ve bu alanda yaşanan sorunlar, kanserde eğitim, kanser hastalarının sorunları ve kanser etiği gibi 15 farklı masada ele alınan konular Türkiye Sanayi Sevk ve İdare Enstitüsü (TÜSSİDE) tarafından daha sağlıklı bir rapor ortaya çıkarmak amacıyla 'Mevcut Durum Analizi Çalışması' ve 'Öneri Geliştirme Çalışması' eğitimi verilen masa moderatörlerimizin yönetiminde büyük bir titizlikle değerlendirilip raporlandırılmıştır.

Çalıştayımızda bazı önemli tespitler yapılmıştır. Örneğin kanser konusunda temel ve klinik onkoloji alanında yapılan araştırmaların sayısı Kuzey Amerika ve Avrupa'nın çok gerisinde kalmaktadır. Bu nedenle kanser araştırmaların önünün açılması, bürokratik engellerin kaldırılması ve ülkemizin bu konuda dünya tıp literatürüne katkısının artarak devam ettirilmesi konusunda yoğun bir çaba sarf edilmesinin gerekliliği vurgulandı. Ülkemizde hala kanseri tedavi eden tıbbi onkolog ve hematoloji uzmanlarının yetersizliği, kanserde palyatif bakım merkezlerinin büyük ve orta ölçekli illerimizde kurulması ve 'Tıp Etiği Uzmanı' adlı uzmanlık alanının Sağlık Bakanlığı tarafından önünün açılması gerektiği vurgulandı.

TÜBA'nın misyonuna uygun olarak gerçekleştirilen bu çalıştayın sonuç raporunun ülkemizde bu alanda aktif olarak çalışan hekimlerimize, ilgili kurum ve kuruluşlar ile tüm paydaşlara önemli bir referans kaynağı olacağından eminim. Bu vesile ile çalıştayımıza destek veren tüm katılımcılarımıza teşekkür ediyorum. Umuyorum ki önümüzdeki yıllarda hem ülkemizde hem de dünya genelinde daha çok kanser hastasına şifa sağlamak mümkün olacaktır.

Prof. Dr. Taner DEMİRER

TÜBA Asli Üyesi

TÜBA - Kanser Çalışma Grubu Yürütücüsü

ULUSAL KANSER POLİTİKALARI ÇALIŞTAYI KATKI SUNAN ÇALIŞTAY ÜYELERİ

Kanser Epidemiyolojisi, Kanserden Korunma, Taramalar ve Erken Tanı Masası

- Prof. Dr. Nazmi BİLİR (Moderatör) – Hacettepe Halk Sağlığı Enstitüsü
- Prof. Dr. Hülya ELLİDOKUZ (Moderatör) – Dokuz Eylül Ü. Onkoloji Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji ABD Başkanı
- Prof. Dr. Doğan BOR – Ankara Ü. Mühendislik Fak. Fizik Mühendisliği Bölümü
- Prof. Dr. Banu ÇAKIR – Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD
- Prof. Dr. Güven ÇANKAYA – Yıldırım Beyazıt Ü. Mühendislik ve Doğa Bilimler Fak. Malzeme Müh. Bölümü
- Prof. Dr. Pınar DÜNDAR – Celal Bayar Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD
- Prof. Dr. Salih EMRİ – Hacettepe Ü. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları ABD Başkanı
- Prof. Dr. Gül ERGÖR – Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD
- Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL – Ege Ü. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları ABD
- Prof. Dr. Sibel SAKARYA – Marmara Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD
- Doç. Dr. Yasemin BASKIN – Dokuz Eylül Ü. Onkoloji Enstitüsü, Temel Onkoloji ABD
- Doç. Dr. Refik Emre ÇEÇEN – Adnan Menderes Ü. Tıp Fak. Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi BD Başkanı
- Dr. Hatice TURAN - Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Dairesi Başkanlığı

Kanserde Eğitim (Rotasyon, Müfredat, Standardizasyon, Akademik Eğitim) Masası

- Prof. Dr. Bülent ZÜLFİKAR (Moderatör) – TÜBA Asli Üyesi, İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü, Cerrahpaşa Tıp Fak. Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi BD
- Prof. Dr. Fulya AĞAOĞLU - İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü, Radyasyon Onkolojisi ABD
- Prof. Dr. Hikmet AKGÜL – Ankara Ü. Tıp Fak. Cerrahi Onkoloji BD Başkanı
- Prof. Dr. Orhan AYYILDIZ – Dicle Ü. Tıp Fak. Hematoloji BD
- Prof. Dr. Emin DARENDELİLER – İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü, Radyasyon Onkolojisi ABD
- Prof. Dr. Davut GÜL – GATA, Tıbbi Genetik ABD, Yüksek Bilim Konseyi
- Prof. Dr. Mahmut GÜMÜŞ – Bezmialem Vakıf Ü. Tıp Fak. Medikal Onkoloji BD
- Prof. Dr. Erol KISMET – Abant İzzet Baysal Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD
- İsmet DEDE - Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Dairesi Başkanlığı

Erişkin Onkolojide Sorunlar Masası

- Prof. Dr. Ahmet ÖZET (Moderatör) – Türk Tıbbi Onkoloji Derneği Seçilmiş Başkanı, Gazi Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Ali ARICAN – Mersin Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Ali Zahit BOLAMAN – THD Yönetim Kurulu Üyesi, Adnan Menderes Ü. Tıp Fak. Hematoloji BD
- Prof. Dr. Abdurrahman IŞIKDOĞAN – Dicle Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Erhan REİS – Memorial Ankara h. Genel Cerrahi Bölümü
- Prof. Dr. Pınar SAİP – Türk Tıbbi Onkoloji Derneği Başkanı, İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Mustafa YAYLACI – Bayındır H. Onkoloji Bölümü
- Prof. Dr. Uğur YILMAZ – İzmir Medicalpark H. Tıbbi Onkoloji Bölümü
- Doç. Dr. Faysal DANE – Marmara Ü. Pendik Eğitim Araştırma H. Tıbbi Onkoloji Bölümü
- Doç. Dr. Murat DİNÇER – Eskişehir Osmangazi Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD Başkanı
- Doç. Dr. Bülent KARAGÖZ – GATA Haydarpaşa Eğitim H. Tıbbi Onkoloji Kliniği
- Doç. Dr. Mehmet Ali USTAOĞLU – Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma H. Tıbbi Onkoloji Bölümü

Pediyatrik Hematoloji/Onkolojide Sorunlar Masası

- Prof. Dr. Nur OLGUN (Moderatör) – Türk Pediyatrik Onkoloji Derneği Başkanı, Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Pediyatrik Onkoloji BD
- Prof. Dr. Safiye AKTAŞ – Dokuz Eylül Ü. Onkoloji Enstitüsü, Temel Onkoloji ABD
- Prof. Dr. Çağlar ÇITAK – Mersin Ü. Tıp Fak. Çocuk Onkolojisi BD
- Prof. Dr. Ayhan DAĞDEMİR – Ondokuz Mayıs Ü. Tıp Fak. Çocuk Onkolojisi BD
- Prof. Dr. Betül Berrin SEVİNİR – Uludağ Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Başkanı, Çocuk Onkolojisi BD Başkanı
- Prof. Dr. Bahattin TUNÇ – Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi
- Prof. Dr. Emel ÜNAL – Türk Pediyatrik Onkoloji Grubu Derneği Bilim Kurulu Başkanı, Ankara Ü. Tıp Fak. Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi BD
- Doç. Dr. Ceyhun BOZKURT – Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma H. Çocuk Onkolojisi Bölümü
- Doç. Dr. Neriman SARI – Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma H. Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Eğitim Görevlisi
- Uzm. Dr. Sema Doğan VURAL – Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma H. Çocuk Onkolojisi Bölümü

Radyasyon Onkolojisinde Sorunlar Masası

- Prof. Dr. Serdar ÖZKÖK (Moderatör) – Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği Seçilmiş Başkanı, Ege Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Prof. Dr. Müge AKMANSU – Gazi Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Prof. Dr. Mustafa CENGİZ – Hacettepe Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Prof. Dr. Yıldız YÜKSELEN GÜNEY – Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma H. Radyasyon Onkolojisi Kliniği
- Prof. Dr. Eray KARAHACIOĞLU – Gazi Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD Başkanı
- Prof. Dr. Ahmet KİZİR – İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü Müdürü
- Prof. Dr. Mehmet KOÇ – Necmettin Erbakan Ü. Meram Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Prof. Dr. Esra KAYTAN SAĞLAM – İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü, Radyasyon Onkolojisi ABD
- Prof. Dr. Ali Aydın YAVUZ – Akdeniz Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Doç. Dr. Serap AKYÜREK – Ankara Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Doç. Dr. Zümre ARICAN ALICIKUŞ – Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Doç. Dr. Serra ARUN KAMER – Ege Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Doç. Dr. Didem ÇOLPAN ÖKSÜZ – İstanbul Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Uzm. Dr. Fatih GÖKSEL - Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma H. Başhekim Yardımcısı

Temel Onkolojide Sorunlar Masası

- Prof. Dr. Mustafa SOLAK (Moderatör) – TÜBA Asli Üyesi, Afyon Kocatepe Ü. Rektörü
- Prof. Dr. Tayfun ÖZÇELİK (Moderatör) – TÜBA Asli Üyesi, Bilkent Ü. Fen Fak. Dekanı
- Prof. Dr. Hasan ACAR – Selçuk Ü. Tıp Fak. Tıbbi Genetik ABD Başkanı
- Prof. Dr. Yüksel ARIKAN – Afyon Kocatepe Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD, Cerrahi Onkoloji BD Başkanı
- Prof. Dr. Yusuf BARAN – İzmir İleri teknoloji Enstitüsü, Fen Fak. Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü
- Prof. Dr. Nejat DALAY – İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü, Temel Onkoloji ABD
- Prof. Dr. İhsan GÜRSEL – Bilkent Ü. Fen Fak. Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü
- Prof. Dr. Birol GÜVENÇ – Hematoloji Uzmanlık Derneği Genel Sekreteri
- Prof. Dr. Muhammed Hamza MÜSLÜMANOĞLU – Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri, Tıbbi Genetik Derneği Başkanı
- Prof. Dr. Hülya YAZICI ÖZBEK - İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü, Temel Onkoloji ABD, Kanser Genetiği BD Başkanı
- Prof. Dr. Uğur ÖZBEK – İstanbul Ü. Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü

- Prof. Dr. Mustafa ÖZEN – İstanbul Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Tıbbi Genetik ABD
- Prof. Dr. Serpil DİZBAY SAK – Ankara Ü. Tıp Fak. Tıbbi Patoloji ABD
- Prof. Dr. Berksoy ŞAHİN – Çukurova Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Sıtkı TUZLALI – Tuzlalı Patoloji Sitoloji Laboratuvarı
- Prof. Dr. Tahsin YAKUT – Uludağ Ü. Tıp Fak. Hastanesi Başhekimisi, Tıbbi Genetik ABD Başkanı
- Yrd. Doç. Dr. Özgür ŞAHİN – Bilkent Ü. Fen Fak. Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü

Kanser İlaçlarının Üretimi ve Hastaların Erişiminde Yaşanan Sorunlar Masası

- Prof. Dr. İrfan ŞENCAN (Moderatör) - Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
- Prof. Dr. Nurullah ZENGİN (Moderatör) – Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi
- Prof. Dr. Yılmaz ÇAPAN – Hacettepe Ü. Eczacılık Fak. Farmasötik Teknoloji ABD
- Doç. Dr. Faysal DANE – Marmara Ü. Pendik Eğitim Araştırma H. Tıbbi Onkoloji Bölümü
- Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN – Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Dairesi Başkanı
- Doç. Dr. Filiz ÇAY ŞENLER – Ankara ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Dr. İrfan Tuncay ALKAN – SGK, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Daire Başkanlığı, Şube Müdürü
- Dr. Hasan BAĞCI – Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği Genel Sekreter Yardımcısı
- Dr. Banu BAYAR – Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Birim Sorumlusu
- Dr. Levent SÖNMEZ – Koçak Farma Satış ve Pazarlama Direktörü
- Ecz. Özden İŞCAN – İlaç ve Ruhsatlandırma Daire Başkanlığı, Biyolojik ve Biyolojik Ürünler Birimi
- Ecz. Halil Tunç KÖKSAL – İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Genel Sekreter Yardımcısı
- Emine NEZİROĞLU – SGK, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Daire Başkanlığı, Yurtdışı İlaç Daire Başkanı
- Arman ÜNEY – Türk Eczacılar Birliği İkinci Başkanı
- Lal YÜKEB – Roche Onkoloji İşbirimi Direktörü

Kemoterapi Hazırlanmasında Merkezi Ünitelerin Önemi ve Hazırlama Sistemlerinin Standardizasyonu Masası

- Prof. Dr. Bülent YALÇIN (Moderatör) – Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma H. Tıbbi Onkoloji Kliniği İdari ve Eğitim Sorumlusu
- Doç. Dr. Doğan UNCU – Ankara Numune Eğitim ve Araştırma H. Tıbbi Onkoloji Kliniği
- Doç. Dr. Ömer Hınc YILMAZ – Sağlık Bakanlığı Ankara Meslek Hastalıkları H. Yöneticisi

- Uzm. Dr. Burçin BUDAKOĞLU – Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma H. Tıbbi Onkoloji Kliniği
- Uzm. Dr. Haluk ÇİFTÇİ – ENDOTEK Genel Müdür Yardımcısı
- Dr. Adnan AĞIR – İş Güvenliği Uzmanı
- Ecz. Pelin AKBAY – SGK Tıbbi Malzeme Daire Başkanlığı
- Ecz. Aygül KÖSEOĞLU – Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma H. Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitesi Sorumlu Eczacısı
- Uzm. Hem. Tuğba AKYOL – İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü, Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı
- Hem. Zeliha SOLA – Gebze Anadolu Sağlık Merkezi, Kemoterapi İlaç Hazırlama Eczanesi
- Erhan ÇULHAN – Onkosem Onkolojik Sistemler Genel Müdürü
- Yusuf Tacettin ERTÜR – Rivozem Sağlık Ürünleri Satış Müdürü
- Burcu KARHAN – Onkofar Sağlık Ürünleri Satış Pazarlama Koordinatörü
- Taner KAYGUSUZ – Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Finansal Analiz Daire Başkanlığı
- Mert SEVİNÇLİ – Meditera Group Genel Müdürü
- Hilmi SUNAY – Intelligent Hospital Systems Genel Müdürü

Kanser ve Etik Masası

- Prof. Dr. Dilek DİNÇOL (Moderatör) – Ankara Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD Emekli Öğretim Üyesi
- Prof. Dr. Berna ARDA – Ankara Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik ABD
- Prof. Dr. İbrahim Ethem GEÇİM – Ankara Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD
- Prof. Dr. Rejin KEBUDİ – İstanbul Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi BD
- Prof. Dr. Ali ÜNAL – Erciyes Ü. Tıp Fak. Hematoloji BD ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi
- Prof. Dr. Deniz YAMAÇ – Güven H. Onkoloji Bölümü
- Doç. Dr. Mehmet ARTAÇ – Necmettin Erbakan Ü. Meram Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Doç. Dr. Adile ARSLAN AVAR – İzmir Yüksek Teknoloji Ens. Mimarlık Fak. Şehir ve Bölge Planlama Bölümü Başkanı
- Doç. Dr. Hasan KARANLIK – İstanbul Ü. Onkoloji Ens. Genel Cerrahi Bölümü
- Uz. Dr. Cansu ÖZTÜRK - Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Dairesi Başkanlığı
- Dr. Hilal İLBARS – Sağlık Bakanlığı, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Daire Başkanı
- Av. Emine AYDIN – Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Temel ve Klinik Onkoloji Alanında Yapılan Bilimsel Çalışmalarda Yaşanan Sorunlar Masası

- Prof. Dr. Şuayip YALÇIN (Moderatör) – Hacettepe Ü. Tıp Fak. Medikal Onkoloji BD
- Prof. Dr. Sevim AYDIN – TÜBİTAK Sağlık Bilimleri Araştırma Destek Grubu Yürütme Komitesi Sekreteri
- Prof. Dr. Melek ERKİŞİ – Çukurova Ü. Tıp Fak. Onkoloji BD Başkanı
- Prof. Dr. Dicle GÜÇ – Hacettepe Ü. Kanser Enstitüsü, Temel Onkoloji ABD
- Prof. Dr. Ender KURT – Uludağ Ü. Tıp Fak. Onkoloji BD Başkanı
- Prof. Dr. Gülsüm ÖZET – Yıldırım Beyazıt Ü. Tıp Fak. Hematoloji BD Ankara Numune Eğitim ve Araştırma H.
- Prof. Dr. Gökhan ÖZYİĞİT – Hacettepe Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Prof. Dr. Osman YÜKSEL – TÜBA Asosiye Üyesi, Gazi Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD
- Doç. Dr. Çağatay ARSLAN – İzmir Ü. Medicalpark İzmir H. Medikal Onkoloji Bölümü
- Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU – İnönü Ü. Turgut Özal Tıp Fak. Medikal Onkoloji BD
- Yrd. Doç. Dr. Pervin HÜR MÜZ – Hacettepe Ü. Kanser Enstitüsü, Radyasyon Onkolojisi ABD
- Uzm. Dr. Yüksel ÜRÜN – Gaziantep Dr. Ersin Arslan Devlet H. Tıbbi Onkoloji Kliniği
- Mahmut ÖZER - TÜBİTAK Sağlık Bilimleri Araştırma Destek Grubu Bilimsel Programlar Uzmanı

Kanser Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesinde Yaşanan Sorunlar Masası

- Prof. Dr. Adnan AYDINER (Moderatör) İstanbul Ü. Onkoloji Ens. İstanbul Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Mert BAŞARAN – İstanbul Ü. Onkoloji Ens. İstanbul Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Hakan BOZCUK – Antalya Medicalpark H. Tıbbi Onkoloji Bölümü
- Prof. Dr. Ahmet DİRİCAN – İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Biyoistatistik ABD
- Prof. Dr. Rian DİŞCİ – İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Biyoistatistik ABD
- Prof. Dr. Yeşim ERALP – İstanbul Ü. Onkoloji Ens. İstanbul Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Kadir Mutlu HAYRAN – TÜBA Asosiye Üyesi, Hacettepe Ü. Kanser Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji ABD
- Prof. Dr. Serdar TURHAL – Marmara Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Başak OYAN ULUÇ – Yeditepe Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Dilek YILMAZBAYHAN – Patoloji Dernekleri Federasyonu İkinci Başkanı, İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Patoloji ABD
- Doç. Dr. İrfan CİCİN – Trakya Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Doç. Dr. Sezer SAĞLAM – Bilim Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Uzm. Dr. Güledal BOZTAŞ - Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Dairesi Başkanlığı
- Mehmet GÜNAL – Türkiye İstatistik Kurumu Uzmanı

Kanserde Hemşirelik Masası

- Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM (Moderatör) – İstanbul Ü. Florence Nightingale H. Hemşirelik Fak. Hemşirelikte Yönetim ABD Başkanı
- Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN (Moderatör) – Gazi Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü
- Prof. Dr. Zuhal BAHAR – Dokuz Eylül Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği ABD
- Doç. Dr. Gülbeyaz CAN – İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak.
- Doç. Dr. Perihan GÜNER – Koç Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu
- Uzm. Hem. Derya KAYA – İstanbul Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. H. Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı
- Hem. Kıymet AKGEDİK – Medicana International Ankara H. Medikal Onkoloji Bölümü
- Hem. Figen BAY – Gazi Ü. Tıp Fak. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Gazi H. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
- Hem. Hülya BİNGÖL – İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü, Pediatrik Onkoloji Servisi Sorumlu Hemşiresi
- Hem. Pervin HORASAN – Kayseri Erciyes Ü. Onkoloji Hastanesi
- Hem. Ayla KARAPINAR – İstanbul Ü. Onkoloji Enstitüsü Başhemşiresi

Kanserde Palyatif Tıp Masası

- Prof. Dr. Özgür ÖZYILKAN (Moderatör) – Başkent Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD Başkanı
- Prof. Dr. Güzin DEMİRAĞ – Ondokuz Mayıs Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Nilgün KURUCU – Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Onkolojisi Kliniği
- Prof. Dr. Süleyman ÖZYALÇIN – Palyatif Bakım Derneği Başkanı
- Doç. Dr. Didem AKÇALI – Gazi Ü. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD
- Doç. Dr. Ayfer ELÇİGİL – Koç Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu, Çocuk Sağlığı Hemşireliği ABD
- Doç. Dr. Afife Ayla KABALAK – Ulus Devlet Hastanesi Yöneticisi
- Doç. Dr. Filiz ÇAY ŞENLER – Ankara Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Doç. Dr. Erkan TOPKAN – Başkent Ü. Tıp Fak. Radyasyon Onkolojisi ABD
- Doç. Dr. Tuğba YAVUZŞEN – Dokuz Eylül Ü. Onkoloji Enstitüsü, Tıbbi Onkoloji BD
- Yrd. Doç. Dr. Taner SÜMBÜL – Mustafa Kemal Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Yrd. Doç. Dr. Özgür TANRIVERDİ – Muğla Sıtkı Koçman Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Uzm. Dr. Dilşen ÇOLAK – Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma H. Tıbbi Onkoloji Kliniği
- Uzm. Dr. Ezgi ŞİMŞEK UTKU - Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı

Kanserde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Masası

- Prof. Dr. Taner DEMİRER (Moderatör) – TÜBA Asli Üyesi, Ankara Ü. Tıp Fak. Hematoloji Onkoloji BD
- Dr. Mehmet Zafer KALAYCI (Moderatör) – Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Dairesi Başkanı
- Prof. Dr. Erdem GÖKER – Ege Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Mahmut İLHAN – Avrasya Hospital, Medikal Onkoloji Bölümü
- Prof. Dr. Murat KARTAL – Ankara Ü. Eczacılık Fak. Farmakoloji ABD
- Prof. Dr. Handan ONUR – Ankara Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Semra PAYDAŞ – Çukurova Ü. Tıp Fak. Medikal Onkoloji BD
- Prof. Dr. Canfeza SEZGİN – Ege Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Prof. Dr. Gülaçtı TOPÇU – Bezmialem Vakıf Ü. Eczacılık Fakültesi Dekanı
- Doç. Dr. Bülent ORHAN – Acıbadem Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Doç. Dr. Orhan ŞENCAN – Fatih Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD

Kanser Hastalarının Sorunları Masası

- Prof. Dr. Cem BÖRÜBAN (Moderatör) – Konya Necmettin Erbakan Ü. Tıp Fak. Onkoloji BD
- Prof. Dr. Emin Tamer ELKIRAN – İnönü Ü. Tıp Fak. Tıbbi Onkoloji BD
- Doç. Dr. Necati ALKIŞ – Ankara Onkoloji Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü
- Doç. Dr. Yeşim YILDIRIM – Anadolu Sağlık Merkezi, Tıbbi Onkoloji Kliniği
- Uzm. Dr. Melek ABCA – Ankara Memorial Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Onkoloji Kliniği
- Uzm. Dr. Cumhuri DEMİR – Sağlık Bakanlığı, Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma H. Onkoloji Kliniği
- Uzm. Dr. Ezgi HACIKAMİLOĞLU – Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı
- Seda KANSU – Pembe Hanım Kanser Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Kurucu Üyeler Yönetim Kurulu Üyesi, Uluslararası İlişkiler Koordinatörü
- Engin ÖZTÜRK – Türkiye Devlet Hastaneleri ve Hastalara Yardım Vakfı (HASVAK) Kurucu Başkanı ve Yönetim Kurulu Başkanı
- Canan PERDAHLI – Europa Donna Meme Hastalıkları Koalisyonu Derneği Yönetim Kurulu Üyesi ve Sosyal Medya ve İletişim Sorumlusu
- Esra ÜRKMEZ – Kanserle Dans Derneği Eş Kurucu, Yönetim Kurulu Üyesi
- Salih YÜCE – Genç Birikim Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

► TÜBA ULUSAL KANSER POLİTİKALARI ÇALIŞTAYI









Kanser Epidemiyolojisi, Kanserden Korunma, Taramalar ve Erken Tanı

Dünyada ve Türkiye’de Durum

Kanser kontrolünün temel bileşenleri korunma, erken saptama, tanı ve sağaltım, palyatif bakım, politika ve yönetimdir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Kayıt Merkezleri’nin çalışmaları sonucunda 2014 yılında 9 merkezin verileriyle Türkiye Kanser İstatistikleri adıyla yayınlanan tanımlayıcı epidemiyolojik bilgi sunan bir rapor hazırlamıştır. Türkiye’de ilk kurulan İzmir Kanser Kayıt Merkezi’nin tanımlayıcı epidemiyoloji alanında uluslararası yayınları bulunmaktadır. Ülkemizde analitik epidemiyoloji alanında çalışmalar oldukça az sayıdadır. Bu alanda çalışma yapmak için Kanser Kayıt Merkezleri önemli bir ön koşuldur. Dünya nüfusunun aktif kanser kayıtçılığı açısından sadece %8’i takip edilirken, 2013 yılında ülkemizde kapsayıcılık %50’ye ulaşmıştır. Bu kayıtlar yardımıyla toplumu temsil eden olgu-kontrol çalışmaları yürütülebilir. Kohort araştırmalar içinde ciddi anlamda mali fonlar ve kapsamlı organizasyonlar gerekmektedir. İlk kez TÜBİTAK 1003 öncelikli alanlarda bir epidemiyoloji çağrısı yayınlamıştır.

Dünyada kanser epidemiyolojisindeki en önemli ilk çalışmalar Doll ve Hill’in 1954’te İngiliz hekimlerle yaptıkları sigara ve akciğer kanseri ilişkisini araştırdıkları kohort çalışması ile Case ve Pearson’ın yine aynı yıl yaptıkları İngiliz kimya sanayinde çalışanlarda mesane kanseri kohort çalışmalarıdır. Batıda kurumlar içinde oluşturulan Kanser Epidemiyolojisi birimleri bu alandaki çalışmalara önemli ölçüde yön vermektedir. ABD’de Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI-National Cancer Institute) içinde bulunan kanser epidemiyolojisi ve genetik birimi, Amerikan Kanser Derneği’ (American Society of Clinical Oncology-ASCO) nde oluşturulan Epidemiyoloji Araştırmaları Programı, Amerikada bulunan Hastalıkların Kontrol Merkezi (Center for Disease Control-CDC) nin Kanser Koruma ve Önleme Bölümündeki kanser araştırmaları (koruma ve epidemiyoloji) birimi, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC-International Agency for Research on Cancer) ın tüm yapılanması içinde yer alan kanser epidemiyolojisi, beslenme epidemiyolojisi, genetik epidemiyoloji birimleri bu kuruluşların araştırma önceliklerini belirlemekte, maddi destek sağlamakta, yerel ve uluslararası ara-

tirmaları yürütmektedir. Ayrıca genetik epidemiyoloji çalışmaları ile gen-çevre etkileşimleri, gen-gen etkileşimleri incelenmektedir. Yine CDC'de Public Health Genomics adlı bir bölüm oluşturulmuştur.

WHO (World Health Organization) kanser kontrolü için üye ülkeleri harekete geçirmek üzere bir eylem planı sunmuştur (Knowledge into action, 2006). Bu eylem planı özellikle kamu politikalarını oluşturan yöneticiler ve program yöneticileri için nasıl etkin kanser kontrol programları oluşturabileceklerini tanımlar. Bu kılavuz, Ulusal Kanser Kontrol Programlarına politika ve yönetim kılavuzları geliştirilmesi konusunda önemli bir ivme kazandırmıştır.

Kanser oluşunda tütün kullanımı, enfeksiyonlar, çevresel ve mesleki faktörler, obezite ve fiziksel hareket eksikliği Dünyada ve Türkiye'de öncelikli risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Erken tanı ve tarama programları Dünyada olduğu gibi ülkemizde de meme, kolorektal ve serviks kanserine yönelik sürdürülmektedir.

Güçlü Yönler

1. Politik kararlılık olması
2. Toplumun tamamının sağlık güvencesine sahip olması
3. Sağlık hizmetine ulaşılabilirliğin yüksek olması
4. Kanser konusunda bilgi ve deneyimi yüksek insan gücü bulunması
5. Kanser kayıtçılığı konusunda 20 yıllık deneyim olması
6. Meme, serviks ve kolorektal kanserler konusunda Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) nde ücretsiz ve gereken durumlarda taşımali tarama hizmeti verilmesi
7. Güncellenmiş kanıta dayalı ulusal standart tarama programlarının olması
8. Birinci basamakta Aile Sağlık Merkezleri (ASM) ve KETEM tarama sonuçlarının merkezi otorite tarafından takip edilebilmesi

9. Tütün kontrolü ve "Dumansız Hava Sahası" konusunda dünyada örnek olunması
10. Türkiye'de üç Onkoloji Enstitüsü olması
11. Ulusal Kanser Enstitüsünün kurulma aşamasında olması

Zayıf Yönler

1. Hizmet sunan birimler arasında koordinasyon bulunmaması
2. Kanser konusundaki hizmet ihtiyacını karşılayacak personel sayısının yeterli olmaması ve illere göre dağılımın nüfusa oranla dengeli olmaması
3. Tarama sonrası pozitif çıkan vakaların tanı ve (gerekli ise) tedavi için yönlendirilmesinde hastaya öncelik verecek teşhis merkezlerinin bulunmaması ve kurumlar arası koordinasyon eksikliği
4. Tarama ve erken teşhiste aile sağlığı merkezlerinin etkin katılımı ve teşhis sonrası hasta izlemine aktif katılımının yetersizliği
5. Tarama programları ile ilgili kalite kriterlerinin eksikliği
6. Tarama programlarının sonuçlarının düzenli olarak raporlanmaması ve paydaşlar tarafından incelenememesi
7. Kanser taramalarında Toplum Sağlığı Merkezlerinden yeterince yararlanılamaması
8. İkinci ve üçüncü basamakta yapılan kanser tarama verilerinin merkezi otoriteye iletilmesindeki eksiklikler
9. KETEM dahilinde yapılan taramalar dışındaki sık görülen kanserlerin erken tanısı konusundaki bilgi, deneyim ve alt yapı eksikliği
10. Analitik çalışmaların yetersiz olması nedeniyle Türk toplumunda kanser risk faktörleri ve prognoz konusunda ulusal bilgi eksikliği
11. Mesleki ve çevresel kanserojenlerin izlemi ve kontrolünün yeterli olmaması

12. Moleküler kanser epidemiyolojisi, erken tanı araçlarının geliştirilmesi, yatkınlık ve risk tanımlamaları konusunda temel alt yapı gereksinimlerinin yetersizliği (Ulusal boyutta ve kohort biyobankaları, veri bankaları)
13. Teknolojik açıdan dışa bağımlılık
14. Tanı için kullanılan görüntüleme cihazlarının alımı ve kullanılması konusunda ülke politikasının olmaması

Fırsatlar

1. Politik kararlılığın olması
2. Ulusal kanser enstitüsü kurulma çalışmaları
3. Toplumun kanser konusuna ilgisi
4. Kanserden korunmanın tedaviden daha maliyet-etkili olması
5. Dijital ve Kağıtsız Hastane Sisteminin (Health care Information and Management Systems Society-HIMSS)) cihaz envanter sistemine entegre edilmesi
6. Kanser ile ilgili uluslararası bilgiye ulaşma ve işbirliği olanaklarının fazla olması

Tehditler

1. Tarama işlemlerinin performans sisteminde karşılığının olmaması
2. Görüntüleme yöntemlerinde yeterli görüntü kalitesinin sağlanmaması, hasta radyasyon dozlarının gereksiz yere artması ve tanı hatalarının ortaya çıkması
3. Çocukluk çağı kanserlerinin çok nadir olması (şüpheli indeksinin düşüklüğü) ve semptomlarının sık görülen diğer çocuk hastalıklarını taklit etmesi (tanı gecikmesi)
4. Kanser saptanması kaygısı (taramalara başvurunun az olması)
5. Kanser konusunda bilgi kirliliği

6. Erkeklerde sigara kullanımının hala yüksek olması

Strateji ve Politika Önerileri

1. Çocukluk çağı kanserlerinin tüm plan ve programlarda özel bir başlık altında incelenmesi
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin Aile ve Toplum Sağlık Merkezleri (ASM, TSM) nin kanserden korunma, tarama ve erken tanı konusundaki aktif katılımının güçlendirilmesi
3. Kanserden korunma, tarama ve erken tanı ile ilgili hizmetlerinin SUT'ta yerini alması
4. Kanserden korunma, erken tanı ve tarama konusunda sektörler arasında koordinasyonun sağlanması ve geliştirilmesi
5. Kanser ile ilgili veri toplayan farklı kuruluşlara ait veri tabanlarının birleştirilerek, veri madenciliği yoluyla ulusal çapta maksimum kanser bilgisinin elde edilmesi ve bu bilginin ulusal politikalar için kullanılmasına yönelik gerekli alt yapı ve insan gücünün sağlanması
6. Toplumun kanser konusundaki farkındalığının artırılması, doğru bilgilendirilmesi ve güvenilir bilgi kaynaklarının oluşturularak halkın erişiminin sağlanması
7. Çevresel ve mesleki karsinojenlerin izleminin yapılması,
8. Kanser açısından yüksek risk gruplarının ve kişisel maruziyet düzeyinin belirlenmesi
9. Kanser alanında erken tanıya yönelik akredite moleküler epidemiyoloji ve ulusal referans laboratuvarlarının oluşturulması
10. Moleküler kanser epidemiyolojisi, erken tanı araçlarının geliştirilmesi, yatkınlık ve risk tanımlamaları konusunda temel alt yapının (ulusal boyutta ve kohort biyobankaları, veri bankaları) sağlanması
11. Kanserden korunma, tarama ve erken tanı alanında çalışan eğitimli personel sayısının artırılması ve illere dengeli dağılımının sağlanması

12. ASM ve TSM nin kanserden korunma, tarama ve erken teşhiste etkin katılımının sağlanması ve özendirilmesi
13. İkinci ve üçüncü basamakta yapılan kanser tarama verilerinin merkezi veri tabanına tam ve düzenli olarak iletilmesinin sağlanması
14. Tarama sonrası pozitif çıkan vakaların erken dönemde tanı ve (gerekli ise) tedavi alabilmeleri için öncelik sağlanması konusunda kurumlar arası koordinasyonun geliştirilmesi
15. Tarama programları ile ilgili kalite kriterlerinin geliştirilmesi
16. Tarama programlarının sonuçlarının düzenli olarak raporlanması ve paydaşlara dağıtılması
17. Türkiye’de kanser epidemiyolojisi konusunda araştırmacı yetiştirilmesi
18. Türkiye’de sık görülen kanserlerin erken tanısına yönelik tarama programları ile ilgili bilimsel fizibilite çalışmalarının yapılması
19. Mesleksi ve çevresel karsinojenlerin saptanmasına yönelik bilimsel araştırmalar yapılması
20. Kanser riski yüksek meslek gruplarında çalışan işçilerin konuyla ilgili farkındalıklarının artırılması ve sağlık açısından izlenmelerinin sağlanması
21. Radyasyon epidemiyolojisi konusundaki alt yapı ve insan gücü geliştirilmesi
22. Tanı için kullanılan görüntüleme cihazlarının alımı ve kullanımı konusunda ülke politikalarının geliştirilmesi
23. Tanısal görüntüleme optimum görüntü kalitesinin minimum radyasyon dozunda elde edilmesi için kontrol ve denetim mekanizmalarının geliştirilmesi
24. HIMSS ve Kârsız Hastane Sistemi’nin cihaz envanter sistemine entegre edilerek, kanser tarama sonuçlarının ve hasta bilgilerinin toplanmasının geliştirilmesi

25. Tanı ve tedavi amaçlı yeni teknoloji ve cihazların geliştirilmesinde yerli katkının artırılması ve akreditasyon çalışmaları

26. Kanser konusunda analitik çalışmaların sayı ve nitelik açısından artırılması

Paydaşlar

- Çevre Bakanlığı
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı
- İlgili Uluslararası Kurum ve Kuruluşları
- Üniversiteler
- TÜBİTAK
- TÜBA
- Belediyeler
- Sivil Toplum Kuruluşları
- Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları
- Sosyal Güvenlik Kurumu
- Türkiye İstatistik Kurumu
- Türkiye Atom Enerjisi Kurumu
- İlgili Uzmanlık Dernekleri
- İlaç ve tıbbi cihaz endüstrisi
- Medya



Kanserde Eğitim (Rotasyon, Müfredat, Standardizasyon, Akademik Eğitim)

Dünyada Durum

Kanser halen dünyada en önemli halk sağlığı sorunu olarak yerini korumaktadır ve bu sorunun devam edeceği düşünülmektedir. Dünyada farklı ülkelerde radyasyon onkolojisi ile başlayan kanser eğitimi; onkoloji, hematoloji, cerrahi onkoloji, jinekolojik onkoloji bilim dallarının yanı sıra, tıbbi patoloji, tıbbi genetik, radyoloji, nükleer tıp anabilim dallarında ve temel immünoloji alanında ayrı disiplinler şeklinde veya klinik onkoloji adı altında birlikte verilmektedir. Avrupa'da ve Amerika'da daha çok ilk uygulama söz konusu iken özellikle İngiltere ve İskandinav ülkelerinde ise ikinci tarz uygulama ön plandadır. Özellikle de ABD'de klinisyen ve araştırmacı arasındaki fark belirgindir. Kanser eğitiminde müfredat, standardizasyon ve akreditasyon için kendine özgü kurallar belirlenmiştir.

Türkiye'de Durum

Ülkemizde kanser eğitimi farklı düzeylerde yapılmaktadır. Ağırlıklı olarak örgün eğitim şeklinde tıp, fen ve diğer yaşam bilimleri fakültelerinde **lisans eğitimi** şeklinde verilmektedir. Bunun yanı sıra **lisansüstü eğitim** olarak hem üniversitelerimizin

tıp fakültelerinde, sağlık ve fen bilimleri ile onkoloji enstitülerinde, hem de Sağlık Bakanlığı'mıza bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde yapılmaktadır. Ayrıca **yaygın eğitim** olarak; uzmanlık dernekleri tarafından düzenlenen periyodik kurslar; ulusal / uluslararası kongre ve sempozyumlar sürecinde, yetkili birimler tarafından yapılan Sertifikasyon Programları şeklinde ve yazılı / görsel medya kanalıyla sürekli, açık uçlu, yaşam boyu olarak yapılmaktadır.

Ülkemizde kanser eğitimiyle ilgili alanların gelişmesi

Radyasyon Onkolojisinin tarihçesi çok eski yıllara dayanmaktadır. Radyasyon onkolojisi eğitimi ana dal olarak tıp fakültesinden sonra 4 yılda tamamlanmaktadır. Son verilere göre Sağlık Bakanlığı'nda görevli 253, üniversitelerde 168 ve özel sektörde 81 olmak üzere toplam 502 uzman hekim bu alanda görev yapmaktadır.

Çocuk Hematolojisi 1973 yılında, Çocuk Onkolojisi 1983 yılında, yan dal uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. 2010 yılında iki uzmanlık dalı birleştirilmiş ve

bu tarihten itibaren çocuk hematolojisi ve onkolojisi olarak yan dal eğitimi verilmeye başlanmıştır. Son verilere göre ülkemizde toplam 69? uzman hekim görev yapmaktadır.

Tıbbi Onkoloji

Tıbbi onkoloji eğitimi ülkemizde Avrupa Birliği'ne benzer olarak 4 yıllık iç hastalıkları eğitimi sonrası 3 yıllık Tıbbi Onkoloji yan dal eğitimi şeklinde verilmektedir. Ocak 2014 verilerine göre ülkemizde toplam 486 tıbbi onkoloji uzmanı ve tıbbi onkoloji eğitimi alan iç hastalıkları uzmanı bulunmaktadır. Ülkemizde 18 yaş üstü nüfus 50.000.000 civarındadır ve 144.000 kişiye 1 tıbbi onkoloji uzmanı düşmektedir. Tıbbi onkoloji eğitimi alan 104 meslektaşımızın tamamı 2016 yılında tıbbi onkoloji uzmanı olduklarında 111.000 kişiye bir tıbbi onkoloji uzmanı düşecektir. Tıbbi onkoloji uzmanlarının yarısı akademik unvana sahiptir ve yarıya yakını 50 yaşın altındadır.

Ülkemizde toplam 110 tıbbi onkoloji kliniği mevcuttur. Bunların 50'si devlet üniversitesi, 6'sı eğitim ve araştırma hastanesi, 44'ü devlet hastanesi, 10'u vakıf üniversitesidir. Tıbbi Onkolog sayısı, unvanları ve dağılımı ile ilgili bilgiler Tablo 1, 2, 3 ve 4'te verilmiştir.

Tablo 1: Tıbbi onkolog sayısının yıllara göre dağılımı

Yıl	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Sayı	35	40	61	72	130	173	215	330	393	450

(Tıbbi onkoloji yan dal asistanları sayıya dahildir)

Tablo 2: Tıbbi onkologların akademik unvanlara göre dağılımı

	ÜNİVERSİTE	VAKIF	DEVLET	ÖZEL	TOPLAM
PROFÖR	71	15	3	25	114
DOÇENT	39	6	19	15	79
LUZMAN*	37	7	85	24	153
YANDAL AŞTANI	77	5	22	0	104
TOPLAM					450

*Uzmanların 89'u mecburi hizmet yapmaktadır

Tablo 3: Tıbbi onkologların yaşa göre dağılımları

<40 yaş	40-50 yaş	50-60 yaş	60-70 yaş	>70 yaş
201	147	49	7	6

Tablo 4: Bölgelere göre tıbbi onkologların dağılımı

Marmara	Ege	Akdeniz	İç Anadolu	Karadeniz	Doğu Anadolu	Güneydoğu Anadolu
108	64	43	137	24	25	22

Kaynak: https://www.kanser.org/saglik/userfiles/file/onkoloji_rapor.pdf

Hematoloji

Erişkin ve pediatrik hematoloji bilim dalı eğitimi ülkemizde İç Hastalıkları/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları eğitimleri sonrasında üç yıllık erişkin/pediatrik hematoloji yan dal eğitimi şeklinde verilmektedir.

TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden gelen 27.05.2014 tarih, 496675148/770 sayılı ve "Hematoloji Uzmanı Hekimler" konulu resmi yazı ile 328 iç hastalıkları hematoloji uzmanı, 74 çocuk sağlığı ve hastalıkları çocuk hematoloji uzmanı, 108 çocuk sağlığı ve hastalıkları çocuk hematoloji-onkoloji uzmanı kaydının bulunduğu bildirilmiştir.

Eylül 2014 itibari ile ülkemizde yaklaşık 130 erişkin ve pediatrik hematoloji kliniği mevcuttur. Bunların 76'sı tıp fakültesi hastanesinde, 46'sı eğitim ve araştırma hastanelerinde ve 8'i devlet hastanesinde bulunmaktadır.

**Temmuz-Ağustos 2013 bülteninde yer alan ülkelere göre nüfus ve hematolog sayıları grafiği de aşağıda bulunmaktadır.



Ükelere Göre Bir Hematologun Baktığı Kişi Sayısı



Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı ise Aralık 1989 yılında kurulmuş ve 1990 tarihinde fiilen çalışmaya başlamıştır. Halen Ankara, Süleyman Demirel, Van Yüzüncü Yıl, Turgut Özal ve Afyon Kocatepe Üniversitelerinde bilim dalı olarak hizmet yürütmektedir. Günümüzde üniversite hastaneleri ve eğitim-araştırma hastanelerinde toplam 33 merkezde yan dal uzmanlık eğiti-

Alanlar	Aktif Çalışan Uzman Hekim Sayıları				Yüzbin kişiye düşen aktif çalışan
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	
Radyasyon Onkolojisi	253	168	81	502	0,66
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	22	47	0	69	0,09
Tıbbi Onkoloji	98	142	49	289	0,38
Hematoloji	61	135	24	220	0,29
Cerrahi Onkoloji	6	27	0	33	0,04
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi	11	37	0	48	0,06

mi verilmektedir. Son verilere göre de 6'sı Sağlık Bakanlığı'nda 27'si üniversitelerde olmak üzere toplam 33 uzman hekim bu alanda çalışmaktadır.

Güçlü Yönler

1. Kanser eğitimi ile ilgili eğitim kurumlarının mevcut olması
2. Türkiye'de kanser eğitimi ile ilgili eğitim, ana ve yan dallarının tanımlanmış ve yaygınlaşmış olması
3. Kanser eğitimi ile ilgili yeterli sayıda öğretim üyesi olması
4. Kanser alanında uzmanlık derneklerinin varlığı ve eğitime öncelik vermesi
5. Yıl içinde düzenli kongre ve kurslar düzenlenmesi

6. Yurt dışı eğitim ve toplantılara katılım
7. Eğitim müfredatı konusunda standart oluşturabilecek Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi'nin (TUKMOS) varlığı
8. Uzmanlık eğitiminde kanser alanına ilginin artması
9. Uzmanlık eğitiminin iyi bir düzeye ulaşması sonucunda yurtdışına kanserli hasta sevkinin azalması

Zayıf Yönler

1. Rotasyonların aktif olarak gerektiği gibi yapılamaması
2. Eğitim verecek merkezlerin standartlarının belirlenmemiş olması

3. Verilen eğitimin kontrolünün standart hale gelmemesi
4. TUKMOS tarafından oluşturulan eğitim, müfredat ve standardizasyonunun aktif hale geçirilememesi
5. Kanser alanındaki hizmet yükünün eğitim ve araştırmaya engel olması
6. Eğitimle ilgili alanlara gerekli maddi desteğin verilmemesi
7. Kanserde palyatif bakım ve tamamlayıcı tıp eğitiminin eksik olması
8. Kanser hastalarının tanı ve takiplerinde görüntüleme yöntemlerinin ve biyokimyasal tetkiklerin istenmesi konusunda eğitim eksikliği olması
9. Eğitici eğitimlerinin yeterince yapılmaması
10. Eğitimle ilgili geri bildirimlerin alınmaması
11. Kanser alanında kullanılacak teknolojik cihazların yeterli eğitim ve planlama yapılmadan temin edilmesi
4. Nüfusun giderek yaşlanması nedeniyle kanser görülme sıklığında artış olması
5. Kanser dışı branşlardaki sağlık çalışanlarının kanser konusunda yeterli eğitime sahip olmaması ve kanser hastalarını sahiplenmemesi
6. Kanser eğitiminde belirli alanlarda yetkinleşmenin özendirilmemesi
7. Mecburi hizmete gönderilen uzmanların multidisipliner çalışma ortamı olmayan kurumlara gönderilmesi nedeniyle uzmanlık sonrası eğitimin sürekliliğinin sağlanamaması
8. Performans kaygısı nedeniyle hastaya ayrılan sürenin azalması

Strateji ve Politika Önerileri

1. Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenen rotasyonların yeniden planlanması (dış rotasyon olarak tıbbi genetik, radyasyon onkolojisi gibi)
2. Radyasyon onkolojisinde uygulanan çocuk hematolojisi ve onkolojisi rotasyonunun 2 ay olacak şekilde yeniden gözden geçirilmesi
3. Kanser ile ilgilenen kişilere istatistik ve araştırma yöntemleri ile ilgili eğitim verilmesi
4. Çocuk hematolojisi ve onkolojisi iç rotasyonlarının kesin kurullarla belirlenmesi
5. Hayat boyu eğitim prensipleri çerçevesinde kanser eğitiminin açık uçlu olması ve puanlandırılması
6. Elektronik eğitim sistemlerinin yaygınlaştırılması
7. Elektronik sisteme dayalı olarak belirli formlar tanımlanması
8. Tıpta Uzmanlık Kurulunun kanser eğitimi almış uzmanlara yönelik on yılda bir uzmanlık belgesi yenileme kuralları belirlemesi
9. Eğitimlerde alınan puanların uzmanlık belgelerinin yenilenmesinde dikkate alınması

Fırsatlar

1. Kanserle ilgili birçok projenin TÜBİTAK tarafından desteklenmesi
2. Üniversiteler, uzmanlık dernekleri ve TÜBİTAK'ın yurt dışı eğitime destek vermesi
3. İlaç endüstrisinin hasta eğitimi ile ilgili destek hizmetleri vermesi

Tehditler

1. Çocuk hematolojisi ve onkolojisi yan dal uzmanlık eğitiminin mevcut iş yükü ve yüksek riskli birim olması nedeniyle tercih edilmemesi
2. Radyasyon onkolojisi uzmanlarının mecburi hizmet için cihaz olmayan yerlere gönderilmesi
3. İkinci uzmanlık (anadal/yandal) eğitiminde mevcut olan mecburi hizmet yükümlülüğünün onkoloji ve hematoloji alanına ilgiyi azaltması

10. Kanser ile ilgilenen kişilerin yeterli temel onkoloji eğitiminin sağlanması
11. Hematoloji ve onkoloji yan dal uzmanlığının özendirilmesi için mecburi hizmet yükümlülüğünün kaldırılması
12. Kanser eğitimi sırasında klinik araştırma ve makale yazılmasının özendirilmesi
13. Kanser eğitim süreçlerinde fizik muayenenin öneminin vurgulanması ve gündemde tutulması
14. Eğitici eğitiminin periyodik olarak yapılması ve geri bildirimlerin alınması konusunda özendirilmesi
15. Farklı branşların kanser konusundaki yaklaşımlarını geliştirmek amacıyla multidisipliner toplantıların zorunlu hale getirilmesi
16. Sağlık Bakanlığı ile ortak eğitim toplantılarının yapılması
17. İleri teknoloji cihazlarının yeterli donanım ve eğitimi olan birimlerde konumlandırılması
18. Kanserde mükemmeliyet merkezlerinin oluşturulması
19. Eğitime yönelik rotasyonlarda bürokratik ve finansal engellerin hakkaniyete göre düzenlenmesi
20. Kanser eğitim hemşireliğinin yaygınlaştırılması
21. Kanser alanında özelliği olan işlemlerin yapılmasına yönelik sevkler tanınasal öncelik verilmesi
22. Uzmanlık eğitiminin standardizasyonunu sağlayabilmek için merkezi sınav sisteminin oluşturulması
23. Kanser eğitimi verilen merkezlerde eğitime yeterli zamanın ayrılması için gerekli ilkelerin belirlenmesi



Erişkin Onkolojide Sorunlar

Dünyada ve Türkiye'de Durum

Dünyada ve ülkemizde kanser önemli bir sağlık problemi olup ülkemizde %20,7 ile ikinci sırada ölüm sebebidir. 2020'li yıllardan itibaren özellikle gelişmiş ülkelerde kansere bağlı ölümlerin ilk sıraya yükselmesi tahmin edilmektedir.

Kanserin insidans ve prevalansı dünyada ve ülkemizde artmaktadır. Ülkemizde her yıl 160.000-180.000 civarında yeni kanser tanısı konmaktadır. Bu hastaların yaklaşık %60-70'ine kemoterapi, hormonal tedavi, hedefe yönelik tedaviler (adjuvant, neoadjuvant ve palyatif tedaviler ve kök hücre nakli) uygulanmaktadır. Bu rakamlardan yola çıkarak geçmişte kanser tanısı almış ve tedavi olmuş hastalar da göz önüne alındığında ülkemizde Tıbbi Onkologların sorumlu olacağı yıllık 300.000 civarı kanser hasta yükü bulunmaktadır.

ABD'de kanser insidansında 2020 yılına kadar bir artış öngörülmektedir. Buna rağmen yıllık ziyaret sayısında hasta tedavilerindeki ve ömürlerindeki artışa bağlı olarak hasta yükünde %48'lik bir artış olacağı varsayılmaktadır.

Kanser hastasının doğru tanı ve tedavisi multi-disipliner bir ekip tarafından yapılmalı ve yönlendirilme-

lidir. Multi-disipliner ekipte tıbbi onkoloji ve/veya hematoloji uzmanı, radyasyon onkolojisi uzmanı, ilgili onkolojik cerrah, radyoloji uzmanı, tıbbi patoloji uzmanı, moleküler biyolog, genetik uzmanı, nükleer tıp uzmanı, psikiyatrist, psikolog, algolog, ilgili diğer branş uzmanları ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanları bulunmalıdır.

Güçlü Yönler

1. Ülkemizde araştırmaya hevesli, genç ve enerjik tıbbi onkolog, cerrahi onkolog ve hematologlar kanser tedavisinde görev almaktadır.
2. Tıbbi onkoloji; kanser hastasını bütün olarak kavrayabilen bilim dalıdır.
3. Tıbbi onkoloji uzmanlık eğitiminde uzmanlık derneğinin katkıları ile hazırlanan Çekirdek Eğitim Programı'na kılavuzluk yapmaktadır ve yine derneğin yeterlilik sınavlarını yapıyor olması da tıbbi onkolog eğitimini artırmaktadır. Hematoloji derneği yan dal uzmanlık öğrencilerine yılda 4 kez yapılan hematoloji okulları ile eğitim verilmektedir. Benzer eğitim Türk Tıbbi Onkoloji Derneği'nde (TTOD) verilmemektedir.

4. Hematoloji derneği ve Türk Tıbbi Onkoloji Derneği halka ve hekimlere yönelik eğitim faaliyetlerinde bulunmaktadır. Bu şekilde toplumun kanser konusundaki var olan duyarlılığı ve bilinci artırılmaktadır.
5. Ülkemizde kemik iliği transplantasyon merkezlerinin artması nedeniyle kök hücre nakli için hastalar artık sıra beklememektedir.
6. Gelişmiş kanser tanı ve tedavi merkezleri ve eğitim merkezleri bulunmaktadır.
7. Devlet - özel hastaneler dâhil- kanser tanı ve tedavi hizmetlerinin satın alınmasında öncü rolü üstlenmektedir.
8. Kanserli hasta tedavi ve takibinde Türk ailesinin destekleyici yapısı itibarıyla aile desteğinin varlığı olumlu olmaktadır.
9. Kanser ile ilgili araştırmalar için yeterli alt yapısı olan merkezler bulunmaktadır.
6. Basın kanser konusunda toplumun bilgilendirilmesinde yanlış ve yetersiz bilgilendirme yapılmaktadır.
7. Özellikle büyük şehirlerin dışında kanser tedavisinde multidisipliner yaklaşım gösterebilecek bölgesel kapsamlı onkoloji merkezleri yetersizdir.
8. Ülkemizde yandal uzmanlık eğitimi veren bazı kurumlarda kanser tedavisinde rol oynayan radyasyon onkoloji, cerrahi onkoloji gibi ilgili kliniklerin olmaması eğitimi olumsuz etkilemektedir.
9. Devlet ve özel hastanelerde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geri ödemeleri bazen tedavi giderlerini karşılamamaktadır. Kanser hastalarından ek ödeme alınmaması ve bunu telafi edecek uygulamaların olmaması onkoloji çalışanları ile diğer branşlar arasında eşitsizliğe neden olmaktadır. Ayrıca kanser tedavi planlamalarında ve yan etki yönetimi için yapılan müdahale ve kontrol muayenelerinde Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ücretlendirmesi yoktur.

Zayıf Yönler

1. Kanser hastasına palyatif ve terminal bakımı verebilecek merkezlerin sayısı yetersizdir.
2. Akut lösemi tedavisi için nötropenik hasta takibi için uygun şartlara sahip hastane yatak sayısı yetersizdir. Buna karşın yeterinden fazla Kemik İliği Transplantasyon yatağı bulunmaktadır.
3. Yardımcı sağlık destek personel kadroları eksiktir (eğitim hemşiresi, onkoloji hemşiresi, sosyal hizmet uzmanları, tıbbi sekreter, psikolog, diyetisyen, klinik eczacı vb)
4. Kanser tedavisi üstlenen hekim kadrolarının verimsiz kullanımı söz konusudur (örn: her hastaneye bir onkolog veya hematolog anlayışı, mecburi hizmet, devamlılığının olmaması, kadroların ihtiyaca göre değil bölgesel siyasi talebe bağlı olarak verilmesi gibi)
5. Bazı eğitim veren kurumlarda eğitim ve multidisipliner toplantılara ayrılan zaman ve alt yapı yetersizdir.
10. Kanserle mücadele yapan dernekler ve kuruluşların rolü yetersiz kalmaktadır.
11. İç hastalıkları, aile hekimleri gibi ilgili diğer branşların rotasyona gönderilmemesi ya da tıbbi onkoloji ve hematoloji uzmanı olmaması nedenleriyle onkoloji konusundaki yetersiz eğitim alabilmektedir ve kanser hastasının palyatif ve destek bakımı konusunda motivasyonları eksiktir.
12. Kanser alanında yapılan araştırmalar yetersizdir (iş yükü, alt yapı yetersizliği ve araştırmaların önündeki bürokratik engeller nedeniyle).
13. Kanser tedavisinde önemli rol oynayan Cerrahi Onkolojinin tanımlanması tam yapılmamış, hizmet ve eğitim standartları oluşturulmamıştır.

Fırsatlar

1. Toplumun kanser konusunda bilgilendirilmesinde basın ve yayın kuruluşları önemli rol oynayabilir.

2. Bazı gönüllü kuruluşların tedavilere destek sağlaması söz konusudur.
3. Ar-Ge politikaları geliştirilebilir.
4. Çevresel kanserojenlerle karşılaşmanın önlenmesinde çevre koruması ile ilgili çıkarılacak kapsamlı yasalar kanserojene maruz kalma riskini azaltacaktır.
5. Eğitim ve akademik kriterlerin yükseltilmesi kaliteyi artırabilecektir.

Tehditler

1. Kanserojen ajanlara maruziyet artmıştır.
2. Tıbbi onkolog, hematolog ve kanser tedavisi yapan diğer hekimlerde devlet kurumlarından özel hastanelere yönelme vardır.
3. Özel hastane ve devlet hastaneleri arasındaki rekabet, ihale yasası ve kadro alımı konusunda eşitsizdir.
4. Özel hastanelerde çalışan hekimler ticarileşmeye zorlanmaktadır.
5. Kanser tedavi maliyetlerinin artması güncel tedavilere ulaşımı güçleştirebilir.
6. Kanser tanı ve tedavilerinin yönetiminde bazen gereğinden fazla tetkik istenmektedir.
7. Onkolojik tedavi yapan hekimlerin performans kaygısı yaşaması sağlık hizmeti kalitesini düşürmekte ve tükenmişlik sendromuna neden olmaktadır.
8. Kanser konusunda umut tacirleri çoktur. Bunlarla yapılan mücadele yetersizdir.
9. Tıbbi onkolojinin kapsamı genişlemekte, kanser hastası sayısı artmakta ve iş yükü artmaktadır (gelecekte toplum yaş ortalaması artacağı için kanser insidansı ve prevalansı artacaktır buna bağlı olarak kanser hastası ziyaret sayısı artacaktır.)
10. Alkol ve sigara kullanmaya başlama yaşı genç yaşlara inmiştir.

11. Tıbbi onkolog ve hematolog sayısı halen yetersizdir. Ancak son dönemde kadroların ileriye dönük planlama ile zamana yayılarak değil hızla artırılması yoluna gidilmiştir. Bu nedenle kalite sorunu ortaya çıkmıştır.
12. Tıbbi onkoloji ve hematoloji uzmanlarına eğitim ve araştırma hastanelerinde fazla hasta bakılması konusunda baskılar mevcuttur.
13. Kanser tedavisinin yönlendirilmesinde ilaç endüstrisinin etkisi belirgin olarak hissedilmektedir.
14. Kanserle mücadele yapan kuruluşlar arasında koordinasyon yeterli değildir.
15. Tıbbi onkolog ve hematolog olarak yeterli akademik personel olmasına rağmen akademik kalite ve istek gün geçtikçe azalmaktadır.

Strateji ve Politika Önerileri

1. Ülkemizde palyatif ve terminal kanser hasta bakımı yapılabilecek merkezler oluşturulmalı ve SUT geri ödemesine alınmalıdır. Ayrıca özel kurumların kaynaklarının da kullanımı sağlanmalıdır.
2. Hematoloji uzmanı olan merkezlere akut lösemi hastaları için yatak ve yardımcı personel sağlanmalıdır. Sağlık kurumlarında akut lösemi tedavisi için özendirici tedbirler alınmalıdır. Bu hastalar kemik iliği nakli gibi değerlendirilebilir. Kemik iliği nakil merkezlerinde belirli oranda akut lösemilerin nakil dışı tedavisinin yapılması zorunlu hale getirilmelidir.
3. Tıbbi onkoloji, hematoloji uzmanlarının yanında eğitim hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sekreter gibi yardımcı personel desteği yeterli sayıda sağlanmalıdır. (Tıbbi onkolog başına asgari bir eğitim hemşiresi, üç onkoloji hemşiresi gibi)
4. Kanser tedavisi yapan uzmanlar multidisipliner yeterli altyapısı olan merkezlerde ağırlıklı olarak istihdam edilmelidir. Mevcut uzman kaynaklarımız verimli kullanılmalıdır.
5. Multidisipliner ekip çalışması özendirilmelidir.
6. Sağlık otoriteleri uzmanlık dernekleriyle hizmet

tin iyi yönde geliştirilmesi için işbirliği içinde çalışmalıdır.

7. Kanser destek tedavisinde iç hastalıkları uzmanları ve aile hekimleri özendirilmelidir.
8. Özel hastanelerde kanser alanında çalışan hekimlerin aşırı çalıştırılmasının önüne geçilmelidir.
9. Tıbbi onkolog ve hematologların aferez, periferik yaymanın değerlendirilmesi gibi işlemlerde ücretlendirmenin artırılması gereklidir.
10. Kanserde istismara yönelik tedbirlerin artırılması ve cezai yaptırımların getirilmesi gereklidir.
11. Cerrahi onkolojinin tanımlanıp hizmet, eğitim ve çalışma standartları oluşturulmalıdır.
12. Özel hastanelerde kanser sistemik tedavisi için yapılan sözleşmelerde yan etki yönetimi ve paliyatif sistemik ve cerrahi tedavileri de kapsamı sağlanmalıdır.
13. Sigara, gıda denetimi ve çevre korunması ile ilgili düzenlemeler artırılmalıdır.
14. Kamu kurumlarında görev yapan kanser tedavisi ile ilgilenen hekim ya da yardımcı sağlık personelinin kurumlarında kalmaları için özendirici tedbirler alınmalıdır.
15. Kanser araştırmalarının artması için klinik araştırmalar önündeki engeller kaldırılmalı ve özendirici tedbirler alınmalıdır.
16. Devlet ihale kanunu devlet hastanelerinin özel hastanelerle rekabet edebilecek şekilde değiştirilmelidir.
17. Özel hastanelerde çalışan hekim ve sağlık personelinin giderek bozulan özlük hakları ve koşullarının iyileştirilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
18. Kanser tedavisinde akılcı tedavi, ilaç ve tetkik kullanımı özendirilmelidir.
19. Kanserle uğraşan hekim ve sağlık personelinin

tükenmişlik sendromunu engellemek için hastanın doktor üzerindeki aşırı yükünü azaltacak tedbirler alınmalıdır.

20. Eğitim kalitesini artırmak için geleceğe yönelik bir projeksiyon sonucunda yıllar içine dağıtılmış hematoloji ve tıbbi onkoloji yandal uzmanlık kadrolarının açılması uygun olacaktır.
21. Araştırma ve eğitim konusunda ilaç endüstrisinin etkisini azaltmak için devlet ve sivil toplum kuruluşları, uzmanlık dernekleri destek vermelidir.

Paydaşlar için Öneriler

1. Sağlık Bakanlığı: Kanser politikalarının belirlenmesi, uygulanması ve sağlık hizmeti sunumu
2. Üniversiteler: Eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunulması
3. Özel hastaneler ve sağlık hizmeti sunucuları
4. TÜBA: Kanser politikalarının belirlenmesi
5. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK): Kanser araştırmalarına destek sağlanması
6. Uzmanlık dernekleri ve kanserle mücadele, kanser hasta dernekleri
7. Basın ve yayın organları toplumun doğru bilgilendirilmesinde
8. Uluslararası American Society of Clinical Oncology (ASCO), European Society for Medical Oncology (ESMO), European CanCer Organisation (ECCO), ve Union for International Cancer Control (UICC) gibi bölgesel ve uluslararası dernek ve kuruluşlar
9. Türk Tabipler Birliği ve kuruluşları
 - Kanser halen önemli bir sorundur ve yakın gelecekte çok daha önemli sağlık sorunu olacaktır.
 - Kanser tedavisinde yeni hedefler ve yeni te-

davi yaklaşımları tanımlanmaktadır. Ancak bu tedavi yaklaşımları etkinliklerinden çok daha yüksek tedavi maliyetine sebep olmaktadır.

- Kanserin önlenmesine yönelik uygulamalar ve erken tanısı ile daha az maliyetle kanser oluşumunu önleme ve erken tedavi mümkün olabilmektedir.
- Onkoloji alanında çalışan özellikle hekimler olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının özlük hakları iyileştirilmelidir.



Pediyatrik Hematoloji / Onkolojide Sorunlar

Dünyada ve Türkiye'de Durum

Çocukluk çağı kanserleri nadir ancak çok ciddi bir sağlık sorunudur. Gelişmiş ülkelerde kanser görülme sıklığı yaklaşık olarak yılda 100 bin çocukta 15 olup, yıllık %1 oranında artış göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde 5 yıllık sağ kalım oranı %80'dir. Türkiye'de beklenen yeni çocukluk çağı kanser hastası sayısı yılda üç bin dolayındadır. Beş yıllık sağ kalım oranı yaklaşık %65'tir. Bu farklılığın oluşmasında rol oynayan en büyük sorun altyapı ve bölgelere göre değişkenlik gösterebilen sosyo-ekonomik koşullardır.

Güçlü Yönler

1. Türk Pediyatrik Onkoloji Grubu (TPOG) ve Türk Pediyatrik Hematoloji Derneği (TPHD) gibi uzmanlık derneklerinin olması ve bu derneklerin ilgili uzmanlık alanlarında tek yetkili olması
2. Bu konuda Bakanlık, uzmanlık dernekleri ve TÜBA gibi paydaşların sorunları çözme iradesi göstermiş olması
3. Çok merkezli standart protokolleri hazırlayabilecek ve uygulayabilecek hematoloji ve onkoloji

merkezlerinin ve uzmanların olması ve bunun paralelinde Ulusal Wilms ve Nöroblastom protokollerinin geliştirilmiş olması

4. TPOG ve TPHD 2002 yılından itibaren kayıt çalışmasını yürütmesi ve ülkemizdeki çocuk kanserlerine ait çok değerli verilerin elde edilmesi
5. 18 yaşa kadar olan nüfusun ülke nüfusunun üçte birini oluşturması (25 milyon) nedeniyle nadir hastalık grubunda olan çocuk kanserlerinin yeterli sayıda ve çeşitlilikte görülebilmesi
6. Pediyatrik dönemde temel onkoloji alanında laboratuvar araştırmaları yapabilecek kapasitede merkezlerin giderek artması
7. 18 yaşa kadar olan nüfusun ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanıyor olması

Zayıf Yönler

1. Tam teşekküllü merkez sayısının ülke nüfusuna oranla yeterli olmaması

2. Bu alanda çalışanların nitelik ve nicelik eksiklikleri
3. Her merkezin tanı ve tedavi sürecinde aynı standartlara sahip olmaması
4. Çocukluk çağı kanser araştırmalarına ayrılan bütçelerin yetersiz olması ve bu alandaki yasal ve etik güçlükler
5. Ortak çalışma kültürünün yeterli olmaması
6. Toplumun alternatif tedavi yöntemlerine eğilimli olması
7. Çocukluk çağı kanseri nedeniyle tedavi görüp iyileşen hastaların 18 yaşından sonra gelişebilecek ikincil sağlık sorunları nedeniyle sosyal güvencelerinin olmaması

Fırsatlar

1. TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı vesilesiyle sorunların gündeme gelmesi
2. Sağlık Bakanlığı ve ilgili derneklerin işbirliği konusunda istekli olması

Tehditler

1. Ağırlaşan çalışma koşulları nedeniyle hekimlerin ve diğer sağlık personelinin çocuk hematolojisi ve onkolojisi alanında çalışmak istemiyor olması ve bu oranın giderek artması
2. Kanser tanısından itibaren etkinliği gösterilmiş tedavilerin bırakılıp alternatif tedavilere yönelinmesi
3. Pediatrik onkoloji alanındaki araştırmalar için yeterli örnek, bütçe ve araştırmaya zaman ayırabilen elemanların bulunamaması
4. Çocukluk çağı kanserlerinden iyileşen hastalarda eğitim, evlenme ve iş bulmadaki zorluklar nedeniyle ikincil sosyal ve psikolojik sorunların yaşanması ihtimali

Strateji ve Politika Önerileri

1. Sorunların çözümünde Sağlık Bakanlığı ile birlikte TPOG ve TPHD'nin birlikte hareket etmesi

2. Merkezlere standardizasyon kriterlerinin getirilmesi ve kriterlerin denetlenmesi
3. Çocukluk çağı kanser hastalığından kurtulan bireylere karşılaştığı problemlerin çözümünde pozitif ayrımcılığın yapılması
4. Bu alandaki eğitim ve araştırma bütçelerinin artırılması
5. Çocukluk çağı kanser hastalığından kurtulmuş olup 18 yaşını doldurmuş olan bireylere sağlık ve sosyal güvencelerin sağlanması

Paydaşlar

- Sağlık Bakanlığı
- Ekonomi ve Kalkınma Bakanlığı
- Çevre Bakanlığı
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- İlgili Uluslararası Kurum ve Kuruluşları
- Üniversiteler
- Belediyeler
- Sivil Toplum Kuruluşları
- Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları
- Sosyal Güvenlik Kurumu
- Türkiye İstatistik Kurumu
- İlgili Uzmanlık Dernekleri
- İlaç ve tıbbi cihaz endüstrisi
- TÜBİTAK
- TÜBA
- Medya



Radyasyon Onkolojisinde Sorunlar

Dünyada ve Türkiye'de Durum

Radyasyon Onkolojisi'nin kanser tedavisindeki yeri, elde edilen teknolojiye göre gelişim göstermektedir. Ülkemizde cihaz envanteri ve teknolojinin günlük uygulamalara yansımada son yıllarda hızlı bir gelişim gözlenmesine karşın, bölgeler arası cihazların dağılımı, Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerdeki cihazların dağılımı ve yeni teknolojileri uygulayabilecek yetişmiş insan gücü yönünden bazı sıkıntılar yaşanmaktadır. Uygulanan tedavilerin standardize edilebilmesi ve tedavinin tüm sağlık kuruluşlarında aynı kalitede sağlanabilmesi için ulusal protokollere ve sağlık politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Uygulamaların standardizasyonu için Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği tarafından eğitim programları uygulanmakta ancak hizmet hastanelerindeki uzman hekimlerin performans kaygısı nedeniyle katılımları sınırlı kalmaktadır.

Kanser olguları değerlendirildiğinde; yaşamları boyunca hastaların %70'inde tedavinin bir kolu olarak radyoterapi uygulandığı bilinmektedir. Bu oranın yeni uygulamalar ile daha da artacağı düşünülmektedir. Ancak bu dağılım ülkeler bazında farklılıklar göstermektedir. Radyoterapi, altyapısı ve diğer disiplinler ile olan bağlantısı nedeni ile gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde tedavi uygulamaları ve

tedavi sonuçları belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Ulusal tedavi protokolleri oluşturulmuş, altyapı ve disiplinler arası ilişki sağlanmış ülkelerde radyoterapi uygulamaları daha çok küratif amaçla uygulanırken, sağlık sistemi ile ilgili alt yapısını tamamlamamış, gelişmekte olan ülkelerde cihaz başına yoğun hasta alımının da etkisi ile radyoterapi uygulamaları daha çok palyatif olarak kalmaktadır.

Güçlü Yönler

1. X ışınının bulunduğu günden itibaren 100 yılı aşkın süredir kanser ve tedavileri ile uğraşan ve bilgi birikiminin olduğu köklü bir disiplindir.
2. Kanserli hastaların tedavisinde radyoterapinin önemi ve kullanım sıklığı artmıştır.
3. Yeni teknolojik gelişmeler ile sürekli bir yenilik içindedir.
4. Dünya standartlarına uygun kapsamlı bir çekirdek eğitim programı vardır.
5. Son yıllarda Sağlık bakanlığı tarafından çok sayıda Radyasyon Onkolojisi merkezi kurulmasıyla

modern cihaz ve donanımı ülkemize kazandırılmıştır.

6. Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği eğitimde ve hasta tedavilerinde standardizasyonu sağlamaya yönelik düzenli olarak kurslar yapmaktadır.

Zayıf Yönler

1. Donanımlı ekip ve ekipman gerektirmesi
2. Hızlı gelişen teknoloji ve maliyet nedeniyle dışa bağımlı olunması.
3. Yeni teknolojilerin yardımı ile hedefe yönelik ışınlamalar ile eşzamanlı kemoterapi ve hedefe yönelik ajanlar veya radyoduyarlılaştırıcılar kullanılmasına karşın çoğu merkezde hastaların takibi açısından konaklama tesislerinin bulunmaması.
4. Cihaz bakım ve onarım faaliyetleri ile ilgili aksamalar yaşanması.
5. Cihazların eğitim veren kurumlar ve eğitim vermeyen kurumlar arasında dengesiz dağılımı.
6. Sağlık bakanlığına bağlı devlet hastanelerine yönelik 2023 onkoloji vizyonu kapsamında planlama yapılmasına rağmen bu projeksiyon kapsamında özel sağlık kuruluşları ile üniversitelerin bu plana uymaları konusunda bir yaptırım olmadığından uygulamada zorlukların çıkması.
7. Yeterli Uzman hekim sayısına rağmen dengesiz dağılımın olması,
8. Tıbbi radyasyon fizikçisi eksikliği nedeniyle pahalı radyoterapi aletlerinin efektif kullanılmaması.
9. Radyasyon onkolojisi uzmanlık öğrencisi kadro sayılarının azalması
10. Sağlık sistemimizde uygulanmakta olan performans sisteminin hekim ve sağlık personelinin öncelikli olarak bilimsel araştırmaya odaklanmasını zorlaştırması.
11. Mezuniyet sonrası eğitim kapsamında kredilendirme kriterlerinin değerlendirmeye alınmaması.

Fırsatlar

1. Gelişen teknolojilere bağlı olarak uygulama alanlarının genişlemesi, radyoterapiye bağlı yan etkilerin azalması ve tedavi başarısının artması
2. Ülkemizin, bölgesinde hem teknolojik hem bilimsel anlamda en iyi radyoterapi hizmetini sunabilecek kapasitede olması ve diğer gelişmiş ülkelere göre maliyetinin düşük olması nedeniyle komşu ülkelerden yoğun hasta akışının olması.
3. Onkoloji alanındaki çok merkezli klinik çalışmalar açısından 77 milyon dolayında nüfusa sahip olan ülkemizin çok büyük bir avantaja sahip olması
4. Son yıllarda TÜBİTAK ve diğer araştırma fonlarında bilimsel araştırmalara ayrılan payların artırılmış olması
5. Çok merkezli ulusal protokoller ile yapılan standart tedavi sonuçlarının uluslararası literatürde daha yüksek oranda kabul görmesi

Tehditler

1. Disiplinin tüm gereklerini yerine getirebilecek olan cihazların teknik altyapı, bakım ve onarım maliyetlerinin yüksek olması
2. Cihazların dengesiz dağılımı ile ileri teknolojik uygulamaların uzman olmayan ekipler tarafından kullanılması sonucu klinik problemlerin olması
3. Dengesiz ücret dağılımı nedeniyle akademisyenlerin merkezler arası veya yurtdışı göçü
4. SUT ödemelerinin yetersizliği nedeniyle cihazların yenilenme ve bakımlarında oluşan ekonomik zorluklar nedeniyle teknoloji takibinde yetersiz kalınması
5. Mevcut "Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Mevzuatı" gereğince Radyasyon Onkolojisi alanında da yapılacak klinik prospektif çalışmaları imkansız kılan koşulların varlığı

Politika Önerileri

1. Yeni teknoloji yatırımlarının bilgi ve deneyime sahip, verimli kullanabilecek merkezlere yapılması.
2. Uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitimi için ulusal düzeyde standart programların oluşturulması
3. Hizmet hastanelerindeki hekimlere deneyimli merkezlerde uzun süreli eğitim olanağı sağlanması. Bu eğitimin sağlık bakanlığı tarafından teşvik edilmesi ve desteklenmesi
4. Kurulmuş olan merkezlerin eğitim ve akreditasyon için önce teşvik edilmesi ve aşama aşama bu işlemlerin zorunlu hale getirilmesi
5. Radyoterapi ile eşzamanlı sistemik tedavilerin kullanılması, yan etkilerini takip ve tedavilerinin daha kontrollü yapılabilmesi için konaklama tesisi sayısının artırılması

Paydaşlar

- Sağlık Bakanlığı
- SGK
- YÖK
- Üniversiteler
- Dernekler
- STK
- TÜBİTAK
- TÜBA
- Medya Kuruluşları



Temel Onkoloji'de Sorunlar

Dünyada ve Türkiye'de Durum

Temel Onkoloji; Türkiye'de üniversite çatısı altında sınırlı sayıda olan, onkoloji ile ilgili temel disiplinleri barındıran, eğitim yanında araştırma ve geliştirme açısından iyileştirmeye ihtiyaç duyulan bir bilim alanıdır. Temel onkoloji alanında ülkemizde iyi merkezler, laboratuvarlar mevcut olmakla birlikte bunların klinik ve endüstri ile koordinasyonu eksik olup, ülke coğrafyasında dağılımı homojen değildir.

Yurt dışında Temel Onkoloji alanında bütçesi genel bütçeden karşılandığında ek fon ihtiyacı olmayan ancak faaliyetleri açısından özerk merkezler yanında; endüstriden ve vakıflardan maddi destek alabilen özel merkezler faaliyet göstermektedir. Bu merkezler çok sayıda yenilikçi ve patent çıkarmayı hedefleyen çalışmalar yapmaktadırlar. Ayrıca, farklı coğrafi bölgelerdeki merkez ve laboratuvarları, farklı disiplinleri bir araya getirebilen özel ya da devlet destekli kapsayıcı enstitüler mevcuttur. Multidisipliner çalışmalar devlet tarafından özellikle özendirilmekte ve evrensel sorunların çözümüne yönelik büyük çaplı projelerde uluslararası işbirliğine gidilmektedir (Kanser Genom Projesi vs.).

Güçlü Yönler

1. Az sayıda olmakla beraber, konusunda iyi yetişmiş eleman olması
2. Temel onkoloji alanında iyi merkezler ve laboratuvarların olması
3. Temel onkoloji ile ortak olabilecek yeterli sayıda ve yetkinlikte klinik onkoloji merkezlerinin olması (Tıbbi Onkoloji, Hematoloji, Çocuk Onkolojisi ve Hematolojisi, Patoloji, Tıbbi Genetik, Radyasyon Onkolojisi, Cerrahi Onkoloji, vs.)

Zayıf Yönler

(Aşağıdaki problemler herhangi bir öncelik sırası taşımadan sıralanmıştır)

1. Temel onkolojinin tanımının, paydaşlarının ve misyonunun tam olarak belirlenmemiş olması
2. Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) ve uygulama çalışmalarında ulusal önceliklerin ve stratejilerin net olarak saptanmamış olması

3. Temel Onkoloji alanındaki disiplinlerin kendi arasında, klinikle ve endüstri ile birlikte etkin ve koordineli çalışmasını sağlayacak yapıların olması
4. Çalışmalara maddi kaynak sağlayan kurumların yetersiz olması, var olan kaynakların yönlendirilmesinde ve paylaşılmasında sorunların olması
5. Kadro, ücret, beklenti eksikliği gibi nedenlerle bu alanda çalışacak nitelikli elemanların temininde güçlükler olması
6. Altyapı olanaklarının yetersiz olması (Fiziki ortam, doku bankasının olmaması, arşiv eksikliği, veri kayıt sistemi problemleri), mevcut durumun envanterinin olmaması
7. Araştırmaların soruna ve çözüme yönelik planlanmaması, dağınık olması, sürekliliğinin ve etkilerinin fazla olmaması
8. Merkezlerin ortak çalışma kültürüne sahip olmaması, bilimsel verilerin ve bilgi paylaşımının yetersiz olması
9. Merkezlerde bilimsel verilerin toplanmasındaki eksiklikler, çıktılarının evrensel ölçütlerle değerlendirilmesindeki problemler (Faaliyet raporları vs.), ve algoritmaların oluşturulmamış olması

Fırsatlar

1. Bireyselleştirilmiş ve hedefe yönelik tedavi yaklaşımlarının gelişmesiyle Temel Onkoloji'nin öneminin artması
2. Ülkemizde Ar-Ge'ye verilen önemin giderek artması dolayısıyla Temel Onkoloji alanına daha çok kaynak aktarılması

Tehditler

1. Uzmanlık ve doçentlik alanı olmaması nedeniyle tercih edilmemesi
2. Diğer temel tıp branşları ile olan alan örtüşmeleri

Strateji ve Politika Önerileri

(Aşağıdaki çözüm önerileri herhangi bir öncelik sırası taşımadan sıralanmıştır)

1. Ulusal önceliklerin saptanması ve ulusal çözüm önerilerinin belirlenmesi
2. Ulusal veri tabanlarının oluşturulması
3. Ülkemizin gereksinimlerine göre temel onkoloji merkezlerinin özellikli uluslararası kuruluşlarda yer almasında devlet desteğinin sağlanması
4. Yurt dışı örneklerin incelenerek, temel onkolojinin de yer aldığı kanser merkezlerinin kurulması, yaygınlaştırılması, sertifikalandırılması, araştırmacının (temel bilimci, klinisyen) ve endüstrinin bir araya getirilmesi
5. Kanser türüne özel çalışma gruplarının oluşturulması
6. Mevcut merkezlerin geliştirilerek mükemmeliyet merkezlerine dönüştürülmesi
7. Bu merkezlere bağış yoluyla sağlanacak olan kaynaklar için yasal çerçevenin düzenlenmesi
8. TÜBİTAK gibi kaynak sağlayan kurumlarda değerlendiricilerin, klinik ve prelinik alanlara dengeli olarak davet edilmesi
9. Doktora sonrası araştırmacıların istihdamı için kaynak sağlanması
10. Genç araştırmacılar için kadro sayısının artırılması ve ücretlerin iyileştirilmesi
11. Transgenik hayvan modellerinin temininin yasal düzenlemelerle kolaylaştırılması
12. Araştırmacıları yetiştirmek üzere ulusal, uzun vadeli stratejiler geliştirilmesi
13. Tedavi veren klinisyenlerin Temel Onkoloji eğitimi almasının sağlanması
14. Temel Onkoloji ile ilgili Ar-Ge faaliyetlerinin tüm vergilerden muaf tutulması

Paydaşlar

- T.C. Sağlık Bakanlığı
- Yüksek Öğretim Kurumu
- Uzmanlık Dernekleri
- Ekonomi ve Kalkınma Bakanlığı
- TÜBİTAK
- Endüstri
- Medya
- TÜBA



Kanser İlaçlarının Üretimi ve Hastaların Erişiminde Yaşanan Sorunlar

Dünyada Durum

Kanser sosyo-ekonomik gelişmişlik ve ortalama yaşam süresi başta olmak üzere değişik parametrelerin etkisiyle toplumdan topluma sıklığı oldukça değişen bir hastalık grubudur. Dünya genelinde görülme sıklığı 100-550/100.000 olarak bildirilmektedir ve kalp-damar hastalıkları sonrası ikinci en sık ölüm nedenidir.

Kanser tedavisindeki başarı, cerrahi ve radyoterapi uygulamalarında sağlanan gelişmelerinin yanında, yeni ilaçların kullanıma girmesi ile de her geçen gün artmaktadır. Bir bütün olarak ele alındığında kanser ilaçları dünya ilaç pazarının en önemli kalemini oluşturmaktadır. 2013 yılı verilerine göre yaklaşık 1 trilyon dolar olan ilaç pazarının 72,8 milyar doları kanser ilaçlarına aittir (Tablo 1). 2020 yılına kadar %11,2 büyüme hızı ile devam etmesi beklenen onkoloji ilaçlarının pazar payının %10'dan, %14,4'e çıkması beklenmektedir (Şekil 1). Kanser ilaçlarının pazar payı onkoloji dışı ilaç gruplarına göre daha fazla artmaktadır.

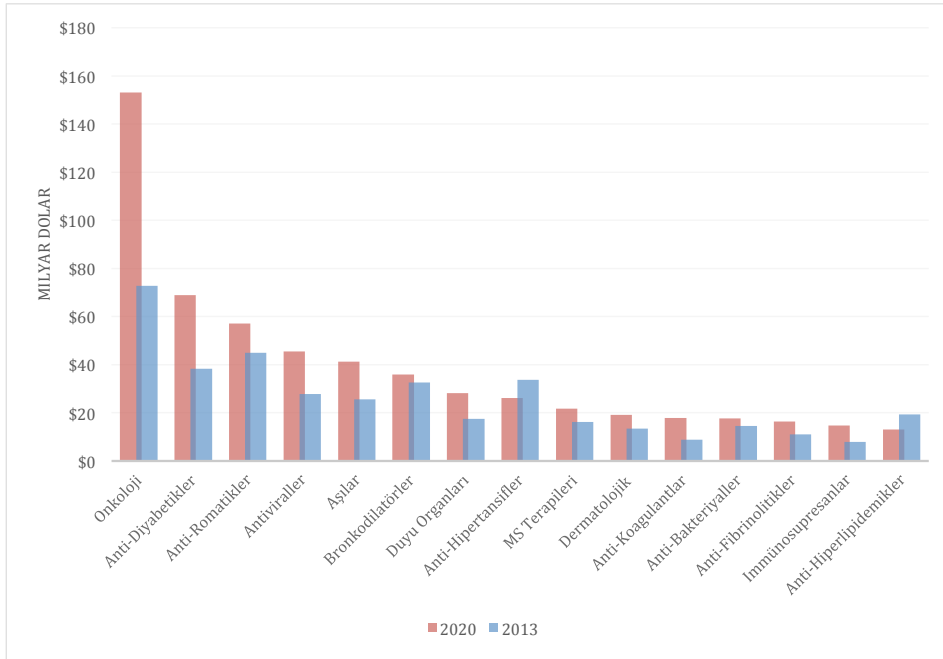
Onkoloji ilaç tüketiminin önemli bir bölümü ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde olmaktadır. Yine 2013 verilerine göre ABD, AB ve Japonya toplam kanser ilaç pazarının %75'ini oluşturmaktadır.

Kanser ilaçlarına erişimde yaşanan sorunlar dünya genelinde farklılık arz etmektedir. Az gelişmiş ülkelerde kanser ilaçlarına ulaşım ve güncel kemoterapi protokollerini düzenli alabilme çoğu kez mümkün olamamaktadır. Gelişmekte olan ve sosyo-ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde ise genellikle ülke gelişmişliklerinin üstünde seyreden ilaç harcama bedelleri gözlenmektedir. Bu durum başta endikasyon ve geri ödeme kısıtlaması olmak üzere ilaca ulaşımında değişik sorunlara neden olabilmektedir.

Tablo 1: Dünya ilaç pazarı 2013 yılı gerçekleşen, 2020 yılı tahmini rakamları.

Terapi Alanı	Global Satışlar (mil USD)		Yıllık Ortalama Büyüme Oranı	Global Pazar Payı		Pazar Payı Değişimi	Sıralamada Değişimi
	2013	2020		2013	2020		
Onkoloji	72.8	153.1	11.2%	10%	14.4%	4.7%	0
Anti-Diyabetikler	38.4	68.9	8.7%	5%	6.5%	1.4%	1
Anti-Romatikler	44.9	57.1	3.5%	6%	5.4%	-0.6%	-1
Antiviraller	27.8	45.6	7.3%	4%	4.3%	0.6%	2
Aşılar	25.6	413.0	7.1%	3%	3.9%	0.5%	2
Bronkodilatörler	32.6	35.9	1.4%	4%	3.4%	-0.9%	-1
Duyu Organları	17.5	28.2	7.1%	2%	2.7%	0.3%	2
Anti-Hipertansifler	33.7	26.1	-3.6%	5%	2.4%	-2.0%	-4
MS Terapileri	16.2	21.8	4.3%	2%	2.0%	-0.1%	1
Dermatolojik	13.5	19.2	5.1%	2%	1.8%	0.0%	3
Anti-Koagulantlar	8.9	17.8	10.4%	1%	1.7%	0.5%	6
Anti-Bakteriyaller	14.6	17.7	2.8%	2%	1.7%	-0.3%	-1
Anti-Fibrinolitikler	11.1	16.4	5.7%	2%	1.5%	0.1%	2
İmmünoşüpresanlar	7.9	14.8	9.4%	1%	1.4%	0.3%	6
Anti-Hiperlipidemikler	19.3	13.0	-5.5%	3%	1.2%	-1.3%	-7
TOP 15	385.0	577.0	6.0%	51%	54.2%	3.2%	
Diğer	369.0	488.0	4.0%	49%	45.8%	-3.2%	
TOPLAM	754.0	1,065.0	5.0%	100%	100.0%		
Eşdeğer Satışlar	68.5	106.6	6.5%	9%	10.0%	0.9%	
OTC	36.8	47.3	3.6%	5%	4.4%	4.4%	

Kaynak: EvaluatePharma (1 June 2014)

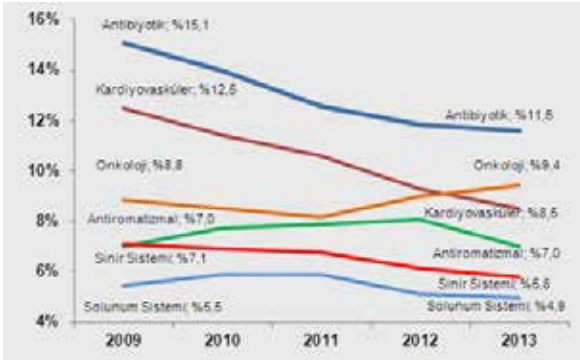


Şekil 1: 2013-2020 ilaç gruplarına göre dünya ilaç pazarı

Türkiye'de Durum

Ülkemizde kanser kayıtçılığının gelişmesi ve daha sağlıklı verilere ulaşma ile, kanser sıklığının daha önceki dönemde kabul edilen rakamlardan daha fazla olduğu anlaşılmış bulunmaktadır. Ülkemizde kanser sıklığı 2009 verilerine göre erkeklerde 100 binde 270, kadınlarda ise 100 binde 173 olup toplam nüfusta 100 binde 222'dir. Bu değerlerin dünya ortalaması üstünde ve gelişmiş ülkelere daha yakın olduğu ifade edilebilir. Ölüm nedenleri arasında ise dünya genelinde olduğu gibi %20 sıklıkla kalp-damar hastalıkları sonrası ikinci sıradadır.

Türkiye'de 2013 yılı IMS verilerine göre kanser ilaçları toplam ilaç pazarının %9,4'ünü oluşturup ilaç grupları arasında 2. sırada yer almaktadır. 2009-2013 yılları arasında kanser ilaç harcamaları tüm ilaçlara uygulanan fiyatlandırma politikalarına rağmen %8,8'den %9,4'e yükselerek büyüyen bir pazar olmuştur (Şekil 2).



Kaynak: IMS verileri

Şekil 2: Türkiye'de 2009-2013 yılları ilaç gruplarına göre pazar payları

Ülkemizin ilaç araştırma geliştirme süreçlerinde yeterince yer alamadığı ve dolayısı ile ilaç araştırma pazarından yeterince pay alamadığı bir gerçektir. Son yıllarda klinik araştırma mevzuatında ve etik kurulların yapılandırmasında gerçekleştirilen yeniliklerle bu alanda daha aktif bir döneme gireceğimiz beklenmektedir.

Ülkemizde ruhsatlandırma ve geri ödeme süreçlerinin uzunluğunun hastaların yeni ilaçlara ulaşımında önemli bir sorun oluşturduğu gündeme gelmektedir. Ülkemizde son 10 yılda endikasyon dışı ilaç kullanımlarının usullerinin tanımlanması her geçen

gün bu yolla daha fazla ilaç kullanımını mümkün kılmıştır. Bu durum hem henüz ruhsat almamış ilaçlara erişimi, hem de ruhsatlı ilaçlarla standart tedavi seçeneklerinin tüketilmesi durumunda daha kısıtlı veri ile yeni tedavi seçeneklerinin kullanılmasını mümkün kılmaktadır.

İlaç Üretimi ve Geliştirilmesinde Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

1. Ülkemizde, ilaç üretimindeki teşvik ve destek mekanizmalarının yetersizliği

Öneri:

Ülkemizde özellikle biyoteknolojik/ biyobenzer ilaçlar olmak üzere tüm kanser ilaçlarının üretimini cazip hale getirecek teşvik ve destek paketlerinin oluşturulması.

Yapılabilecekler:

- ilaç sektörünün ihtiyaçlarını ve ülkemizin bu konudaki önceliklerini belirleyecek kapsamlı bir rapor hazırlanması.
- Genel destek ve teşviğe yönelik olarak hazırlanmış mevzuatın ilaç üretimi özellikleri dikkate alınarak revize edilmesi.
- Altyapısı hazırlanmış ilaç üretimi bölgelerinin oluşturulması

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

Ekonomi Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Gümrük ve Ticaret Bakanlığı, TÜBİTAK, Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, SGK

2. Tecrübeli ve yetişmiş insan gücü yetersizliği

Öneri:

Uluslararası alanda ilaç endüstrisinde gelişmiş merkezlerde yüksek lisans veya doktora düzeyinde araştırma olanaklarının geliştirilmesi, beyin göçünün

önlenmesi ve ayrıca ülkemize beyin göçünün sağlanması

Yapılabilecekler:

- İlaç üretimine yönelik temel ve uygulamalı bilimlerin (moleküler biyoloji, genetik, farmasötik teknoloji vb...) ülkemizde tercih edilmesinin sağlanması.
- Nitelikli insan gücünü ülkemizde tutacak ücretlendirme politikalarını oluşturulması.

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

YÖK, ilaç endüstrisi, üniversiteler, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, TÜBİTAK, Türk Eczacıları Birliği

3. İlaç endüstrisi, kamu kurumları ve üniversiteler arasında işbirliğinin yeterli seviyede olmaması

Öneri:

İlgili kurum ve kuruluşlar arasında ilgili koordinasyon biriminin oluşturulması

Yapılabilecekler:

- TÜBA ve TÜBİTAK'ın konuyu önceliklendirmesi
- Konuyla ilgili yurt içi ve yurt dışında iyi örnek uygulamalarının incelenmesi
- TÜBİTAK bünyesinde Koordinasyon biriminin oluşturulması

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

TÜBA, TÜBİTAK, Türk Eczacıları Birliği, ilaç endüstrisi, üniversiteler, Sağlık Bakanlığı, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Başbakanlık Yatırım Ajansı

4. Farmasötik biyoteknoloji ve nanoteknoloji alanında üniversitelerdeki araştırmaların yeterince desteklenmemesi

Öneri:

Farmasötik biyoteknoloji ve nanoteknoloji alanında ürünlerin geliştirilebileceği araştırmaların desteklenmesi.

Yapılabilecekler:

- Ürün geliştirilmesi ve değerlendirilmesine yönelik araştırma merkezlerinin oluşturulması
- Uluslararası merkezlerle işbirliğinin sağlanması
- Konuyla ilgili mevzuat düzenlemelerinin yapılması

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

TÜBİTAK, üniversiteler, ilaç endüstrisi, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Gümrük ve Ticaret Bakanlığı

5. Kamu, üniversite ve özel sektöre, ilaç üretimi ve geliştirilmesine yönelik Ar-Ge kaynağının yetersizliği (TÜBİTAK-TEYDEB, 1007, SAN-TEZ vb.)

Öneri:

Ülke genelinde Ar-Ge'ye ayrılan kaynağın artırılması.

Yapılabilecekler:

- Ar-Ge'ye ayrılan finansal kaynağın artırılması
- Artırılan miktarın devamlılığının sağlanması

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

Başbakanlık Yatırım Ajansı, TÜBİTAK, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler

6. Pre-klinik ve klinik çalışmalardaki altyapı yetersizliği

Öneri:

Araştırma kültürünün ve altyapısının geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması

Yapılabilecekler:

- Araştırma amaçlı akredite merkezi laboratuvarların oluşturulması ve desteklenmesi
- Araştırmacılığın cazip hale getirilmesi
- Gümrük ve satın alma başta olmak üzere mevzuat düzenlemelerinin yapılması
- Eğitim müfredatında temel eğitimden başlayarak 'araştırmacı ve girişimci' anlayışının yerleşimine yönelik çalışmalar yapılması
- Temel bilimlere (fizik, kimya, biyoloji vb...) girişte nitelikli öğrencilerin tercihini etkileyecek, uzun vadeli burs ve iş imkanlarının sağlanması

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

YÖK, üniversiteler, Kalkınma Bakanlığı, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜBİTAK, Kamu İhale Kurumu, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı

Kanser İlaçlarına Erişimde Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

1. İlaç bütçesinde ve fiyatlandırma politikalarındaki zorluklar/baskılar

Öneri:

Rasyonel bir ilaç bütçesinin hazırlanması ve fiyatlandırma politikalarının gözden geçirilmesi

Yapılabilecekler:

- Ülke şartlarına uygun ilaç bütçesinin oluşturulması
- Fiyat kararnamesinin revizyonu

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

Ekonomi Koordinasyon Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı, SGK

2. Geri ödeme karar sürecinin uzunluğu

Öneri:

Geri ödeme karar sürecinde yönergeye/takvime uyulması

Yapılabilecekler:

- Yönerge hükümleri ve takvimin gözden geçirilerek, gerekirse güncellenmesi
- Yönerge hükümlerine uyulması
- Teknik değerlendirme altyapısının güçlendirilmesi

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

Sosyal Güvenlik Kurumu (Ödeme Komisyonu), Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı,

3. Alternatif geri ödeme modellerinin hayata geçirilememesi

Öneri:

Alternatif geri ödeme modellerinin hayata geçirilmesi

Yapılabilecekler:

- Uluslararası alternatif geri ödeme metodlarının incelenmesi
- İlaç grupları bazında uygun alternatif geri ödeme yönteminin belirlenmesi

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

Sosyal Güvenlik Kurumu, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı

4. Ruhsatlandırma karar sürecinin uzunluğu

Öneri:

Ruhsatlandırma karar sürecinin kısaltılması

Yapılabilecekler:

- Ruhsatlandırma sürecinde süre analizinin yapılması
- Ruhsatlandırma sürecinde eş zamanlı başvuru imkanlarının genişletilmesi
- Ruhsatlandırma sürecinde şeffaflık sağlanması

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

Sağlık Bakanlığı (TİTCK), Üniversiteler (Komisyona üye veren kurumlar)

5. Temel ilaç tanımının kullanılmaması ve yapılması

Öneri:

Temel ilaç tanımının yapılması, fiyatlandırma ve geri ödemede etkili kullanılması

Yapılabilecekler:

- Özellikle patent süresi dolan ve ticari getirisi azalmış, bu nedenle piyasadan çekilme riski taşıyan kamu sağlığı için önemli standart ilaçların belirlenmesi
- Bu ilaçlar için fiyatlandırma, geri ödeme ve üretimde pozitif ayırıcı mevzuatın oluşturulması

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, İlaç Endüstrisi

6. Sağlık Teknoloji Değerlendirme Uygulamalarının yetersizliği

Öneri:

Sağlık Teknolojisi Değerlendirme standartlarının yükseltilmesi ve uygulama alanının genişletilmesi

Yapılabilecekler:

- Sağlık Teknolojisi Değerlendirme konusunda bilgi birikiminin artırılması

- Konuyla ilgili kurumsal yapının güçlendirilmesi

- İyi uygulama örneklerinin daha yaygın paylaşılması

Sorunun Çözümünde Rol Alabilecek Paydaşlar:

Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, üniversiteler

Güçlü Yönler

- Standart pek çok kanser ilacının ruhsat ifadesine bakılmaksızın kanser tanısı ile rapor ve reçete edilebilmesi
- Uluslararası tedavi rehberlerinde yer alan ve standart kabul edilen, ancak bazı endikasyonlarda ruhsatlı olmayan ilaçların rapor ve reçete edilebilmesi ile bunların yeni bilgiler ışığında güncellenmesi
- Yeni ruhsat ya da endikasyon ilavesi almış ilaçların geri ödeme listesine alınmaya kadar bireysel tedavi olarak temini ve geri ödemesi için izin verilmesi
- İnsani amaçlı ilaca erken erişim programının (compassionate use) varlığı
- Kanser ilaçlarının önemli bir kısmının temininde kolaylık
- Kanser hastalarından kanser ve destek tedavi ajanları için ilaç katılım payı alınmaması

Zayıf Yönler

- Ucuz ve az kullanılan bazı kanser ilaçlarının ülkemizde bulunmaması, Türk Eczacılar Birliği (TEB) aracılığı ile getirildiğinde yaşanan gecikme ve yüksek maliyet
- Opiyoid ve türevlerinin yetersizliği (hızlı salınımlı oral morfinin bulunmaması, opiyoid ilaç kotasının düşüklüğü, yetersiz çeşitlilikte opiyoid analjezikler, ruhsatlı ancak üretilmeyen yavaş salınımlı oral opiyoidler, opiyoid reçetelerinde sınırlamalar, opiyofobi) veya piyasada bulunan az sayıdaki preparatın pahalı olması

3. Temel ilaç tanımı ve bunlara yönelik temin önceliğinin olmaması
4. Yeni ruhsat ya da endikasyon ilavesi almış ilaçların geri ödeme programına geç girmesi
5. Yeni ruhsat ya da endikasyon ilavesi almış ilaçların geri ödeme koşullarının listeye girişi ve öncesinde farklı olması ile hasta mağduriyeti
6. Ruhsatlandırma sürecinde gecikmeler, GMP denetimlerinde yavaşlık
7. Ülkemizde prelinik ve klinik ilaç araştırmalarda yetersizlik, klinik araştırmalar yönetmeliğinin bağımsız araştırmaların önünde engel oluşu ve araştırmaların temel olarak endüstri destekli-merkezli olması
8. Ülkemizde ilaç üretiminin yetersizliği, dışa bağımlılık
9. Endikasyon dışı ilaç kullanımındaki (off-label use) artış
10. Standart tedaviye dirençli hastalarda etkinlik verileri düşük, pahalı ilaçların gereksiz kullanımı (üçüncü ve daha ileri sıra tedaviler, önce kullanılan ve etkisiz ilaçlarla oluşturulan kombinasyonlar gibi)
11. Uluslararası tedavi rehberlerinde önerilmeyen etkinlik-güvenlik yönünden yeterli kanıt olmayan tedavilerin kullanılması

Fırsatlar

1. Akılcı ilaç kullanımı hakkında sağlık çalışanları ve toplumda artan bilinç
2. Kanser tedavisi konusunda duyarlı dernekler ve diğer sivil toplum kuruluşları
3. İşbirliğine hazır ulusal ilaç endüstrisi

Tehditler

1. Artan ilaç maliyetleri ve ülkemizde artan kanser yükü
2. Kanser ilaçlarının ödenmesinde sürdürülebilirlik sorunu
3. Sosyal Güvenlik Kurumu ile ilgili yönetsel sorunlar (büyük kurum, sık değişen yöneticiler gibi)
4. Ülkemizde kapsamlı farmakoekonomik çalışmaların yapılamaması
5. Tedavileri değerlendirme amaçlı ve bağımsız çalışan bilimsel kurumların bulunmaması



Kemoterapi Hazırlanmasında Merkezi Ünitelerin Önemi ve Hazırlama Sistemlerinin Standardizasyonu

Dünyada Durum

Parenteral kemoterapilerin “Merkezi Kemoterapi Hazırlama Üniteleri”nde (MKHÜ)” hazırlanması tüm dünyada standart kabul edilen bir uygulamadır. Bu ünitelerde, kemoterapi hazırlama yöntemleri olarak “açık manuel”, “kapalı manuel” ve “robotik sistem” kullanılmaktadır. Elle müdahalenin minimize edildiği robotik sistemler çok yaygın olmamakla birlikte, 25 ülkede yaklaşık 133 hastanede bulunmaktadır. Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, MKHÜ’de hazırlanan parenteral kemoterapi ilaçları büyük ölçüde hastane bünyesindeki eczaneden tedarik edilmektedir.

Türkiye’de Durum

Dünyadaki durumdan farklı olarak manuel ve robotik sistem dışında, firmalar tarafından yarı otomatik sistemler “compounding” olarak adlandırılan 3. bir yöntem de mevcuttur. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun (TKHK) hazırladığı rapora göre, TKHK’ya bağlı hastanelerde kullanılan kemoterapi hazırlama yöntemlerinin % 56’sını “manuel hazırlama”, % 17’sini “compounding sistem” (fir-

malarca tam veya yarı otomatik olarak adlandırılan) ve % 27’sini “robotik sistemler” oluşturmaktadır. Bu alanda mevzuat yetersizliği nedeniyle hangi merkeze hangi özellikte nasıl bir “merkezi kemoterapi ünitesi” kurulması gerekliliği konusunda belirsizlikler mevcuttur. Halihazırda mevzuat olarak, Sağlık Bakanlığı’nın 2005 yılında yayınladığı “Kemoterapi Ünitelerinin Kurulması” konusunda 167 sayılı genelgesi mevcuttur. Aradan geçen yaklaşık 10 yıllık süre içerisinde söz konusu düzenlemede herhangi bir revizyon yapılmamıştır.

Güçlü Yönler

1. Sağlık otoritesinin bu alandaki sorunları çözme iradesinin varlığı
2. Onkoloji alanındaki uzmanlık derneklerinin bilimsel desteği
3. Türkiye’de bilgi teknolojisinin benimsenmiş olması

4. Özel sektörün bu alana yatırım ilgisinin yüksek olması

Zayıf Yönler

1. MKHÜ ile ilgili güncel bir mevzuatın bulunmaması.
2. MKHÜ'leri ile ilgili belirlenmiş bir standardizasyon ve akreditasyonunun olmaması.
3. MKHÜ'lerinde kullanılan teknolojinin ithal olması.

Fırsatlar

1. Kamu ihale mevzuatının hizmet alımı yönünde esnek olması.
2. Ülkede bu alanda hizmet veren firma sayısının artmakta olması.
3. Ülkemizde AR-GE çalışmalarına artan desteklerle MKHÜ sistemlerinin geliştirilebilir olması.

Tehditler

1. MKHÜ'nde yapılacak işlerin kamu çalışanları tarafından denetlenmemesi sonucunda zararlara yol açması.
2. Onaylanmış ithal ürünler kullanıldığı için tamamen yurt dışına bağımlı kalınması.
3. Hizmetin devamlılığının birden çok faktöre bağlı olmasından dolayı uzun dönem planlama yapılamaması.
4. Standartların belirsiz olması nedeniyle suistimale ve ihmellere açık bir konu teşkil etmesi.

Öneriler

1. Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında yayınladığı "Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezleri" konusundaki genelgenin mevcut sistemler ışığında yeniden gözden geçirilerek, bu konuda kapsamlı güncel bir mevzuat hazırlanması.
2. Onkoloji merkezlerinin fiziki alt yapı, hasta kapasitesi, personel sayı ve niteliğine göre, MKHÜ'nin

hangi yöntemlerle ilaç hazırlanacağı belirlenmesi (manuel mi, compounding mi, robotik mi yoksa bu yöntemlerin kombine kullanımı mı?).

3. MKHÜ'de parenteral kemoterapi ilaçlarının hazırlandığı yönetime göre faturalandırılmasının sağlanması.
4. Çalışan ve hasta güvenliği için MKHÜ'de sistemin tüm basamaklarda izlenebilir olması (MKHÜ'ne ilaç girişi – hazırlama – etiketlendirme - hastaya uygulanıp tamamlanmasına kadar geçen süreç).
5. MKHÜ kurulumu ve kemoterapi hazırlama hizmetinin ihale ve geri ödeme koşullarının belirlenmesinde kamu maliyetinin azaltılmasına yönelik tedbirlerin alınması.
6. Sağlık otoritesi tarafından MKHÜ'lerin kurulum aşamasında ruhsatlandırma sürecinin seviyelendirmeyi de içerecek şekilde tanımlanması ve daha sonra da periyodik denetimlerin tanımlanarak yapılması.
7. Daha maliyet etkin olabilmesi için parenteral antineoplastik ilaçların daha yüksek doz etkin madde içeren formlarının (megadoz formların) üretiminin teşviki için Sağlık Bakanlığı'nın gerekli girişimlerde bulunması.
8. İlaçların miligram/mililitre bazında (bölünebilir dozda) ücretlendirilmesinin yolunun açılması için gerekli mevzuat düzenlemelerinin yapılması.
9. Onkolojide kullanılan parenteral antineoplastik ilaçların sadece hastane eczanesinden temininin sağlanması.
10. MKHÜ sorumlularının olabildiğince eczacılardan oluşturulmasının sağlanması.
11. MKHÜ'nde görevli personelin (kamu görevlisi ve/veya tedarikçi firma çalışanı) eğitim ve sertifikasyonlarının sağlanması.
12. Biyogüvenlik kabini, temiz oda, laminer air flow (LAF) ve antineoplastik atıkların tümü gibi, çevre ve işgüvenliğini ilgilendiren parametrelerin net olarak tanımlanması ve bunların kalitesinin izle-

nebilir olması için ölçme-değerlendirme kriterlerinin standardize edilmesi.

13. MKHÜ'de kemoterapi hazırlama sırasında oluşan sitotoksik atıkların atık yönetim sistemi içerisinde bertaraf edilmesi ve tehlikeli atık maliyetlerinin düşürülmesi için sağlık otoritelerinin gerekli çalışmalarda bulunması.
14. Hasta güvenliği adına, MKHÜ'lerinde parenteral kemoterapi ilaçlarının izlenebilirliğini kolaylaştırılması için, bu ilaçların kutu dışındaki barkodun aynı şekilde kutu içindeki flakonların üzerinde de bulunmasının sağlanması için Sağlık Bakanlığı'nın gerekli girişimlerde bulunması.
15. Mevcut İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile kemoterapiyi ilgilendiren yönetmeliklerin (kimyasallar, kanserojen, mutajen) "iş sağlığı ve güvenliği kapsamına" alınmasının sağlanması.
16. Hastanelerde, çalışanların sağlığı ve güvenliği için iç denetim sisteminin kurulması.
17. Çalışan güvenliği alanında görev yapacak iş güvenliği uzmanının öncelikle biyolog kökenli olmasının tercih edilmesi.
18. İş sağlığı ve güvenliği yönünden elde edilen verilerin Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile sağlıklı paylaşımının sağlanması.
19. MKHÜ merkezlerine yönelik, Risk Değerlendirme Rehberinin hazırlanması için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın ortak bir çalışma yaparak, çalışanların sertifika eğitimlerinde "İş Sağlığı ve Güvenliği" konusunun öncelikli olması.
20. Çalışan güvenliği yönünden, onkoloji merkezlerinin imkan ve şartları göz önünde bulundurularak yapılan fayda-maliyet-etkinlik çalışmalarına göre değerlendirilmesi.

Paydaşlar

- Sağlık Bakanlığı
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- Sosyal Güvenlik Kurumu
- İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü
- İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü Müdürlüğü (İS-GÜM)
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi (ÇASGEM)
- TÜBA
- Uzmanlık Dernekleri
- Üniversiteler
- Özel Sağlık Hizmet Sunucuları



Kanser ve Etik

Dünyada Durum

Özellikle Avrupa Birliği ve Kuzey Amerika ülkelerinde etik konular giderek önem kazanmakta olup Hasta ve Hekim hakları konusunda gerekli etik ilkeler oluşturulmuştur. Onkolojik tedavilerde halen başarı arayışları yoğun olarak devam ettiği için bilimsel araştırma etiği açısından da düzenlemeler yapılmasının en çok gerektiği alanlardan birisi de kanserdir. Hem klinik araştırmalar hem de deneysel araştırmalar açısından etik ilkeler belirlenip hukuki düzenlemeler yapılmış olup yeni ortaya çıkan sorunlar veya eksikliklerle ilgili olarak da güncellemeler devam etmektedir.

Türkiye'de Durum

Hasta Hakları Yönetmeliği" kapsamında kanser hastalarının haklarını koruyan yasal düzenleme ve kanser hastalarının erken tanı ve tedavi olanaklarına ulaşabilmelerini sağlayan idari ve maddi düzenlemeler mevcuttur." Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik" ile de idari düzenlemeler yapılmış ve etik kurullar oluşturulmuştur.

Güçlü Yönler

1. Son yıllarda kanser tedavisi ile ilgili tanı ve teda-

vi olanakları artmış ve bu olanakların daha kolay ulaşılabilir olmaları sağlanmıştır (SGK/SUT ve performans uygulamaları)

2. Hasta hakları konusunda hukuki düzenlemeler yapılmıştır ve güncel gereksinimler doğrultusunda eklemeler yapılmaktadır.
3. Klinik araştırmalar ile ilgili etik kurullar oluşturulmuştur.
4. Türk Tabipler Birliği etik kurullar ve bildirgeler ile etik ilkelerin yerleşmesine katkıda bulunmaktadır.
5. Tıp fakülteleri çekirdek müfredatında "Tıp Etiği" yer almaktadır.
6. Multidisipliner Tümör Konseyleri (MDTK)'nin önemi anlaşılmış ve bu konuda Sağlık Bakanlığı ile Uzmanlık Dernekleri arasında işbirliği için ilk adımlar atılmıştır.
7. Yazılı ve görsel basının yaygınlaşması, bilişim teknolojilerinin varlığı haberleşme ve bilgi paylaşım olanaklarını artırmaktadır.

Zayıf Yönler

1. Yazılı mevzuatın uygulama ve denetiminin yeterli olmaması.
2. Multidisipliner kanser tedavilerine ulaşımında yetersizlikler olması.
3. Tıp fakültelerinde tıp etiği dersi verecek uzman sayısının yetersiz olması.
4. Sağlık Hukuku konusunda eğitimin yetersiz olması.
5. MDTK'nin gerek alt yapı gerekse yasal düzenlemelerinde eksiklikler olması.
6. Yazılı ve görsel basın aracılığıyla yanlış ve etik dışı bilgilendirmeler, yönlendirmeler yapılması, gerçekçi olmayan beklenti yaratılması, bu konuda denetim eksikliği olması.
7. Yazılı ve görsel basındaki özellikle kanser tanı ve tedavisi ile ilgili yanlış/eksik bilgilendirmelerin toplumun kanser algısı ve hekime güveni açısından sorunlar yaratması (algı yönetiminde yetersizlik).

Fırsatlar

1. Avrupa Birliği'ne katılım sürecinde evrensel etik ilkelere uygun sağlık düzenlemelerinin daha fazla öneme sahip olması.
2. Yeni sağlık politikaları ile kanser tedavilerine ulaşılabilirliğin artması.
3. Organize kanser tedavi merkezlerinin (Mükemmeliyet Merkezleri-Center of Excellence) kurulmasının daha sık tartışılır olması
4. Ulusal Kanser Enstitüsünün kurulma aşamasında olması.
5. Yazılı ve görsel medya ile diğer bilişim teknolojilerinin yaygınlaşması.

Tehditler

1. Kanserde mortalite oranının yüksek ve kür (şifa) sağlayıcı tedavi olanaklarının kısıtlı olması nede-

niyle konunun "umut tacirliği"ne ve "ticarileşmeye" açık bir alan olması; bu nedenle de yanlış ve etik dışı yönlendirmeler yapılması.

2. Performans uygulamasına dayanan ödeme sisteminin kanser hastasına ayrılması gereken zamanı kısıtlaması.
3. SUT uygulamaları nedeniyle bürokrasinin artması, hasta ile ilgili tıbbi bilgi alışverişinde "epikriz" yerine "fatura" bilgilerinin öne çıkması.
4. SUT uygulamaları nedeniyle hastanın tetkiklerinin eline verilmemesi, ikinci görüş hakkının do laylı olarak kısıtlanması ve aynı radyolojik incelemelerin tekrar yapılması bu nedenle de hastada radyasyon yükünün ve görüntüleme cihazlarında iş yükünün artması, sağlık hizmetlerinin ekonomik maliyetinin yükselmesi.

Öneriler

1. Kanser tanı ve tedavisinde İyi Klinik Uygulamalar ile ilgili kriterlerin ve ulusal standartların geliştirilmesi için çalıştaylar yapılması.
2. Yazılı ve görsel basında hastaların doğru bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi için etkili programlar yapılması.
3. Hastaların kanser tedavisinin planlanmasında katılımcı olmalarının sağlanması, bu amaçla toplumsal davranış kalıplarının değiştirilmesi için politikalar geliştirilmesi.
4. Hasta gizliliğine daha fazla önem verilmesi.
5. Hasta tanı, tedavi ve bakımı ile ilgili sağlık kuruluşlarının (hastane, poliklinik, laboratuvar vb.) artırılması ve geliştirilmesi.
6. Mümkünse bütün illerimizde hospislerin (Yaşlı, yatalak ve son dönem kanser hastalarına bakım merkezi) kurulması (insan onuruna yakışır tarzda ölüm).
7. Performans sisteminin kanserli hastalara daha fazla zaman ayrılmasına olanak verecek şekilde kalite odaklı olarak yeniden gözden geçirilmesi

8. SUT'un doğru verilerin girilmesi ve denetlenmesi açısından yeniden düzenlenmesi.
9. SUT bürokrasisinin azaltılması ve tıbbi sekreteriyaların yaygınlaştırılması; böylelikle hekimin, kanserli hastaya, hakkı olan tedaviyi ve ilgiyi daha uygun koşullarda verebilecek zaman ve enerjiye sahip olmasının sağlanması.
10. Paydaşlar arası işbirliğinin geliştirilmesi.
11. Bilişim teknolojilerinin tıp ve tıp etiği eğitiminde kullanımının artması.
12. Kanserde hasta ve sağlık personeli iletişimi özellikle hassas ve önemli bir konudur. İletişim konusunda sağlık personelinin eğitilmesi.
13. Tıbbi etik uzmanı yetiştirilmesi için mevzuat değişikliği ve/veya ÖYP (Öğretim Elemanı Yetiştirme Programı) kapsamına alınması.
14. Tıbbi etik eğitiminin mezuniyet sonrasında da devam ettirilmesi.
15. Sağlık hukuku derslerinin tıp eğitimi çekirdek müfredatına eklenmesi.
16. Yeterlilik sınavlarının uzmanlık dernekleri aracılığıyla periyodik olarak yenilenmesi ve bu sınavlardan ve diğer bilimsel aktivitelerden alınan sürekli tıp eğitimi kredilerinin motivasyon artırıcı faktör haline getirilmesi (ödüllendirme).
17. Multidisipliner tümör konseyinde yer alacak uzmanlık alanlarındaki hekimlerin sayılarının artırılması ve katılan hekimlere performans verilmesi.
18. Ekip çalışması anlayışının geliştirilmesi ve uygun alt yapıya sahip merkezlerin çoğaltılması, kanser tedavi eden merkezlerde MDTK olması için gerekli idari ve yasal düzenlemelerin yapılması.
19. Kanser merkezlerinde gerek tanı-tedavi işlemlerinde gerekse de araştırma ve yayınlarda kurum içi etik denetimin sağlanması amacıyla etik kurullar (Institutional Review Board benzeri ama daha geniş kapsamlı) kurulması.
20. Yayın etiği açısından denetimin sağlanması.
21. Yazılı ve görsel medyada kanserle ilgili yetkili ve bilimsel haber ve programların artırılması ve bu tip programların uzmanlık dernekleri ve yetkili kamu kurum ve kuruluşlarının işbirliği ile denetlenmesi.
22. Yazılı ve görsel medyada yapılan yanlış bilgilendirmeler, suistimaller ve umut tacirlikleri için ciddi cezai müeyyidelerin getirilmesi.
23. Yazılı ve görsel medyada kanser ya da diğer tıbbi konularda yapılacak haberlerde profesyonel tıbbi danışman kullanımının zorunlu hale getirilmesi.
24. Halkın ilgisini çekecek ve kanserde farkındalık yaratacak programların yayınlanmasının sağlanması.
25. Klinik araştırma etik kurallarının yeniden gözden geçirilerek daha kaliteli araştırmalar yapılmasını ve tıp literatürüne Türkiye'nin daha fazla katkıda bulunmasını sağlayacak düzenlemelerin hayata geçirilmesi.
26. Özellikle kanser araştırmaları için ayrılmış bağımsız araştırma fonlarının artırılması.

Paydaşlar

- Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlar
- Üniversiteler ve YÖK
- Tıp Fakülteleri, Hemşirelik Fakülte ve Yüksek Okulları, İletişim Fakülteleri
- Sivil Toplum Kuruluşları
- Sosyal Güvenlik Kurumu
- Tabip Odaları
- Uzmanlık Dernekleri
- Kanser tedavisi yapan özel hastaneler
- RTÜK

- Gıda, Hayvancılık ve Tarım Bakanlığı
- BTDK (Bilişim Teknolojileri Denetleme Kurulu)
- Kansere ilgilenen sivil toplum kuruluşları



Temel ve Klinik Onkoloji Alanında Yapılan Bilimsel Çalışmalarda Yaşanan Sorunlar

Türkiye’de Durum

Ülkemizde onkoloji alanında genel olarak araştırma sayısı yetersizdir. Clinicaltrials.gov’da kayıtlı çalışma yok denecek kadar azdır. Çalışmaların önemli bir kısmı endüstri destekli olup, uzmanlık tezlerinden üretilen veya retrospektif nitelikli çalışmalardır. Araştırmalar multidisipliner ve çok merkezli olmayıp yayın kaliteleri yüksek değildir. Ürüne dönüşecek inovasyon çalışmaları yapılamamaktadır. Çalışmalar daha çok bireysel gayretlerle yapılmaktadır. Ülke çapında konuyla ilgili bilimsel politika eksikliği, eğitim ve araştırma standartlarının yeterli olmaması nedeni ile Türkiye’de her merkez kendi standartlarına ve koşullarına göre -ki bunların hemen hepsi gelişmeye gerek duymaktadır- araştırma yapmaktadır. Ülkemizde uygulanan mevcut mevzuat diğer ülkelerde de olduğu gibi çalışma yapılmasını zorlaştırmaktadır. Ülkemizde üniversite ve araştırma hastaneleri yeterli sayıda olmakla beraber, bunlar araştırmadan çok sağlık hizmetine yönelik olarak çalışmaktadır. Var olan onkoloji enstitüsü sayısı yeterli değildir. Araştırma grupları mevcut olup sayı ve yetkinlik açısından

yetersizdir. Türkiye’de araştırma yapacak insan gücü potansiyeli vardır ancak yeterli değildir, var olanların da yönelimi ve kendilerinden beklenen daha çok sağlık hizmeti üretmeleri veya eğitim vermeleridir. Araştırma yapmayı özendirerek herhangi bir yapılanma yoktur. Temel ve klinik bilimler arasındaki koordinasyon eksikliği ve işbirliği olmaması büyük bir problem oluşturmaktadır. Üniversitelerde araştırmacı fonları az da olsa mevcut ancak yeterli değil ve birçok kez bu fonlar üniversite ve hastanelerin rutin hizmet için alt yapı projelerine harcanmaktadır. TÜBİTAK kaynaklı fonlar ya yeterli olarak bilinmemekte ya da onkoloji alanında ses getirebilecek çalışmaları desteklemek veya özendirmek için uygun kullanılmamaktadır.

Türkiye’de son 10 yılda gerçekleşen değişiklikler:

Sağlık alanı öncelikli alan haline gelmiştir. Üniversite sayısı artmıştır. Kanser ve radyasyon onkolojisi merkezlerinin sayısı artmıştır. Medikal Onkolog, Rad-

yasyon Onkolog sayısında anlamlı artış olmuştur. Radyasyon Onkolojisi cihaz kalitesi ve sayısı artmış ve Batı standartlarına ulaşmıştır. Kanser farkındalığı artmıştır. KETEM'lerin kurulması ve yaygınlaşması yine son 10 yılın önemli gelişmeleridir. Bu arada kanser kayıt sisteminde de gelişmeler olmuştur. Sağlık Bakanlığınca elektronik ortamda hasta kayıtlarının yapılması; Medula, Mernis gibi sistemlerin kurulması bilimsel alt yapıya olumlu katkıda bulunmuştur. TÜRKKÖK projesinin hayata geçirilmesi de yine kanser konusunda önemli gelişmelerdir.

Güçlü Yönler

1. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, TÜBİTAK, vakıf fonları, vb kuruluşların olması, destek programlarının bulunması.
2. Üniversitelerde akademik çalışma ve yükselme için araştırma yapma zorunluluğu olması.
3. AB müktesebatına uygun İlaç Araştırmaları Yönetmeliği ile etik kurulların kurulması
4. Sayıları gittikçe artan üniversite ve araştırma hastanelerinin olması.
5. Ülkemizde ve dünyada sağlık alanında çalışmalara sağlık sektörünün ilgisi ve sanayinin bu konudaki artan desteği
6. Giderek artan sayıda multidisipliner ve multi-sentrik çalışma yapılabilmesi.

Zayıf Yönler

1. AB çerçeve programları ile ilgili yeterli bilgi sahibi olunmaması ve ödenek alınamaması.
2. Türkiye'nin bilimsel araştırma alt yapısı ve sisteminin yeterli olmaması.
3. AR-GE desteğinin yeterli olmaması.
4. Sanayi desteğinin yetersiz olması.
5. Bilimsel araştırmaları ürüne dönüştüren özgün sistemlerin ülkemizde mevcut olmaması.

Fırsatlar

1. Batı ülkelerinden farklı olarak ülkemizin coğrafi ve kültürel kapsama alanının geniş olması ve bunun uluslararası bölgesel bilimsel işbirliğini artırması.
2. TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı vesilesiyle sorunların gündeme gelmesi.

Tehditler

1. Araştırmalar için yeterli örnek, bütçe ve araştırmaya zaman ayırabilen elemanların bulunmaması.
2. Klinik çalışma yükü nedeniyle araştırmaya zaman ayıran klinik onkolog sayısının az olması
3. Temel Onkoloji alanında doktora yapan personele akademik yükselme pozisyonlarının açılmaması.

Paydaşlar

- Sağlık Bakanlığı
- Ekonomi ve Kalkınma Bakanlığı
- Çevre Bakanlığı
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- İlgili Uluslararası Kurum ve Kuruluşları
- Üniversiteler
- Belediyeler
- Sivil Toplum Kuruluşları
- Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları
- Sosyal Güvenlik Kurumu
- Türkiye İstatistik Kurumu
- İlgili Uzmanlık Dernekleri
- İlaç ve tıbbi cihaz endüstrisi
- TÜBİTAK
- TÜBA
- Medya



Kanser Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesinde Yaşanan Sorunlar

Türkiye Kanser Kayıtlılığının Tarihsel Gelişimi ve Veri Toplama Metodolojisi

Tarihsel Gelişim

Kanserle Savaş Daire Başkanlığı 1983 yılında kurulmuştur. Bu yıllarda kanser hastalığı bildirim zorunlu hastalıklar arasına alınmıştır. Bu dönemde, kanser sıklığı çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalarda, organa özgü kanser sayıları ile ülkemizde ilk kez kanserin profili görülmüştür. Pasif sistemle başlayan kanser kayıtlılığında yeterli sayıda ve kalitede verinin toplanamaması nedeniyle 1992 yılında aktif sistemle kanser kayıtlılarının toplanmasına başlanmıştır. İlk kez “Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi” kapsamında İzmir’de aktif kanser kayıt merkezi kurulmuştur. Bu merkezden 6 yıl sonra Antalya Kanser Kayıt Merkezi’de açılarak kanser kayıtları toplanmaya başlanmıştır. Zamanla değişik illerimizde açılan kanser kayıt merkezleri ve merkezlere ilişkin referans tarihleri Tablo 3’de verilmiştir. Ülkemizde 2007 yılına kadar örnekleme olan nüfus kapsamı %23’tür. Gaziantep ve Malatya illerinin 2010 yılında eklenmesi ile örnekleme olan nüfus kapsamı %27’ye ulaşmıştır.

İstanbul, Mersin ve Adana’da 2012 yılında aktif kanser kayıt merkezleri oluşturulmuş, örnekleme olan nüfus kapsamı %50’yi aşmıştır. 2013’ten sonra 81 ilde kanser kayıtlılığı başlamıştır.

Ülkemizde kanser kayıtlılığının 1992 yılında başlamış olmasına rağmen, aktif merkezlerin verilerinden oluşturulmuş olan insidans raporu ilk kez 2002 serisi ile yayınlanmıştır. Veri yayınlamak için aktif kanser kayıt verilerinin kalite ve tamlıklarının analizi önemlidir. Bu nedenle 2002 serisinden itibaren yayınlanmış olan raporlarda veri kalitesine bağlı olarak insidansa dahil olan örneklemedeki illerde değişiklikler olmuştur.

Veri Toplama Metodolojisi

Aktif kanser kayıt merkezlerinin olduğu illerde toplum tabanlı kanser kayıtlılığı yapılmaktadır. Toplum tabanlı kanser kayıt için, il sınırları içinde yer alan tüm kamu, özel ve eğitim hastanelerinden, ölüm

belgelerinden ve hastaların olabileceği huzurevi, palyatif bakım merkezi gibi merkezlerden veri toplanmaktadır. Veriler, birimlerden merkeze aktarılmaktadır. Merkezde form değerlendirilmekte ve tekrarlama kontrolünden geçirilmektedir. İl kanser kayıt merkezi veri tabanı daha sonra Kanser Daire Başkanlığı veri tabanına aktarılmaktadır. İllerin veri tabanındaki hatalar için il kanser kayıt merkezlerine kontrol raporları yollanmakta, verilere dönülerek yapılan düzeltmeleri takiben yeni “Türkiye Kanser Veri Havuzu” oluşturulmaktadır.

Türkiye, “Kanser Kayıtlılığında Standartlar El Kitabı”nda yer alan ve Ortadoğu Kanser Konsorsiyumun (MECC) bir üyesi olarak bu konsorsiyumda kabul edilmiş kurallar çerçevesinde kanser verisi toplanmaktadır. Ülkemizde;

- Malign kanserlerin tamamı (primer kanserler)
- İn situ kanserler
- Santral sinir sistemi ve medulla spinalis'te yer alan benign/borderline tümörler toplanmaktadır.

Bu kanserlerden hangi veri başlıklarının toplanacağı “Kanser Kayıtlılığında Standartlar El Kitabı”na göre kararlaştırılmıştır. Veri başlıklarına karar verilmesinde en önemli belirleyici, kayıtların bulunabilme olasılığıdır. Veri başlıklarından “GEREKLI” MECC için olan başlıkları, “ZORUNLU” kanser hastalarının tanımlanması ve surveyansı için olan başlıkları, “İSTEĞE BAĞLI” tanımı ise kanser kayıt merkezinin kendi talebiyle karar vereceği başlıkları tanımlamaktadır.

Toplanmış olan veriler Can-Reg 4 programına girilmektedir. Can-Reg 4 Uluslararası Kanser Ajansı tarafından kanser kayıt merkezleri için özel olarak geliştirilmiş bir bilgisayar programıdır. Kaba ve yaşa standart insidans hızları bu program üzerinden hesaplanmaktadır.

Dünyada ve Türkiye’de Durum

Sağlık bakım hizmetinin verilmesinde bilgisayar kullanımıyla, bilginin paylaşımı, veri ve bilgi temelli uygulama gibi kavramlar yaygınlaşmaya başlamıştır. Kanser alanında kullanılan veriler oldukça fazladır ve hayati öneme sahiptir. Hastane bilgi sistemleri sayesinde bu veriler düzenli olarak tutulmaktadır. Hastane Bilgi Sistemleri’nden veya diğer tıbbi veri toplama

yan sistemlerden alınan verilerle yapılan çalışmalar hastaların daha kaliteli bir hizmet almalarında etkin rol oynayabilir. Bu veriler doğrudan sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasında kullanılmasının yanı sıra, karar verme, yönetim, planlama ve tıbbi araştırmalar gibi yönetsel ve akademik fonksiyonların yerine getirilmesinde de kullanılabilir.

İlk kez İngiltere’de 1728 yılında kanser kayıtları tutulmaya başlanmıştır. Daha sonraki yıllarda değişik ülkelerde geliştirilmiştir. Dünyadaki veri tabanına en iyi örnek SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) veri tabanıdır. Amerika’da 1926’da Yale-New Haven Hospital ilk kez kanser kayıtlarını tutmaya başlamış, 1956’da American College of Surgeons (ACS) hastane-bazlı kanser kayıtlarının gelişmesi için program başlatmıştır. 1973 de National Cancer Institute (NCI), SEER Programı ile ilk kez ulusal kanser kayıt programını başlatmıştır. 1992’de, ABD’de kanser kayıtlarının tutulması yasalaşmıştır. 1993’te çoğu devletler kanseri rapor edilen hastalık olarak kabul etmiştir.

SEER farklı kanser gruplarını içeren ve bilimsel araştırmalarda son derece önemli bir yer tutan, güvenilir, rapor edilebilen, eşine az rastlanır bir veri kümesidir. NCI’nin sağladığı Amerika Birleşik Devletleri’nin belli başlı coğrafi bölgelerini kapsayan, nüfusunun bir kısmını ilgilendiren ve bu kanser vakaları hakkında istatistiksel önem taşıyan bilgiler içerir. Yıllık olarak güncellenen bu veri tabanı bilimsel çalışma yapanlara, sağlık sektöründe çalışanlara, halk sağlığı konusunda görevli kurumlara açık bir veri kaynağı olup, binlerce bilimsel çalışmada kaynak olarak kullanılmıştır. Veri kaynağı, kurumun web sitesinden veri kullanma talep formu doldurularak imzalandıktan sonra elektronik olarak indirilebilmektedir.

Kanser verileri farklı yılları kapsayan, farklı tümör tiplerine göre gruplar altında metin formatında, 110’dan fazla nitelikten oluşan, oldukça geniş bir kaynaktır. Bazı nitelikler daha önceki yıllarda yokken sonraki verilerde eklenmiş, bazı niteliklerin sonraki yıllarda değerleri alınmamış, bazı nitelikler farklı bir tümör tipinde değer taşırken bazı tiplerde bir anlam ifade etmediği için değer kullanımdan kaldırılmıştır.

Türkiye’de 2007 yılından önce genel nüfus sayımları yoluyla nüfus bilgisi toplanmıştır. Türkiye nüfus bil-

gileri 2007 yılından itibaren ise Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) ile toplanmaya başlanmıştır. ADNKS temeli her vatandaşa “Kimlik Numarası” verilmesidir. Her Türkiye Cumhuriyeti (TC) vatandaşına 28 Ekim 2000 tarihinde tek bir TC Kimlik Numarası verilmiş bulunmaktadır. TC kimlik numarası bilgi içermeyen 11 haneli bir sayıdan oluşmaktadır. ADNKS ise kişilerin yerleşim yerlerine göre nüfus bilgilerinin güncel olarak tutulduğu, TC kimlik numarasına göre kişiler ile ikamet adreslerinin eşleştirdiği bir kayıt sistemidir.

Türkiye nüfusu kanser kayıtçılığının başladığı yıllara göre artmış ve nüfus yaşlanmıştır. Kanser kayıtçılığının başladığı 1992 yılından iki yıl önce yapılmış olan genel nüfus sayımında ülkemiz nüfusu 56.473.035 olup, bu sayımda 65 yaş ve üstü yaş grubu toplam nüfusun %4,3’ünü oluşturmaktadır. Türkiye nüfusu 2009 yılı içinde toplam 72.561.312’ya, 65 yaş ve üstü yaş grubu toplam nüfus içindeki payı ise %7,0’ye yükselmiştir.

Kadın ve erkek nüfus dağılımının eşit olduğu ülkemizde, toplam nüfusun yaklaşık dörtte birini 0-14 yaş grubu, %7’sini ise 65 yaş ve üstü yaş grubunda bulunan kişilerin oluşturduğu görülmektedir. Türkiye nüfusuna dair yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Ülkemiz toplam doğurganlık hızının doğal akışına bırakılması, ölüm hızının aynı şekilde devam etmesi durumunda yapılan projeksiyonlarda, 2023 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun %10,2’ye, 2050 yılında ise %20,8’e yükseleceği öngörülmektedir.

Güçlü Yönler

1. Ülkemizde kanser kayıtçılığı çalışmalarının “sentinel” düzeyde de olsa 1992 yılında başlamış olması, 2014 yılına gelindiğinde toplam 15 aktif kanser kayıt merkezinin veri topluyor olması
2. İstanbul’da kanser kayıtçılık çalışmalarının başlamış olması.
3. 81 ilde kanser kayıtçılığına yönelik eğitim çalışmalarının yapıyor olması.
4. CANTÜRK yazılımı ile sadece kanser kayıtlarının

web ortamında toplanmasına ilişkin bir yazılımın geliştiriliyor olması.

5. İzmir’in Uluslararası Kanser Ajansının kanser kayıtçılığı için eğitim merkezi olması.
6. TC kimlik numarası ve ADNKS ile tekrarlayan giriş kontrollerinin daha kolay yapıyor olması.
7. Ölüm verilerinin (ölüm tarihi ve ölüm nedenlerinin) artık toplanıyor olması.
8. İlk kez sağ kalım analizlerinin yapılmış olması.
9. Eğitilmiş bir kanser kayıt ekibinin olması.

Zayıf Yönler

1. Verilerin yeterli entegrasyonunun sağlanmamış olması; TÜİK, MERNİS, MEDULA ve Halk Sağlığı birimlerinin verilerinin birleştirilmesinin sağlanmamış olması; hastaya dair kayıtların Sağlık-Net sistemine girilememesi; verilerin ve terminolojinin sadeleştirilmiş olmaması ve standardizasyonunda eksiklik olması.
2. Kanser kayıt elemanlarının kurumlara dağılımının doğru yapılmaması; nitelikli eleman sayısının yetersiz olması; yükümlülüğün hekimlerin üzerine bırakılması.
3. Ölüm nedenlerinin detayının doğru tanımlanamaması; aktarımının doğru yapılamaması; kanser kayıt biriminin klinik ile olan uyum eksikliği.
4. Retrospektif dosya çalışması yapıyor olması nedeniyle bazı veri alanlarının eksik olması; kanser verilerinin 5 yıl geriden geliyor olması.
5. Kanser kayıtçılığının kamu hastanelerinin performans değerlendirmeleri kriterleri arasında olmaması.

Fırsatlar

1. SGK ile yapılması planlanan veri paylaşım protokolü.

2. Eğitilmiş bir aktif kanser kayıt ekibinin olması
3. Ortak kanser kayıtlarının web ortamında toplanmasına ilişkin bir yazılımın geliştiriliyor olması.
4. İzmir'in Uluslararası Kanser Ajansının kanser kayıtçılığı için eğitim merkezi olması.
5. IARC'ın kanser kayıtçılığı konusunda yaptığı programlı eğitimler ve uzmanlık destekleri.
6. Kanser kayıtçılığında yıllardır sürdürülmekte olan sertifikalı eğitimler.
7. Tıbbi sekreterlik eğitiminde kanser veri girişine ilişkin eğitimin verilmesi.
8. Kanser kayıtçılığını meslek olarak özendirerek değişikliklerin yapılması.
9. Hasta ve hastalık ile ilgili bilgi aktarımının doğru yapılması.
10. Ölüm nedenlerinin detayının doğru tanımlanması.

Paydaşlar

Tehditler

1. SUT kurallarındaki eksiklikler nedeniyle bazı bildirimlerin hatalı olması.
2. Üniversite/özel sağlık kuruluşlarının veri toplanmasına ilişkin motivasyon eksikliği.
3. Nitelikli eleman sağlanması için gerekli mali kaynakların yetersizliği.
4. Ortak veri tabanları için gerekli elektronik alt yapı yetersizliği.

- Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
- SGK ve ilgili Bakanlıklar
- YÖK
- Üniversiteler
- Dernekler

Strateji ve Politika Önerileri

1. TÜİK, MERNİS, MEDULA ve Halk Sağlığı birimlerinin verilerinin birleştirilmesi;
2. Hastaya dair kayıtların ortak kayıt sistemine girilmesi;
3. Verilerin ve terminolojinin sadeleştirilmesi ve standardizasyonunun sağlanması.
4. Gelecekteki kanser politikalarına yön vermesi için gerekli doğru verilerin belirlenmesi, yeni veri alanlarının açılması ve kaliteli veri toplanmasının sağlanması.
5. Kanser kayıt elemanlarının kurumlara dağılımının doğru yapılması;
6. Nitelikli veri giriş elemanı yetiştirilmesi ve yükümlülüğün sadece hekimlerin üzerine bırakılmaması;



Kanserde Hemşirelik

Kanser, dünyada ve ülkemizde sıklıkla karşımıza çıkan bir hastalıktır. Birey ve ailesi, hastalık ve tedavi süreci içerisinde ortaya çıkan sorunlarla baş etmek durumundadır. Bu süreç içerisinde, alanında eğitim alan, deneyimli hemşirelerden eğitim ve danışmanlık ihtiyacı duymaktadır.

Onkoloji hemşiresinin;

- Erken tanı, tarama, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde mesleki sorumluluklarını yerine getirmek
- Toplumun kanser konusunda bilinçlendirmek
- Hemşirelere onkoloji konusunda eğitim vermek ve erken tanı konusunda bilinçlendirmek
- Kanser hemşireliğinde araştırmalar yapmak ve bakıma yansımalarını sağlamak
- Kanser ile ilgili kongre, konferans, seminer ve kurs katılmak
- Kanser hemşireliğindeki yeni gelişmeleri izlemek ve paylaşmak

Dünyada Durum

Dünyada kanser hemşireliği ilgili gelişmelerin 1947 yılında Amerika'da Columbia Üniversitesi Nelson Öğretmenler Kolejinde başladığı, bu kursu takiben 1968'de Pittsburgh'ta Onkoloji Hemşireliği Master

Programı, 1973'de Amerika'da ilk ulusal kanser hemşireliği konferansı izlemektedir. Mesleki örgütlenme açısından 1975 yılında Amerikan Onkoloji Hemşireliği Birliği (ONS) kurulması, 1984 yılında Avrupa Onkoloji Hemşireliği Birliği (EONS) (33 onkoloji hemşireliği derneği-Türkiye dâhil), aynı yıl Uluslararası Kanser Bakım Hemşireliği Birliği (ISNCC) kurulması kanser hemşireliğinin gelişimine önemli katkılar sağlamıştır.

Türkiye'de Durum

Ülkemizde, kanser hemşireliğine ilişkin gelişmeler dünyadaki durum ile benzer şekilde ilerlemiştir. 1987 yılında ilk onkoloji hemşireliği eğitimi gerçekleştirilmiş olup, gerçekleştirilen eğitimi takiben 13 Ekim 1989 tarihinde "Onkoloji Hemşireliği anlayışını ve bilgisini geliştirmek, bu bilgi ve anlayışı yaymak" amacıyla Onkoloji Hemşireliği Derneği kurulmuştur. Derneğin kuruluş amaçları; Hemşirelere onkoloji konusunda eğitim vermek ve erken tanı konusunda bilinçlendirmek, toplumu kanser konusunda bilinçlendirmek, bu alanda araştırmalar yapmak ve yapılan araştırmaları desteklemek, Onkoloji ile ilgilenen ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak, Onkoloji hemşireliğindeki yeni gelişmeleri üyelerle paylaşmak ve Onkoloji hemşireliği konu-

sunda yayın yapmaktır. Bu amaçlara ulaşmak için ilgili sivil toplum kuruluşları tarafından temel kanser eğitimi ve kemoterapinin temel ilkelerine yönelik bölgesel programlar, kurs, seminer, konferans ve kongreler şeklinde ulusal düzeyde eğitimler düzenlenmektedir. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi" hazırlanmıştır. 2009 yılında güncellenmiştir. Bu gelişmeleri, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezi kurulmasına ilişkin 10.05.2005 tarih ve 9260 sayılı genelgenin yayınlanması ve "Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları"nın valiliklere gönderilmesi izlemektedir.

Onkoloji hemşireliği eğitiminde Lisans ve lisansüstü eğitim programlarında önemli bir yer almaktadır.

Güçlü Yönler

1. Hemşirelik eğitiminde sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili güçlü bir eğitimin veriliyor olması
2. Onkoloji hemşireliğinde Yüksek lisans ve doktora programlarının olması
3. Onkoloji hemşireliği ile ilgili bilimsel faaliyetlerin (kongre, sempozyum, kurs) varlığı ve giderek artması
4. Kanıta dayalı uygulama fikir birliği oluşturma toplantılarının yapılıyor olması
5. Antineoplastik ilaç uygulama rehberi ve yönetmeliğinin bulunması
6. Onkoloji biriminde çalışan hemşirelerin kendi yaşam kalitesinin farkındalıklarının artması

Zayıf Yönler

1. Koruyucu sağlık hizmetlerinde hemşirelerin katılımlarının yetersizliği,
2. Ülke sağlık politikaları ve meslek ile ilgili karar mekanizmalarında hemşirelerin yer almaması
3. Onkoloji birimlerinde hemşire insan gücü planlamasının olmaması

4. Hemşirelerin onkoloji birimlerinde çalışmak istememeleri
5. Onkoloji alanında sertifikalı hemşire sayısının yetersiz olması ve sertifikalı hemşirelerin farklı alanlarda çalıştırılması
6. Hazırlama ve uygulama alanlarının hasta ve çalışan güvenliği açısından yetersizliği

Fırsatlar

1. Dünyada ve ülkemizde politik olarak ve toplumsal düzeyde kansere önem veriliyor olması
2. Bilimsel teknolojik gelişmelerin olması
3. Kanser ve sağlık konusunda medyanın olumlu desteği
4. Kamu ve Kanser Savaş Daire Başkanlığı ile işbirliği içinde olunması
5. TÜBİTAK vb. kurum ve kuruluşların proje destekleri
6. Bilgiye ulaşımın son dönemde özellikle internet aracılığıyla kolaylaşması

Tehditler

1. Politik faktörler (Koruyucu ve destek tedavilere yeterince destek verilmemesi)
2. Sağlıkla ilgili karar mekanizmalarında hemşirelerin yeterince bulunmaması
3. Hizmete erişme ve vermede bölgesel güçlükler

Stratejiler ve Öneriler

Sorun 1: Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelerin Katılımlarının Yetersiz Bırakılması

Öneri:

"Aile sağlığı elemanı" adı altında tanımlanan hemşirelerin Halk Sağlığı Hemşireliği olarak yeniden tanımlanması, görev, yetki ve sorumluluklarının Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kapsamında genişletilmesi.

Faaliyetler:

1. TSH ile ilgili mevzuatın gözden geçirilmesi, düzenlenmesi ve yaygınlaştırılması
2. TSH alanında çalışan hemşirelerin rol ve sorumluluklarının yeniden tanımlanması
3. Aile Sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin Halk Sağlığı Hemşireliği statüsünde görevlendirilmesi

Sorun 2: Ülke Sağlık Politikaları ve Meslek İle İlgili Karar Mekanizmalarında Hemşirelerin Yer Almaması

Öneri:

1. Sağlık Bakanlığı bünyesinde hemşirelik daire başkanlığının onkoloji hemşireliği konusunda daha etkin hale getirilmesi,
2. Sağlık Bakanlığı bünyesinde hemşirelik danışma kurulunun oluşturulması

Sorun 3: Onkoloji Birimlerinde Hemşire İnsan Gücü Planlamasının Olmaması

Öneri:

Onkoloji birimlerinde çalışacak hemşire sayısının hasta sınıflandırma sistemi ve iş yüküne göre planlanması, istihdamın sağlanması

Faaliyetler:

1. Ülke genelinde onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin sayı ve nitelik açısından profilinin çıkarılması
2. Ülke ihtiyaçlarına uygun bir planlama yöntemi seçilerek, hasta sınıflandırma sistemine göre hasta başına düşen hemşire sayısının belirlenmesi

Sorun 4: Hemşirelerin Onkoloji Birimlerinde Çalışmak İstememeleri

Öneri:

Onkoloji birimlerinde çalışma koşullarının iyileştirilmesi

Faaliyetler:

1. Özellikle birim olarak tanımlanması (performans katsayısının riskli birim üzerinden hesaplanması)
2. Hemşirelik girişimlerinin ücretlendirilerek performans sistemine yansıtılması
3. Antineoplastik ilaçlarla çalışan hemşirelerinin izin sürelerinin iyileştirilmesi
4. Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin sağlık kontrollerinin (fiziksel, psikolojik ve sosyal) sistemli bir şekilde yapılması
5. Klinik hemşireleri için onkoloji alanında yüksek lisans programlarının açılması

Sorun 5: Onkoloji Alanında Sertifikalı Hemşire Sayısının Yetersiz Olması ve Sertifikalı Hemşirelerin Farklı Alanlarda Çalıştırılması

Öneri:

1. Sertifika programının sürekliliğinin sağlanması
2. Ülke genelindeki onkoloji hemşiresi sayısı temel alınarak sertifika programının sayısının artırılması
3. Onkoloji alanında çalışan hemşirelerde sertifikanın zorunlu hale getirilmesi
4. Zorunlu haller dışında sertifikalı hemşirelerin farklı birimlerde çalıştırılmaması

Faaliyetler:

1. Ülke genelinde onkoloji birimlerinde çalışan sertifikalı hemşirelerin sayısının belirlenmesi
2. Sertifika sahibi olmayan hemşirelerin eğitim planlamasının yapılması
3. Onkoloji hemşireliği ile ilgili yapılan bilimsel çalışmaların kredilendirilmesi
4. Sertifika programlarının ulusal ve uluslararası akreditasyonunun sağlanması

Sorun 6: Hazırlama ve Uygulama Alanlarının Hasta ve Çalışan Güvenliği Açısından Yetersizliği

Öneri:

1. Merkezi ilaç hazırlama ünitelerinin kurulması, düzenli olarak denetiminin sağlanması
2. Ayaktan ve yataklı tedavi ünitelerinin fiziksel standartlarının belirlenmesi
3. Ayaktan ve yataklı tedavi ünitelerinin hemşirelik bakım standartlarının belirlenmesi
4. Onkoloji birimlerinde alana özgü eğitim hemşirelerinin istihdam edilmesi

Faaliyetler:

Antineoplastik ilaç hazırlama ve uygulama yönetmeliğinin güncellenmesi ve uygulanmasının denetlenmesi

Sorumlu Kuruluşlar

- Politika üretkenler
- Sağlık Bakanlığı

Paydaşlar

- Üniversiteler
- Mesleki Örgütler
- YÖK
- Maliye Bakanlığı
- TÜBİTAK



Kanserde Palyatif Bakım

Palyatif bakım tanımı The World Health Organization 2010'a (WHO) göre: "Yaşamı tehdit eden hastalıkla ilişkili ağrı ile diğer fiziksel, psikososyal ve manevi sorunları önlemek ya da gidermekle, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan yaklaşımdır."

Temel olarak, hastanın gereksinimleri ve isteklerine göre düzenlenir. Bu bakımlar tıbbi onkologların görev tanımları ve eğitim programları içinde yer almaktadır. Günümüzde palyatif bakım bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Bakımda hedeflenen kişiler: Şifa olasılığı olmayan, tedavilere dirençli ya da uygun olmayan, ilerleyici hastalık evresinde olan ve kontrolde zorluk yaratan çoklu ya da karmaşık semptomları bulunan hastalar ve hastaya bakım veren yakınlarıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Mayıs 2014 Palyatif bakım rezolüsyonuna göre palyatif bakım, hastalığın tanısıyla başlayan süreyi kapsar.

En son DSÖ toplantısında oy birliğiyle kabul edilen ve ülkemizde de onaylanan "Palliative care resolution" da "hastalık ya da durumun iyileştirilebilir olup olmamasından bağımsız olarak, fiziksel, psikososyal ve manevi yakınmanın azaltılması sağlık çalışanlarının ahlaki sorumluluğudur" denmektedir.

Dünyada Durum

Özellikle Avrupa ve Kuzey Amerika başta olmak üzere birçok ülkede 1800'lü yıllardan beri Palyatif Bakım gerçeği anlaşılmış ve yıldan yıla çok gelişmiş veya az gelişmiş birçok ülkede, ülkelerin müsaitliğine göre geliştirilmektedir.

Örneğin:

- | | |
|------|-------------------------------------|
| 1842 | - Fransa (ilk) |
| 1960 | - İngiltere (St Christopher) Modern |
| 1973 | - Kanada (Royal Victoria) |
| 1987 | - ABD (Horwitz Center) |
| 1990 | - Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya |

Bu gelişmiş ülkeler Dünya Sağlık Örgütü tarafında örnek gösterilmektedir.

Ekonomik açıdan daha az gelişmiş ülkelerde de Palyatif Tıp daha ekonomik olduğundan daha çok önem verildiğini de görmekteyiz. Pahalı ilaçlara ve teknolojiye ulaşmaya çalışırken, hastalarına Palyatif

Tıp desteğinden daha etkin yararlandırmaya çalışıldığını da görmekteyiz. Bu konuda Hindistan örneği verilebilir.

Bu ülkelerde palyatif bakım organizasyonu ve geliştirilmesi

Palyatif Bakımda Genel Kurallar

1. Ekibin oluşturulması (alanında eğitimli doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı...)
 - a. Eğitim (sağlık çalışanları, hasta ve bakım veren yakınlarının eğitimi)
 - b. Hizmete ulaşılabilirlik (acil durumlarda hızlı hizmet, opioidler)
 - c. Multidisipliner eşgüdümlü ekip yaklaşımı
 - d. Palyatif bakım felsefesinin yerleştirilmesi
2. Akut Palyatif Bakım Servisi: Akut sorunlar için kısa süreli bakımın sağlandığı yataklı ünedir.
3. Kronik Palyatif Bakım Servisi: Kronik sorunlar için daha uzun süreli bakımın ve terminal dönemdeki hasta bakımının sağlandığı yataklı ünedir
4. Evde bakım hizmeti: En önemli bakım birimidir. Amaç hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın, hastanın ve yakınlarının kendi ortamında, evinde verilmesidir.
5. Hospis: Evde bakım hizmeti içinde yer alır. Yaşam sonu bakımı ve yas dönemi desteğinin en uygun şekilde verildiği yerdir. Diğer bakım servisleri ve ekibi ile entegre çalışır.

Palyatif bakım üç düzeyde incelenebilir; temel, orta ve ileri düzey palyatif bakım. Temel ve hatta orta düzeyde palyatif bakımın sağlanması onkoloji uzmanının sorumluluğudur. Temel palyatif bakımın bileşenleri;

- Etkin iletişim
- Semptomların düzenli olarak sorgulanması ve kontrolü

- Hasta ve yakınlarının manevi ve sosyal ihtiyaçlarının gözden geçirilmesi ve gereğinin yapılması
- Hastalığa ilişkin hedeflerin doğru belirlenmesinde kılavuzluk olarak özetlenebilir.
- Palyatif bakımın tıbbi onkolojiye entegrasyonu için gerek bu alanda çalışan tüm profesyonellerin gerek lisans düzeyinde gerekse mezuniyet sonrası düzenli eğitimleri şarttır. Bu konu yine DSÖ "Palliative Resolution" da ayrıntılarıyla tariflenmiştir;
- Mezuniyet öncesinde tıp ve hemşirelik fakültelerinde ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim olarak temel palyatif bakım eğitimi verilmelidir. Bu eğitimler hastalarla ilgili diğer tüm profesyonelleri (sağlık personelleri, sosyal çalışmacı, vb) de içermelidir.
- Onkoloji alanında çalışanlara orta düzey palyatif bakım bilgi ve becerileri kazandırılmalıdır.
- İleri düzeyde palyatif bakım gereksinimi olan hastalar için, ayrı bir uzmanlık dalı olarak palyatif bakım uzmanlığı planlanmalıdır.
- Bütüncül kanser bakım bir ekip işidir. Ekip orkestra ve onkolog da bu orkestranın şefidir. Şef olmanın sorumluluğuyla kendi işini en iyi yapmanın yanında, iyi bir ekibin oluşturulması, devamı ve koordinasyonunun tıbbi onkoloğun sorumluluklarında olduğu görülmektedir.

Türkiye'de Durum

Geleneksel Türk aile yapısı, insan kaynaklarının sınırlı olması, hekimlerin farkındalığının az olması nedeniyle Türkiye'de palyatif bakımın yıllarca üzerinde durulmamıştır. Bu nedenle palyatif bakım merkez sayımız yok denecek kadar az kalmış ve mevcut merkezlerimizin çoğu ağrı merkezi olarak hizmet vermişlerdir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı ülkemizde palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıları gidermek amacıyla Bakanlığın ilgili birimleri ve başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere pek çok uluslararası kuruluşun katkılarıyla Palya-Türk Projesi hazırlamıştır. Proje sadece kamu destekli bir proje olmayıp konuyla ilgili sivil toplum kuruluşlarının işbirli-

ği ile yürütülecek bir projedir. Proje paydaşları; Sağlık Bakanlığı (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Sivil Toplum Kuruluşları ve gönüllülerden oluşmaktadır. Söz konusu proje hemşire, aile hekimleri ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) personelleri ile yaygınlaşmış dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesidir ve örnek model olarak gösterilmektedir.

Palya-Türk Projesi, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerini içermektedir.

1. Birinci Seviye: Toplum Temelli

Aile hekimleri

Evde Bakım

2. Hastane Merkezleri

a. Akut Bakım Merkezleri:

a.1 Birinci, İkinci Seviye, Üçüncü Seviye

b. Kronik Bakım Merkezleri

b.1 Hospis (Destek Evi)

b.2 Gönüllüler ve STK'lar Her Seviyede

İkinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri çerçevesinde İkinci Basamak Hastane Merkezleri olarak Onkoloji Tanı Tedavi Merkezlerindeki Palyatif Bakım Merkezleri'nin (PBM) kurulması planlanmaktadır. PBM hem evde bakım birimleri hem de Kronik Palyatif Bakım Merkezleri (KPBM) ile koordinasyonlu çalışır. Yatak ihtiyacı hasta sayısına göre belirlenir.

Üçüncü Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri kapsamında ise Üçüncü Basamak Hastane Merkezleri olarak Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezleri kurulacaktır. Kendi sağlık bölgesinde palyatif bakım konusunda her türlü eğitimi verebilecek düzeyde bilgi birikimi ve donanımına sahip olmalıdır. Evde Sağlık Hizmet-

leri birimleri ile koordineli çalışmalı, hastalara uygun görülen tedavi, takip programı ve tetkikleri Evde sağlık hizmetleri birimiyle koordine ederek bu birimlerde hizmetlerin sunumunu sağlamalıdır. Bahse konu merkezler 10-20 yatağa sahip olacak, en az 1 hobi odası, 1 girişim veya muayene odası, hastaların televizyon izleyebileceği bir toplantı odası ve 1 mutfaktan oluşacaktır. Hospisler bu merkezlere bağlı çalışmalıdırlar.

Ülkemizde şu anda; aktif çalışan 21 PBM bulunmaktadır (6 üniversite, 14 Devlet hastanesi, 1 özel merkez), Gaziantep'te 2 Devlet Hastanesi müracaat aşamasında olup diğer devlet hastanelerimizden ise 3'ü fiziki düzenleme, 6'sı tefrişat, 1 tanesi ise personel alımı aşamasındadır.

Güçlü Yönler

1. Türk aile yapısı
2. Sağlık Bakanlığı çalışmaları
3. Maliyet etkin

Zayıf Yönler

1. Eğitim yetersizliği
2. Personel temini ve ekip çalışmasında yetersizlikler
3. Kaynak eksikliği
4. Pediyatrik onkolojik palyatif bakımla ilgili merkezlerin altyapısının ve sayısının, eğitimin, personelin ve yasal düzenlemelerin yetersiz olması
5. Palyatif bakım uzmanlığının olmaması
6. Sivil toplum kuruluşlarının birlikte çalışmaması
7. Yaşamın sonu kararlarının belirlenmemiş olması ve Do Not Resuscitate (DNR) kararıyla ilgili yasal sorunlar
8. Opioifobi ve oligoanaljezi
9. Kanser temelli tedaviye öncelik verilerek hasta temelli tedavinin arka planda kalması

Fırsatlar

1. Palyatif bakımın dünyada uygulanması ve modellenecek ülkeler olması
2. Uygulanabilecek takip ve tedavi kılavuzlarının bulunması
3. Bireysel ve organizasyonlar düzeyinde motivasyon varlığı

Tehditler

1. Hızlı nüfus artışı ve kanser insidansında artış
2. Performansa dayalı hasta yönetiminin desteklenmesi
3. Palyatif bakımın hızlı değişim ve gereksinimine halk, sağlık çalışanları ve otoritelerin uyum sağlamasındaki zorluklar

Strateji ve Politika Önerileri

Kanser hastasıyla karşılaşan tüm sağlık personelinin ağırlı hastanın değerlendirilmesi ve tedavisi konusunda eğitilmesi önemlidir. Kanser hastaları da herhangi bir kişi gibi kanserle ilgisi olmayan hastalıklar nedeniyle ağrı çekebilirler ve çoğunlukla tedavi edilebilirler. Ağrı sebebi ortaya konduktan sonra hızla uygun yöntemlerle hastanın ağrısının giderilmesi ve uygunsa daha kalıcı ağrı tedavilerine yönlendirilmesi gereklidir.

Ülkemizde pediatrik onkolojide palyatif bakımın geliştirilmesi için öneriler şöyle özetlenebilir:

1. Pediatrik palyatif bakım eğitimi iyileştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır. Gerek doktorların gerekse diğer sağlık personelinin palyatif bakım alanında eğitimi planlanmalıdır. Tıp eğitimi, pediatri eğitimi ve özellikle de yan dal eğitim programlarında palyatif bakıma daha geniş yer ayrılmalıdır. Mezuniyet sonrası kurslar, seminerler ile sürekli eğitim desteklenmelidir. Bu konudaki ölçüklerin, rehberlerin, standart uygulama prosedürlerinin rutin pratikte kullanımı teşvik edilmelidir. Mezuniyet sonrasında çeşitli branşlardan (pediatrik onkolog, anesteziyolog, fizyoterapist, psikolog, hemşire, vb..) özellikle palyatif bakım konusunda uzmanlaşmaları sağlanmalıdır.

2. Ülkemizde kanserli çocuklarda semptomların sıklığının, derecesinin belirlenmesi ve tedavisine yönelik yeterli araştırma bulunmamaktadır. Palyatif bakımla ilgili çalışmaların yürütülmesi teşvik edilmelidir. Özellikle Türk toplumuna uygun semptom değerlendirme ölçükleri geliştirilmeli, mevcut skalaların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmalıdır.
3. Çocuk hastalara hizmet veren palyatif bakım üniteleri yaygınlaştırılmalı, yatak sayıları artırılmalı ve evde bakım destek hizmetlerinin kapsamı genişletilmelidir. Bu alanda eğitim almış personelin (psikolog, psikiyatrist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı) istihdamı artırılmalıdır.

Palyatif bakımla ilgili politikalar geliştirilmeli ve yasal boşluklar giderilmelidir

Hasta ve Ailesinin Gereksinimleri

- Hasta ve ailesi psikososyal ve manevi yönden desteklenmeli
- Palyatif bakım hastasına bakım veren aile üyelerine sosyal ve maddi destek sağlanmalı
- Terminal dönem bakımı ve ileri yaşam sonu desteği verilmeli

Palyatif Bakım Ekibinin Gereksinimleri

- Ekip nitelik ve nicelik yönünden yeterli olacak şekilde oluşturulmalı
- Sağlık çalışanlarında iş stresi ile başa çıkma ve tükenmişliğin önlenmesi ile ilgili tedbirler alınmalı
- Ekip üyelerinin ve palyatif bakım hastasının tedavisinin tüm aşamalarında yer alan sağlık personelinin bu konuda eğitimi sağlanmalı

Sağlık Politikaları Alanında Gereksinimler

- Palyatif bakıma yönelik ülke genelinde gereksinimlerin saptanması ile gerekli bakım ekibi ve alt yapı oluşturulmalı
- Opioid analjezik gereksinimleri karşılanmalı

- Palyatif bakım ile onkoloji servislerinin entegrasyonu sağlanmalı
- Yasal düzenlemeler ve yönetmelikler oluşturulmalı (Palyatif bakım merkezlerinin kurulması ve evde bakım hizmetlerine dair yönetmelik, hospis organizasyonu, DNR kararı ile ilgili yasal temel, terminal sedasyon)
- SGK ödeme kararı (SUT)
- Ulusal kuruluşlar ve dernekler
- STK'lar

Diğer Gereksinimler

- Palyatif bakımla çalışanlara; topluma yönelik sürekli ve yaygın eğitim verilmeli
- Ülkemizin kültürel yapısına uygun model geliştirmek için araştırmalar yapılmalı
- Ülke rehberi oluşturulmalı ya da mevcut rehberler düzenlenmeli

Paydaşlar

- Ülkemizde Palyatif Tıp'ın geliştirilmesinde gerek devlet gerekse sivil toplum örgütlerinin çok yakın çalışması gerekmektedir. Bu nedenle çalışacak belli başlı paydaşlar;
- Sağlık Bakanlığı (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Tıpta Uzmanlık Kurulu)
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- Diyanet İşleri Başkanlığı
- YÖK
- Üniversiteler
- Enstitüler
- Sivil toplum kuruluşları ve örgütleri
- Uluslararası kuruluşlar (DSÖ, NCI, MECC, ESMO, ASCO, SIOP, ONS, EONS, MASCC, IASP, IAHP, EAPC...)



Onkolojide Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

Onkolojide geleneksel ve tamamlayıcı tıp nedir?

Alternatif tedaviler, uygulama ve ürünlerin konvansiyonel tedaviler yerine tek başına kullanılmasıdır. Tamamlayıcı tıp, uygulama ve ürünlerin konvansiyonel tedavilerle birlikte hastalığa ve tedavilerle birlikte rahatsız edici semptomları kontrol etmek amacıyla kullanılmasıdır.

Geleneksel tedaviler bazen 'Alternatif Tıp' olarak adlandırılırsa da bunun nedeni bilimsel tıbbın ivmelenecek geliştiği son 50 yılda bazı hastalıklara karşı geleneksel yöntemlerin yoğun olarak kullanılmaya devam etmesi, bilimsel tıbbın toptan reddedilmesi neticesi ortaya çıkan bir akımdır. Halbuki günümüzde tıbbın alternatifi olmadığı, tıbbın bir tane olduğu, onun da bilimsel tıp olduğu iyi bilinmektedir. Yapılan bilimsel araştırmalar neticesinde 'Alternatif' kavramı yerine etkinliği, kullanım standardizasyonu ve güvenilirliği ile ilgili yeterli verilerin olduğu geleneksel tedavilerin uygulandığı 'Tamamlayıcı Tıp' kavramı yerleşmiştir.

Tamamlayıcı tedaviler (Complementary), konvansiyonel tedaviyi tamamlamak ya da bu tedavi boyunca

birlikte kullanmak için uygulanan tedavilerdir. Alternatif tedavi konvansiyonel tedavi yerine kullanılan tedavilerdir. Tamamlayıcı tıp ise konvansiyonel tedavi esnasında kullanılan tamamlayıcı tedaviler için kullanılan bir tabirdir.

Dünyada Durum

Alternatif ve tamamlayıcı tıp (CAM-Complementary and alternative medicine) dünyada sıklıkla kullanılmaktadır. En sık uygulandığı alanlardan birisi de kanserdir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları dünyada giderek artan oranda ülkeden ülkeye değişmek üzere % 30 – 80 arasında uygulamada yer almaktadır. Hastaların genellikle tamamlayıcı tıp ile ilgili bilgileri arkadaşları (%65), ailesi (%48) ve medya (%21) aracılığı ile aldıkları ortaya konmuştur.

Modern tıbbın uygulandığı ülkelerde bile, kanser hastaları tedavileri esnasında %40-50 oranında tamamlayıcı tedavileri kullanırlar. Kanser tedavisi (Kemoterapi ve/veya radyoterapi) bittikten sonra takip altındaki hastalarda bu oran %40 düzeyinde olmaktadır. Ulusal Sağlık İnsiyatifi İzlem'in (National Health Initiatives Survey-NHIS) bir çalışmasında

erişkinlerde 4/10 (%38.3, 83 milyon) ve çocuklarda 1/9 (%11.8, 8.5 milyon) oranında tamamlayıcı tedavi kullanımının olduğu gösterilmiştir.

Hem Avrupa Birliği Parlamentosu ekonomik işler alt komisyonu 2013-2020 stratejik planı içerisinde (CAMbrella) hem de dünya sağlık örgütü 2014-2023 stratejik plan içerisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yer vermiştir.

Tamamlayıcı Tıp dahilinde kullanılan yöntemler dünyanın çeşitli bölgelerinde farklılıklar göstermektedir. Çin Tıbbı, Ayurvedik Tıp, Avrupa'da homeopati, Almanya'da fitoterapi tedavilerinin normal sağlık hizmeti olarak sayılması bunlara örnektir. Fakat dünya geneline baktığımızda Tamamlayıcı Tıp başlığı altında bilimsel olarak da kabul gören alt grupları şöyle sıralayabiliriz:

- Akıl-vücut teknikleri (Dua, meditasyon, yoga, hipnoz, müzik tedavisi vs.)
- Akupunktur (Geleneksel Çin Tıbbı)
- Botanik ajanlar (Doğal – bitkisel ürünler nütrisyonel yaklaşımlar)
- Fitness (Egzersiz ve beslenme kılavuzluğunda)
- Homeopati
- Masaj Tedavisi

Onkolojide Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları'nda etkinliği bilimsel anlamda gösterilmiş ve halen kullanılmakta olan ajanlar

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler dünya genelinde ülkeden ülkeye ve hastadan hastaya değişiklik göstermekle birlikte, çeşitli hastalıkları tedavi etmek veya önlemek amacıyla yüzlerce yıldır yaygın olarak kullanılmaktadır. Alternatif tedaviler, bu uygulama ve ürünlerin konvansiyonel tedaviler yerine tek başına kullanılmasıdır.

Tamamlayıcı tedaviler ise bu uygulama ve ürünlerin, konvansiyonel tedaviler ile birlikte hastalığa ve tedavilere bağlı rahatsız edici semptomları kontrol etmek amacıyla kullanılmasıdır Bu ürünlerin nere-

deyse hiçbiri, herhangi bir biçimde, kanıta dayalı tıp ilkelerine göre sınanmamış, yararı ve zararı hakkında herhangi bir bilimsel hükme varılmış değildir. Etkinliği bilimsel çalışmalar (Retrospektif ya da prospektif) ile gösterilmiş herhangi bir alternatif ya da tamamlayıcı tedavi, uygulama ya da ürünü mevcut değildir.

Kanserde Tamamlayıcı ve Geleneksel Fitoterapi Uygulamaları

Tıbbi onkologlar ve onkoloji eczacılığı işbirliği kapsamında kullanılması önerilir. Bu bağlamda fitoterapi ürünlerinin kullanılmasının amacı doğrudan kanserin primer tedavisi değil, kanserin bilimsel tedavisinin yanında veya sonrasında tamamlayıcı destek olarak kullanılmasıdır.

Onkolojide Alternatif Tıp hakkında basın ve medyaya düşen görevler, basın ve medyada Su-istimaller, bu konuda yapılması gerekenler

Basın ve medya maalesef bu zamana kadar alternatif tıp ile ilgili yayınlarında başarılı bir imtihan vermemiştir. Kolaya kaçarak tamamlayıcı ve geleneksel tıp konusunda da daha popülist bir yayın politikası gütmüştür. Ulusal basın yayın ve televizyonlarımızda sağlık ile ilişkili programlar giderek daha popüler hale gelip sayı ve nitelik olarak artış göstermektedir. Öte yandan, ülkemizde son yıllar içinde tamamlayıcı tıp ile ilgili ilaçların pazarlanması üretici, aracı ve eczaneler için bir gelir kalemi haline gelmiştir, bu nedenle bu ürünlerin pazarlanması için giderek artan yoğunlukta pazarlama stratejileri geliştirilmeye başlanmıştır.

Yakın dönemlerde ortaya çıkan bir fiili durum da alternatif tıp olarak sunulan ve yeterli bilimsel kanıtı olmayan yöntemlerin, bazı medya organlarında adeta yeni bir tedavi seçeneği olarak sunulmasıdır.

Türkiye'de Durum

- Ülkemizde ilk olarak 29.5.1991 tarih ve 20885 sayılı ile "Akupunktur Tedavi Yönetmeliği" Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 17.9.2002 tarih ve 24879 sayılı ile "Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik" Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu

yönetmeliğin yürürlüğe girmesiyle Akupunktur Tedavi Yönetmeliği yürürlükten kalkmıştır.

- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 21.05.2007 tarih ve 10558 sayılı yazısı ile Sülük Uygulamaları konulu sülük ile tedavi (hirudoterapi) yönteminin ülkemizde uygulanması ile ilgili aldığı kararları 81 ile bildirilmiştir.
- 06.10.2010 tarih ve 27721 sayılı ile "Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği" Resmi Gazete yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.
- 26 Nisan 2011 tarih 27916 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun' nun 9. Madde U fıkrasının devamında "...Tabiplerce veya tabiplerin yönlendirmesiyle ilgili sağlık meslek mensubu tarafından uygulanmak şartıyla insan sağlığına yönelik geleneksel/tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin alanları, tanımları, şartları ve uygulama usul ve esasları Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir. Diploması veya meslek belgesi olmadan bu maddede tanımlanan meslek mensuplarının yetkisinde olan bir işi yapan veya bu unvanı takınanlar bir yıldan üç yıla kadar hapis ve iki yüz günden beş yüz güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır." yer alan hükümleri 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun Ek 13'üncü maddesi olarak kanunda yer almıştır.
- Bakanlığımız 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" "Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanımları durdurmak." hükmü ile konu hakkında düzenleme getirmiştir.
- Son iki yılda konu hakkında çalışmalara yoğunluk verilmiş, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Genel Müdürlükler ve müstakil Daire Başkanlıklarıyla istişare toplantıları yapılmıştır.

- Daha sonra Eğitim-Araştırma Hastaneleri, üniversiteler ve GATA'dan öğretim üyeleriyle istişare toplantıları yapılarak uygulama başlıkları, belirlenen başlıkların uygulanabilirlikleri, nerede ve kimlerce uygulanması gerektiği istişare edilmiş, görüşleri Sağlık Bakanlığınca değerlendirilmek üzere tutanak haline getirilmiştir.
- 21/06/2012 tarih ve 12023 sayılı "Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge" ile "Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları daire başkanlığı" kurulmuştur.

Güçlü Yönler

1. Ülkemizde sosyal güvenlik kurumunun toplumun neredeyse tamamını kapsayacak şekilde kanser tedavisini finanse etmesi ve hastaların tedavilerini ücretsiz olarak alabilmesi,
2. Yeniliğe ve gelişime açık, yan etki profilinin düşük, maliyetlerin düşük olması,
3. Nanoteknoloji ile standardizasyon ve etkinliğin daha iyi olabilmesi, patent alınabilmesi
4. Bilimsel kanıta dayalı tedavilerin son yıllarda çok hızlı gelişmesi ve artık insanların beklentilerini karşılayacak düzeye gelmesi.
5. Erken teşhis ve doğru tedavi ile "kansere kronik hastalık olacak" sloganının halk ve medya tarafından benimsenmesi.

Zayıf Yönler

1. Teknik ve yöntemlerle ilgili patent alma zorluğu, standardizasyon zorluğu,
2. Bilimsel araştırmalar için yeterli fon desteği olmaması.
3. Asıl tedavinin gecikmesi ya da yan etkinin çok artarak ortaya çıkması: Karaciğer –böbrek yetersizliği tehditleri. Gereksiz doz ayarlama ve tedaviden elde edilecek yanıtın tehlikeye girmesi.
4. Bu ürünlerin bilimsel yetkinliği olmayan kişiler

tarafından yazılı ve görsel basında gündemde tutulması, maddi/manevi çıkarlar için önermesi ve basında sıkça yer alması-hatta tanımlamalarının çok net ve kesin şekilde yapılarak sunulması.

5. Tıp fakültelerinin eğitim müfredatında tamamlayıcı ve geleneksel tedavilerle ilgili eğitim programının olmaması.
6. Tamamlayıcı ve geleneksel tıp uygulayıcılarının primer doktorundan habersiz önereceği doğal kökenli ürünlerin vücuda zararlı olabileceği gerçeğinin hastaya yeterince anlatılmaması.
7. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi ürünlerinin kabul edilebilir kanıt düzeyindeki bilimsel çalışmalarının yetersiz olması (yeterli in vivo ve in vitro çalışma olmaması).
8. Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar ile tamamlayıcı ve geleneksel tedaviler arasında olabilecek etkileşimler ile ilgili bilgilerimizin çok yetersiz olduğu ve elde yeterli ve güvenilir veri olmadığına vurgulanmaması.
9. Hastaların bir kısmı klasik tıba inanmadığı için alternatif tıba yönelmektedir. Hastaya yeterli ve sağlam kanıtlı bilgi verebilir durumda olmamamız.
10. Hastalara kobay olmadıkları, bir ilacın gerçekten kanser ilacı olduğunun belirlenmesi için çok basamaklı ve çok eziyetli süreçten geçildiği gerçeğinin yeterince anlatılmaması.
11. Terapötik kullanım amaçlı tamamlayıcı ve geleneksel bitkisel ürünlerin denetiminin yeterli olmaması.
12. Halen birçok kanser türünde kür elde edilememiş olması ve bunun yarattığı umutsuzluk ve ek tedavi arayışı.
13. Tamamlayıcı tedavilerin her düzeyde insan için bir gelir kaynağı haline gelmesi (meslek ve eğitim durumundan bağımsız olarak).
14. Özellikle sanal ortamda hiçbir kontrol olmaksızın her türlü maksatlı-yanlış beyanda bulunabilmesi.

15. Tamamlayıcı tıp ürünlerinin ruhsatlandırılmasının Sağlık Bakanlığınca yapılmaması.

Fırsatlar

1. İlaç - tedavi maliyetleri ve komplikasyonları azaltılabilir, tedavilerin başarı şansı ve hasta uyumu artırılabilir, korunmada faydalı yöntemler geliştirilebilir olması.
2. Ülkemizin özellikle doğal ürünler açısından florasının zenginliğinin bilimsel olarak ileri teknoloji ile değerlendirilmesi ucuz hammadde sağlayan ülke konumundan nihai, kaliteli ve standardize katma değer içeren ürün üreten ülke konumuna geçmesini sağlayabilir olması.
3. İklim ve çevresel koşulların iyi olması, modern tıbbi imkanlarla birlikte değerlendirildiğinde ülkemizin sağlık turizminden çok daha fazla pay alabilir olması.
4. Türkiye’de yaygın kullanımı bulunan tamamlayıcı ve geleneksel tedavi yöntemlerinin bilimsel verilerinin değerlendirilmesi.
5. Güncel ve ihtiyaçları karşılayacak şekilde ‘Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği’nin yayımlanacak olması
6. Bu alanda yapılacak akademik çalışmaların etik koşullarla desteklenmesi
7. Kanser tedavisindeki, hızlı gelişmelerin medya aracılığı ile daha etkili duyurulması
8. Halkın bilimsel ve kanıta dayalı tedavilere olan inancının artırılması.
9. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı’nın tamamlayıcı tıp konusunda yönetmelik hazırlığında olması bu yönetmeliğin bilimsel çevreler ile medya ve sanal ortamda paylaşılıp tartışmaya açılması.
10. Tamamlayıcı tıp uygulayan kişilerin bazılarının kötü niyetli ve eğitimsiz olduğunun bilinmesi hekim ve uzman eczacıların ortak çalışması ile bu konunun bilinçsiz kişilerin elinden alınması.
11. Sağlıkta dönüşüm ile tedavi standartlarının gi-

derek yükselmesi ve bunun halkımızda pozitif bilime güven olarak geri dönüşü olması ve bu dönüşümün etkilerinin medyada sık paylaşılan haberler olması.

Tehditler

1. İlgili branş doktorlarının tamamlayıcı tıbbi tamamen reddetmesi.
2. Tamamlayıcı tıp uygulamalarının yanlış ellerde suiistimali.
3. Hastaların bilimsel tedavilerinin aksatılması.
4. Standardizasyon ve yöntem yetersizliği.
5. Otokontrol mekanizmasının (dernek, sivil toplum örgütü) yetersiz olması.
6. Sağlık otoritesinin çeşitli nedenlerle denetimi sağlayamaması.
7. Bazı tamamlayıcı ve geleneksel tedavi ürünlerinin Sağlık Bakanlığı dışında tarım bakanlığı izni ile ülkeye gelmesi-olağanüstü zararları olabilecek ürünlerin insanlara ilaç gibi satılması.
8. Tıp eğitiminden sonra ortalama 7-8 yıllık eğitim ile tıbbi onkolog unvanı alabilen hekimlerin emek ve mesleklerine saygısızlık.
9. Kanser tedavisi alan hastaların tamamlayıcı tedavileri, takiplerini ve tedavilerini yapan doktorun onayı olmadan kullanmaları.
10. Medyanın kamuoyu üzerindeki etkinliğini zaman zaman bilgisizce kullanması.
11. Bu konuda çok ciddi ekonomik getiri olması ulusal veya uluslararası kuruluş – kişilerin bu sebeple medyayı kullanarak gelir elde etmeye çalışması.
12. Sağlık çok cazip (tiraj artırıcı) bir konu olduğu için medyanın bilimsel gerçeklere her zaman dikkat etmeyip sadece popüler olduğu için bazı haberleri yapması.
13. Bilim insanlarının medyada bu konuda yorum yapmaya çekinmesi.

14. Medyanın bu konuda eğitim ve danışmanlık alabileceği bir mercinin olmaması

Strateji ve Politika Önerileri

1. Özellikle tamamlayıcı ve geleneksel tıp kavramlarının iyi tanımlanması ve bu ayrıma göre uygulama yapılması.
2. Tıp Fakültelerinin eğitim müfredatında tamamlayıcı ve geleneksel tedavilerle ilgili eğitim programlarının oluşturulması.
3. Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler ile ilgili Ar-Ge çalışmalarının yapılması ve ülkemize ekonomik katkı sağlanması.
4. Doğal ürünlerin yararlı ve zararlı yönlerinin objektif olarak yetkin kişilerce topluma anlatılması ve toplumun eğitilmesi.
5. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin multidisipliner platformlarda (tıp, eczacılık, diş hekimliği, biyoloji) irdelenmesi.
6. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin yetkin olmayan kişilerce kullanılmasının engellenmesi.
7. Akademik merkezlerde bu yöntemlerin İyi Klinik Uygulamaları (İKU) çerçevesinde klinik çalışmalarının yapılması.
8. Endikasyon belirtilerek kullanılması önerilen ürünlerin İyi Üretim Koşullarına uygun üretilmesi ve üretim basamaklarının tümünün Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmesi.
9. Sivil toplum kuruluşlarının yardımı ile medyada halkı bilinçlendirici faaliyetler yapılması.
10. Ulusal ve uluslararası sempozyum veya toplantılar ile halk ve medyanın dikkatinin çekilmesi.
11. Medyada çıkar amaçlı olarak bu tedavi yöntemlerini öven kişilere karşı sivil toplum kuruluşlarının ve meslek odalarının gereken duyarlılığı göstermesi.
12. Sivil toplum kuruluşları ve meslek odaları tarafından medya ya danışmanlık eğitimi verecek

kurulların oluşturulması, medya ile birlikte eğitim- bilgilendirme amaçlı buluşma toplantılarının düzenlenmesi.

13. Medyayı sadece yazılı ve görsel basın olarak değerlendirmeyip özellikle sanal ortamın dikkate alınması; Sivil toplum kuruluşları ve meslek odalarının kendi web siteleri veya oluşturacakları sanal platformlarda halkı ve medyayı bilgilendirme ve doğru yönlendirme yapması.
14. Sanal ortamda bazı zararlı olduğu düşünülen sitelere ilgili birimlerce müeyyide uygulanması.
15. Kanunlarda belirtilen kötü niyetli kişilerin medyayı kullanmasını engelleyici yaptırımlar hakkında her platformda yeterli aydınlanma sağlanması için çaba gösterilmesi.

Paydaşların Tanımlanması ve Fonksiyonları

1. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri ile ilgili araştırmaların TÜBİTAK tarafından desteklenmesi.
2. Sağlık Bakanlığı'nda bu konuyla ilgili oluşturulan ya da oluşturulacak araştırma komisyonlarına tıbbi onkoloji uzmanlarının aktif katılımı.
3. Kurulacak Ulusal Kanser Enstitüsü'nün yapılmasında tamamlayıcı tıbbı yer verilmesi.
4. Öz kaynaklar kullanılarak yeni kanser ilaçlarının geliştirilmesi için ilgili branşlar arasında multidisipliner çalışma yapılması.
5. Sağlık çalışanlarının ve toplumun geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler konusunda eğitilmesi.

Paydaşlar

- Sağlık Bakanlığı, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Üniversiteler, Eğitim-Araştırma Merkezleri, Sivil Toplum Kuruluşları, ilaç ve gıda endüstrileri.



Kanser Hastalarının Sorunları

Dünyada ve Türkiye’de Durum

Gelişmiş ülkelerde hasta ve yakınlarına sağlanan sosyal ve maddi destek daha iyi durumdadır. Hastaların bilgiye ulaşımı daha kolaydır. Fiziksel alt yapı daha iyidir. Yardımcı personelin görev tanımları belirlenmiş olup sayı ve nitelik olarak daha yeterli durumdadır. Ülkemizde onkoloji konusunda doktor, personel ve alt yapı hizmetleri son yıllarda gelişme eğiliminde olup hala istenen düzeye ulaşamamıştır. Toplumsal altyapı ve aile yapımız hasta ve yakınlarını desteklemektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) hastaların neredeyse tüm tedavilerini karşılamaktadır.

Güçlü Yönler

Tanı Aşamasında

1. Doktorların eğitimi, tıbbi bilgi ve becerilerinin üst düzeyde olması.
2. Tanı yöntemlerinin yeterli ve gelişmiş olması.
3. Toplumda kanserle ilgili farkındalığın ve erken tanı bilincinin artmış olması.

4. Sigara bırakma, egzersiz, doğru beslenme kampanyalarının olumlu etkisi.

Tedavi Aşamasında

5. Standart kanser tedavisi yapılan onkoloji merkezlerinin sayısının artıyor ve alt yapılarının gelişiyor olması.
6. Yeterli olamamakla birlikte uzman sayısındaki artış.
7. SGK tarafından tedavinin neredeyse tüm masraflarının karşılanması.
8. Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması.

Tedavi Sonrası Hayata Adaptasyonda

9. Toplumsal ve aile yapımızın desteği

Remisyon Sağlanamayan ve Terminal Dönem Hastalarının

10. Bu süreçte ailesel desteğin olması.

Hasta Kaybı Sonrası Dönemde Hasta Yakınlarının Sorunları

11. Toplumsal ve aile yapımızın desteği

Zayıf Yönler

Tanı Aşamasında

1. Yoğunluk ve performans sistemi vb. nedenlerle doktorun hastaya ayırdığı sürenin yetersiz olması nedeniyle iletişimin az olması.
2. Teşhis aşamasında hastaların gerekli branşa yönlendirilmesi konusundaki eksikliklerin teşhisi geciktirmesi.
3. Hastanın tanı aldıktan sonra yönlendirilebileceği diyetisyen, psikolog, manevi bakım uzmanı, din adamı gibi destekleyici personelin yetersizliği veya yokluğu.
4. Devlet hastanelerinde ve üniversitelerde tedavi için gerekli fiziksel alt yapının yetersizliği

Tedavi Aşamasında

5. Tedavi merkezlerinde tedavi ile ilgili tüm branşların ve multi disiplinler yaklaşımının olmaması ve buna bağlı hastaların güven eksikliği
6. Eğitim hemşiresi ve psikoloğun yeterli sayıda olmaması nedeniyle tedavi ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmenin yetersiz olması
7. Kemoterapi hemşiresi sayısının yetersiz olması ve kemoterapi ünitelerinin alt yapılarının yetersiz olmasına bağlı tedavilerin gecikmesi
8. Hasta ve yakınlarının ön yargıları ve korku ve endişeleri nedeniyle kanser tanısının açıklıkla paylaşılamaması, bu nedenle tedaviye uyumun yetersiz olması
9. Bilgilendirme eksikliği ve yanlış yönlendirmelere bağlı tıp dışı ve yanlış alternatif yöntemlere eğilimin olması
10. Hastaların iş kaybına bağlı maddi sorunlar yaşaması

11. Hastaların tedavi merkezlerine ulaşım ve konaklama sorunları
12. Klinik çalışmalara hastaların yeterince katılmaması ve geliştirilmekte olan tedavi yöntemlerinden yararlanamaması

Tedavi Sonrası Hayata Adaptasyonda

13. Tedavi sonrası ve sırasında hastaların işlerine son verilebilmesi
14. İş kaybı sonrasında SGK dan yararlanma hakkının kaybedilmesi
15. Ailesel sorunların yaşanması ve ailelerin bu süreçte dağılabilmesi

Remisyon Sağlanamayan ve Terminal Dönem Hastalarının

16. Hospislerin olmaması ve bu konuda ön yargıların olması
17. Palyatif bakım yapabilecek merkezlerin azlığı ve bu konuda eğitilmiş elemanların sayısının yetersizliği (ağrı uzmanı, psikolog, diyetisyen)
18. Evde bakım hizmetlerinin ve sertifikalı personelin yetersiz olması.

Hasta Kaybı Sonrası Dönemde Hasta Yakınlarının Sorunları

19. Eş ve çocukların maddi ve manevi desteksiz kalması
20. Tedavi sürecinde oluşan borçların maddi yükün eş ve çocuklara kalması

Fırsatlar

1. TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı ile sorunların gündeme gelmesi
2. Sağlık Bakanlığı'nın iş birliği ve kurumsal düzenlemeler konusunda istekli olması

Tehditler

Tanı Aşamasında

3. Hasta yoğunluğu
4. Sağlık alanında uygulanan performans sisteminin getirdiği sorunlar.
5. Tedavi Aşamasında
6. Hastanelerdeki aşırı yoğunluk
7. Sağlık alanında uygulanan performans sisteminin oluşturduğu sorunlar.
8. Medyada hastaların yanlış bilgilendirilmesi ve uygun olmayan tedavi yöntemlerine yönelmeleri

Tedavi Sonrası Hayata Adaptasyonda

9. Hasta sayısının çokluğu nedeniyle devlet tarafından bu dönemdeki hastalara yeterince ekonomik destek sağlanamaması.
10. İş verenlerin hastaları çalıştırma konusunda isteksiz davranması ve gerekli şartları sağlayamaması.

Remisyon Sağlanamayan ve Terminal Dönem Hastalarının

11. Hospislerin maddi istismar konusu olma olasılığı, bu nedenle bu kurumlara sevklerin kontrol altına alınması gerekliliği

Hasta Kaybı Sonrası Dönemde Hasta Yakınlarının Sorunları

12. Kayıplar nedeniyle hayata isteksizlik, depresyon
13. Hastalık beklentisi

Strateji ve Politika Önerileri

Tanı Aşamasında

1. Onkolog ile birlikte çalışabilecek ve kanser hastasının palyatif bakımında görev alabilecek ağırlı ve dahiliye uzmanı, aile hekimi kadrolarının tah-

sisi. Yardımcı personel sayısının; eğitim hemşiresi, psikolog ve diyetisyen sayısının artırılması

2. Merkezi planlamada onkoloji uzmanlık dernekleri gibi paydaşların görüşlerinin dikkate alınarak kanser tedavi merkezlerinin belirlenmesi ve mevcut iş gücü kaynaklarının doğru dağıtılması
3. Hasta derneklerinin hastalara sosyal dayanışma ve psikolojik destek sağlamaları, hastaneler ve kamu kuruluşlarıyla birlikte çalışabilmeleri için bürokratik zorlukların kaldırılması

Tedavi Aşamasında

4. Kanser merkezlerinin planlamasının yapılması, oluşturulması, buralarda multidisipliner yaklaşımın, teknolojik alt yapının sağlanması
5. Hasta ve yakınlarının konaklaması için otelcilik hizmetlerinin olması
6. Bu merkezlerde tüm hastalık sürecinde destekleyecek sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, talep edenler için din adamı bulunması
7. Tedavi sürecinde ve sonrasında hastaların iş kaybının önlenmesi veya maddi destek sağlanması ve sosyal güvenlik haklarının korunması
8. Yanlış tedaviye yönlendiren umut tacirleri hakkında gerekli hukuki işlemlerin yapılması
9. Tedavi sonrası kısırlığa karşı sperm, yumurta ve embriyo saklanması ve bu gibi yöntemler için hukuki düzenlemelerin yapıp geri ödeme kapsamına alınması
10. Klinik çalışmalara hasta katılımını kolaylaştırabilecek bürokratik engellerin kaldırılması
11. Türkiye’de klinik çalışmaların yapılabilmesinin kolaylaştırılması
12. Uluslararası çalışmalara daha fazla katılabilmek için araştırma hemşiresi ve sekreteri gibi yardımcı personelin sağlanması ve böylece hastaların geliştirilmekte olan yeni tedavilere erişiminin kolaylaştırılması

Tedavi Sonrası Hayata Adaptasyonda

13. İş kaybına uğrayan hastalara gerekli maddi destek sağlanması ve sosyal imkânlardan yararlanmaları
14. Hastalara engellilere verildiği gibi bir kart tahsis edilerek en azından engellilerle eşit sosyal imkânlardan yararlanma şartlarının sağlanması. Böylece hayatın daha çok içinde olmalarının temin edilmesi
15. Hastaların iş kaybına uğrasa bile tedavilerinin aksamaması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının devam ettirilmesi.
16. STK'ların da katkısı ile hastaların hayata adaptasyonlarının sağlanması ve teşviki

Remisyon Sağlanamayan ve Terminal Dönem Hastaların

17. Palyatif bakımın sağlanabilecek merkezlerin artırılması
18. Bu konuda deneyimli personelin yetiştirilmesi
19. Hospislerin açılması, toplumun bu konudaki olumsuz algısının ortadan kaldırılması

Hasta Kaybı Sonrası Dönemde Hasta Yakınlarının Sorunları

20. Bu konuda STK'ların desteğinin alınması
21. Devletin geride kalan eş ve çocuklara eğitim sosyal haklardan yararlanma ve mağduriyet durumunda maddi destek konusunda pozitif ayrımcılık yapması

Paydaşlar

- Sağlık Bakanlığı.
- Üniversite, Devlet ve Özel Hastaneler
- Uzmanlık dernekleri
- Hasta dernekleri

- Sivil toplum kuruluşları
- Kanser Savaş Daire Başkanlığı.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı'nda 15 alt başlık altında ele alınan konulara ilişkin uzman ve deneyimli paydaşlarımızın değerli katkılarıyla oluşturulan tespit ve öneriler, Rapor'un ilgili bölümlerinde ayrıntılı olarak verilmiştir. Bununla birlikte, söz konusu tespit ve önerilerden görece olarak öne çıkanların özet olarak sunulmasının da uygun olacağı değerlendirilmiştir:

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerine Aile ve Toplum Sağlık Merkezleri'nin (ASM, TSM) kanserden korunma, tarama ve erken tanı konusundaki aktif katılımları güçlendirilmelidir.
2. Toplumun kanser konusundaki farkındalığının artırılması, doğru bilgilendirilmesi ve güvenilir bilgi kaynaklarının oluşturularak halkın bu kaynaklara erişimi sağlanmalıdır.
3. Kanser alanında erken tanıya yönelik akredite moleküler epidemiyoloji ve ulusal referans laboratuvarları oluşturulmalıdır.
4. Moleküler kanser epidemiyolojisi, erken tanı araçlarının geliştirilmesi, yatkınlık ve risk tanımlamaları konusunda temel alt yapının (ulusal boyutta ve kohort biyobankaları, veri bankaları) sağlanması gerekmektedir.
5. Kanserden korunma, tarama ve erken tanı alanında çalışan eğitimli personel sayısı artırılmalı ve illere dengeli dağılımı sağlanmalıdır.
6. Kanser riski yüksek meslek gruplarında çalışan işçilerin konuyla ilgili farkındalıkları artırılmalı ve sağlık açısından izlenmeleri sağlanmalıdır.
7. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun kanser eğitimi almış uzmanlara yönelik on yılda bir uzmanlık belgesi yenilemesi ve bu yönde kuralları belirlemesi gerekmektedir.
8. Kanserde uzmanlık eğitiminin standardizasyonunu sağlayabilmek için merkezi sınav sistemi oluşturulmalıdır.
9. Hematoloji uzmanı olan merkezlere akut lösemi hastaları için yatak ve yardımcı personel sağlanmalıdır. Sağlık kurumlarında akut lösemi tedavisi için özendirici tedbirler alınmalıdır. Kemik iliği nakil merkezlerinde belirli oranda akut lösemnin nakil dışı tedavisinin yapılması zorunlu hale getirilmelidir.
10. Tıbbi onkoloji, hematoloji uzmanlarının yanında eğitim hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sekreter gibi yardımcı personel desteği yeterli sayıda sağlanmalıdır. (Tıbbi onkolog başına asgari bir eğitim hemşiresi, üç onkoloji hemşiresi gibi)
11. Kanser tedavisi yapan uzmanlar, ağırlıklı olarak multidisipliner yeterli altyapısı olan merkezlerde istihdam edilmelidir. Mevcut uzman kaynaklarımız verimli kullanılmalıdır.
12. Cerrahi onkolojinin hizmet, eğitim ve çalışma standartları tanımlanmalıdır.
13. Kamu kurumlarında görev yapan, kanser tedavisi ile ilgilenen hekim ve yardımcı sağlık personelinin kurumlarında kalmaları için özendirici tedbirler alınmalıdır.
14. Kanser araştırmalarının artması için klinik araştırmalar önündeki engeller kaldırılmalı ve özendirici tedbirler alınmalıdır.
15. Devlet ihale kanunu, devlet hastanelerinin özel hastanelerle rekabet edebileceği şekilde değiştirilmelidir.
16. Çocukluk çağı kanser hastalığından kurtulan bireylere karşılaştığı problemlerin çözümünde pozitif ayrımcılık yapılmalıdır.
17. Çocukluk çağı kanser hastalığından kurtulmuş olup 18 yaşını doldurmuş olan bireylere sağlık güvencesi ve sosyal güvence sağlanmalıdır.
18. Radyoterapinin tüm gereklerini yerine getirebilecek olan cihazların teknik altyapı, bakım ve onarım maliyetlerinin yüksek olması nedeni ile hizmet sunumunda ortaya çıkan aksaklıkların azaltılması gerekmektedir.
19. Ülkemizin gereksinimlerine göre temel onkoloji merkezlerinin özellikli uluslararası kuruluşlarda

- yer almasında devlet desteğinin sağlanması önem arz etmektedir.
20. Tedavi hizmeti veren klinisyenlerin Temel Onkoloji eğitimi alması sağlanmalıdır.
21. Temel Onkoloji ile ilgili Ar-Ge faaliyetleri mümkün olduğunca vergilerden muaf tutulmalıdır.
22. Ucuz ve az kullanılan bazı kanser ilaçlarının ülkemizde bulunmaması, Türk Eczacılar Birliği (TEB) aracılığı ile getirildiğinde yaşanan gecikme ve yüksek maliyetler hem hastalara hem de ülkemize yük olmaktadır.
23. Yeni ruhsat ya da endikasyon ilavesi almış ilaçlar, geri ödeme programına geç girmektedir.
24. Yeni ruhsat ya da endikasyon ilavesi almış ilaçların geri ödeme koşullarının listeye girişi ve öncesinde farklı olması nedeni ile hastalar mağduriyet yaşamaktadır.
25. Ülkemizde prelinik ve klinik ilaç araştırmalarında yetersizlik, klinik araştırmalar yönetmeliğinin bağımsız araştırmaların önünde engel oluşu ve araştırmaların temel olarak endüstri destekli merkezli olması ülkemizin dünya genelinde onkoloji alanında etkisini azaltmaktadır.
26. Opiyoid ve türevlerinin yetersizliği (hızlı salınımlı oral morfinin bulunmaması, opiyoid ilaç kotasının düşüklüğü, yetersiz çeşitlilikte opiyoid analjezikler, ruhsatlı ancak üretilmeyen yavaş salınımlı oral opiyoidler, opiyoid reçetelerinde sınırlamalar, opiyofobi) veya piyasada bulunan az sayıdaki preparatın pahalı olması hastalarımızın mağduriyetlerini artırmaktadır.
27. Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında yayınladığı "Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezleri" konusundaki genelgesinin mevcut sistemler ışığında yeniden gözden geçirilmesi ve bu konuda kapsamlı güncel bir mevzuat hazırlanması gerekmektedir.
28. Onkoloji merkezlerinin fiziki alt yapı, hasta kapasitesi, personel sayısı ve niteliğine göre, Merkezi Kemoterapi Hazırlama Üniteleri'nde (MKHÜ) hangi yöntemlerle ilaç hazırlanacağı belirlenmelidir (Manuel mi? Compounding mi? Robotik mi? Yoksa bu yöntemlerin kombine kullanımı mı?).
29. MKHÜ kurulumu ve kemoterapi hazırlama hizmetinin ihale ve geri ödeme koşullarının belirlenmesinde kamu maliyetinin azaltılmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
30. Sağlık otoritesi tarafından MKHÜ'lerin kurulum aşamasında ruhsatlandırma sürecinin seviyelenendirilmesini de içerecek şekilde tanımlanması ve daha sonra da periyodik denetimlerin tanımlanarak yapılması sağlanmalıdır.
31. Biyogüvenlik kabini, temiz oda, Laminer Air Flow (LAF) ve antineoplastik atıkların tümü gibi, çevre ve iş güvenliğini ilgilendiren parametrelerin net olarak tanımlanması ve bunların kalitesinin izlenebilir olması için ölçme-değerlendirme kriterlerinin standardize edilmesi gerekmektedir.
32. MKHÜ'de kemoterapi hazırlama sırasında oluşan sitotoksik atıkların atık yönetim sistemi içerisinde bertaraf edilmesi ve tehlikeli atık maliyetlerinin düşürülmesi için sağlık otoritelerinin gerekli çalışmalarda bulunması gerekmektedir.
33. Kemoterapiyi ilgilendiren yönetmeliklerin (kimyasallar, kanserojen, mutajen) "iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı ve sistemi kapsamına" alınması sağlanmalıdır.
34. MKHÜ merkezlerine yönelik, Risk Değerlendirme Rehberi'nin hazırlanması için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın ortak bir çalışma yapması, çalışanların sertifika eğitimlerinde "iş Sağlığı ve Güvenliği" konusunun öncelikli olması sağlanmalıdır.
35. Mümkünse bütün illerimizde hospisler (Yaşlı, yatalak ve son dönem kanser hastalarına bakım merkezleri) kurulmalıdır.
36. Yazılı ve görsel medyada kanser konusunda yapılan yanlış bilgilendirmeler, suistimaller ve umut tacirlikleri için ciddi cezai müeyyideler getirilmelidir.

TÜBA ULUSAL KANSER POLİTİKALARI ÇALIŞTAYI RAPORU

27-28 HAZİRAN '14

Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA), bilim insanları ile bilimsel yaklaşım ve başarıların takdir ve teşvik edilmesi, bilim temelli danışmanlık yapılması gibi amaçlarla Eylül 1993'te kurulmuş, bütün bilim alanlarını kapsayan, ülkemizin bilimsel, mali ve idari bakımdan özerk ulusal akademisidir. Akademi çalışmalarını, başta üyeleri olmak üzere, bilim topluluğunun gönüllü katılım ve katkılarıyla yürütmektedir.

TÜBA 20 yıl boyunca, amaçları doğrultusunda çeşitli faaliyetler gerçekleştirmiştir. Akademi, bilimsel öngörü çalışmalarından bilim insanı ödül ve destek programlarına, uluslararası temsil görevlerinden bilimsel iş birliği projelerine, bilimsel konferanslardan kültür projelerine, bilimsel nitelikli birçok yayından Türkçe bilim terimleri projelerine kadar birçok program, proje ve faaliyet ile bilime ve bilim insanlarına hizmet amacı doğrultusunda faaliyetler göstermektedir.

TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı ve Raporu, Akademi'nin mevcutları geliştirerek sürdürme yanında yeni program, proje ve faaliyetleri devreye sokma ve danışmanlık işlevini geliştirme politikasının ürünleri olarak ortaya çıkmıştır.



TÜRKİYE BİLİMLER AKADEMİSİ

Piyade Sokak No: 27, 06690 Çankaya, Ankara
Tel: +90 (312) 442 29 03 • Faks: +90 (312) 442 72 36

 www.tuba.gov.tr

 www.facebook.com/turkiyebilimlerakademisi

 twitter.com/TUBA_TurkBlmAkd

37. Yazılı ve görsel medyada kanser ya da diğer tıbbi konularda yapılacak haberlerde profesyonel tıbbi danışman kullanımı zorunlu hale getirilmelidir.
38. Klinik araştırma etik kuralları yeniden gözden geçirilerek daha kaliteli araştırmalar yapılmasını ve tıp literatürüne Türkiye'nin daha fazla katkıda bulunmasını sağlayacak düzenlemeler en kısa sürede hayata geçirilmelidir.
39. Onkoloji alanında çalışan hemşirelerde sertifika zorunlu hale getirilmeli ve klinik hemşireleri için onkoloji alanında yüksek lisans programlarının açılması sağlanmalıdır.
40. Palyatif bakım ekibi ya da merkezi ile onkoloji servislerinin entegrasyonu sağlanmalıdır.
41. Palyatif bakım merkezlerinin kurulması, evde bakım hizmetleri, hospis organizasyonu, DNR kararı ile terminal sedasyon konusunda yasal düzenlemeler ve yönetmelikler oluşturulmalıdır.
42. Ülkemizde palyatif ve terminal kanser hasta bakımı yapabilecek merkezler oluşturulmalı ve bunların hizmetleri SUT geri ödemesi kapsamına alınmalıdır. Ayrıca özel kurumların kaynaklarının da bu yönde kullanımı sağlanmalıdır.
43. Radyoterapi ile eşzamanlı sistemik tedavilerin kullanılması, yan etkilerini takip ve tedavilerinin daha kontrollü yapılabilmesi için konaklama tesisi sayısının artırılması gerekmektedir.
44. Bazı tamamlayıcı ve geleneksel tedavi ürünleri Sağlık Bakanlığı dışında Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın izni ile ülkeye girmektedir. Bu ürünlerin girişlerinin Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı yerine Sağlık Bakanlığınca denetlenmesi ve sertifikalandırılması olağanüstü zararları olabilecek ürünlerin insanlara ilaç gibi satılmasını önleyecektir.
45. Kanser tedavisi alan hastalar tamamlayıcı tedavileri, takiplerini ve tedavilerini yapan doktorlarının onayı olmadan kesinlikle kullanmamalıdır.
46. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri multi-disipliner platformlarda (tıp, eczacılık, diş hekimliği, biyoloji) irdelenmelidir.
47. Medyada çıkar amaçlı olarak alternatif ya da tamamlayıcı tıp yöntemlerini öven kişilere karşı sivil toplum kuruluşlarının ve meslek odalarının gereken duyarlılığı göstermesi gerekmektedir.
48. Hasta ve yakınlarının konaklaması için otelcilik hizmetleri geliştirilmelidir. Ayrıca kanser tedavi eden kurum ve kuruluşlarda hastaları tüm hastalık sürecinde destekleyecek sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen ve talep edenler için din adamı bulundurulması gerekmektedir.
49. Tedavi sonrası kısırlığa karşı sperm, yumurta ve embriyo saklanması ve bu gibi yöntemler için hukuki düzenlemeler yapılıp bunların geri ödeme kapsamına alınması sağlanmalıdır.
50. Kanser (çalışmaları ve) tedavisinde paydaşlar arasında maksimum düzeyde işbirliği ve koordinasyonun sağlanması elzemdir.

TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştay'ının önemli sonuçlarından biri de, ulusal paydaşlar arası iş birliği ve koordinasyona olan ihtiyaç ve talebin; bu yöndeki öneriler yanında paydaşların Çalıştay'a çok yüksek oranda katılımı, konuya gösterdikleri ilgi ve olumlu değerlendirmeleriyle de ortaya konulmuş olmasıdır. Bu durum, Akademi'miz tarafından talep edilen çalışmaları gerçekleştirme konusunda önemli bir güdüleyici faktör olarak değerlendirilmektedir. Nitekim, 19 Aralık 2014'te üniversitelerimiz, Sağlık Bakanlığımız, hastanelerimiz, ilaç sektörü ve hasta dernekleri temsilcilerinin katılımı ile Ankara'da gerçekleştirilecek olan **"TÜBA -Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyonda Yaşanan Problemler Sempozyumu"** yaşanan koordinasyon sorunlarının ülkemiz genelinde en aza indirilmesine ilişkin farkındalık ve çabalara katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.