

Hasta merkezli bakım ve eğitim hastaneleri

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni ve aynı fakültede 1991 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimini bitirdi. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2010 yılında İş İdaresi master programını ve sağlık kurumları yöneticiliği programını tamamladı. 2005 yılından beri Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu olarak görev yapmaktadır. 2008 -2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan olan Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi, editörlüğünü yaptığı 10'dan fazla tıp kitabı mevcuttur.

Otuz dokuz derece ateşi olan ve havale geçirmekte olan 3 yaşındaki Mehmet'i 112 ambulansı saat 03.30 sıralarında ilin en büyük eğitim hastanelerinin birinin acil servisine getirdi. Acil serviste onlarca hasta vardı ve içerisi ana-baba günüydü. Etrafı bir anda doktor ve hemşirelerle sanldı. Daha sonra gençlerden biri elinde bir takım kâğıtlarla gelerek anamnez almak

istedi. O sırada Mehmet'in annesi Ayşe Hanım, "Siz doktor musunuz" diye sordu. "Hayır" diye cevap verdi genç, "İnternüm, 3 ay sonra mezun olacağım". "Gerçek bir doktor yok mu burada?" diye sesini yükseltti Ayşe Hanım. Yan taraftan koşarak biri daha geldi. "Buyrun efendim, ben Dr. Can". "Uzman doktor siz misiniz" diye sordu bu kez Ayşe hanım. "Hayır" dedi Dr. Can. "Ben asistanım". "Burada hiç gerçek doktor yok mu" diye sesini biraz daha yükseltti Ayşe Hanım.

Ortalık karıştı; herkes bir hastayla ilgileniyordu. "Burası eğitim hastanesi" diye söze girdi Dr. Can, "Uzman hekimimiz içerde başka hastaların başındalar." "Ben öğrenci istemiyorum, doktor istiyorum" diye üsteledi Ayşe Hanım. O sırada bir hemşire, Mehmet'e bir damar yolu açmış ve enjektöre ilaç çekmişti bile...

Bazı hastalar, eğitim ve araştırma hastanelerinin, diğer hastanelere kıyasla daha "bilimsel", daha "yenilikçi" ve





Kitaplardan veya internetten edinilen tıbbi bilgiler sonuçta birer “enformasyon”dur. Bu bilgilerin sistematik olarak öğrenilmesi ve çıkarımlarda bulunulabilmesi, “bilim”in öğrenilmesi ile mümkündür. Edinilen bilimin, etik, ahlak, empati ve irfan yetileri ile harmanlanarak hastalara sunulması ise “ilim” olsa gerektir.

“son gelişmeleri takip eden”, dolayısıyla daha güvenilir olduğuna inanırken bazı hastalar ise “kendilerinin denek olmadığını”, “hastalıklarının en kısa sürede şifa bulması için, henüz öğrenci konumunda olan asistanlardan değil de, işinin ehli uzman hekimlerden hizmet almak istediklerini” söylemektedirler. Bir yandan, ülkede uzman hekim açığı vardır ve bunun kapatılabilmesi, ancak eğitim hastanelerinin ve buralarda eğitim alacak olan asistan sayısının artırılması ile mümkündür. Diğer yandan ise, hizmet kalite standartları yürürlüktedir; hastanelerin duvarlarında asılı olan “vizyon ve misyon” tabelalarında büyük laflar edilmekte, büyük hedeflerden bahsedilmekte, hastalara verilen önemden, hasta merkezli bakımdan dem vurulmaktadır. Hasta hakları büroları (yeni adıyla hasta iletişim büroları) her hastanenin en aktif çalışan yerlerinden biridir. Hastanelerin değerlendirilmesinde, hastalardan gelen şikâyetlerin azaltılması, hastanelerin verimli çalışması (yani kar etmesi) ön planda çıkmakta, bazen eğitim salonları kapatılarak, hasta odası haline dönüştürülebilmektedir. Bir diğer yandan da, bazı hastaneler nöbetlerini döndürebilmek için akla gelen ilk çözüm olan, ucuz işgücü ve nöbetçi uzman açığını kapama potansiyeli dolayısıyla daha fazla asistan almak istemektedirler.

O zaman Ayşe Hanım, her ne kadar kendi isteğiyle olmasa bile, bu eğitim hastanesine gelmekle hata mı etmişti? Acaba doğrudan bir özel hastaneye veya bir devlet hastanesine gitseydi, daha mı iyi hizmet alacaktı, daha mı iyi bakılacaktı, daha mı iyi tedavi görecekti? “Şu anda ciddi bir durum söz konusu değil, ama birkaç saat gözetim altında kalmasında fayda var. Çok isterseniz sizi istediğiniz bir başka hastaneye sevk edebiliriz” dedi Dr. Can. Ayşe Hanım soran gözlerle Dr. Can’a baktı.

Dünyanın her yerindeki eğitim hastanelerinde asistanlar, uzmanlar gözetimi ve denetimi altında hasta bakım hizmetlerine katılırlar. Uzmanlar her ne kadar tıbbın “sanat” yönünü icra etseler de, birçok koşulda asistanlar, acemiliğin vermiş olduğu heyecan, gençliğin dinamizmi ve öğrenme iştiahi içinde hastalarını daha iyi muayene edebilir, daha iyi anamnez alabilir ve bazen sordukları çok “safça” ama çok “anlamlı” sorular ile tedavinin yönlendirilmesine katkıda bulunabilirler. Birçok uzmanın, eğitim hastanelerinden ayrıldıktan sonra, asistanların oluşturduğu bu rekabetçi ortamdan çıktıklarını ve eski dinamizmlerini kaybettiklerini itiraf etmelerine şahit olmuşuzdur. Asistan, eğitim almak için geldiği hastanede bol vaka görmek ister, zamanla kendisi karar verme süreçlerinde aktif rol almak ister. Zaten uzmanlık eğitimi de böyle bir süreci öngörür. Bir yandan da hastaneler, hasta memnuniyetini artırmak, daha fazla hasta bakmak, daha fazla kazanmak ve hekimlerine daha fazla ödeme yapmak ister. Acaba hasta merkezli olmak demek, hastanın her “isteğini” yerine getirmek demek midir?

Hekimin görevi son tahlilde, karşısındaki insanın hayatına sağlıklı bir şekilde devam edebilmesini sağlamaktır. Bunun için koruyucu hekimlik uygulamalarının yanı sıra bozulan sağlığı düzeltmek için yapılan girişimler ve bireyin tekrar gündelik yaşamına dönebilmesini sağlayıcı kapsayıcı bir takım düzenlemeler yapılması gerekir. Bunları yaparken elindeki kaynakları en verimli şekilde kullanması istenir. Artık her hastanenin en önemli faaliyet alanlarından biri haline gelen kalite yönetim sistemlerinde kaynakların yanlış kullanımı üç başlık altında sayılabilir: Az kullanım, çok kullanım, kötü kullanım. Kalite yönetim sistemleri, ilk olarak sanayide ortada çıktığı için ortaya atılan orijinal kavram “müşteri odaklılık”tır. Bu kavram hastanelere uyarlandığı zaman “hasta odaklılık” ortaya çıkmıştır. Buradan ilham alarak, “müşteri her zaman haklıdır” paradigması ise “hasta her zaman haklıdır”a dönüştürülmüştür. Eskiden profesyonelliğin gereği olarak söylenen “Bize güven, gerisini merak etme sen” ifadesinin yerini “Bana ne istediğini söyle, biz de sana onu sunalım” düsturu almaya başlamıştır. Bu ise, “istekleri” yerine getirilmeyen bazı vatandaşların hekime karşı şiddete başvurmaları için adeta zemin hazırlamıştır.

“Belki beyninde bir şey vardır, bir tomografi de mi çekmeyeceksiniz yani?” diye sordu Ayşe Hanım. “Hayır” diye yanıtladı Dr. Can.

Hastalara güvenli ve etkili bir sağlık hizmeti sunumu sırasında, hastaların “ihtiyaçları” ile “isteklerini” birbirinden ayırt etmek gerekir. Hasta, kendini

ifade edemeyecek bir çocuk olduğu zaman, ailesinin istekleri, onun çıkarına olmayabilir, hatta anne ve babasının farklı istekleri olabilir. Bazen bu durumlarda hekim, çocuğun yanında yer alarak, adeta onun avukatı gibi davranarak, çocuğun çıkarlarını, diğer tüm kişilerin istek ve arzularına karşı korumak durumunda kalabilir. Hasta odaklı bakım ile ilgili olarak öne sürülen en önemli 3 “özyeş” şunlardır: 1) “Hastanın ihtiyaçları önceliklidir.” 2) “Bensiz benim hakkımda bir şey yapılamaz” 3) “Her hasta tek hastadır”. Ancak günlük pratikte bunlar her zaman gerçekleşmez. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin de “ihtiyaçları vardır” ve onların da karşılanması gerekir. Hasta hakkında karar verilirken birçok kez hastaya sorulmaz, çoğu şey “öyle gerektiği” için doğal olarak yapılır. Hastalar ise nadiren tek hastadır, çünkü hastanelerde yüzlerce hasta vardır ve çoğu kez hasta, bir protokol numarası veya bir oda numarasından “ibarettir”.

Ayşe Hanım, yanındaki yatakta yatan çocuğun annesine dönerek; “Buraya gelmekle hata mı ettim acaba?” diye sordu. Bunlar da hastalarla hiç ilgilenmiyorlar! “Yooo” diye yanıtladı Sibel Hanım. “Biz de gece çocuğum nefes alamadığı için geldik ama çok şükür yapılan tedaviyle şimdiki rahatladı. Sabah bizi göndereceğini söyledi Dr. Can”.

Asistanlar için “güzel hasta”, kendisinin çok şey öğrendiği, az görülen bir hastalığa veya birçok komplikasyona sahip, belki de yakın zamanda kaybedilebilecek olan bir hastadır. Hastaneler için “güzel hasta”, hastanın, hastane idaresinin tüm isteklerine koşulsuz evet dediği ve masrafı en az olan hastadır. Hastalar için ise “güzel” hastane, her isteklerinin derhal yerine getirildiği, hiç sıra beklemedikleri, komplikasyonların ve mortalitenin hiç olmadığı hastanedir. Hastanelerin “hastalar tarafından idare edilmesi”, hala daha birçok hekim için söz konusu dahi yapılmaması gereken bir durumdur. Hastalar için “güzel hastane” ise çok daha farklıdır. Hasta sahiplerinin hastanelere her istedikleri zaman rahatça girip çıkabilmeleri, hastaların istedikleri yemeği yiyebilmeleri, istedikleri gibi giyinebilmeleri, hekimlerle hastaların birlikte vizit yapabilmeleri, hastaların kendi dosyalarının tümüne sahip olabilmeleri ve hekimlere dosya inceleme için “izin vermeleri”, kararların ortak alınabilmesi gibi durumlar, eğitim hastaneleri bir tarafa çoğu özel hastanede bile “kabul edilemez” koşullar kategorisine girmektedir. Bir de bunun üstüne, asistanların ve internlerin, aynı hastayı tekrar tekrar muayene etme isteklerini ekleyin... Hastaların “aşırı ve gereksiz” isteklerinin, uygun bir eğitimle önlenebileceği ileri sürülebilir, ancak bu tip isteklerin yine de daha “eğitilmiş” hastalardan geldiğini göz ardı

etmemek gerekir. Hastaların isteklerine karşı hekimlerin daha "özverili" olmaları beklenir. Gerçekten de hekimlerin ne kadar özveriyle çalıştıklarına dair yüzlerce olay ve anekdot anlatılabilir. Birçok kez hasta, yalnızca bir numaradan ibaret değildir. Hastasıyla empati yapmayan hekim hemen hemen hiç yoktur. Tüm bunlar meydana iken, daha fazlasını beklemek, "paranın karşılığını almak" istemek ne kadar doğrudur? Hastaların büyük bir kısmı hala daha hekimlerin kendilerinden "uzak durduğunu", "ilgi lenmediğini", "kaba davrandığını" iddia etmektedir. İşin ilginç tarafı, bu durum yalnızca ülkemize has bir olay değildir ve hekim-hasta ilişkilerinin en iyi olduğunu düşündüğümüz Batı ülkelerinde de farklı değildir.

Dr. Can, bir hemşireyle birlikte gelerek, Mehmet'i tekrar muayene etti. Ateşi düşme eğilimindeydi, bilinci açılmıştı, su bile içmişti. "Sevindim" dedi Dr. Can yanındaki hemşireye, hasta yanından ayrılırken. "Basit bir ateşli konvülsiyon ama aile tedirgin olmakta haklı. Biraz daha düzelse sabaha evine göndeririz."

Aslında asistan eğitiminin temel bileşenlerinden biri de, hastalıklarla ilgili yetkinliklerin yanı sıra, hastalarla iletişim, empati, etik ilkelerin öğrenilmesi gibi konulardır. Bunların da öğrenilmesi için asistanların yeteri kadar hasta ile muhatap olmaları ve hocalarından bu konularla ilgili davranış modellerini edinmeleri gerekmektedir. Kitaplardan veya internetten edinilen tıbbi bilgiler sonuçta birer "enformasyon"dur. Bu bilgilerin sistematik olarak öğrenilmesi ve çıkarımlarda bulunulabilmesi, "bilim"in öğrenilmesi ile mümkündür. Edinilen bilimin, etik, ahlak, empati ve irfan yetileri ile harmanlanarak hastalara sunulması ise "ilim" olsa gerektir. Bu ilmin öğrenilmesi ise, oldukça uzun bir süreci kapsar ve ancak hoca-öğrenci ikilisi içinde öğrenilebilir.

16 saatlik acil servis nöbeti ve uykusuz geçen bir geceyi takiben Dr. Can ertesi sabah tekrar kendi hastalarının muayene ve tetkiklerini yapmak üzere servisine çıktı. Bu esnada Mehmet de annesinin kucağında, gülücükler atarak acil servisten evine doğru gitmekteydi. Hastanenin fatura servisi ise, Mehmet'e ait 25 TL'lik faturayı ilgili kuruma göndermek üzere hazırlıyordu.

Eğitim hastanelerin kâr edememesinin en önemli nedenlerinden birisi, tedavi maliyetleri yüksek olan kronik veya problemlili hastalardır. Hele bu hastaların büyük bir kısmının paket fiyat kapsamında değerlendirildiğinde, komplike hastaların tetkik maliyetleri, paket fiyatın çok daha üzerinde gerçekleşmektedir. Diğer yandan genel olarak bakıldığı



Dr. Orhan Doğan

Karikatür: Dr. Orhan Doğan

zaman, nüfusun % 10'u sağlık harcamalarının % 70'ini yaparken, nüfusun % 50'sini oluşturan sağlıklı kesim ise, sağlık harcamalarından % 3 pay almaktadır. Yüksek maliyetli hastaların hemen hepsi, sık sık hastaneye gelmekte, hatta yatmakta, yoğun bakımları daha fazla kullanmakta ve % 20'si ise hastalığın ortaya çıkmasından sonraki ilk yıl içinde kaybedilmektedir. Bu hasta grupları arasında kalp yetmezliği, kanser, diyabet, hipertansiyon, akciğer hastalıkları, mental bozukluklar ve travma ile ilişkili durumlar sayılabilir. Aslında hastanelerin (ve sağlık sisteminin) bu tip yüksek maliyetli hastaları önceden tanıması, öngörmesi ve sekonder koruyucu önlemler olarak toplam maliyetleri düşürücü faaliyetler yapması gerekir. Örneğin yaşlı bir hastada 10 günlük bir yatak istirahati sonrasında ortaya çıkan kemik kaybının yerine konması 4 ay almakta, bu süre içinde kemik kırıkları riski yüksek bulunmaktadır. Tıpkı prematüre doğumların önlenmesi, doğan bebeklerin en iyi şartlarda bakılarak serebral palsi ve öğrenme güçlüğü olan çocuk sayısının azaltılması gibi. Zira bu grup hastalar, yaşlı kronik hastalardan çok daha uzun süre yaşadığı için, toplumsal ve sağlık sistemine maliyeti çok daha yüksek olmaktadır. Aslında burada dikkat edilmesi gereken çok önemli bir nokta bulunmaktadır. Tıpkı asistanların "güzel hasta"dan kastının komplike hasta olması gibi, yüksek maliyetli hastalıkların maliyetinin "kime" olduğu; bu yüksek maliyetlerden kimlerin ise "kazançlı" çıktığı masaya yatırılmalıdır. Bazı durumlarda hastaneler, "yüksek maliyetli" hastalara hizmet vermeyi daha fazla isteyebilmekte, böylece daha çok kazanacağını ve hekimlerine daha fazla performans ödemesi yapabileceğini düşünmektedirler. Zira günümüzde performans ödemelerinin maliyetlerle olan bağlantısı kurulabilmiş değildir. Yani hastaneler yerine göre, hem "komplike" ve "yüksek maliyetli" hastalardan şikayet ederken, hem de eğitim ve performans açısından bu hastaların müracaatlarının

dan memnun olmakta, hatta artırmaya çalışmaktadırlar. Diğer yandan diyabetli bir hastanın veya prematüre bir bebeğin çok iyi bakılarak daha uzun süre yaşatılması, bu hastaların uzun dönemde sisteme olan maliyetlerini de artıran bir unsurdur. Günümüzde yıllık sağlık kuruluşlarına müracaat sayısı ortalama 8 civarına ulaşmıştır. Bu sayı, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımını mı, yoksa yetersiz kullanımını mı göstermektedir? Uzman hekim sayısının fazla olduğu yerlerde maliyetlerin yüksek oluşu, uzman hekimlerin daha fazla kaynak kullandığını mı yoksa bazı kaynakların gereksiz yere kullanıldığını mı gösterir? Eğitim hastanelerinde tedavi kararlarının çoğu kez ortak karar ile alınması, bazı durumlarda maliyetleri azaltan bir işlev görürken, bazı durumlarda ise artırıcı bir faktör olabilmektedir. "Ortak" kararların alınmadığı birçok hastanede, yazılan ilaçların % 40'a kadar varan kısmının kanıta dayalı olmadığı veya hastanenin rutin uygulamaları içinde bulunmadığı, çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu durum, bazen hastaların "gereksiz" istekleri ile de çelişebilmektedir.

Başta dönecek olursak, hekimlerin temel görevi, hastalarını sağlıklarına kavuşturmak ve sağlıklı bir hayat sürmelerine yardımcı olmaktır. Aslında eğitim hastaneleri, bu işlevi en güzel şekilde yerine getiren kurumlardır ve bu bağlamda hasta merkezli bakımın da en güzel şekilde verildiği, daha doğrusu verilmesi gereken yerlerdir. Her ne kadar bazen maliyet unsurları ön plana çıkırsa da, aslında eğitimin "getirisi", birçok maliyet unsurunu bertaraf edecek niteliktedir. Önemli olan bu eğitimi, usulüne uygun olarak sağlayabilmektir. Bunun için de eğitimin önemine ve gereğine gerçekten "inanmış" yöneticilerin eğitim hastanelerini yönetmesi gerekir, aksi ise tam bir "hüzün" olacaktır.

Mehmet mi? O zaten SGK güvencesine sahip olduğu için bütün kontrollerini aynı hastanede devam ettirdi...