

Artış eğilimi gösteren sağlık hizmeti sunumu yükünün klinik eğitime etkileri

Dr. Ahmet Murt



2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet gösteren Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Edinburgh Üniversitesi'nde Tıp Eğitimi yüksek lisansını 2014 yılında tamamladı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapmaktadır. Dr. Murt, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmekte olup Dünya Genç Hekimler Birliği (Junior Doctors Network) 2014/15 Dönem Başkanı'dır.

Tıp eğitimi, özellikle de klinik tıp eğitimi hastalardan bağımsız olarak düşünülemez. Klinik deneyimlerin kazandırılabilmesi kimi klinik eğitim ortamları simülasyonlarla oluşturulmaya çalışılsa da gerçek hastalarla kontrollü (uygun kıdem ve deneyimde bir klinisyenin gözetiminde) bir ortamda yapılacak pratikler, tıp eğitiminin olmazsa olmazıdır. Bu nedenle her tıp fakültesinin birlikte çalıştığı (afilie ettiği) en az bir hastanesi (veya eğitim, araştırma ve uygulama merkezi - EAUM) olmak durumundadır. Bir hastanesi (veya EAUM'i) olması sebebiyle tıp fakültelerindeki klinik eğitim sağlık sistemlerine bağımlıdır. Çünkü alanında ileri derecede uzman sağlık profesyonellerine sahip olan bu hastaneler sağlık sisteminin dışında tutulamaz. Hastaların hangi aşamalardan sonra, hangi şartlarla ve hangi ödeme (veya geri ödeme) mekanizmalarıyla bu kurumlardan hizmet alabildiği hasta yükünü belirleyeceğinden klinik eğitimi de etkilemektedir. Etkin klinik eğitim için planlanması gereken denge oldukça hassastır. Şöyle ki; bir klinik eğitim ortamı, öğrenenlere yeterli sayı ve çeşitlilikte klinik olguyu sunmayı başarırken, öğrenenlerin iş başı öğrenme ortamlarını olumsuz etkileyecek hasta yükünden de kendini koruyabilmelidir. Toplumsal sorumluluğun bir parçası olarak birikimini halka sağlık hizmeti sunarak değerlendirmesi beklenen üniversite ve eğitim hastanelerinin esas var oluş nedeni farklı kademelerde öğrenci veya hekimlerin

eğitiminin eksiksiz olarak tamamlanmasını sağlayabilmektir. Mevcut yetişmiş ileri uzman insan gücü ile enerjisini orantısız olarak hizmet sunumu için kullanmaya başlayan bir eğitim kurumu geleceğin profesyonellerini hedeflediği kalitede yetiştiremeyerek bazı hizmetlerde devamlılığın tehlikeye düşmesine neden olabilir. Bugün toplumun her türlü sağlık hizmetini alabilmesini sağlamak ne kadar gerekliyse, doğru planlamalarla gelecekte de bu hizmetlerin devamlılığını sağlayabilmek aynı derecede gereklidir.

Bahsettiğimiz kurumlardaki hasta yükleri kurumların kendi politikalarından etkilendikleri gibi, genel ölçekte ilgili bölgenin veya ülkenin sağlık hizmeti planlama sistemlerinden de etkilenirler. Bunlara ek olarak hastaların bu kurumlara bakış açısı ve onların tercihleri de bu kurumlara başvuru sayılarının şekillenmesinde rol oynar. Kapıları her türlü hastaya açan bir kurum yönetim politikası, birinci ve ikinci basamaklara başvuru yerine direkt bu kurumlara ulaşılmasını mümkün kılan sağlık sistemi ve birinci veya ikinci basamakta genelde umduğunu bulamayan üçüncü basamağın yolunu tutan hasta tercihleri ile eğitim kurumlarının hasta yükü her geçen gün biraz daha artmaktadır.

Geleceğe yönelik sağlık insan gücünün yetiştirilmesinde ülkeler açısından stratejik öneme sahip eğitim kurumlarının finansal olarak yeterince desteklenmedikleri bir modelde bu kurumlar kendi

öz gelirlerini arttırmak üzere bir refleks geliştireceklerdir. Böylesi bir model, sayı ve kalifikasyon olarak yeterli sağlık profesyoneline sahip bir kurumun kendi kendine yetebileceğini ön görür. Bu sayede sistem, kendi kısıtlı imkânlarını daha çok ihtiyaç duyabileceğini düşündüğü kurumlara ayırır. Kendi kendine yetmesi beklenen kurum ise mali bir darboğaza girdiğinde, gelirleri arttırabilmek için elindeki yetişmiş insan gücünü daha fazla sağlık hizmeti sunmak üzere değerlendirmeye çalışacaktır. Böyle bir sistemde uygun kontrol mekanizmaları oluşturulmazsa eğitimin çoğu zaman aksamaya uğraması pahasına hizmet sunumu arttırılmaya çalışılır. Eğitimin aksamasına neden olan esas başlık "daha az zamanda daha fazla hizmet sunumu üretme" hedefidir.

Bu hedef, birçok alt başlıkla eğitim ortamına tesir eder. Örneğin daha fazla hasta kabul edebilmek için hasta görüşmeleri kısaltılır. Daha kısa yapılan görüşmelerde asistanlara veya öğrencilere yeterli bilgilendirici açıklamaların yapılabileceği zaman da daralacaktır. Daha fazla hasta gören klinik ekip daha fazla yorulacak ve her olguyu birer eğitim konusu olarak tartışmaya yönelik istek de azalacaktır. Buna ek olarak, kurum yönetimi (veya merkezi randevu sistemleri) tarafından sürekli artan sayıda verilen hasta randevularının altından kalkabilmek için öğretim üyesi ile asistan birlikte hasta görmek yerine yan yana farklı odalarda hasta görecekler ve



bu sayede aynı zaman diliminde görülen hasta sayısını artırmaya çalışacaklardır. Bunun sonucu, etkin klinik eğitimin önemli bileşeni olan direkt gözlem unsurunun bir anda yok olmasıdır. Bazen daha fazla hasta görülebilmesi adına verilen hasta randevuları o kadar artar ki, aslında yataklı serviste görevli olan bir uzmanlık öğrencisi hocası tarafından polikliniğe çağrılmak zorunda kalır. Serviste gördüğü hastaların klinik tabloları üzerinden öğretim görevlisiyle çıkarımlar yaparak öğrenme sürecinden geçecek uzmanlık öğrencisi, böylesi bir durumda sadece işlerin aksamasına odaklanacak ve önemli bir eğitim aracı olarak işlev gören yataklı servisler de kaçırılan diğer bir fırsat olacaktır.

Finansal baskı hisseden sağlık hizmeti kurumlarının bir diğer refleksi de “daha fazla gelir getiren” faaliyetlere yönelmektir. Özellikle cerrahi branşlarda geleceğin iyi cerrahlarının yetişmesi için olmazsa olmaz olan, ancak gelir getirmediği hatta zarara sebep olduğu gerekçesiyle öğretim üyelerince yapılması tercih edilmeyen bir ameliyat grubu oluşması bu alandaki eğitimin eksik kalmasına yol açacaktır. Finansal açmazda olan kurumlar, “bazı gider kalemlerinden kesintiler yapma” refleksini de geliştirirler. İşte bu kesintiler için genelde en iyi aday asistan ve öğrencilere ayrılmış olan fonlardır. Nöbet ücretleri veya ek ödemeleri zamanında ödenmeyen asistanların kaybettikleri motivasyon eğitim süreçlerine negatif olarak yansıtılabilmektedir.

Buraya kadar bahsedilen sorunlar silsilesinin çözümünde, merkezi düzenleyicilerin alacakları bazı kararlar etkin rol oynar. Eğitim kurumlarının ön görülen çeşitlilikte klinik olguya hizmet etmeleri ve klinik çıktılar kapsamında belirli kalite göstergelerini tutturabilmeleri koşuluyla geri ödeme sistemlerinden daha kolay ve daha yüksek pay alabilmeleri sağlanabilir. Tabi ki en ideali, yazının devamında da değineceğim gibi eğitim kurumlarına kendi kendilerine yetmeyi başarmak gibi bir sorumluluğun yüklenmemesidir. Çünkü sağlık eğitime yapılacak yatırım ülkeler için en önemli yatırımlar arasındadır.

Sağlık eğitimi kurumlarının önemli güçlerinden biri de öğretim üyeleri ve öğretim elemanlarıdır. Esas görevleri sağlık insan gücünün uygun sayı ve kalitede eğitilmesi olan bu öğretim elemanlarının sayısı son 7 yıl içerisinde 7794'ten 11551'e kadar artış (1,5 katın üzerinde) göstermiştir. Bu sayılar nasıl hesaplandıklarına göre bazen yanıltıcı olabilse de da en azından artış yönündeki bir eğilimi anlatması açısından önemsenmelidir. Ülkelerin sağlık insan gücü yetiştirmek üzere yaptıkları yatırımların önemli bir kısmını bu alanda kalifiye öğretim üyelerinin yetiştirilmesi oluşturur. Yetiştirilen bu öğretim görevlilerinin enerjilerini sağlık profesyonelleri yetiştirmek yerine sağlık hizmeti sunumunda kullanmaları, değerli bir yatırımın uygun kullanılmamasına sebebiyet verecektir. Tabi ki, klinik eğitim ile üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumu birbirlerinin ayrılmaz birer par-

Oldukça değerli olan bir diğer konu, eğitim kurumlarımızda özellikle uzmanlık öğrencilerimizi yüksek kalitede sağlık hizmeti sunma bilinci ile yetiştirebilmektir. Bu bilinç kazanıldığında, hem sağlık hizmetleri üçüncü basamak kurumlara yakışır bir çerçevede olacak hem de geleceğin yetkin uzmanlık hekimlerinin yetiştirilmesi çabaları daha kolaylaşacaktır.



Eğitim ortamlarımızı finansal baskılardan biraz kurtarabilmek adına uzmanlık eğitiminin merkezi bütçeden direkt olarak fonlanabilmesi için çaba harcamamız gerekiyor. Belki, üçüncü basamak kurumlar için SGK tarafından sağlanan hizmet başı %10 ek ödenek bir kazanım olarak görülebilir. Yine de bu ek ödenek direkt bir iyileştirme olmaktan çok, yine hizmet sunumu üzerinden işlemektedir.

çasıdır. Yalnız, bir olgunun klinik eğitim için değerlendirilebilmesi için öğrenen ve öğretene çift yönlü iletişimine izin veren bir görüşme ortamı ve süresine ihtiyaç duyulur.

Birinci ve ikinci basamakta uygun şekilde ayırıcı tanısı yapılmadan ve bir sevk zinciri oluşturulmadan direkt olarak sağlık eğitimi kurumlarının hastanelerine başvuran hastalar, eğitim kurumlarında büyük bir yük oluşmasına sebebiyet verebilmektedir. Eğitim kurumlarının temel felsefe olarak sadece sağlık hizmeti sunumu için planlanmış kurumlar olmamaları, yardımcı personel sayısında ve uygun fiziki koşulların sağlanmasında yetersiz kalmaları sonucunu doğurmaktadır. Birçok sağlık hizmeti kurumu gerek bir gelir kapısı olması, gerekse de öğrencilerine her türlü vakayı bu sayede sunabilmesi nedeniyle bu yükü kabullenmiş durumdadır. Burada atılabilecek bir adım, üniversite hastanelerinin semt poliklinikleri örneğinde olduğu gibi toplumun içinde bazı birinci ve ikinci basamak hizmetleri sunacak ek yapılar oluşturmaları olabilir. Buralarda istihdam edilecek birinci veya ikinci basamak hekimleri ile gelir getirici faaliyetler planlanabilir, öğrencilere ve asistanlara yeteri kadar olgu buralarda sunulabilir ve yönetilemez duruma gelme riskini beraberinde getiren kaotik üniversite hastanesi ortamı bir miktar rahatlatılabilir.

Artan hasta yükünün beraberinde getirdiği önemli sorunlardan biri, hasta merkezli sağlık hizmeti sunulabilmesinin

bir noktadan sonra imkânsız hale gelmesidir. Hasta merkezli sağlık hizmeti, yapılacak tetkikler ve tedavi süreçlerinde hastanın yeterince bilgilendirilerek kararların bir arada verilmesini gerektirir. Kısa görüşmelerde bu hedefe ulaşabilmek oldukça zorlaşmaktadır. Asistanların ve öğrencilerin bu sanatın inceliklerini öğretim gözlemleyerek öğrenmeleri genelde mümkün olamamaktadır.

Klinik eğitimin gereklerinden biri de öğrenciden asistana, uzmandan öğretim üyesine kadar hasta ile ilgili sorumlulukların kademeli olarak artan yapısıdır. Bu yapı, kendi içerisinde birbirini tamamlayan öğrenme ve öğretme gruplarının oluşmasını sağlar. Bu unsurların etkili çift yönlü iletişim içerisinde birbirlerini tamamlayabilmeleri adına her olgu için belirli bir derecede etkileşimde olmaları gerekir. Kişisel deneyimlerim ve gözlemlerim, olgu çeşidine göre 4 - 10 dk. arası bir sürenin sadece bu etkileşime ayrılması gerektiğini düşündürmektedir. Hastanın sağlık hizmeti almak için ihtiyaç duyduğu ortalama 10 dakikalık süre buna eklenince öğrenci (mezuniyet öncesi) olan eğitim kurumlarında her olgu için 15-20 dakika, öğrenci olmayan ortamlarda ise 10-15 dakika ayrılmasının uygun olacağı çıkarımı yapılabilir. Yani planlamanın bir poliklinik odasında 1 saatte bir tıp fakültesinde 3-4, bir eğitim araştırma hastanesinde ise 4-6 hasta görülecek şekilde olması uygun olur. Bu alanda ciddi bir metodoloji ile yapılacak araştırmalara bugün fazlaca ihtiyaç vardır.



Geleceğin ülkeler arası rekabet ortamlarında diğer ülkelerdeki meslektaşlarından daha donanımlı sağlık profesyonelleri yetiştirebilmek için kariyer gelişim basamaklarında zengin çeşitliliğe imkân sunacak ortamın eğitim kurumlarımızda tesis edilmesi de önemsenmelidir. Bu da asistanlarımıza ve öğrencilerimize mesleki ve kariyer gelişimleri için izole zaman dilimleri için fırsat vermemizi gerektirir. Sürekli olarak artan sağlık hizmeti sunum yükü bu zaman dilimlerini de kesintiye uğratacaktır.

Eğitim kurumlarımızda öğretim görevlileri kademesinde üzerinde durulması gereken noktalardan biri de ikili görevler üstlenen kişi sayısının fazlalığıdır. Bu ikili görevlere, klinisyen-egitimci, hekimlik-araştırmacılık, sağlık hizmeti sunumu-yöneticilik gibi gruplamalar örnek olarak verilebilir. Kurumlarımızın ve bir bütün olarak sağlık hizmetlerinin geleceğinin planlanması ve şekillendirilmesinde vizyoner öğretim üyelerimizin bu farklı rolleri de üstleniyor olmaları birçok defa gerekliliktir. Bu nedenle öğretim üyeleri direkt ve kesintisiz olarak sağlık hizmeti sunucusu olarak plana dâhil edilemezler. Bu plan biraz daha farklı faktörleri içererek haftalık çalışma planlarına göre 1 veya 2 günü sağlık hizmeti sunumuna ayırmaları şeklinde yapılabilir. Çünkü ülkemizin, onların yöneticilik becerilerine, yapacakları araştırmalara ve yetiştirecekleri sağlık insan gücüne de ihtiyacı vardır. Görevler arası hassas denge dikkatlice oluşturulmalıdır.

Klinik eğitim ortamlarının en önemli karakterlerinden biri de sürekli geliştirilmesinin gerekliliğidir. Bu amaç için, hem öğrenenler hem de eğiticiler hataların ve eksikliklerin analizlerini sürekli olarak yapıyor olmalıdır. Bu analizler ve sonuçlara göre atılması gereken adımların planlan-

ması ek bir zaman alıcı işlemdir. Hizmet sunumu ile iyiden iyiye meşgul olan bir klinik ortamda bunun başarılabilmesi oldukça zor olacaktır. Bunun yanında bu analizler, hataların ve eksikliklerin rapor edilmesini gerektirdiğinden suçlama temelli ortamlar yerine anlayış zemininde bir iletişim oluşturulması da gereklidir.

Oldukça değerli olan bir diğer konu, eğitim kurumlarımızda özellikle uzmanlık öğrencilerimizi yüksek kalitede sağlık hizmeti sunma bilinci ile yetiştirebilmektir. Bu bilinç kazanıldığında, hem sağlık hizmetleri üçüncü basamak kurumlara yakışır bir çerçevede olacak hem de geleceğin yetkin uzmanlık hekimlerinin yetiştirilmesi çabaları daha kolaylaşacaktır. Kalite unsurunu pratiğimize dahil edebilmek, hizmet yükünün uygun kontrolünü de gerektirir.

Günümüz klinik ortamının ayrılmaz birer parçası olan bilişim teknolojileri (bilgisayar destekli orderlar, elektronik kayıtlar, e-reçeteler) büyük bir hizmet sunumu yükü altında ideal olarak kullanılamamaktadır. Özellikle poliklinik şartlarındaki yoğun hasta iş yükü bu alanda önemli düzenlemelere aracılık edebilecek teknolojik yatırımların atılmasına sebebiyet verir durumdadır. Bu kayıtların en ideal olarak tutulabilmesi ek bir zamanı gerektirmektedir.

Kurumların kendi kendilerine yetmesi gerekliliği bakış açısı, kurumsal bir politika olarak daha fazla hastaya hizmet sunma hedefini oluşturmakta ve hasta yükü olarak sağlık çalışanlarına yansımaktadır. Bunun bir sonucu olarak öğretim üyelerinden daha fazla klinik üretkenlik beklenmektedir. Yine kurumsal liderlik mekanizmaları öğretim görevlilerinden ayrıca dış kaynaklar bulmalarını ve ses getirecek yayınlarda bulunmalarını da

beklemektedir. Tüm bu farklı sorumluluk ve beklentilerin bir arada dikkatlice planlanması gerekmektedir.

Eğitim ortamlarımızı finansal baskılardan biraz kurtarabilmek adına uzmanlık eğitiminin merkezi bütçeden direkt olarak fonlanabilmesi için çaba harcamamız gerekiyor. Belki, üçüncü basamak kurumlar için SGK tarafından sağlanan hizmet başı %10 ek ödenek bir kazanım olarak görülebilir. Yine de bu ek ödenek direkt bir iyileştirme olmaktan çok, yine hizmet sunumu üzerinden işlemektedir. En ideali, eğitim kurumlarımızın üstlendikleri sağlık insan gücü eğitimi görevlerini yerine getirebilmeleri için sübvansede edilmeleridir.

Tanımlanan düzende bir diğer sorun da yatış endikasyonlarında ve yatış sürelerinde yaşanmaktadır. Daha kısa yatış süreleri için giderek daha çok temellenen görüş birliği, işlemleri hızlıca tamamlanarak kuruma mali anlamda fayda sağlayacak hastaların yatırılması yönünde bir eğilim oluşturmaktadır. Yatan hastalara verilen bazı hizmetler için hastalardan ek ödentiler alınması gündeme gelmiş olsa da eğitim kurumlarının tarihi fonksiyonlarından biri de kapılarının tüm sosyoekonomik sınıflara açık olması olduğundan bu görüş fazla taraftar toplayamamıştır.

Özellikle bazı vaka sayılarının giderek daha fazla görülmesi, süre ile belirlenen bitiş süreleri yerine belirli becerilerin kazandırıldığından emin olduğunda biten uzmanlık eğitimini gündeme getirmiştir. Bu durum, önceden tahmin edilemez ve planlanamaz olabileceğinden (kim ne zaman bitirecek?) ve belirli bölümlerde yeni yetiştirilecek uzmanlar için bekleme sıraları oluşturabileceğinden bu görüş de şimdilik pek önemsenmemektedir. Ayrıca akşam veya hafta sonları sadece hizmet sunumunda görev alacak bazı sağlık çalışanlarının istihdamı da gündemdedir. Ancak bu pek fazla çözüm olmayacaktır, çünkü ideal eğitim öğrenenlerin her zaman diliminin ve sürecin bütünüyle içinde olabildiğini gerektirmektedir.

Kaynaklar

Fitzgibbons JP. ve ark. *Redesigning Residency Education in Internal Medicine: A position paper from APDIM. Ann. Inter Med. 2006; 114: 920-926*

Genç Hekim Platformu 2013 Uzmanlık Eğitimi Çalıştayları Sonuçları Kitapçığı.

Global Standards on Postgraduate Education. World Federation of Medical Education. 2002

Meyers FJ ve ark. *Redesigning Residency Training in Internal Medicine: The Consensus Report of the Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Taskforce. Acad. Med. 2007; 82: 1211-19*

Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durumu Raporu. Yükseköğretim Kurulu. 2014