

Acil nöbetleri bağlamında Türkiye'nin sağlık sorunları ve çözüm önerileri

Dr. Yusuf İzzettin Güven



Akdeniz Üniversitesi Antalya Tıp Fakültesi'nden 1988 yılında mezun oldu. 1988-1989 yılları arasında Sağlık Ocağı hekimliği, 1989-1991 yılları arasında Acil Servis hekimliği, 1991-1992 yılları arasında Köy Hizmetleri Kurumu işyeri hekimliği yaptı. 1992-2004 yılları arasında özel sektörde çeşitli poliklinik, tıp merkezi ve hastanelerde yöneticilik ve hekimlik, 2004-2008 yılları arasında ise özel poliklinik işletmeciliği yaptı. 2010 yılında İstanbul Aile Hekimliğine geçtiğinden beri aile hekimi olarak İstanbul Ümraniye'de görev yapmaktadır. Aynı tarih itibarı ile İSTAHED (İstanbul Aile Hekimliği Derneği) Hukuk Komisyon Başkanlığı, Teşkilatlanma Sorumlusu ve AHEF (Aile Hekimliği Federasyonu) Hukuk Komisyon Başkan Yardımcılığı görevlerini yürütmektedir.

Türk sağlık sistemi ciddi bir işletme sıkıntısı yaşamaktadır. Toplumda çok yüksek düzeylere çıkartılan sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu, yaşanan bu sıkıntılar yüzünden sürdürülebilirliğini yitirmekte, aynı zamanda kamu üzerine çok ciddi sosyoekonomik yükler getirmektedir. Bugün ne yazık ki vatandaşlar tamamen disiplinsiz bir şekilde istedikleri birime istedikleri şekilde giderek her türlü sağlık hizmetini talep edebilmektedir. Ne yazık ki vatandaş açısından beğeni alan bu durum, orta ve uzun vadede sürdürülebilir değildir. Hatta birey ve toplum sağlığı için de birçok sıkıntıyı beraberinde getirmektedir.

Bu duruma mani olmak için her ne kadar bazı katkı bedelleri vb. uygulamalar konmuş olsa da siyasi iradenin halkın tepkisi nedeniyle tam olarak arkasında duramaması, bürokrasinin sahip çıkmaması ve de gerekli alt yapının hazırlanarak vatandaşın planlı bir şekilde yönlendirilebileceği alternatif kanalların temin edilmemesi sonucunda doğal olarak pek bir işe yaramamışlardır.

Nitekim geçmişe göre verilen hizmetlerin hem nitelik olarak hem de nicelik olarak artması ve hizmetlere

ulaşılabilirliğin kolaylaştırılması ve her türlü sağlık hizmetinin bir hak olduğu bilincinin toplumda yaygınlaştırılması ile artan talebi karşılayacak alt yapının hem fiziki hem de insan gücü olarak yeteri kadar temin edilememesine bir de işletme hataları eklenince sistem tıkanma noktasına gelmiştir.

Halen sistemde iş yükü analizi ya da verimlilik çalışmaları profesyonel anlamda kullanılmadığı için sistemdeki arızaların tespiti ve düzeltilmesi yanlışlar yapılagelmektedir. Örneğin performans sisteminin hastaneye ne kazandırdığı, hastaya ölçülebilir nasıl bir iyilik durumu sağladığı, doktorun veriminin ne olduğu, potansiyel yapabilecekleri ile yaptıklarının ne olduğu gibi hususlar sayısal parametrelerle ortaya konulabilmiş değildir. Bu örnek, aile hekimliği için de, 112 sistemi için de, acil servisler için de kendine özgü değerlerle sorgulanabilir.

Sisteme noktasal bakışla iyi çalışan ve döner sermayeye yüksek katkılar sağlayan hastanenin kâr ettiği, aile hekimleri üzerinden ucuz ve kolay ulaşılabilir muayene hizmeti ile maliyetlerin azaltıldığı, düşürülen ilaç maliyetleri ile kâr edilebildiği düşünülebilir. Oysa sağlık sistemleri birbirleri ile etkileşim içerisindedir ve resmin bütününe ba-

kılmadan değerlendirilmesi mümkün değildir. Örneğin döner sermaye üzerinden daha önce ayda 1-2 defa istenen tetkiklerin performans sistemi ile birlikte aynı hastanede aynı doktor ve hasta sayısı ile birlikte 100'lere çıkması, döner sermaye ve performans açısından korkunç bir değişime neden olmaktadır. Bu noktada hastane çok kâr etmektedir, doktor yüksek döner sermaye ile ücretini artırmaktadır, ufak bir şikâyeti neticesi tüm tetkikleri istenen ve Check-up'tan geçen hasta memnundur. Ama "Tüm bu yapılanların faturası kime çıkmaktadır? Acaba kaynak israfı mı yapılmaktadır? Endikasyon harici ne kadar tetkik istenmektedir? Bu tür işlemler yüzünden gerçekten bu hizmetlerden faydalanmak zorunda olanlar sıkıntı çekiyorlar mı?" gibi uç sorularla işleyişin en uç kısımlarına kadar sorgulanması ve toplam maliyetlerin ülkenin genel sağlık politikaları üzerinden yansımalarını dikkate alarak yapılması gerekmektedir.

İlaç maliyetlerinde de aynı şekilde düşünülürse fiyatların % 70'e varan oranlarda düşmesi çok önemli bir gelişmedir ama bununla birlikte gerekli planlama yapılarak yeterli eğitim ve basamaklar arasında senkronizasyon sağlanmadan kolay ulaşılabilir hale getirilen sağlık hizmetleri ile birlikte ilaca ulaşılabilirlik kontrolsüz bir şekilde artarak, gereksiz





Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Türk sağlık sistemi ciddi bir işletme sıkıntısı yaşamaktadır. Toplumda çok yüksek düzeylere çıkartılan sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu, yaşanan bu sıkıntılar yüzünden sürdürülebilirliğini yitirmekte, aynı zamanda kamu üzerine çok ciddi sosyoekonomik yükler getirmektedir.

ilaç kullanımı ve ilaç israfı arttığı için sağlık sistemine toplam ilaç maliyetleri yük olarak dönerken bundan daha da önemlisi toplumun geleceği açısından ciddi sağlık riskleri oluşturmaktadır.

Esasen Sağlıkta Dönüşüm Projesinin ana gövdesini oluşturan aile hekimliği, bağımsız birimler olarak yeterli alt yapı planlaması ve diğer basamaklar ile gerekli işbirliği sağlanmadan işletmeye alınarak poliklinikte tercih edilmekten öte kötüye kullanılır hale gelmiştir. Öncelikli işi olması gereken koruyucu-önleyici hekimlik yerine hasta memnuniyetini arttıracak poliklinik sayısının artması olarak sisteme noktasal bakışla katkı sağlamıştır. Ama genel bakışla asıl yapılması gereken koruyucu-önleyici hekimlik kapsamındaki işlemler tedavi edici hizmetlerin çok altındadır. Bu vesileyle hem gereksiz ve boşuna kullanılan poliklinik yükünün getirdiği artmış ilaç maliyetleri ve önlenebilecek iken ya da erken teşhisle düşük maliyetlerle çözülebilecek sağlık problemlerine yönelik tarama programları yapılamadığından, önlenemeyen hastalıkların getirdiği tedavi masrafları ve kaybedilen iş yükü değerleri genel bakışla daha ağır basmaktadır.

Gündemde öne çıkan sorun: Acil servisler

Bugün özellikle acil servisler için -belki de daha fazla göz önünde olduklarından dolayı- yaşanan sıkıntılar konusunda içinden çıkılmaz şekilde bir toplumsal kanaat oluşmuştur. Büyük zorluklar, yoğun emek ve fedakârlıkla elde edilen toplumsal memnuniyet, bu haliyle sürdürülemez bir sürece doğru gitmektedir. Çok yoğun hasta baskısı altında buralarda hizmet sunmada ciddi sıkıntılar ortaya çıkmaya başlamış, çalışan personelde tükenmişlik sendromu gelişirken hizmet talep edenlerde ise memnuniyetsizlik had safhaya ulaşmıştır. Çeşitli kurum ve kuruluşların yaptığı tespitlerde başvuruların ancak %30'unun acil hasta tanımına uyduğu belirtilmektedir. Bu şekilde bir yapının, hiçbir şekilde sürdürülemeyeceği aşikârdır.

Ağırlıklı tespit, total hastaların en az %50-60'ının aslında birinci basamak hastası olduğu ve olağan seyrinde normal mesai saatlerinde aile hekimlerine başvurdukları takdirde bunların büyük çoğunluğunun gerekli ve yeterli sağlık hizmeti alabileceken çeşitli nedenlerle mesai sonrası acil servislerin tercih ettikleri şeklindedir. Burada elbette eğitimsizlik sebeplerden bir tanesidir. Ama farklı sosyal ve idari sebepler de göz ardı edilmemelidir.

Mevcut durumda acil servisler herhangi bir katkı bedeli almazken tüm diğer birimler belli ölçülerde katkı payları talep etmektedirler. Ayrıca acil servislerde önceden randevu almak vb. zahmetli(!) uygulamalar olmadığı gibi oradan hemen her uzmanlık alanından hekimlere ulaşabilmekte, her türlü tahlil, tetkik ve görüntüleme herhangi bir uzun zamanlı sırada beklemeden elde edilebilmektedir. Mesai saatleri içerisinde ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ulaşmak için randevu almadaki zorluklar, buralarda da yine birinci basamaktan alınması gereken hizmetlerin talep edilmesi neticesinde oluşan yoğunluk, toplumda yaratılan büyük binada uzman hekimler ya da akademisyenlerden alınacak sağlık hizmetinin daha kaliteli olacağı konusundaki algı gibi faktörler kişileri hastanelere yönlendirirken en açık nokta olan acillere talebi arttırmaktadır. Ülkemizde anne babanın işte olması ya da işyerlerinden sağlık hizmeti için bile izin almada zorlukların yaşanması, kadınların eşleri ya da babaları, erkek kardeşleri, oğulları gelmeden hekime gidememeleri gibi sosyal gerekçelerde geçerliliğini halen devam ettirmektedir. Yine büyük şehirlerde trafik vb. problemlerde bu duruma katkı sağlamaktadır.

Yaşanan bu sorunlara çözüm amacı ile çok çeşitli uygulamalar hayata ko-

nulmaya çalışılmaktadır. Ne yazık ki bu uygulamaların çoğunluğu sorunun asıl kaynağının tespiti ve sebepleri ortadan kaldırmaya yönelik olmaktan çok, günü kurtarmaya ve su yüzüne çıkan bölümlere geçici müdahaleler şeklinde olmaktadır. Teşhis, gelen başvuruların sayısı ile hizmet vermeye çalışan sağlık personelinin sayısal karşılaştırılmasındaki dengesizlik olunca da çözüm doğal olarak acillerdeki çalışan sağlık personelinin sayısının artırılması ve fiziki mekânların büyütülmesi şeklinde gelişmektedir. Bu şekilde ortaya bir kısır döngü çıkmakta ve acillerde verilen hizmet niceliksel olarak artırılarak talep karşılandıkça vatandaşın acil servislere yönelimi artmakta ve sürekli ihtiyacı büyümektedir. Ülkede yeterli hekim bulunmadığından buralara aktarılabilecek hekim bulunamaz hale gelince de hekim stokunun en büyük bölümünü oluşturan aile hekimleri bu süreçte herkesin ilk aklına gelen grup olmakta ve her konunun çözümünde olduğu gibi bu konuda da en önce başvurulanlar haline gelmektedirler. En son önümüze gelen çözüm; tıkanan acil servislerin sorununun oralardaki hekim sayısının artırılması ile çözülebileceği varsayımından yola çıkılarak acillere aile hekimlerinin ek mesailerle nöbetçi olarak görevlendirilmeleridir. Bu; hem hukuki, hem sosyal, hem de idari açıdan uygulanabilir bir yöntem değildir. Ama çok daha önemlisi bu haliyle uygulama zorlansa bile hiçbir soruna çözüm değildir. Çünkü teşhis yanlıştır. Acil servisler sağlık personeli yetersizliğinden değil, acil olmayan ve aslında normal şartlarda olağan mesai saatleri içerisinde birinci ve ikinci ya da üçüncü basamak polikliniklerde hizmet alması gereken kişilerin buralar yerine acillerden bu hizmeti talep etmeleri ve işin garibi buralardan bu hizmeti alabilmeleri ya da aldıklarını zannetmeleridir.

Bu durumda Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) mesai sonrası nöbetçi Aile Hekimi ve aile sağlığı elemanı bulundurmak yoluyla çözüm oluşturmayacaktır. Çünkü sorunun büyük bölümü aile hekimine ulaşamamaktan kaynaklı değildir. ASM'lerde nöbet tutulması halinde bile hem alt yapı yetersizliği hem kişilerin kendilerini acil zannetmeleri hem de mevcut alışkanlıklar nedeni ile yine acil servislere gitmeyi tercih edeceklerdir. Mevcut duruma çözüm getirmek yerine böyle bir uygulama ASM'lerin güvenlik vb. sorunları ile giderlerinin artırılması, ilave mesai zorlamaları vb. nedenlerle personelde motivasyon kayıpları gibi ilave sorunlar yaratmaktan başkaca bir işe yaramayacaktır.

Temel sorun, basamaklı sağlık sisteminin işletilememesi

Bugün ülkemiz sağlık sisteminin temel

sorunu, basamaklı sağlık sisteminin işletilememesidir. Hastaların dağılımlarının incelenmesi halinde ortaya çıkan tablonun gösterdiği, acil servislere gelen kişilerin en az %50'si birinci basamak poliklinik hastalarıdır. Bu tercihlerin elbette birçok sebebi vardır. Bu sebeplerin haklılığı tartışılabilirse bile ortadaki toplumsal talep göz ardı edilebilecek sınırları çoktan aşmış ve bir gerçeklik haline dönüşmüştür.

Bu soruna çözüm üretebilmek için geçmişte ve halen esnek mesai uygulamaları ile Aile Hekimliği Birimlerinin (AHB) klasik mesai sonrasında da hizmet vermeleri denenmiş ama uygulamadan beklenen sonuçlar elde edilemediği gibi güvenlik vb. ilave birçok yeni sorunu gündeme eklemiştir. Burada üstüne basarak belirtmek gerekir ki bütün haklı ve makul gerekçelere rağmen acil servislere oluşan talep patlaması bir gerçekliktir ve en azından halk ve sistem bu konuda yeterli eğitim ve bilinç düzeyine ulaşmaya kadar bu talep karşılanmalıdır. Fakat bu talep karşılanırken sürekli yapılan bir hata tekrar edilerek hastalara acil servislere istenen hizmeti vermeye devam edip alışkanlıkları pekiştirmek yerine, işin doğrusunu yani talep edilen hizmetin muhatabı olan birimlerin özellikle de burada ağırlıklı grubu teşkil eden birinci basamak hizmetini acil servislere triajı yapılarak ayrıştırılan kişilere acil servislere fiziki olarak yakın fakat tamamen farklı kendi koşullarında yapılandırılmış birinci basamak birimlerinde gerekli hizmetin verilmesi şeklinde sağlanmalıdır.

Bu çerçevede öncelikle sürekli hizmet konusunda kapısı çalınan ve ilave yükler verilirken gelir kayıpları ile cezalandırılan, idari açıdan sürekli ve manasız denetimler ve uygulamalarla biktirılarak hiç bitmeyen mevzuat değişiklikleri ile şaşkına çevrilerek motivasyonları kaybettirilen aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yeniden motivasyonları sağlanmalıdır. Bu gün ülkemizde Kamu Hastaneler Birliği ile ikinci basamağın Üniversiteler, YÖK vb. yapılar ile 3. basamağın amiyane tabiri ile sahipleri varken ne yazık ki birinci basamak sahipsiz kalmıştır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) bu ihtiyacı karşılamaktan çok uzaktır ki zaten kurgulanmadığından çok birinci basamağın denetlenmesi üzerinedir.

Birinci Basamak Birliği

Ülkemizde öncelikle acilen Birinci Basamak Birliği (BBB) kurulmalıdır. Bu birlik, sahadaki aktif çalışan aile hekimleri ve ASE'lerin serbest iradeleri ile seçecekleri temsilcileri ile THSK ve SGK'nın atanacak temsilcilerinden oluşmalıdır. Atanacak olanlar, seçilecek olanlara asla çoğunluk oluşturmadan kurulacak bu yapı, ilçe ve iller ile bölgeler bazında teşkilatlanmalı

Esasen Sağlıkta Dönüşüm Projesinin ana gövdesini oluşturan aile hekimliği kötüye kullanılır hale gelmiştir. Öncelikli işi olması gereken koruyucu-önleyici hekimlik yerine hasta memnuniyetini arttıracak poliklinik sayısının artması olarak sisteme noktasal bakışla katkı sağlamıştır.

ve merkezde ana yapı oluşturulmalıdır. Bu birliğe Kamu Hastaneler Birliği ve hatta üniversitelerin acil servislerinde tahsis edilecek alanlarda, acil servislere triajı yapılarak acil olmadığı kanaatine varılan birinci basamak hastaları yönlendirilmelidir. Bu şekilde kişilerin kendi kendilerine acil olup olmadıkları kararını vermelerinin yaratacağı sorunlar da ortadan kalkacağı gibi aynı zamanda ülkede mevcut kurulu sağlık yatırımlarının etkili kullanılması da sağlanarak ülke ekonomisine yeni yükler getirmek yerine tam aksine ekonomide tasarruf imkânı sağlanmış olacaktır. Yapılacak tek yeni yatırım, hazır binalarda ya da onların hemen bitişiğinde bahçelerinde BBB için ilave poliklinik alanları hazırlamak olacaktır. Bu durumda mevcut hastanelerin tüm alt yapılarını ortak kullanıma açarak hem zamandan hem de milli servetten tasarruf sağlanmış olacaktır.

Bu hastalardan mesai içinde AHB'lere başvurdukları takdirde hiçbir ücret alınmazken mesai sonrası buralara başvurularını halinde belli bir ücret alınarak kişilerin bu kanalı sürekli kullanmaları zaman içerisinde engellenmeleridir. Bu, aynı zamanda toplumdaki adalet duygusuna da katkıda bulunacaktır. Ayrıca kimsenin acil hastalardan para alınıyor diyemeyeceği bir şekilde gerekli ayırım yapıldığından, siyasilerin toplumsal memnuniyet anlamında çok da sıkıntı çekecekleri bir tepki oluşmayacaktır.

Bu birimlerde aile hekimleri ve ASE'leri bir takım olarak tamamen aile hekimlerinin gönüllülük esasına göre görevlendirilmelidirler. Bu listelere yine BBB bünyesinde yer alacak olan Toplum Sağlığı Merkezleri ve diğer idari birimlerde görev yapan hekim ve ASE'ler de gönüllülük çerçevesinde dahil edilmelidirler.

Şu anda ülkenin hekim ve yardımcı sağlık personeli insan kaynağı son derece yetersizdir. Mevcut eğitim sü-

Sorunları halinin altına süpürerek gidermiş olamayacağımız gerçeğini de göz önünde bulundurarak sağlık sistemindeki tüm konuların birbirleri ile ilintili olduğu bilinci ile evde sağlık hizmetleri konusuna sistemsal bakış açısı ile kalıcı çözümler üretmek, hem en ekonomik hem de en hızlı ve doğru yaklaşım olacaktır. Artık bu ülkede sorunları önümüze çıktıkça değil de önceden planlayarak bütüncül yapıları içerisinde çözmeyi öğrenmeliyiz.

reçleri göz önünde bulundurulduğunda bu yetersizliğin yakın zamanlarda telafisi de mümkün görünmemektedir. Sonuçta bu ülkede sağlık hizmetini mevcut insan kaynağı ile yürütmek zorundayız. Eldeki personelin motivasyonu, verimlilik sağlanması açısından son derece önem arz etmektedir. Her şeyden öte, söz konusu olan bir beyinsel faaliyet olup kanaat hizmetidir. Hizmeti vereceklerin isteksizliği hem verimsizliği hem de malpraktisi doğuracaktır.

Hali hazırda ülkemizde legal ya da illegal şekillerde hekimler ve yardımcı sağlık personeli birden fazla işyerinde sağlık hizmeti sunmak durumunda kalmaktadırlar. Ekonomik sebeplerle çoğunluğu da illegal bir şekilde özel sektörde nöbetler tutmak zorunda kalan ve çeşitli sıkıntılara göğüs germek durumunda olan hekim ve yardımcı sağlık personelinin bu gerekliliklerini legal bir şekilde kendi istekleri çerçevesinde kendi işlerine odaklanarak yapmalarının sağlanması, kısıtlı insan gücünden ülkenin maksimum ölçüde faydalanması açısından da büyük fayda sağlayacaktır. Bu mesai sonrası çalışma merkezlerinde yeterli tıbbi sekreter bulundurulmalı, bu konuda da gerekirse ASM'lerde çalışan personelden isteklere ücreti mukabili mesai imkânı verilmelidir. Hastaneler, bu merkezlerin gerekli tetkik ve tahlil

isteklerini kendi bünyelerinde bedeli karşılığında karşılayarak hizmetin kalitesine katkı sağlamalıdır. Bu işlemler için belirli oranlarda hasta katkıları alınmalıdır. Gerekli konsültasyon vb. 2.basamak sağlık hizmeti yine hastaneler tarafından acil servise verilen çerçevede temin edilmeli, ertesi güne bırakılabilecek olanların sevkleri gerçekleştirilebilmelidir. Sistem muhakkak Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemine (AHBS) entegre edilerek hastanın aile hekiminin ertesi gün hastasına yapılan müdahaleyi, tetkik sonuçları ile teşhis ve tedaviyi görmesi sağlanmalı bu şekilde gerekli takipleri yapması sağlanmalıdır. Bu birimlerde mesai saat 18.00 ile sabah 06.00 sırasında uygulanarak istekli personelin kendi birimlerinde verdikleri hizmetin aksamamasına dikkat edilmelidir.

Anılan birimlerde kişilerden alınacak katkı bedelleri bir döner sermaye de toplanarak buralarda hizmet verecek personele dağıtılmalıdır. Bu bedeller asla ülke gerçekleri içerisinde bugün özel sektörde bu personelin nöbet tuttuğunda aldığından daha az olmamalı ki çalışacak sağlık personel açısından cazibe yaratılarak motivasyon sağlanmalı, dolayısı ile verimliliğe katkı oluşturulmalıdır. Bütün bu işlemlerle bu birimlerin sevk ve idaresi tamamen BBB tarafından yürütülerek çalışanların adalet ve güven duyguları sarsılmadan sisteme destekleri maksimum düzeyde sağlanmalıdır. Bu birimlerde verilecek hizmet kesinlikle birinci basamak sağlık hizmeti olmalıdır. Asla diğer basamak sağlık hizmetlerinin asiste edilmesi şekline dönüştürülmemelidir. Unutulmamalıdır ki Birinci Basamak Sağlık hizmetleri tam ve uygun olarak verildiği sürece diğer basamakların iş yükü zaten azaltılmış olacaktır.

Birimlerin güvenliği hastane bünyelerinde hastane güvenlik birimleri tarafından sağlanarak personelin kaygı duyması engellenmelidir. Yine buralarda görev yapacak personelin yemek vs. türü lojistik desteği hastaneler birliği tarafından sağlanmalıdır. Bu birimlerde sadece acillere başvuran kişilerden yapılan ayrımla gelen hastalar değil normal mesai içinde aşılama vs. koruyucu hizmetlere ulaşmakta zorluk çeken ailelerinde faydalanması sağlanmalıdır. Bu tür hastaları diğerlerinden ayırmak için bu şekilde talepleri olanların kendi aile hekimleri ile temasa geçmeleri ve onun sevk ile mesai sonrası başvuruları halinde katkı bedelleri asgari düzeye getirilerek desteklenmelidir.

Buraları kendi bünyesinin bir parçası olarak değerlendirecek aile hekimlerinin bazı imkânlarla (tahlil, tetkik, konsültan vs) daha kolay ulaşmaları sağlanarak hastanelerin yükünün daha büyük

oranlarda birinci basamak tarafından alınması sağlanabilir. Çünkü bu sayede aile hekimleri, hastanelerde kaybolup gittikleri ya da asla kendisine geri dönüş olmadığından hatta daha da kötüsü gönderdiği hastalarına kendisini kötüleyerek geri gönderen bir İkinci basamak sistemi nedeni ile asla iletişim kurmadığı / kurmadığı bu yüzden de hastaların kendi kendilerine sistemler içinde gezindiği, sahipsizliğin yarattığı sorunlar nedeni ile zamanında konulamayan teşhislerin, doğru düzgün uygulanamayan tedavilerin maliyetlerini de büyük ölçüde ülkenin sırtından alabileceklerdir.

Birinci basamağın ikinci basamağı ile üçüncü basamağın ikinci basamağı ayrımı

Bu durum, ileride birinci basamağın ikinci basamağı ile üçüncü basamağın ikinci basamağı ayrımına da alt yapı hazırlayacaktır. Mevcut durumda esasen kamu ekonomisi ve basamaklı sağlık sisteminin sağlıklı işlemesi için gerekli olan basamaklar arası iletişim ne yazık ki uygulanan performans sistemi vb. gerekçelerle etik dışı rekabete yol açmaktadır. Birinci basamaktan sevk edilen hastalar ikinci ve üçüncü basamak tarafından asla geri bildirim sağlanmadan hatta kendilerine sevk yapan hekimi ne yazık ki kötüleyerek hatta aşağılayarak iletişimsiz bir şekilde hizmet verilmekte, en azından bu algı nedeni ile sevk mekanizması asla çalışmamaktadır. Oysa birinci basamak kendi ikinci basamağına sahip olursa çok daha efektif ve verimli bir çalışma sağlanarak hem birinci basamağın kalitesi arttırılırken hem de işin doğası gereği basamaklar arasında oluşan rekabet ortamı koruyucu hekimlik ve tedavi aşamasında sorun olmaktan çıkartılabilir.

Bu birimler gerekli araç ve gereç desteği ile belediyelerden finansmanı sağlanarak belli bir bedel karşılığında defin ve Adli nöbetler konusunda da hizmet verebilirler. Yalnız bu konuda muhakkak gerekli eğitim ve sürekli Adli Tıp Kurumunca sağlanacak danışman, konsültan destekleri oluşturulmalıdır. Bu şekilde hem hizmetin görülmesi sağlanacak hem de bu hizmeti gören personelin güvenlik teknik alt yapı, bilimsel destek vb. ihtiyaçları da temin edilmiş olacaktır.

Ayrıca bu hizmetleri birer angarya olarak değil de birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde yönetimine katıldıkları, gönüllülük kuralı çerçevesinde çalışabildikleri teknik, güvenlik, bilimsel desteklerin sağlandığı bir yapıda bedelini alarak verebildikleri için personelin motivasyon sorunları da asgariye inerken ülkenin kısıtlı insan kaynağından maksimum faydalanması da sağlanabilecektir. Birinci basamak

sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin diğer basamakların payandası olmaları garabeti de ortadan kalkarak sağlık sistemi içerisinde taşlar yerine oturtulmuş olacaktır.

Evde sağlık hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri mevcut durumda ülkemizde büyük bir ihtiyacı gidermek için kurulmuş çok önemli işlevsel özellikleri içeren bir yapı olmalarına rağmen ne yazık ki tamamen hastaneler bünyesinde sığıntı durumunda olan, hastanelerde stepne niyetine kullanılan personelinin motivasyonunu kaybettiği bütün bu işletme hataları yüzünden ne ikinci basamakla ne de birinci basamakla entegrasyonu sağlanamamış yapılar halindedirler. Oysa özel eğitim ve alt yapı isteyen bu birimler gerekli entegrasyon sağlanarak işlevsellik kazandırılmış olsa hem sağlık sistemi üzerinde çok büyük bir yükü taşıyacaklar hem de sosyal bir sorunu, kanayan bir yarayı gidereceklerdir. Evde sağlık hizmetlerinin BBB bünyesinde yer almaları sağlanarak bunlara kendi hizmet alanlarına özel alt yapı kurulmalı, aile hekimleri ile iletişimleri kuvvetlendirilmeli, iş tanımları tam olarak yapılarak işlevsellikleri ve verimlilikleri temin edilmelidir.

Bu birimlerde görev yapan meslektaşlarımızın en büyük sıkıntılarının biri de; hastanelerde görev yapan uzman veya asistan meslektaşlarımızın bu tür hastaları birer angarya olarak görmeleri hatta hukuki açıdan problem olarak önlerine çıkabilecek potansiyel taşımaları nedeni ile uzak durmaya çalışmalarıdır. Hastanelerdeki meslektaşlarımız çoğu zaman göremedikleri bu hastaların rapor, tıbbi teşhis ve tedavileri vb. konularda isteksiz ve tedirgindirler. Oysa birinci basamağın ikinci basamağı ile üçüncü basamağın ikinci basamağı ayrıştırılarak bu birimler BBB içerisinde yer alırsa, diğer birçok hizmet gibi bu hizmette çok daha verimli halde sunulabilir.

Birinci basamağın ikinci basamağı bünyesinde oluşturulacak uzman klinisyen alt yapı bu türlü hizmetlerde de görev alarak, hastane ortamı dışı hizmet verme alışkanlığının olmaması, performans uygulamasında diğer hizmetlerin daha yüksek getirilerinin olması, bu tür hastalarda iyileşme vs. konularında yeterli mesleki tatmin sağlanamaması vb. birçok nedenden dolayı mevcut sistemde kendilerini üçüncü basamağa daha yakın gören klinisyenlerin isteksiz ve motivasyonsuz yaklaşımlarına göre kendi işleri olarak görecekları bu tür hizmetlerde çok daha yüksek verim elde edilebileceklerdir. Bu sistemin sahadaki tespit ve denetimleri aile hekimleri tarafından yapılarak bazı hukuki düzenlemelerle bu tür hastalar

için SGK'nın sağlayacağı ilaç ve tıbbi malzeme temininin kolaylaştırılması, belediyelerin vereceği evde bakım hizmetlerinin birleştirilmesi neticesinde ciddi bir toplumsal sağlık ve sosyal sorun büyük ölçüde giderilmiş olacaktır.

Burada kritik yaklaşım farklılığı, bu hastaların asıl hekiminin aile hekimleri olmasıdır. Aile hekimlerinin üzerlerindeki gereksiz yükler alınarak gerçekte olması gereken işlevselliklerine ulaşmaları sağlanırsa bu tür hastalara en yakınlarında olmaları ve devamlılıkları sayesinde en iyi hizmet koordinasyonunun aile hekimlerince sağlanması doğaldır. Bu çerçevede BBB yapısı içerisinde oluşturulacak bir koordinasyon merkezi tarafından aile hekiminden gelecek bakım ve sağlık desteği taleplerinin evde bakım ve evde sağlık hizmetleri birimlerince karşılanması sağlanarak hem hastaların ihtiyacı maksimum verimlilik ve ekonomi ile sağlanacak hem de aile hekimleri mesleki ve hukuki usulsüz talepler karşısında zor durumda kalmayacaklardır.

Bu şekilde sorunu bir bütünü parçası olarak çözmek yerine, eldeki en büyük hekim ve yardımcı sağlık personeli stoku olan aile hekimliğine ilave iş aktarımı şeklinde bir yaklaşım kolaylığı sadece günü kurtarmaya yönelik bir caba olmaktan öteye geçmeyecektir. Sorunları halının altına süpürerek gidermiş olmayacağımız gerçeğini de göz önünde bulundurarak sağlık sistemindeki tüm konuların birbirleri ile ilintili olduğu bilinci ile evde sağlık hizmetleri konusuna sistemsel bakış açısı ile kalıcı çözümler üretmek, hem en ekonomik hem de en hızlı ve doğru yaklaşım olacaktır.

Aile Hekimliği Akademisi

Bütün bu birimlerin bilimsel ve eğitimsel tarafları kurulacak "Aile Hekimliği Akademisi" tarafından yapılarak aynı zamanda personelin hizmet içi eğitimleri ile gündemde sürekli yer tutan yasal mevzuatta da hayatiyet bulan sistemdeki mevcut pratisyen hekimlerin uzmanlık eğitimlerinin pratik çalışma alanları olarak AHB'ler ile birlikte kullanılabilirlerdir.

Bütün bu eğitim süreçlerinin tek bir yapı Aile Hekimliği Akademisi tarafından yapılması, esasen diğer kliniklerin her birinden azıcık öğrenme şeklinde yürütülen Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimlerinin de gerçekten birinci basamak eğitimi şeklinde yürütülmesine, mevcut ASM'lerle birlikte fiziki alt yapının kurulmasını da sağlayacaktır. Bu çerçevede birinci basamağın kaliteli hizmet sunması ile sürdürülebilirliği konularında kazanımlar sağlanacağı gibi aynı zamanda evrensel anlamda birinci basamağa bilimsel katkıları da ülkemizden sağlanmış olacaktır.

Esasen diğer uzmanlık alanlarından tamamen farklı bir yapısı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili verilecek eğitimin klasik uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmesi olası değildir. Her şeyden önce birinci basamağın eğitiminin her branştan azıcık eğitim şeklinde düşünülmesi temel hatadır. Aile hekimliği içeriği açısından hasta olmadan önceki dönemleri de kapsadığından günlük hayat içerisinde asıl eğitimini sahada hastanelerin dışında yürütmek durumundadır. Bakış açısı, hasta olduktan sonra tedavi etmek değil de, hasta olunmasını önlemek olan bir disiplinin hastanelerde hastalar içinde her branştan azıcık bilgi verilerek her konuda bilgi sahibi yapılacakları iddiası ile bir programa tabi tutulmaları ana fikre aykırıdır.

Aile hekimliği eğitimi koruyucu hekimlik felsefesi temelinde sahada sağlam insanları da kapsayacak şekilde dünya örneklerini de dikkate alarak tamamen ayrı bir bünyede kendine özel programlar hazırlanarak teorik ve pratik uygulamalarla yürütülmelidir. Bütün bu süreç asla saha pratiğinden ayrı düşünülmeden sürekli işbirliği ve birliktelik halinde organize edilmelidir. Yetiştirilecek aile hekimleri ileride yapacakları işe uygun ortamlarda tamamen aile hekimi bakış açısı ile ve pratik uygulamaları ile bu programları tamamlayarak uzman olduklarında hastanelerde 2. ve 3. basamak hekimi olarak değil saha da aile hekimi olarak çalışmak felsefesi ile tercihlerini belirlemeli eğitimlerini tamamlamalıdır.

Böylece aile hekimliği asistanları asla işleri olmayan, felsefesi farklı acil servis veya klinik branşlarda nöbet dolgusu olarak çalışarak aslında kesinlikle o çalıştıkları birimlerin hastası olmadıkları için sürekli birer enjeksiyon ya da sevk belgesi ile yollamak zorunda kaldıkları birinci basamak hastaları yerine kendi işleri olan ve çözüm getirdikleri birinci basamak sağlık sorunları ile uğraşarak gerçekte olmaları gereken şekilde bir geleceğe yönelik eğitim sürecini tamamlamış olacaklardır.

Bu tür bir eğitim alt yapısı sadece yeni yetişecek aile hekimlerinin ve ASE'lerin değil, aynı zamanda sistem içinde bulunan personelin de idame eğitimlerine büyük ölçüde katkı sağlayacak ve hizmetin bilimselliğini ve güncelliğini arttırarak kalitesini yükseltecek önümüzdeki dönemlerde büyük birer sorun olarak gündemimizi meşgul edecek malpraktis konusunda da olumlu katkı sağlayacaktır. Artık bu ülkede sorunları önümüze çıktıkça değil de önceden planlayarak bütüncül yapıları içerisinde çözmeyi öğrenmeliyiz.