

TÜRKİYE'DE 2009 YILINDA UYGULANMAYA BAŞLAYAN YENİ ÖLÜM BİLDİRİM SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİNİN İZMİR İLİ ÖRNEĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Raziye ÖZDEMİR*, Zeliha ÖCEK**

Özet

Amaç: Çalışmada, ülkemizde 2009 yılında uygulanmaya başlayan yeni Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ölüm Bildirim Sistemi'nin İzmir İli örneğinde, kabul edilebilirlik, basitlik ve faydalılık kriterleri açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Niteliksel verilere dayalı olarak gerçekleştirilen bu tanımlayıcı çalışmada, İzmir'de TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi'nin farklı aşamalarında görev alan kişilerle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır (n=19). Görüşmelerde, Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol Merkezi tarafından önerilen sörveyans sistemlerini değerlendirme kriterlerinden olan kabul edilebilirlik, basitlik ve faydalılık kriterlerini sorgulayan 12 soruluk bir rehber kullanılmıştır. Her biri yarım saat süren görüşmeler kişilerin çalıştıkları kuruluşlarda gerçekleştirilmiştir. Ses kayıtları her görüşmenin ardından çözümlenmiş, veriler içerik analizi uygulanarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Görüşmeler sonucunda, 1) yeni TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi'nin gerekliliği, 2) yeni sistemin planlama aşaması, 3) yeni sistemin uygulama aşaması 4) ölüm istatistiklerinden yararlanılma düzeyi olmak üzere dört tema ortaya çıkmıştır. Çalışmanın bulguları, yeni yapılanmada ölüm kayıtları ile ilgili örgütlenmenin bütüncül olarak ele alınmadığına, ölüm bildirimlerinin temel aldığı mevzuatın günümüz koşullarını karşılamadığına ve yeni düzenlemelerin mevzuatla uyumlu olmadığına, yeni TÜİK Ölüm Belgesi'nde ve yeni yapılanmaya geçiş aşamasında verilen eğitimlerde bir takım eksiklikler bulunduğu, ölüm istatistiklerinin sağlık hizmetlerine yön vermede kullanılmadığına işaret etmektedir.

Sonuç: Ölüm nedeni istatistiklerinin geliştirilmesi projesi kapsamında TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi'nde yapılan düzenlemeler, kabul edilebilirlik, basitlik ve faydalılık kriterleri açısından yetersiz bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi, basitlik, kabul edilebilirlik, faydalılık.

The Evaluation of Operation of The New Death Reporting System Started to be Applied in 2009 in Turkey in The Case Of Izmir City

Abstract

Aim: In the study, the new Turkish Statistical Institute (TURKSTAT) Death Reporting System which has been put into practice in Turkey since 2009 was aimed to be evaluated in the case of Izmir city in terms of acceptability, simplicity and usefulness criteria.

Methods: This descriptive study was conducted on the basis of qualitative data, in-depth interviews were conducted with authorities taking charge at different stages of TURKSTAT Death Reporting System in Izmir (n= 19). A guideline involving 12 questions was used in the interviews examining acceptability, simplicity and usefulness criteria which were suggested by Centers for Disease Control and Prevention. The interviews lasting half an hour were performed at the institutions in which individuals work. Audio recordings were analyzed right after each interview and data were evaluated by implementing content analysis.

Results: As a result of the in-depth interviews, the three themes were appeared: 1) the rationale of the new TURKSTAT Death Reporting System, 2) sufficiency of planning stage of the new system, 3) implementation stage of the new system 4) the usage of death statistics. The results of study indicated current structure regarding death registration were not dealt integrally by decision-makers, and regulations regarding mortality did not meet current conditions, and adjustments in the new system were not compatible regulations, and some shortcomings were identified in the new TURKSTAT Death Certificate and trainings given in the transitional stage, and data were not used in any field.

Conclusion: TURKSTAT Death Reporting System which has been conducted the regulations under the project on improving the quality of cause of death statistics was found insufficient in terms of acceptability, and simplicity and usefulness criteria.

Key words: TURKSTAT Death Reporting System, acceptability, simplicity, usefulness.

*Dr., İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü

**Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş

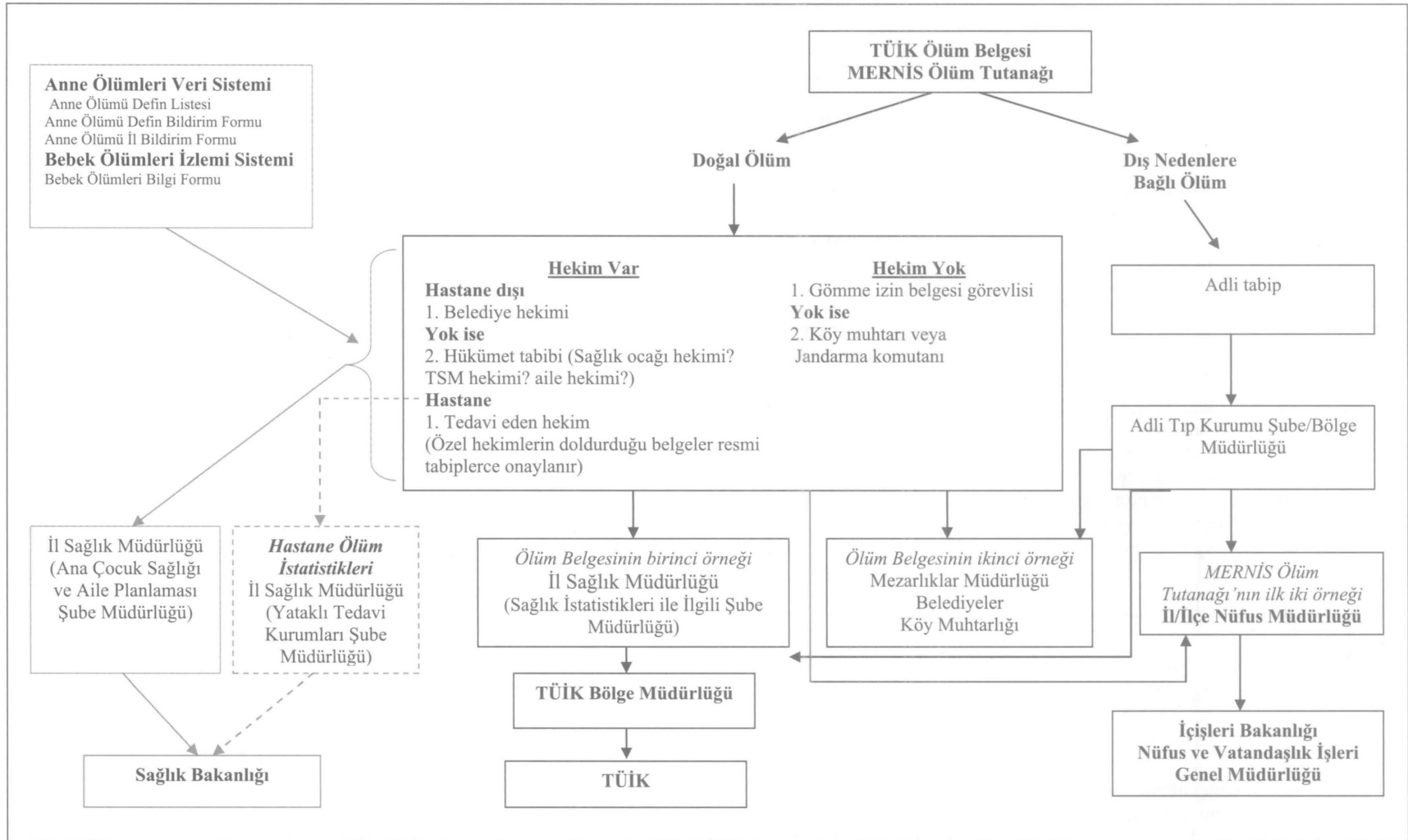
Ölüm istatistikleri, ülkelerin sağlık durumlarının tanımlanmasında, halk sağlığı çalışmalarının yönlendirilmesinde ve sosyoekonomik planlamaların gerçekleştirilmesinde temel alınan son derece önemli verilerdir. Buna karşın, dünyadaki ölümlerin %75'inden fazlasının gerçekleştiği gelişmekte olan ülkelerin büyük bölümünde ölümlerin dağılımı ve nedenleri hakkında güvenilir veri elde edilememektedir (WHO, 2002; Murray, 2007; Setel, 2007; Mahapatra, 2007). Türkiye, ölüm istatistikleri açısından düşük kalitede veriye sahip olan ülkeler arasında yer almaktadır ve verileri uluslararası alanda kabul görmemektedir (Mathers, 2005; WHO, 2007; Sağlık Bakanlığı, 2007). Ölüm nedeni istatistiklerinin kapsayıcılığı il ve ilçe merkezleri ile sınırlı olan ülkemizde, yasal zorunluluk olmasına rağmen kapsam dahilindeki alanlarda bile tüm ölümler için ölüm belgesi doldurulmamakta, doldurulan belgelerde önemli eksiklikler ve hatalı bilgiler bulunmakta ve gerçek ölüm nedenlerinin belirlenmesine önem verilmemektedir (Tezcan, 1997; UHY-ME, 2004; Çilingiroğlu, 2005; Etiler, 2005; Bütün, 2006; UAÖÇ, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2007; Günay, 2008; İnandı, 2010; Özgül, 2010; Taş, 2010; Nuray, 2010).

Türkiye'de ölüm kayıtlarıyla ilgili geçerli örgütsel yapıda İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adalet Bakanlığı, belediyeler ve köy muhtarlıkları olmak üzere pek çok farklı kurum görev almaktadır. Ülkemizde ölüm kayıtları ile ilgili yapılanma Şekil 1'de özetlenmiştir. Ölümlerle ilgili yasal ve istatistiksel işlemler temel olarak iki belgeye dayanarak gerçekleştirilmektedir. İlk belge olan TÜİK Ölüm Belgesi, istatistik derleme aracı olmasının yanı sıra, defin ruhsatı olarak da kullanılmaktadır. Bu belge temelde Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda (UHK, 1930) tanımlanan defin ruhsatı vermekle yükümlü kişiler tarafından düzenlenmekte ve üç örnekten oluşmaktadır. Belgenin birinci örneği sağlık müdürlükleri aracılığıyla TÜİK'e gönderilirken, ikinci örneği defin işlerinde kullanılmak üzere ölen kişinin yakınına verilmekte, üçüncü örneği ise düzenleyen kuruluştaki saklanmaktadır. Ölüm kayıtlarının dayanağı olan ikinci belge, İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün sorumluluğundaki Nüfus Kayıt Sistemi'ne veri sağlayan Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) Ölüm Tutanağı'dır. Ölen kişinin nüfustan düşürülmesini sağlayan bu tutanak, defin ruhsatı vermekle yükümlü kişiler

tarafından üç örnek halinde düzenlenip, iki örneği on gün içinde ölünün nüfus cüzdanı ile birlikte ilgili nüfus müdürlüğüne gönderilmektedir. Bu yapılanmaların yanı sıra, Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerde gerçekleşen ölümlere ilişkin istatistikler derlenmekte ve 1993 yılından bu yana her yıl yayımlanmaktadır. Ayrıca, anne ve bebek ölümlerine yönelik de ayrı veri sistemleri bulunmaktadır. Anne Ölümleri Veri Sistemi, Sağlık Bakanlığı'nın 05.04.2007 tarihli ve 2007/27 sayılı Genelgesi ile 01.01.2007 tarihinden, Bebek Ölümlerini İzleme Sistemi ise 04.05.2009 tarihli ve 2009/31 sayılı Genelge ile 01.06.2009 tarihinden bu yana uygulanmaktadır (Anne Ölümleri Veri Sistemi Genelgesi, 2007; Bebek Ölümlerini İzleme Sistemi Genelgesi, 2009).

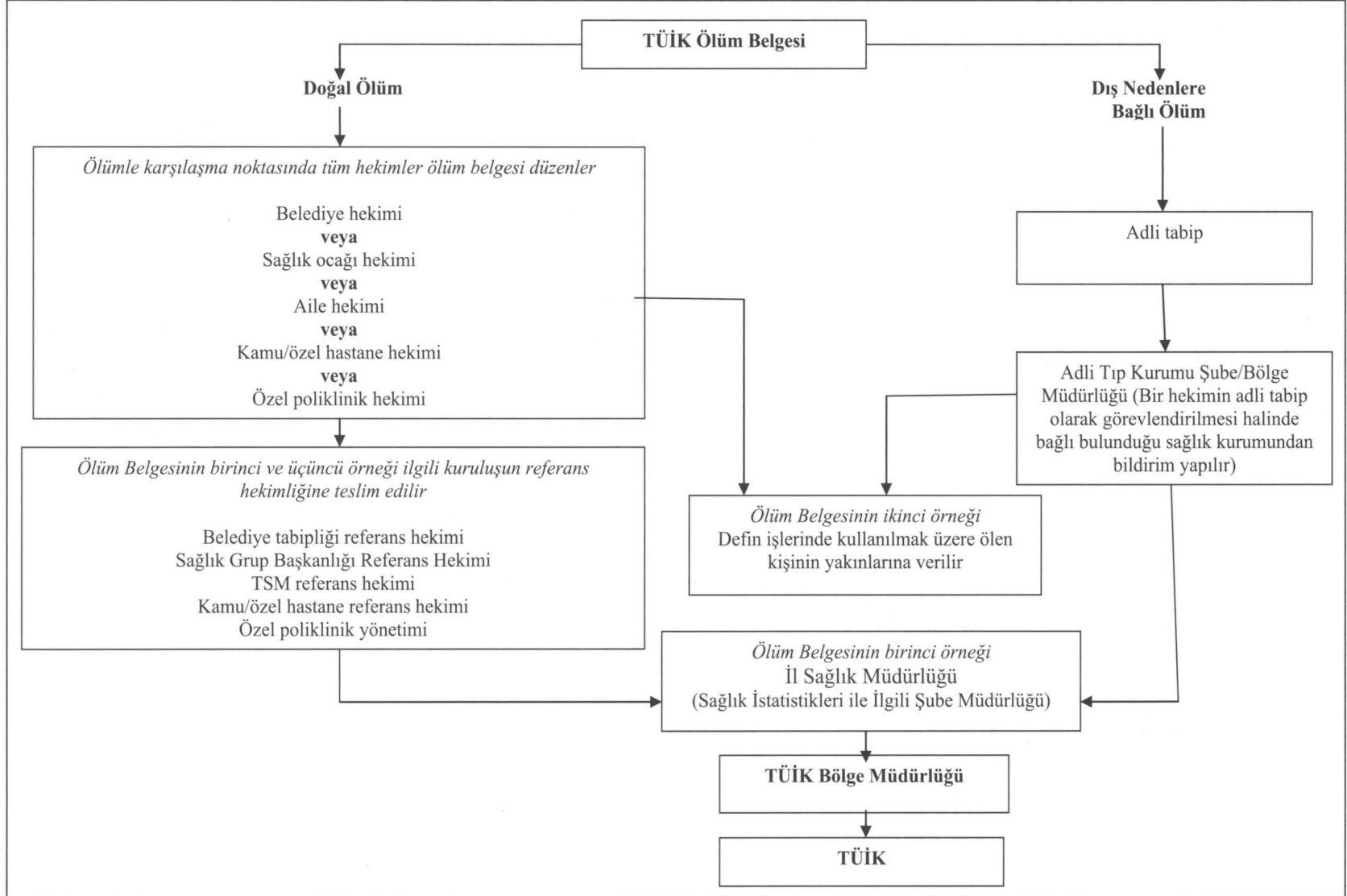
Ülkemizde 2003 yılında Türk İstatistik Sisteminin Geliştirilmesi adlı bir program başlatılmış, bu program kapsamında 2009 yılında ölüm nedeni istatistiklerinin geliştirilmesi konusunda bir proje uygulamaya konmuştur (TÜİK web sayfası). Proje kapsamında getirilen yenilikler, ölüme götüren nedensel zincirin sorgulanmasına olanak tanıyan uluslararası standartlara uygun bir ölüm belgesinin geliştirilmesi, ölüm nedenlerinin sınıflandırılmasında Hastalık ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırması-Versiyon 10 (ICD-10)'un kullanılmaya başlanması, TÜİK Ölüm Belgesi'ni düzenlemekle yükümlü olan kişilerin yeniden tanımlanması olarak sıralanabilir. Ayrıca, ölüm belgelerinin zamanında ve tam olarak bildirimini sağlamak üzere sağlık kuruluşlarından referans hekimler ve illerden koordinatör hekimler görevlendirilmiştir. Proje başlamadan önce 2008 yılında ülke genelinde tüm hekimlere üç aşamalı bir eğitim programı uygulanmıştır. Programın birinci aşamasında, her ilden en az iki il temsilcisine; ikinci aşamasında, il eğitimcileri tarafından referans hekimlere; son aşamasında ise referans hekimler tarafından görev yaptıkları kuruluşlardaki tüm hekimlere eğitim verilmiştir. Eğitimlerde tanımlandığı biçimde ölüm bildirimlerinden sorumlu alan kişi ve kuruluşlar Şekil 2'de sunulmuştur. Buna göre, tüm hekimler, çalıştıkları kuruluştaki veya kuruluşun dışında gerçekleşen bir doğal ölümlerle karşılaşma noktasında TÜİK Ölüm Belgesi'ni doldurmakla yükümlüdür. Dış nedenlere bağlı olarak gerçekleşen ölümlerde belgenin düzenlenmesinden Cumhuriyet Savcılığı ve adli tabipler sorumludur. Belgenin ikinci örneği, defin işlemleri için ölen kişinin yakınına verilirken, birinci ve üçüncü örnekleri referans

Şekil 1. Türkiye’de ölüm kayıt ve istatistik sistemlerinin mevcut örgütlenme yapısı



Kaynaklar: 1. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, (1930). Kanun No: 1593, Resmi Gazete tarihi: 06.05.1930, sayı: 1489, 2. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010. Resmi Gazete tarihi: 25 Mayıs 2010, sayı: 27591. 3. Nüfus Hizmetleri Kanunu, Kanun No: 5490, Resmi Gazete tarihi: 29.04.2006, sayı: 26153, 4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge: Resmi Gazete tarihi: 09.09.1964, sayı: 154, 5. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete tarihi: 13.01.1983, sayı: 17927. 6. Anne Ölümleri Veri Sistemi Genelgesi, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Tarih: 05.04.2007, Sayı: 2007/27, 7. Bebek Ölümlerini İzleme Sistemi Genelgesi, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Tarih: 04.05.2009 Sayı: 2009/31

Şekil 2. TÜİK ve Sağlık Bakanlığı tarafından öngörülen Yeni TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi yapılanması



Kaynak: TÜİK Ölüm Nedeni İstatistiklerinin Geliştirilmesi Projesi kapsamında İl Eğitimcilerinin Eğitimine İlişkin Eğitim Programı Dokümanları, 2008

hekimlere teslim edilmektedir. Referans hekimler, belgeyi kontrol ettikten sonra eksik ya da hatalı bölüm varsa düzeltilmesi amacıyla ilgili hekime geri göndermektedir. Daha sonra belgenin birinci örneği, doldurulduğu ayı izleyen ayın ilk haftası içinde sağlık müdürlüğüne, aynı ayın üçüncü haftası da sağlık müdürlüğünden ilgili TÜİK bölge müdürlüğüne iletilmektedir. Üçüncü örnek ise belgeyi düzenleyen kuruluşun referans hekimi tarafından muhafaza edilmektedir (TÜİK Eğitim Dokümanları).

Ülkemizde gerçekleştirilen çeşitli araştırmalarda, ölüm kaydı tutan kurum ve kuruluşların kayıtlarında önemli eksiklikler ve hatalar saptanmıştır (UHYME, 2004; Çilingiroğlu, 2005; Etiler, 2005; Bütün, 2006; UAÖÇ, 2006; Günay, 2008; İnandı, 2010; Özgül, 2010; Taş, 2010; Nuray, 2010). Büyük bölümü niceliksel verileri temel alan bu değerlendirmelerin yanı sıra, ölümlerin bildirilmesinde ve değerlendirilmesinde görev alan kişilerin deneyimlerini ve düşüncelerini yansıtan niteliksel bilgilere de gereksinim vardır. Ancak ülkemizde bu alanda üretilen bilgi oldukça sınırlıdır. Bu gereksinimden yola çıkarak, 2009 yılında başlayan ölüm nedeni istatistiklerinin geliştirilmesi projesi ile değişime uğrayan TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi'ni hem niceliksel hem de niteliksel açıdan değerlendirmeyi amaçlayan bir doktora tezi yürütülmüştür. Bu yazıda, tez çalışmasının niteliksel verilere dayalı olan bölümü sunulmuştur. Çalışmanın bu bölümü yeni TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi'nin, İzmir İli örneğinde, bildirim sürecinin farklı aşamalarında görev alan kişilerin görüşleri aracılığı ile sörveyans sistemlerini değerlendirme kriterlerinden olan kabul edilebilirlik, basitlik ve faydalılık açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu tanımlayıcı araştırmada niteliksel veriler temel alınarak, TÜİK Ölüm Belgesi'ne dayalı defin ve istatistik işlerinin yürütüldüğü sistem olan TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi'nin işleyişi incelenmiştir. Çalışma grubunun maksimum çeşitlilik göstermesi amaçlanmış ve bu nedenle yeni yapılanmada öngörülen veri akışına göre (Şekil 2) TÜİK Ölüm Belgesi'nin doldurulması, kontrolü ve değerlendirilmesi aşamalarında doğrudan sorumluluk sahibi olan ve farklı kademelerde yer alan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler derinlemesine görüşmeler aracılığı ile toplanmıştır. Görüşmeler, yeni bilgi elde edilemediği ve

verilerin doygunluğa ulaştığı görülene kadar sürdürülmüştür. Sonuç olarak, üç aile hekimi, üç kamu/özel hastane hekimi, iki belediye hekimi, dört Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) referans hekimi, bir hastane referans hekimi, bir belediye referans hekimi, dört Sağlık Müdürlüğü yetkilisi ve bir TÜİK uzmanı araştırma kapsamına alınmıştır.

Görüşmeler, araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmış olan bir rehber çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Bu rehber, Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol Merkezi'nin önerdiği sörveyans sistemlerini değerlendirme kriterlerinden olan kabul edilebilirlik (ilgili kişi/kuruluşların sisteme katılım konusundaki isteklilikleri), basitlik (sistemin yapısının karmaşık olmaması ve uygulama kolaylığı) ve faydalılık (istatistiklerin sağlığı geliştirme faaliyetlerinde kullanılması) açısından yeni ölüm bildirim yapılanmasının değerlendirilmesini amaçlayan 12 açık uçlu sorudan oluşmuştur. İki hekim ile yapılan pilot görüşmelerin ardından rehberde gerekli değişiklikler yapılmıştır. Görüşmeler, katılımcıların çalıştıkları kuruluşlarda gerçekleştirilmiş ve her biri yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Davet edilen kişilerin tamamı çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Veri toplama aşaması 2010 yılının Ekim, Kasım ve Aralık aylarında tamamlanmıştır. Her görüşmenin ses kaydı, görüşmenin yapıldığı gün çözümlenmiş ve sonuçta 68 sayfalık bir metin elde edilmiştir. Metnin iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak okunmasının ardından temaların kavramsal çerçevesi belirlenmiştir. Daha sonra görüşmelerdeki ortak ve farklı kavramlar saptanarak her bir kavram için kodlar tanımlanmıştır. Kodların tema başlıkları altında birleştirilmesinden sonra analiz sonlandırılmıştır.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden etik onay (Tarih: 07.06.2010, Karar No: 10-5/15) ve İzmir Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni alınmıştır.

Bulgular

Derinlemesine görüşmeler sonucunda üç tema ortaya çıkmıştır.

Tema 1. Yeni TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi'nin Gerekliliği

Çalışma grubunun tümü, ölüm istatistiklerinin sağlık hizmetlerinin planlanması ve izlenmesi açısından önemli veriler olduğunu düşünmektedir.

Görüşülen 19 kişiden 13'ü ülkemizde 2009 yılına kadar ölümlerle ilgili nitelikli bir veri tabanının oluşturulmadığı ve konuya yeterince önem verilmediği görüşündedir. Ölüm istatistiklerin yetersizliğine neden olan faktörler arasında, kırsal kesimlerde sağlık personeli dışındaki kişilerin ölüm bildirimleri ile görevlendirilmesi, eski belgedeki (Ölüm İstatistik Formu) bilgilerin dar kapsamlı olması, defin ruhsatı veren kişilerin ölüm nedenlerinin belirlenmesi konusunda özensiz davranmaları ve denetim eksikliği gibi durumlar sıralanmıştır. Yeni sistem yapılan düzenlemelerin ise istatistiklerin iyileştirilmesi açısından önemli bir adım olduğu, hekimler arasındaki farkındalık düzeyini arttırdığı, eskiye göre daha detaylı ve gerçekçi bilgilere ulaşılabildiğini sağlayacağı ifade edilmiştir.

Tema 2. Yeni TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi'nin Planlama Aşaması

a) Ölüm nedeni istatistiklerinin kapsayıcılığı

Altı kişi, kırsal alanlarda gerçekleşen ölümlerde defin ruhsatı düzenleme yetkisinin sağlık personeli olmayan kişilere verilmesini ve yeni sistemde ölüm nedeni istatistiklerinin ülke genelinde toplanabilmesi için çalışma yapılmamasını eleştirmiştir. Bir TSM hekimi, Sağlık Müdürlüğü'nün hekim bulunmayan yerlerde gömme izin belgesi görevlisi olarak tayin edilmek üzere muhtarların eğitilmesi kararı aldığını ve TSM'lerden hekimsiz köylerin listesinin istendiğini belirtmiş, kendilerine bağlı köylerde de bu görevi belediye hekimi yürüttüğü için Sağlık Müdürlüğü'ne köy listesi vermediklerini dile getirmiştir. TÜİK Uzmanı da, İzmir'de kırsal alanlardan veri toplanmasında fazla sorun yaşanmadığını ifade etmiştir. TÜİK Uzmanı ve Sağlık Müdürlüğü yetkililerinden birisi, TÜİK'in yayımladığı ölüm nedeni istatistiklerinin il ve ilçe merkezlerini kapsamına karşın, kırsal kesimlerde gerçekleşen ölümlere ait bildirimlerin Sağlık Müdürlüğü'nde ya da TÜİK'te eskiden beri ayrılmadığını dile getirmiştir.

b) Ölüm kayıtları ile ilgili taraflar arasındaki işbirliği yetersizliği

Sağlık Müdürlüğü yetkilileri, yeni sistemin ölüm kayıtları ile ilgili örgütlenmede görev alan taraflar arasında işbirliği yapılmadan planlandığına dikkat çekmiştir. Bir il temsilcisi, örgütlenmede TÜİK'in, Sağlık Bakanlığı'nın, İçişleri Bakanlığı'nın, belediyelerin ve adli boyutu olan ölümlerde Adalet

Bakanlığı'nın sorumlulukları olduğunu ve ortak bir politikanın izlenmesi gerektiğini ifade etmiş, sistemin uygulama aşamasında yaşanan sorunların temel nedenleri arasında bu gerekliliğin yerine getirilmemesinin bulunduğunu belirtmiştir.

c) Yasal alt yapı oluşturulmaması

Sekiz kişinin ölüm kayıtlarına ilişkin mevzuat konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı gözlenmiştir. Diğer 11 kişiden beşi, ölüm kayıtları ile ilgili işleyişin 2009 yılı öncesinde olduğu gibi UHK ve buna dayanarak çıkarılan yönetmelik ve genelgelerle sağlandığını belirtmiş, UHK'nın 1930'da yürürlüğe girdiğini ve artık günümüz koşullarını karşılamakta yetersiz kaldığını ifade etmiştir. İl temsilcilerinden birisi, kanunda yer alan hükümet tabii ifadesinin bugün bir karşılığının bulunmadığına dikkat çekmiştir. TÜİK uzmanı ise, proje kapsamında yapılan düzenlemeler ve mevzuat arasında uyumsuzluk olması nedeni ile sisteme işlerlik kazandırırken mevzuatı göz önüne almadıklarını ve il düzeyindeki çabalar sayesinde bu süreci gerçekleştirebildiklerini belirtmiştir.

d) Yeni TÜİK Ölüm Belgesinin niteliği

Araştırma grubunun tümü yeni ölüm belgesini kaliteli istatistiklerin toplanmasına olanak tanınması açısından olumlu bulmasına karşın, dokuz kişi belgeye yönelik çeşitli eleştiriler dile getirmiştir. Bir il temsilcisi, ölüm belgesinin defin ruhsatı olarak kullanılan ikinci örneğinin yıllarca saklanması gerektiğini ancak belge doldurulurken yazılar yeterince geçmediği için ikinci ve üçüncü örneklerdeki bilgilerin okunmadığını belirtmiştir. Üç kişi, belgede ölen kişinin sürekli ikamet ettiği adresinin ve ölüm yerinin ayrı yazılabileceği kısımların olmamasını eleştirmiştir. İkamet adresi bilgisinin istatistiklerin bölgesel düzeyde değerlendirilebilmesini sağlaması, ölüm yeri bilgisinin ise ölü muayenesine gidilen adresin resmi olarak belgelendirilmesi açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. TÜİK Uzmanı, ikamet adresinin belirsizliği nedeniyle ilçe düzeyinde istatistik veremediklerini ifade etmiştir. Yeni belgenin başka bir dilden çevrilmiş olabileceği, ancak çevirinin Türkçeye ve ülkemiz koşullarına uyarlanmadığı için bazı bölümlerinin anlaşılmadığı da dile getirilmiştir. Bu konuda verilen örnekler arasında kadın ölümleri için ayrılan bölümde, anne ölümlerine ilişkin anlaşılır, net bir sınıflama yapılmaması bulunmaktadır.

Tema 3. Yeni TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi'nin Uygulama Aşaması

a) Hekimlere verilen eğitimlerin yeterliliği

TÜİK Uzmanı ve Sağlık Müdürlüğü yetkilileri, yeni sisteme geçiş aşamasında İzmir'deki tüm hekimlere eğitim verildiğini, referans hekimlerde değişiklik olduğu zaman görevi devralan kişilere eğitim materyallerinin iletildiğini ifade etmişlerdir. Buna karşın, çalışma grubundaki beş kişi yeni düzenlemeler ile ilgili hiçbir eğitime katılmadığını belirtmiştir. İki il temsilcisi teknik açıdan eğitimlerin yararlı olduğunu belirtmiş, ancak ölümlerle ilgili mevzuattan ve MERNİS Ölüm Tutanağı'ndan söz edilmemesini çok önemli bir eksiklik olarak nitelendirmişlerdir. İki referans hekim ve aile hekimleri, sahadaki hekimlerin eğitiminin zaman kısıtlılığı nedeniyle yetersiz kaldığını ve daha çok bilgilendirme toplantısı şeklinde gerçekleştiğini belirtmişlerdir.

b) Görev tanımlarının belirsizliği

Görev tanımlarındaki belirsizlik yeni sistemin en yoğun eleştirilen yönleri arasındadır. Yeni düzenlemelerdeki görev tanımları ile mevzuattaki tanımların uyuşmaması nedeni ile hekimlerin istatistiklerin niteliğinden çok kimin tarafından üretileceği ile ilgilendikleri ve yetkililerin veri kalitesinin iyileştirilmesi yerine bu sorunların çözümü yönünde çaba harcadıkları ifade edilmiştir. TSM ve belediye hekimleri, yeni sistemde aile hekimlerinin TÜİK Ölüm Belgesi'ni düzenlemek zorunda olduğunu, ancak büyük bölümünün mevzuata dayanarak sorumluluk almaktan kaçındığını ifade etmiştir. Bir belediye hekimisi, bölgesinde uzun süre tek hekim olması nedeniyle hafta sonları bile çalışmak zorunda kaldığını ve aile hekimleri bu görevi yerine getirmek istemediği için tartışmalar yaşandığını dile getirmiştir. Diğer taraftan bir aile hekimisi, uygulamadaki belirsizliklerin ve sorumlulukların net tanımlanmasının kendileri açısından da sıkıntı yarattığını belirtmiştir. TÜİK Uzmanı da, çalışanlar arasındaki gerginliklerin yanı sıra bazı hekimlerin ölüm belgesini düzenlemek üzere yetkili olmayan kişilere görev vermelerinin istatistiklerin kalitesinin düşmesine neden olduğunu belirtmiştir. Sorunlar il düzeyinde çözülemediği için, Sağlık Müdürlüğü tarafından defin ruhsatını hangi kişi/kuruluşların düzenleyeceği, yetki ve sorumlulukların sınırlarının ne olduğu konusunda Sağlık Bakanlığı'ndan görüş istenmiş, Sağlık Bakanlığı da geçerli mevzuat hükümlerini içeren bir yazı göndermiştir. Belediye

hekimlerinden birisi, bu yazı sahaya iletildikten sonra, aile hekimleri, bölgelerinde belediye hekimisi varsa görevden kendilerini tamamen çektiklerini ifade etmiştir. İki Sağlık Müdürlüğü yetkilisinin, Sağlık Bakanlığı ile yapılan yazışmaların ve çıkarılan yönetmeliklerin ardından ölüm bildirimleri ile ilgili sorun kalmadığını düşünmesine karşın, bir belediye hekiminin görüşü yaşanan sürecin mevcut mevzuatın tekrar edilmesinden başka bir anlamı olmadığını yönündedir.

c) Özel sağlık kuruluşlarının ölüm bildirimlerindeki yetki ve sorumlulukları

Yeni sistemde, TÜİK Ölüm Belgesini dolduran ve onaylayan sağlık kuruluşunun kamu veya özel sektöre ait olması konusunda ayırım yapılmadığı belirtilmiştir. Bu düzenleme mevzuatla uyumlu olmadığı için, özel merkezlerin evde gerçekleşen ölümlerde ölüm belgesini doldurup dolduramayacağı, ölümün gerçekleştiği ilçe ve özel merkezin bulunduğu ilçe farklı ise ölüm belgesi düzenleme yetkisinin kimin olduğu ve onayının hangi kuruluş tarafından yapılacağı gibi sorunların gündeme geldiği ifade edilmiştir. İki kişi, halkın defin ruhsatı vermekle yükümlü kişileri bilmemesi nedeniyle özel polikliniklere gittiğini belirtirken, bir belediye hekimisi, yetkililere ulaşamadığı durumda halkın bu hizmeti özelden para karşılığı aldığını dile getirmiştir.

TÜİK Uzmanı, ölüm bildirim sistemindeki görevlerinin ülkedeki ölümlere ilişkin durumun tanımlanması olduğunu, bu verilerin Sağlık Bakanlığı'nın politikalarının belirlenmesinde ve araştırmaların planlanmasında kullanılması gerektiğini ifade etmiştir. Sağlık Müdürlüğü yetkilileri ise sorumluluklarını TÜİK'in verileri derlemesine aracılık etmek olarak nitelendirmişler, bu verileri kullanarak hizmetlerinin planlanmasının Sağlık Bakanlığı'nın yükümlülüğü olduğunu belirtmişlerdir. TSM, hastane, belediye ve aile hekimlerinin ölüm verilerini çalışma alanlarında herhangi bir şekilde kullandıklarına ilişkin bir bulgu elde edilememiştir. Bu hekimler genel olarak bir üst kurumdan kendilerine geri bildirim yapılması halinde konu ile ilgili çalışma yapılabileceğini ve gerekli önlemlerin alınabileceğini düşünmektedir. Belediye hekimlerinden birisi, sağlık politikasındaki değişimlere bağlı olarak halk sağlığı hizmetlerinin geriletildiği bir ortamda istatistiklerin toplum sağlığını iyileştirme amacına hizmet etmeyeceğini ifade etmiş, ölüm nedeni istatistiklerinin geliştirilmesi projesinin mevcut sağlık sistemindeki

yararlılığını sorgulamıştır. Bir TSM hekimi de, sağlık ocaklarında hekimlerin bölgelerindeki ölümlere ilişkin bilgilere hakim olabilir ve bu bilgilere dayanarak çalışmalarını yönlendirebilirken, mevcut sistemde sağlık çalışanlarının yalnızca bilgi toplayıcı konumuna düştüğünü belirtmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada, ülkemizde 2009 yılında uygulamaya konulan ölüm nedeni istatistiklerinin geliştirilmesi projesi ile değişime uğrayan TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi, İzmir ili örneğinde, kabul edilebilirlik, basitlik ve faydalılık kriterleri çerçevesinde değerlendirilmiştir. Çalışmanın bulguları, ölüm kayıtlarına ilişkin örgütlenmenin karmaşıklığı, kurumlar arasındaki eş güdüm yetersizliği, geçerli mevzuatın günümüz koşullarına uygun olmaması ve mevzuat ile yeni düzenlemeler arasında ortaya çıkan tutarsızlıklar gibi önemli sorunlara işaret etmektedir.

Bir sörveyans sisteminin kabul edilebilirliği, örgütlenmede yer alan kişi ve kurumların sisteme katılım konusundaki istekliliklerini ifade etmektedir (CDC, 2010). Kabul edilebilirliğin en iyi göstergesinin üretilen verilerin kalitesi olduğu dikkate alınır, bu alanda gerçekleştirilen çalışmalara dayanarak eski bildirim yapılanmasının bu kriteri karşılamadığı söylenebilir (Tezcan, 1997; UHY-ME, 2004; Işık, 2004; Etiler, 2005; Çilingiroğlu, 2005; Bütün, 2006; Osman, 2006; UAÖÇ, 2006; Ergöçmen, 2006-07; Sağlık Bakanlığı, 2007; Günay, 2008; İnandı, 2010; Özgül, 2010; Taş, 2010; Nuray, 2010; Vehid, 2000). Ülkemizde sağlık sisteminin örgütlenmesi ile ilgili sorunlar, ölüm kayıtlarıyla ilgili yapının karmaşıklığı, politika belirlemede yetkili kişilerin konuya olan ilgisizliği ve hekimlerin ölümlerle ilgili sorumluluklarını yerine getirmedeki yetersizlikleri gibi nedenlerle ölüm kayıtları sorunlu bir alan olarak kalmıştır. Bu nedenle ölüm istatistiklerinin kalitesini geliştirmeyi amaçlayan bir uygulamanın, ölüm kayıtları ile ilgili sorunlara çözüm getirecek ve çalışanları yaptıkları işin yararlılığına ikna edecek düzenlemeleri içermesi gerekmektedir.

MERNİS Ölüm Tutanağı ve TÜİK Ölüm Belgesi defin ruhsatı verme yetkisi olan kişiler tarafından düzenlendiği için aynı kaynaklardan veri üretilmektedir. Bu nedenle TÜİK ve nüfus müdürlüklerinin eşgüdüm halinde çalışması ve kayıtlarının tutarlı olması gerektiği gibi, TÜİK

Ölüm Belgesi'ne dayanan defin ve istatistik işleri de birbirinden bağımsız olarak ele alınmamalıdır. Örgütlenmenin herhangi bir alanında yapılacak değişikliğin tüm yapıyı etkilemesi kaçınılmazdır. Bu nedenle, yeni bir uygulama planlanırken ilgili taraflar olan Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, belediyeler, TÜİK ve Adalet Bakanlığı tarafından ortak politika izlenmelidir. Ancak çalışmada ortaya çıkan bulgular, TÜİK ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan yeni düzenlemelerin örgütlenmenin yalnızca istatistik toplama boyutuyla sınırlı kaldığını ve kurumlar arası eşgüdümün gerçekleşmediğini göstermektedir.

Kırsal alanlardan veri toplanmasına olanak sağlayacak planlamaların yapılmaması yeni sistemin önemli bir eksikliğidir. Köylerde ölüm kayıtlarını tutma sorumluluğunun muhtarlarca verilmesi nedeni ile gerek MERNİS Ölüm Tutanağı'na gerekse TÜİK Ölüm Belgesi'ne dayalı bildirimlerde sorunlar yaşanmaktadır (Eser, 1994; Günay, 2002; Aydın, 2004; UAÖÇ, 2006; Türemez, 2007; Özgül, 2010; Taş, 2000; Nuray, 2010; Pala, 2001). Bu sorunların bilinmesine rağmen, ölüm nedeni istatistiklerinin kapsayıcılığının ülke çapında yaygınlaştırılması amacıyla herhangi bir mevzuat çalışması yapılmamış ve eskiden olduğu gibi UHK hükümleri geçerli olmuştur. Sistemin kırsal alanlarda işlememesi bir tarafa bırakıldığında, hekim olmayan kişiler defin ruhsatı düzenleseler bile ölüm nedenine ilişkin tanı koyamayacakları için bu uygulama zaten istatistiksel açıdan yarırsızdır. UHK, halk sağlığı hizmetlerinin dayanağı olan en kapsamlı yasal düzenlemedir. Ancak kanunun kabul edildiği dönemin sağlık örgütlenmesi ve hekim sayısı dikkate alınır (Aydın, 2002), defin ruhsatı düzenleme görevinin hekim olmayan kişilere verilmesinden başka çare olmadığı açıkça görülmektedir. Günümüzde Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılı istatistiklerine göre ülkemizdeki toplam hekim sayısının Sağlık Bakanlığı'nda 73 382, üniversitelerde 26 388 ve özel sektörde 26 259 olmak üzere 126 029 olduğu bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Yeterliliği bu araştırmanın konusu olmamakla birlikte kır/kent ayrımı olmaksızın tüm vatandaşların bir aile hekimi vardır. Dolayısı ile hekimsiz yer olarak tanımlanabilecek bir alan bulunmamaktadır. Sağlık alanında her geçen gün yeni atılımların gerçekleştirildiği iddia edilen bir dönemde kırsal alanlarda muhtarlardan defin ruhsatı düzenlemelerini beklemek tezat oluşturmaktadır. Ayrıca Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'nda muhtarların ölüm bildirimleri

konusunda oldukça duyarsız ve bilgisiz olduklarına ilişkin elde edilen bulgular, ölümlerle ilgili işlemlerin muhtarlar tarafından yürütülemeyeceğini kanıtlamaktadır (UAÖÇ, 2006; Ergöçmen, 2006-07). Üretilen istatistiklerin Türkiye'yi temsil edebilmesi için temel gereklilik, ölüm nedeni istatistiklerinin ülke geneline yaygınlaştırılmasıdır. Bu nedenle, kırsal alanda da defin ruhsatı düzenleme yetkisini hekimlere verecek şekilde mevzuatın güncellenmesi gerekmektedir.

Yeni sistemde, ölümle karşılaşma noktasında tüm hekimlerin TÜİK Ölüm Belgesi düzenlemekle yükümlü tutulmasına karşın, bu tanımlamalara yasal zemin oluşturulmaması sorunlara yol açmaktadır. Yeni düzenlemelerde ölüm belgesinin yalnızca istatistiksel bilgi toplama aracı olmasına odaklanılmış, defin ruhsatı olma özelliği dikkate alınmamıştır. Aile hekimleri, UHK'da defin ruhsatı verme yetkisinin öncelikle belediye hekimlerine ait olmasını gerekçe göstererek sorumluluk almak istememekte, bu da görev çatışmalarına ve istatistiklerin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Süreç esnasında çıkarılan iki güncel yönetmeliğin çelişkili düzenlemeler içermesi, ülkemizde genel bir sorun olan hizmetlerin ve mevzuatın bütüncül değerlendirilememesinin iyi bir örneğidir. On dokuz Ocak 2010 tarihinde yayımlanan "Mezarlık Yerlerinin İnşaatı ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik" ile UHK'da defin ruhsatı düzenlemekle yükümlü olan kişiler günümüz koşullarına uyarlanmıştır. Bu yönetmeliğin 16. Maddesinde defin ruhsatının belediye hekiminden sonra TSM veya aile hekimleri tarafından, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde gömme izin belgesi görevlisi, köy muhtarı veya jandarma karakol komutanı tarafından verilmesi hükmü getirilmiştir (Mezarlık Yerlerinin İnşaatı ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik, 2010). Yirmi beş Mayıs 2010 tarihinde yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"nde ise 19 Ocak 2010 tarihli Yönetmelikten farklı olarak aile hekimleri sıralamada sona bırakılmış, TSM hekiminin bulunmaması durumunda defin ruhsatı düzenleme görevi verilmiştir. Aynı yönetmeliğin dördüncü maddesinde "ilgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler" hükmü bulunmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010). Ölüm belgesi de kişiye yönelik düzenlenen bir rapordur. Aile hekimleri mevcut sağlık sistemi örgütlenmesinde

kişiyi yakından tanıyan, takibini yapan ve tıbbi geçmişine ilişkin kayıtları bulduran tek kaynaktır. Ayrıca daha önce de belirtildiği gibi, Türkiye'de aile hekimi olmayan kişi bulunmadığı için, bu hekimlere görev verildiğinde tüm ülke nüfusu kapsam altına alınmış olmaktadır. Aile hekimlerinin sistemde aktif görev alması, istatistiklerin kalitesinin geliştirilmesinin yanı sıra, kendilerine kayıtlı kişileri takip edebilmeleri açısından da yarar sağlayacaktır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün etkinliğinin gittikçe artmasına karşın, özel sağlık kuruluşlarının ölüm bildirimleri ile ilgili yetki ve sorumlulukları konusunda belirsizlikler bulunmaktadır. Yeni sistemde kamu ya da özel ayrımı yapılmaksızın tüm hekimlerin ölüm belgesini düzenlemesi ve ilgili kuruluşun sorumlu hekimi/başhekimisi tarafından onaylanarak sağlık müdürlüğüne gönderilmesi öngörülmüştür. Ancak UHK'da tedavi eden hekimin özel hekim olduğu durumda ölüm belgesinin resmi hekimler tarafından onaylanması gerektiği hükmü bulunmaktadır (Madde 216). Çalışmanın bulguları, özel hekimin doldurduğu belgelerin resmi hekimler tarafından onaylanmadığını, tedavi eden olmasa da özel hekimlerin ölüm belgesi düzenlediğini ve hatta ücret karşılığı bu hizmeti verdiğini göstermektedir. Bu durum, defin ruhsatı düzenlenmesi gibi bir kamu hizmetinin bile ticaretinin yapıldığı sistemdeki denetim eksikliğinin ulaştığı boyutu göstermektedir. Ölüm bildirim sisteminin başarısı ölüm belgesini kim, ne şekilde düzenlerse düzenlesin kabul etmek değil, bu işle yükümlü olan kişilerin yasal sınırlar çerçevesinde görevlerini yerine getirmelerini sağlamaktır. Özel sağlık kuruluşlarıyla ilgili belirsizliklere bağlı sorunlar yalnızca defin ruhsatı ile sınırlı kalmamış, nüfus müdürlüklerine yapılan bildirimlerde de karışıklıklar yaşanmıştır.

Ülkemizde MERNİS bildirimlerinin tam yapılmamasına, özellikle kırsal alanlarda defin ruhsatı olmadan cenazelerin gömülmesine, Sağlık Bakanlığı ve TÜİK istatistiklerinin kalitesizliğine ilişkin kanıtlar bulunmasına karşın (Pala, 2001; Eser, 2004; Hoşgör, 2005; Etiler, 2005; Çilingiroğlu, 2005; Bütün, 2006; Osman, 2006; UAÖÇ, 2006; Özgül, 2010; Taş, 2010; Nuray, 2010; Pala, 2010), güçlü bir ölüm kayıt sistemi oluşturmaya yönelik politik kararlılık hiçbir zaman gösterilmemiştir. Bir Avrupa Birliği programı kapsamında uygulanan yeni ölüm bildirim sisteminin de ölüm kayıtları ile ilgili yetersizliklere köklü bir çözüm sunmaması,

kararlılığın hala sağlanamadığını göstermektedir. Bu durum, hizmet sunanların sorumluluklarını yerine getirmedeki isteksizliklerinin de başlıca nedenidir. Yeni sistemin planlama aşamasındaki eksiklikler, çalışanların sistemi benimsememesi ile sonuçlanmıştır. Öngörülen düzenlemelerin hayata geçirilememesi nedeniyle proje kapsamında getirilen yenilik, yalnızca yeni ölüm belgesinin kullanımı ve ölüm nedenlerinin ICD-10'a göre sınıflandırılması ile sınırlı kalmıştır. Bu nedenle, yeni TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi kabul edilebilirlik kriteri açısından yeterli bulunmamıştır.

Herhangi bir süreyans sisteminin basitlik kriterini karşılayabilmesi için kolay uygulanması ve işlem basamaklarının açıkça tanımlanması gerekmektedir. Süreyansı yapılan hastalık ya da olayla ilgili a) sistemde ne tür verilerin, hangi araçlar kullanılarak derleneceğine, b) veri toplamakla yükümlü kişi ve kuruluşlara, c) iş birliği ve eşgüdüm halinde çalışılması gereken kurumlara, d) verilerin toplanma yöntemine, analizine ve yayımlanmasına ilişkin tanımlamalar ve süreçler açıklığa kavuşturulmalı, personelin gereksinimlerine göre eğitim planı oluşturulmalıdır (CDC, 2010). Ülkemizde ölümlerle ilgili işlemlerde farklı kurumların görev alması ve kullanılan formların çeşitliliği ölüm kayıtlarını karmaşık işlemler hale getirmektedir. Yeni sistemde bu yapıyı sadeleştirmek ve çalışanların işini kolaylaştırmak adına herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Hatta kabul edilebilirlik kriterinde açıklandığı gibi görev tanımlarının belirsizliği ve kurumlar arası eşgüdüm yetersizliği nedeniyle ölüm bildirimleri daha da karmaşık hale gelmiştir. Ayrıca TÜİK Ölüm Belgesi'ne ilişkin bu çalışmada ortaya konan eksiklikler, belgenin standart biçimde doldurulmasını ve yararlılığını olumsuz yönde etkilediği için giderilmesi gereklidir.

Ölüm verilerinin iyileştirilmesinde eğitimin olumlu etkisi pek çok çalışmada ortaya konulmuştur (Alempijevic, 2006; Selinge, 2007; Middleton, 2011; Izegbu, 2006; Myers, 2007). Yeni sisteme geçiş aşamasında verilen eğitimler iki açıdan yetersizdir. Birincisi, özellikle sahada çalışan hekimlerin eğitimi için kısa zaman ayrılması ve eğitimlerin sürekliliğinin sağlanamaması, diğeri ise MERNİS Ölüm Tutanağı'na dayalı bildirimlere ve ölümlerle ilgili mevzuata yer verilmemesidir. Bu yetersizlikler, gerçek nitelikte bir planlama aşamasının gerçekleştirilmediğinin başka bir göstergesidir. Çalışanların sistemin örgütlenme

yapısını ve ilgili mevzuatı bilmesi, yetki ve sorumluluklarının kapsamını ve cezai yaptırımları öğrenmelerinin yanı sıra, haklarını korumaları açısından da çok önemlidir. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan bir araştırmaya göre, hekimlerin %44'ü ölümlerle ilgili mevzuatı bilmezken, %89'u defin ruhsatının yalnızca cenazenin gömülmesi amacıyla düzenlendiğini belirtmiştir. Defin ruhsatının aynı zamanda istatistiksel verilerin elde edilebilmesini sağladığını belirtenlerin sıklığı ise %11 olarak saptanmıştır (Gamsız, 2003). Bu değerlendirmeler çerçevesinde yeni TÜİK Ölüm Bildirim Sistemi, basitlik kriteri açısından yetersiz bulunmuştur.

Çalışmada, ne hekimlerin görev yaptıkları alanlarda ne de Sağlık Müdürlüğü yetkililerinin il düzeyindeki hizmetlerin yönlendirilmesinde ölüm istatistiklerinden yararlandığına ilişkin herhangi bir bulgu elde edilememiştir. Ölüm istatistiklerine dayanarak hizmet üretilmesi, sahada görev yapan hekimler tarafından Sağlık Müdürlüğü'nün; Sağlık Müdürlüğü yetkilileri tarafından ise Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu olarak görülmektedir. Bu durumda, Sağlık Bakanlığı istatistiklerin toplanmasına aracılık yapan bir kurum konumuna düşmektedir. İstatistikler sorunları tanımlama aşamasından öteye gidememekte, yararlılığı TÜİK'in yayın haline dönüştürmesi ile sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle, yeni sistem faydalılık kriteri açısından da yetersiz bulunmuştur.

Sonuç olarak, bu çalışma, ölüm kayıtları ile ilgili örgütlenmenin bütüncül olarak ele alınmaması ve mevzuatla uyumlu düzenlemelerin yapılmaması gibi nedenlerle yeni sistemin kabul edilebilirlik açısından yetersiz olduğunu; planlama aşamasındaki eksikliklerin sistemde karmaşa yaratmasına ve görev tanımlarının belirsizliğine bağlı olarak basitlik kriterinin karşılanamadığını; ölüm istatistiklerinin sağlık hizmetlere yön verme, izleme ve değerlendirme çalışmalarında kullanım alanı bulmadığını göstermiştir. Ölüm nedeni istatistiklerinin geliştirilmesi projesi kapsamında yapılan düzenlemeler, ölüm kayıtlarına ilişkin sorunları çözmekte yetersiz kalmıştır ve sistemde köklü bir değişim yapılmadıkça bu sorunların üstesinden gelinmesi güçtür.

Bu sonuçlar doğrultusunda ülkemizde ölüm kayıtlarının iyileştirilmesine yönelik dört grup altında toplanan öneriler sunulabilir.

1) Tüm yaşamsal olaylara ilişkin kayıtların İçişleri Bakanlığı Nüfus Kayıt Sistemi çatısı altında

toplanması, idari ve istatistiksel işlevlerin bu sistem aracılığıyla gerçekleştirilmesi ölüm kayıtları ile ilgili mevcut karmaşanın çözümlenmesine katkı sağlayabilir. Bu kapsamda MERNİS Ölüm Tutanağı ile TÜİK Ölüm Belgesi'nin birleştirilmesi, belgelerin elektronik ortamda doldurulmasına ve İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve TÜİK arasında veri paylaşımına olanak sağlayan bir sistemin oluşturulması önerilebilir. Tüm işlemlerde kurumlar arası eşgüdüm temel alınmalıdır. Ayrıca anne ve bebek ölümlerinde olduğu gibi ayrı veri sistemleri oluşturmak yerine, tam, doğru ve kapsamlı veri elde edebilmek için Nüfus Kayıt Sistemi'nin güçlendirilmesi yönünde çaba harcanması uzun erimde daha yararlı olabilir.

2) Sağlık sistemindeki değişimler ve ülkemizin mevcut durumu dikkate alındığında ölüm kayıtlarına ilişkin mevzuat güncellenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Yetki belirsizliğinden kaynaklanan sorunların önlenmesi ve ölüm nedeni istatistiklerinin ülke geneline yaygınlaştırılması açısından defin ruhsatı düzenlemeyükümlülüğünün hastanelerde gerçekleşen doğal ölümlerde tedavi eden hekimlere, hastane dışındaki doğal ölümlerde ise yalnızca aile hekimlerine verilmesi yararlı olabilir. Ayrıca, sorumluluğu olduğu halde defin ruhsatı düzenlemeyen veya eksik bildirimde bulunan kişi/kurumlar için cezai yükümlülükler tanımlanmalıdır.

3) Ölüm istatistiklerinin kalitesinden öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı sorumlu olmalıdır. Yeni sistemde öngörülen kontrol mekanizmasının etkinliği artırılmalı, belgelerinin eksiksiz doldurulması ve ölüm nedenlerinin geçerliliği konusunda denetim uygulanmalıdır. TÜİK tarafından da düzenli olarak verilerin iç tutarlılık kontrolleri yapılması, ayrıca üniversitelerin desteği ile veri kalitesinin kontrolüne yönelik bağımsız araştırmalar gerçekleştirilmesi bu alana önemli katkı sağlayacaktır.

4) Hekimlerin, ölüm kayıtlarının yasal ve istatistiksel açıdan önemini kavramaları için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlere ağırlık verilmelidir. İstatistiklerin yararlılığı, hizmetlerin planlanmasında ve izlenmesinde kullanılması ile doğru orantılıdır. Bu nedenle, sağlık örgütlenmesinin farklı basamaklarında görev alan tüm kişi ve kuruluşların hizmetlerine yön verirken ölüm verilerini dikkate almaları temel gerekliliktir.

KAYNAKLAR

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010. Resmi Gazete tarihi: 25 Mayıs 2010, sayı: 27591.

Alempijevic D, Savic S. (2006). Education of medical examiners qualified for death certification SrpArhCelokLek. 134 Suppl 2: 135-8.

Anne Ölümleri Veri Sistemi Genelgesi. (2007). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Tarih: 05.04.2007, Sayı: 2007/27 Ulaşım Tarihi: 15.Eylül 2010, <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-4552/anne-olumleri-veri-sistemi-genelgesi-2007-27.html>.

Aydın E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında sağlık hizmetleri. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 31(3): 183-92.

Aydın H. (2004). Ankara Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı ilçelerdeki ve Ayaş ilçesi'ndeki 2001 yılındaki ölüm kayıtlarının karşılaştırılması. İstatistik Araştırma Dergisi, 3(2): 225-43.

Bebek Ölümlemleri İzleme Sistemi Genelgesi. (2009). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Tarih: 04.05.2009 Sayı: 2009/31 <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-8426/bebek-olumleri-izlemi-sistemi-genelgesi-2009-31.html>, Ulaşım Tarihi: 15 Eylül 2010.

Bütün C, Yücel Beyaztaş F, Çelik M, Kılıçcıoğlu B. (2006). Defin Ruhsatlarında Belirtilen Ölüm Nedenlerinin İncelenmesi, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 28 (3): 79-83.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2001. Guidelines Working Group. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems, Recommendations and Reports, 50 (RR13): 1-35. Ulaşım Tarihi: 05 Temmuz 2010. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>.

Çilingiroğlu N, Subaşı N, Çiçekli Ö, Kara AV, Ferlengöz E, Kocatürk Ö. (2005). Hacettepe Üniversitesi erişkin hastanesindeki 2004 yılı ölümlerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3): 308-24.

Ergöçmen BA, Yüksel İ. (2006-07). Türkiye'de ölüm kayıtlarına ilişkin sorunlar: Anne ölümleri özelinde niteliksel bir çalışma. Nüfus Bilim Dergisi, 28-29: 29-46.

Eser E, Mandıracioğlu A, Saçaklıoğlu F, Karababa AO. (1994). Bir kentsel bölgede ölüm verilerinin nitelik ve nicelik açısından değerlendirilmesi; bir yöntem denemesi. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Karababa AO, Uçku R. eds. Didim, s: 228-31.

Etiler N, Çolak B, Demirbaş İ. (2005). Kocaeli Üniversitesi'nde bildirilen ölüm nedenlerinin güvenilirliği. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22 (2): 93-101.

Gamsız Bilgin N, Mert E. (2003). Hekimlerin defin ruhsatı düzenlerken karşılaştıkları sorunlar: Bir anket çalışması. Adli Tıp Bülteni, 8(1): 15-9.

Günay T, Kılıç B, Keskinöglü P, Kayser Konakci S, Pabuccuoğlu O. (2008). Infant mortality rates in Narlıdere district, Turkey (1999 to 2001): Trends in rates and risk factors. Turkish Journal of Public Health, 6(1): 9-18.

Günay T, Kılıç B, Şemin S, Pabuccuoğlu O. (2002). Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi'nde 1999 yılı

kayıt dışı bebek ölümleri. Sağlık ve Toplum, 12(3): 52-5.

Hoşgör Ş. (2005). Türkiye'de Devlet İstatistik Enstitüsü'nce derlenen ölüm verilerindeki eksik kapsamın boyut ve nitelik tahmini. Nüfusbilim Dergisi, 27: 17-34.

Işık AF, Demirel B, Şenol E. (2004). Bildirilen ölüm nedenleri "gerçek ölüm nedeni" mi? T Klin Adli Tıp; 1: 1-11.

Izegbu MC, Agboola AOJ, Shittu LAJ, Akiode O. (2006). Medical certification of death and indications for medico-legal autopsies: Theneedforinclusion in continue medical education in Nigeria. Scientific Researc hand Essay, 1(3):61-4.

İnanlı T, Vançelik S, Akşit B. (2010). Bir hastanede tutulan ölüm notları. Sted Dergisi, Ulaşım Tarihi: 22 Şubat 2010, <http://www.itb.org.tr/STED/sted1000/5.html>.

Mahapatra P, Shibuya K, Lopez AD, Coullare F, Notzon CF, Rao C, Szreter S, on behalf of the Monitoring Vital Events (MOVE) writing group. (2007). Who counts? 2, Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. Ulaşım Tarihi: 10 Ekim 2010, <http://www.thelancet.com>

Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. (2005). Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data, Bulletin of the World Health Organization, 83: 171-7.

Mezarlık Yerlerinin İnşaatı ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik (2010). Resmi Gazete tarihi: 19.01.2010, sayı: 27467.

Middleton D, Anderson R, Billingsly T, Virgil NBM, Wimberly Y, Lee R. (2011). Death certification: issues and interventions. Open Journal of Preventive Medicine, 1(3).

Murray CJL, Lopez AD, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, Lozano R. (2007). Estimating population cause-specific mortality fractions from in-hospital mortality: Validation of a new method. Plos Medicine, 4(11): 1754-65.

Myers KA, Eden D. (2007). Deathduties. Workshop on what family phdsicians are expectedto do when patients die. Canadian Family Physician, 53: 1035-8.

Nuray F. (2010). Erzurum Bölgesi'nde MERNİS ile defin kayıtlarının karşılaştırılması analizi. TÜİK Uzmanlık Tezi, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Erzurum, S: 38-60.

Osman E, Çetin Seçkin R. (2006). Bursa İli Nilüfer İlçesi'nde 2003 yılında meydana gelen ölümlerin incelenmesi. TSK Koriyucu Hekimlik Bülteni, 5(4): 254-66.

Özgül MA. (2010). Ölüm istatistiklerinin veri kalite kontrolü ve kapsam eksiklikleri üzerine bir araştırma: Konya Örneği. TÜİK Uzmanlık Tezi, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Konya, s: 75-107.

Pala K, Türkkın A, Gerçek H. (2010). Türkiye'de illerde bebek ölüm hızı ne kadar doğru hesaplanabiliyor? Bursa'dan bir çalışma. Türk Ped. Arş. 45: 264-7.

Pala K, Aydın N, İrgil E. (2001). Gemlik'te kırsal alanda 1999 yılında meydana gelen ölümlerin sağlık grup başkanlığı kayıtları ile karşılaştırılması. Sağlık ve Toplum, 11(3): 36-39

Sağlık Bakanlığı (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü).

(2007). Sürveyans sistemi mevcut durumu ve uluslararası kuruluşların talep ettiği sağlık göstergeleri ile uyumu, çalışma ve değerlendirme raporu, Ulaşım Tarihi: 10 Aralık 2009. s: 3

Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlık istatistik yılı 2011, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 885, Ankara.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/surveyans/calismaraporu.pdf>

Selinge CP, Ellis RA, Harrington MG. (2007). A good death certificate: improved performance by simple educational measures. Postgrad Med J, 83: 285-6.

Setel PW, Macfarlane SB, Szreter S, Mikkelsen L, Jha P, Stout S, AbouZahr C, on behalf of the Monitoring of Vital Events (MOVE) writing group. (2007). Who counts? 1, A scandal of invisibility: making every one count by counting everyone. <http://www.thelancet.com>, Ulaşım Tarihi: 10.10.2010

Taş E. (2010). Ankara İli'ndeki mezarlık ölüm kayıtlarının MERNİS ölüm kayıtları ile karşılaştırılması ve analizi. TÜİK Uzmanlık Tezi, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara, s: 41-59.

Tezcan S. (1997). Sağlık alanında kullanılan veri kaynakları, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Eds. Bertan M, Güler Ç, Ankara, s: 68-70.

TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu web sayfası. Uluslararası faaliyetler, Ulaşım Tarihi: 04 Ekim 2010, http://www.tuik.gov.tr/arastirmaveprojeler/uluslararası/pg/pg_tisg1.html,

Türemez F. (2007). Adana İlinde 1995-2004 yılları arasında kaydedilen ölüm sertifikalarının doğruluğu ve doğruluğu etkileyen faktörler, Yüksek Lisans Tezi. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik Anabilim Dalı, Adana.

AÖÇ (Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005). (2006). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.

UHK (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu). (1930). Kanun No: 1593, Resmi Gazete tarihi: 06.05.1930, sayı: 1489, ter-tip: 3, cilt: 11, sayfa: 143.

UHY-ME (Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Raporu). (2004). Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi.

Vehid S, Köksal S, Aran SN, Kaymaz A, Sipahioğlu F, Özbal AN. (2000). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde 1998 yılında meydana gelen ölümlerin dağılımının incelenmesi. Cerrahpaşa J Med, 31(1): 16-22,

WHO (World Health Organization). (2002). World health report 2002: Reducing risks promoting healthy life, World Health Organization Geneva: Switzerland.

WHO (World Health Organization). (2007). World Health Statistic 2007, s: 14.