

Yeni bir sağlık ve hizmet anlayışına doğru

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı Doçenti, 1994 yılında da Profesör oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Önümüzdeki yıllarda nitelik değiştirerek artacak olan sağlık hizmeti talebine karşı bulunacak iki çözüme hazırlıklı olmalıyız. Bunlardan birisi kronik ve çoklu sağlık sorunları nedeniyle evlerinde sağlık hizmeti almayı tercih edenlere yönelik e-vizitlerden tele-cerrahiye uzanan bir yelpazedeki tele-sağlık hizmetleri; diğeri ise birinci basamak tanı-tedavi hizmetlerinde hekim olmayan sağlık profesyonellerinin artacak olan rolü. 2030 yılında OECD ülkelerindeki 65 yaş üzeri nüfus toplam nüfusun %22'sine ulaşarak 1990'dakinin iki katına çıkmış olacaktır. Ülkemizde de bugün için toplumun %7,7'sini oluşturan 65 yaş üzeri nüfusun 2023 yılında %10,2'sini, 2050 yılında ise %20,8'ini oluşturması beklenmektedir. Bunun anlamı daha çok kronik hastalık ve sağlık hizmeti ihtiyacı demektir. Ancak, bu yaş grubunun ihtiyacı olan hizmet artık geçmişte olduğu gibi hekim odaklı değil, diğer sağlık profesyonellerince verilecek hizmet olacaktır. İleri yaş grubunda olup da birden çok kronik sağlık sorunu ile yaşamak durumunda olan bireylerin hastane ortamında tedavileri yerine evlerinde bakıma ihtiyaçları olacak; verilecek hizmetler, hastalıkları tedavi etmekten çok kişilerin yaşam kalitesini arttırmak, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak amacını taşıyacaktır.

Sağlık için günümüzde yaygın kabul gören tanım, Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş yasasında yer alan tanımdır. Buna göre, "sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali"dir. Bu tanımın da yeterli olmadığı gerekçesi ile "bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali"ne, "aile, toplum ve iş ortamının gerektirdiği gündelik faaliyetlere katılabilme ve değişen koşullara ayak uydurabilme yeteneğine sahip olma" ifadelerinin eklenmesinin daha uygun olacağı kabul gören bir yaklaşımdır (1). Öte yandan sağlık okuryazarlığı ve iletişim kanallarının gelişmesine paralel olarak erişkin yaş gruplarında da sağlık davranışları, daha çok profesyonel hizmet arayışı doğrultusunda değişeceğinden, zaten yetersiz olan sağlık personeline duyulan ihtiyaç daha da artacaktır. Bunun için bulunacak çözümlerden birisi olan tele-sağlık uygulamalarının çoktan yaygınlaşmaya başladığı görülmektedir. Uzun bir zamandır tıbbın hemen her dalında verilmeye başlanmış olan tele-tıp hizmetleri, tele-evde bakım, tele-cerrahi, tele-konsültasyon, tele-izlem, gibi sağlıkla ilgili tüm alanlarda kullanılmaktadır. Hekim muayenehanelerinde veya hastane polikliniklerinde yapılan geleneksel muayene yöntemleri yerini yavaş yavaş e-vizitlere bırakmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre 2014 yılında ABD ve Kanada'daki e-vizit sayısı 75 milyonu

bulmuştur. Aynı çalışmaya göre Kuzey Amerika'da bir yılda gerçekleşen 600 milyon birinci basamak hasta muayene işleminin en az yarısının e-vizit yolu ile halledilmesi mümkündür (2). Bu uygulamaların hasta memnuniyeti ve maliyetler açısından da sayısız yararlarının olduğu ileri sürülmektedir.

Yakın bir tarihte evimizin duvarları, giysilerimiz, sağlık durumumuzu hızla değerlendirip olası sorunlar konusunda bizi uyanan sensörlerle donanmış olacaktır. Birkaç yıl içerisinde her bireyin kendi DNA analizini makul bir fiyat karşılığında yapmasına imkân sağlayacak el laboratuvarlarının gelişmesi beklenmektedir. Bu şekilde bireysel riskler bireylerin kendileri tarafından zamanında saptanabilecek, bireye özgü tanı ve tedavi planlanması mümkün olabilecektir. İlk prototipleri İsviçre'de kullanılmaya başlanan akıllı kontakt lensler sağlığımız konusunda bizi sürekli bilgilendirecek yardımcılarımız haline gelecektir. Gelişen robotik yöntemler sayesinde bir yandan nano robotlarla vücudumuzun herhangi bir bölgesinde tanı ya da tedavi amaçlı işlemler yapmak mümkün olacak, bir yandan da bir cerrahın tele-robotlar sayesinde binlerce kilometre uzaklıktaki hastasına müdahalesi mümkün hale gelecektir.

Tüm bu teknolojik gelişmeler doğal

olarak yeni mesleklerin ortaya çıkmasını, eskilerin güç ve yetki alanlarının yeniden tanımlanmasını gerektirecektir. Bu doğrultuda halen dünyanın pek çok yöresinde sorunlu olan ilk basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimlerinin, genel pratisyenlerin işlevi azalacak, bunun yerine hekim yardımcısı, pratisyen hemşire, kiropraktör, sağlık memuru, optometrist, fizyoterapist, ergoterapist, psikolog gibi mesleklerin önemi artacaktır. Nitekim hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde bunların örnekleri şimdiden hızla artmaya başlamıştır. Örneğin, ABD'deki hekim yardımcıları ve pratisyen hemşireler 4 yıllık üniversite eğitimi almış ve birinci basamakta pek çok tanı ve tedavi işlemini başarı ile yapabildiği sağlık personelidir. Yapılan araştırmalara göre hekim yardımcıları, pratisyen hekimlerin yaptıkları işlerin %85'ini başarılı şekilde yapabilmektedir (3).

ABD'nin pek çok eyaletinde pratisyen hemşirelerin tanı koyma ve tedavi verme hatta reçete yazma yetkisi bulunmaktadır. Ülke çapında 500'den fazla pratisyen hemşirelik kliniği bulunmaktadır ve 2013 yılında buralara başvuru sayısı 900 milyondan fazla olmuştur. Pratisyen hemşirelerin kendilerine başvuran aile hekimliği vakalarının %90'ını başarı ile tedavi edebildiği görülmüştür (4). Hekim yardımcılığı ve pratisyen hemşirelik uygulamalarının hekimlerin prestijini ve güç alanlarını azaltması beklenmediği, tam aksine bu şekilde hekimlerin kendilerine gerçekten ihtiyacı olan hastalara daha fazla zaman ayrılabilmesi anlaşılmaktadır. Hekimden daha kısa eğitim görmüş bazı sağlık mesleklerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimin yerini doldurabileceğine ilişkin çok sayıda örnek bulunmaktadır (5, 6).

Sovyetler Birliği'nde yaygın olan ve halen pek çok eski Sovyet ülkesinde hizmet veren Feldsherler 4 yıllık üniversite eğitimi görmüş sağlıkçılar olup bunların hizmet sundukları mahrumiyet bölgelerinde hastalık tanı ve tedavisinden doğum ve küçük cerrahi işlemlere kadar pek çok hizmeti başarı ile verebilmektedirler (7).

Hindistan'daki Kırsal Tıp Yardımcıları (RMA) 3,5 yıllık bir üniversite eğitimi ve 1 yıllık stajı takiben kırsal kesimdeki sağlık merkezlerinde tam yetki ile hekimlik yapmaktadırlar (8). Ayurvedik tıp eğitimi almış olan AYUSH sağlık memurları da bir tür birinci basamak hekimi olarak çalışmaktadırlar. RMA ve AYUSH'ların verdiği birinci basamak sağlık hizmetinin hekimlerce verilen hizmetle karşılaştırıldığı bir çalışmada hasta memnuniyeti açısından RMA'lardan hizmet alanlar (%85) ile hekimlerden hizmet alanlar (%84) arasında hiç fark bulunmadığı, AYUSH'lardan hizmet alanların mem-

nuniyet yüzdelerinin de bunlara yakın olduğu (%80) görülmüştür (9). Sahra-Altı Afrika ülkelerinde yaygın biçimde hizmet veren sağlık memurluğu uygulaması (10), Çin'de Mao dönemindeki çıplak ayaklı doktorlar hep bu ihtiyaçlar nedeni ile ortaya çıkmış ve birinci basamakta başarı ile hizmet vermiş, veren sağlık meslekleridir.

Peki, bu değişim hekimlerin önemini, hekimlik mesleğinin değerini azaltacak mıdır? Tabii ki hayır. Tersine hekimler kendi bilgilerinin daha gerekli olduğu ikinci ve üçüncü basamak sağlık örgütlerinde hizmet sunacak, birinci basamak sağlık örgütlerine ise danışmanlık hizmeti verecektir. Kaçınılmaz olan bu değişimi hekimlerin şimdiden görerek kendilerini hazırlamaları, geleneksel rollerindeki değişikliğin sahip oldukları saygınlık ve güç alanlarının azalması ile ilgili olmadığı konusunda ikna edilmeleri gerekmektedir.

20. yüzyıl hekimler için çok parlak geçmiş, hekimler bu yüzyılda tarihin hiç bir döneminde olmadığı kadar prestij ve gelir elde etme imkanı bulmuşlardır. Önemli buluşlar ve tıbbi gelişmeler bu yüzyılda gerçekleşmiş, hekimlik mesleğini şarlatanlıktan ayıran ve gücünü pekiştiren yasal düzenleme, yetkilendirme süreçleri hep bu yüzyılda olmuştur. Özellikle bilişim teknolojilerindeki gelişmeler tıbbi bilgi üretimini ve paylaşımını hızlandırmıştır. Bilgi artışı kaçınılmaz olarak uzmanlaşmanın da artmasına neden olmuş, toplumdaki demografik dönüşüm ile ortaya çıkan yaşlılık ve kronik hastalıklar, uzmanlaşmayı teşvik edici rol oynamıştır. Ancak uzmanlarca sunulan hizmetlerin yaygın olduğu bölgelerde yapılan çalışma ve derlenen istatistikler bu hizmetlerin beklenen yaşam süresinde ve yaşam kalitesinde hiçbir olumlu katkı sağlamadığı yönündedir (11). Hasta bakım hizmetlerinin tamamen hekim dışı sağlık mesleklerine bırakılması, tanı-tedavi hizmetlerinde bile hekim dışı mesleklerin daha çok rol alması, hatta tamamlayıcı tıp uygulamalarına alan açılması için gerekli düzenlemelerin yapılması gerektiği görülmektedir.

Ülkemizdeki sağlık sorunlarının çözümü için var olan sağlık mesleklerinin işlevine bu açıdan bakıldığında durum çok vahimdir. Sayıları zaten yetersiz olan hekimlerin pek çoğu uzmanlık gerektirmeyen, hatta hekim olmayı gerektirmeyen işlerle meşguldür. Örneğin Göz Hastalıkları Uzmanları hala gözlük reçetesi ile uğraşmakta, Kadın-Doğumcular doğumla, Dermatologlar ve Plastik Cerrahlar estetik işleri ile meşgul edilmektedir. Bel ve sırt ağrıları Beyin ve Sinir Cerrahisi ile Ortopedi ve FTR için hala önemli bir uğraş alanıdır. Oysa

demografik dönüşümünü bizden önce gerçekleştiren ülkelerde bu işler çok uzun zaman önce optisyenlik, optometristlik, kiropraktörlük, osteopatlık, estetsiyenlik gibi başka mesleklerle terkedilmiştir. Ülkemizde ise hekimlerin baskınlığı ve vatandaşın beklentileri ile atbaşı giden bir kısır döngü söz konusudur. Hekimler kendi güç alanlarına başka meslekleri sokmamakta, vatandaşta her sorununun çözümü için o sorunun uzman hekimini aramaktadır. Ancak, sürdürülmesi mümkün olmayan bu gidişi herkesten önce hekimler değiştirmeli ve hem saygınlıklarının korunması, hem de toplumun sorunlarının çözümü açısından yeni meslek ve uygulamalara yer açmalıdırlar.

Kaynaklar

1) Durr J, Bailey L, Stoto M, (eds). *Improving health in the community: A role for performance monitoring*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1997.

2) eVisits: the 21st century housecall. 2014. <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Technology-Media-Telecommunications/gxtmt-2014prediction-evisits.pdf>. (Erişim tarihi: 20.01.2015)

3) Bangalore and Framingham. *The future of medicine Squeezing out the doctor: The role of physicians at the centre of health care is under pressure*. *The Economist*, 2012; <http://www.economist.com/node/21556227/print> (Erişim tarihi: 20.01.2015)

4) Kreimer S. *Building better care teams with nonphysician providers*. *Medical Economics*. 19 November 2014. <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/building-better-care-teams-non-physician-providers?page=full> (Erişim tarihi: 20.01.2015)

5) Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. *Substitution of doctors by nurses in primary care*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001271.

6) Abegunde DO, Shengelia B, Luyten A, Cameron A, Celletti F, Nishar S, et al. *Can non-physician health-care workers assess and manage cardiovascular risk in primary care? Bull World Health Organ*. 2007;85(6):432-440.

7) *European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen, 1999.

8) Raha S, Bossert T, Vujicic M. *Political economy of health workforce policy: the Chhattisgarh experience with a three-year course for rural health care practitioners*. Washington, DC: World Bank; 2010. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2816271095698140167/ChattisgarhCase.pdf>.

9) Rao KD, Stierman E, Bhatnagar A, Gupta G, Gaffard A. *As good as physicians: patient perceptions of physicians and non-physician clinicians in rural primary health centers in India*. *Global Health: Science and Practice* 2013;1(3):397-407.

10) Mullan F, Frehywot S. *Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries*. *Lancet*. 2007;370(9605):2158-2163.

11) Baicker K, Chandra A. *The Productivity of Physician Specialization: Evidence from the Medicare Program*. *Information, pricing, and productivity of medical care*. 2004;94(2): p.357-61 AEA PAPERS AND PROCEEDINGS MAY 2004.