

Sağlık hizmetlerinde basamaklar arası entegrasyon

Doç. Dr. Mehmet Akif Sezerol



2012 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Mezuniyet sonrası İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünde farklı şubelerde şube müdürü olarak çalıştı. 2017 yılında Kağıthane ve Eyüpsultan ilçelerinde Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığı görevlerini yürüttü. 2017-2019 yılları arasında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünde Saha Epidemiyolojisi eğitim programını tamamladı. 2019 yılında Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğünde Halk Sağlığı Hizmetleri ve Yönetim Hizmetleri birim sorumlusu olarak görev aldı. Anadolu Üniversitesi Kamu Yönetimi ve İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı doktora programlarını bitirdi. 2022 yılında Halk Sağlığı doçentlik ünvanını kazanan Sezerol, çeşitli üniversitelerde dersler vermektedir. Hâlen Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Dr. Duygu Sakarya



1996 yılında İzmir'de doğmuştur. 2020 yılında Ege Üniversitesinden mezun olmuştur. 2020-2021 yılları arasında Kağıthane İlçe Sağlık Müdürlüğünde pratisyen hekim olarak çalışmıştır. 2024 yılında Prof. Dr. Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimini tamamlamıştır. Hâlen Başakşehir İlçe Sağlık Müdürlüğünde Aile Hekimliği Birim Sorumlusu olarak görev almaktadır.

Ülkemizde sağlık sistemi hizmet sunumu bakımından basamaklara ayrılmıştır. Ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan kurumlar birinci basamağı oluştururken buna ilave olarak rehabilitasyon dâhil yataklı hizmet sunan kurumlar ikinci basamağı oluşturmaktadır. Üst düzey teknoloji gerektiren, eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütebilecek altyapıya sahip ileri seviye sağlık kurumları da üçüncü basamak olarak tanımlanmaktadır. Tüm bu basamakların birbiriyle koordineli ve uyumlu çalışması, tabiri caizse basamakların birbiriyle konuşması ve iletişim hâlinde olması, sağlık hizmetlerinin ortak bir anlayışla sunulması ancak sistem içinde basamaklar arası entegre sağlık hizmetleriyle mümkündür.

Entegre sağlık hizmetleri; bireylerin ve nüfusların ihtiyaçlarına cevap verir, farklı ortamlarda birlikte çalışan ve performansı sürekli olarak iyileştirmek için kanıt ve geri bildirim döngülerini kullanan multidisipliner ekipler aracılığıyla yaşam boyunca kapsamlı ve

kaliteli hizmetler sunar. Entegre sağlık hizmetleri, güçlü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve temel halk sağlığı işlevlerine dayandığında, kişi merkezli sağlık sistemlerini güçlendirir ve kaynakların en iyi şekilde kullanılmasına katkıda bulunur (1).

Birçok ülkede yaşanan nüfus ve uzun vadeli kronik hastalıkların ve çoklu morbiditelerin artan yükü, mevcut sağlık sistemlerinin artan bakım taleplerini etkili bir şekilde karşılamakta zorlanmasına neden olmaktadır. Bir dizi sosyodemografik, ekonomik ve çevresel değişikliğin yanı sıra artan bakım ihtiyaçlarının kümülatif etkisi sağlık sistemlerinden çeşitli beklentiler doğurmuştur. Sağlık hizmetlerinin reaktif olmaktan ziyade proaktif olması (sorunları beklemeden önleyici adımlar atması), hastalığa özgü olmaktan ziyade kapsamlı olması, epizodik olmaktan ziyade sürekli olması, sunulan bakımın hekim liderliğinden ziyade sürdürülebilir hasta-hekim ilişkilerine dayanması beklenmektedir. Sağlık sistemindeki mevcut parçalanma; aşırı medikalizasyon, aşırı alt uzmanlaşma ve dikey ya-

pılanma modellerinin sonucudur. Bu tür parçalı yaklaşımlar, sağlık sistemlerinde bakımın sürekliliğini sağlama kapasitesini azaltmaktadır. Bu durum da erişimde zorluklara, hizmetlerin kalitesinin düşmesine, mükerrer başvurulara ve kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır. Bu zorlukların üstesinden gelmek için entegrasyonu iyileştirmek üzere sağlık sistemi genelinde uyumlu bir müdahaleye ihtiyaç vardır (1).

Entegre bakım; hizmetlere daha iyi erişim, daha az gereksiz hastane yatışı, tedaviye daha iyi uyum, artan hasta memnuniyeti, sağlık okuryazarlığı ve öz bakım, sağlık çalışanları için daha fazla iş memnuniyeti ve genel olarak iyileştirilmiş sağlık sonuçlarına katkıda bulunur. Özellikle bulaşıcı olmayan hastalıkların ve kronik durumların yönetimi için entegre sağlık hizmetlerinin etkinliğine dair kanıtlar da giderek artmaktadır. Entegre sağlık hizmetleri tasarımları gereği eşitliği artırır; belirli bir nüfusun bütünsel ihtiyaçlarına dayalı hizmet seçimini teşvik eder ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesinden tanı, tedavi,

hastalık yönetimi, uzun süreli bakım, rehabilitasyon ve palyatif bakıma kadar yaşam seyri boyunca birçok farklı bakım türü sunar. Bu bakım sürekliliği, sağlık sektörü içinde ve ötesinde farklı bakım seviyeleri ve alanları arasında koordine edilir. Hizmet sunumuna yönelik bu tür entegre bir yaklaşım, evrensel sağlık kapsamının sürdürülmesi için çok önemlidir (1).

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu güçlendirmeye yönelik stratejiler, kronik hastalıklar ve multimorbiditedeki artışa yanıt vermeye, birçok ortamda ve birçok düzeyde birden fazla sağlayıcı tarafından sunulan bakımın parçalanmasını ele almaya yardımcı olabilir. Hastanelerin ayakta tedavi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile tam entegrasyonu, hastalar için bakım sürekliliğinin sağlanması açısından çok önemli bir bağlantıdır (1).

Sağlık hizmetleri sektörü karışık ve çok başlı bir oluşumdur. 2003'te uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetindeki organizasyon ve sunuma yönelik eksikler ortaya konmuş ve geliştirme yolunda atılacak adımlara/çözüm önerilerine değinilmiştir. Basamaklar arası etkin bir koordinasyon olmayışı, stratejik yönetimdeki eksiklikler, hizmet ve yatırım planlamalarının toplumun gereksinimlerine uygun yapılmayıp günümüzde de sorun olmaya devam etmektedir. Birinci basamakta hizmet veren pratisyen hekimlerin çalışma koşulları, ekonomik durum ve uzmanlık beklentileri sebebiyle işlerine yeteri kadar konsantre olamadıklarına değinilmiştir. Ayrıca halkımızın sağlık hizmetini birinci basamak düzeyinde alma konusundaki ciddi isteksizliğinin de doğrudan hastaneye yönelmelerine sebep olduğu bilinmektedir. Birinci basamaktaki yetersizlikler ve etkin, kademeli bir sevk zincirinin olmayışı hastanelerde yığılmalara yol açmakta, maliyetler yükselirken hizmet kalitesi de düşmektedir. Sağlık bilgi sistemlerinde ise yıllar içerisinde birtakım gelişmeler olmuştur. Sağlık sisteminin tüm basamaklarında kayıtların düzenli ve sürekli tutulduğu bütüncül bir sistem oluşturulmuş, elektronik kayıt sistemine geçilmiştir. Bu, basamaklar arası iletişimin ve koordinasyonun sağlanması yolunda atılan önemli adımlardan biridir. Yıllar içerisinde sağlık

hizmet sektöründe pek çok önemli gelişme olsa da günümüzde hala birtakım sorunlarla uğraşmaya devam etmekteyiz (2).

Sağlık hizmet sunumunun etkili ve verimli olabilmesi için hizmetin basamaklandırılmış hâlde sunulması tüm dünyada kabul görmüş bir yaklaşımdır. Sağlık hizmeti almak üzere polikliniklere başvuran hastaların sorunlarının yüzde 85-90'ının birinci basamakta çözümlenebileceği bilinen bir gerçektir. Basamaklandırılmış sağlık sistemlerinin amacı doğrultusunda işleyebilmesi için sevk sisteminin de oluşturulması gerekmektedir. İkinci ve üçüncü basamaktaki hasta yoğunluğunu azaltmak ve daha az maliyetli hizmet sunmak için pek çok ülke DSÖ'nün de önerdiği şekliyle sevk sisteminin uygulanması adına çalışmalar yapmaktadır. Birinci Basamak Sağlık Sistemi; sağlık hizmetine erişimde giriş basamağı olması, koruyucu, tanı ve tedavi edici, rehabilite edici hizmetlerin birlikte sunulması, hastalık süreciyle sınırlı kalmayıp kişilerin uzun vadede izlenmesi ve sağlık sisteminin diğer basamakları ile koordineli şekilde çalışması nedeniyle sistem içerisinde kritik konumdadır (3).

11. Kalkınma Planında (2019-2023) sağlığa yönelik politikalar ve tedbirler kapsamında birinci basamağın önemi bir kez daha dile getirilmiştir. Koruyucu, tanı koydurucu ve tedavi edici hizmetlerin kapasitesi ve etkinliğinin artırılarak hekimlerin yetki ve sorumluluklarının genişletileceğine, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerine karşı hastaların sağlıklı yaşam tarzı geliştirmelerinin destekleneceğine, sağlıklı hayat merkezlerinin sayısının artırılarak aile hekimlikleriyle entegre hâlde getirileceğine ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin güçlendirileceğine, yaşlılara ve yaşla beraber artan hastalıklara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin geliştirileceğine, birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerin sayısının artırılarak ve kalitesi yükseltilecek ihtiyacın bu düzeyde karşılanacağına ve bunun için gerekli finansal tedbirlerin alınacağına, kalitenin artırılması aşamasında akreditasyon sistemi gündeme getirilerek belirli standartların yakalanacağına ve klinik rehberlerin kullanımının artırılacağına, sağlık sunucuları arası veri akışı konusunda koordinasyon sağlanacağına ve böylece gereksiz tetkiklerin de önüne

geçileceğine, ortalamadan daha fazla istenen tetkiklere yönelik takip sistemi kurulacağına vurgu yapılmıştır (4).

İngiltere'deki sağlık sistemine bakıldığı zaman her vatandaşın kayıtlı olduğu bir pratisyen hekim bulunmakta ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden ücretsiz faydalanılmaktadır. Hastalar yılda ortalama beş kez aile hekimine başvurmakta, bunların yüzde 12'sinde ise hastalarla kişinin evinde, ofiste veya telefonla iletişime geçilmektedir. İhtiyaç duyulması durumunda ikinci basamak hizmetleri için ilgili bölümlerle iletişim kurulması, bilgi aktarımı, randevu alma ve sonrasındaki takip süreçlerinde birinci basamak hekimi aktif rol oynar. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı da kamu tarafından sağlanmaktadır. Sağlık hizmet sunumundan ve finansman sürecinden kamunun sorumlu olduğu İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi, bu anlamda diğer ülkeler için örnek teşkil etmektedir (5). İngiltere'de oturmuş bir sevk zinciri uygulaması bulunmaktadır. Genel pratisyenler/aile hekimleri kapı tutucu konumdadır ve hastayla ilk iletişime geçen kişilerdir. Hastalar için ileri tetkik gerektiğinde aile hekimleri, bölgedeki anlaşmalı oldukları hastanelerden ilgili branş doktorunu seçerek kişileri ilgili merkeze yönlendirir. Hastalar sevk zincirine uymazlar ve direkt üst basamaklara başvuru gerçekleştirilirse tanı-tedavi süreçlerindeki tüm harcamaları kendileri karşılamak durumunda kalır ve Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi sağlık giderleri için herhangi bir ödeme gerçekleştirmez (6).

Almanya'da da sağlık hizmetleri aile hekimliği temelli bir yapılanma gösterir. Koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimliklerinde, tedavi edici sağlık hizmetleri ise hastanelerde gerçekleştirilmektedir (5). Hollanda'da ise aile hekimleri hem koruyucu sağlık hizmetleri hem de tedavi edici sağlık hizmetleri vermekle yükümlüdür. Sistem pratisyen hekimler üzerinden yürümekte olup her kişi bir pratisyen hekime kayıtlıdır ve hekim sevk etmediği sürece hastanelere başvurulamaz. Hizmet sunumunun çoğunu özel sektör karşılar (5). İsveç'te de birinci basamak aile hekimleri sorumludur. Birinci basamak sağlık merkezlerinde aile hekimleri, hemşireler, fizyoterapistler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları

bir arada çalışmaktadır. İsveç'teki sağlık sisteminde sevk sistemi uygulanmayıp direkt üst basamak başvurusu gerçekleştiren hastalar farklılaştırılmış katılım payı ödemek durumundadırlar. Birinci basamağa hasta başvurularını desteklemek amacıyla bu basamakta katılım payları çok daha düşük tutulmaktadır. Aile hekimi sevk ettiği takdirde özel hastanelerde bile muayene ücreti ödenmemektedir (5).

Hastayı sevk etme süreci, sağlık sisteminin bir kademesindeki bir sağlık çalışanının, klinik bir durumu yönetmek için yetersiz kaynaklara (ilaç, ekipman, beceri vs.) sahip olması halinde, aynı veya daha üst kademedeki daha iyi veya farklı kaynaklara sahip bir tesisten yardım istediği dinamik bir süreçtir. Her ülkenin sağlık sistemi, hastaların önce birinci basamakta bakım almaya çalışmasını ve daha sonra ihtiyaca göre daha yüksek bir bakım seviyesine ulaşmasını teşvik edecek şekilde tasarlanmıştır ve bu şekilde maliyetleri en aza indirir. Ancak çoğu ülkede hastalar genellikle birinci basamak sağlık tesislerini atlayarak doğrudan daha üst merkezlere gitmekte ve böylece daha üst düzey tesisler üzerindeki yükü artırmaktadır (7) .

Sevk sisteminin doğru çalışabilmesi için hastalar öncelikle birinci basamağa başvurmalı ve mevcut durumun sevk gerektirip gerektirmeyeceğine aile hekimi karar vermelidir. Hastanın ilk başvuruyu üst basamağa yapması halinde hastanelerde hasta yükü oluşmakta, maliyetler artmakta, gerçekten üst basamak görüşü gerektiren hastalar gereken hizmete ulaşmak konusunda zorlanmakta ve geç kalmaktadır. Sevk sisteminin işlerliğinde birinci basamak hizmet sunumu kritik öneme sahiptir. Bu doğrultuda birinci basamakta yaşanabilecek sorunlar ve hekimlerin konuya bakış açısı da değerlendirilmelidir (8).

Ankara'da yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin sevk sistemine yönelik görüşleri incelenmiştir. Hastaya ayrılan muayene süresi çalışmadan elde edilen verilere göre ortalama 8 dk. iken katılımcılara göre sevk sisteminin gelmesiyle birinci basamakta muayene süresi 5 dakikanın altına inecektir. Katılımcıların yüzde 30'u sevk sisteminin acil ve öncelikli olduğu görüşündedir. Gerekçelerini ise hastanelerin yükünü azaltmak, sağ-

lık harcamalarını azaltmak, ASM'lerin etkin kullanımını sağlamak şeklinde sıralamışlardır. Sevk sisteminin acil olmadığı düşünün katılımcılar arasında ise öncelik verilen diğer konular; aile hekimlerinin hizmet verdiği nüfusun düşürülmesi, aile hekimliğinin geliştirilmesi ve iş yüklerinin azaltılması, vatandaşın sağlık okuryazarlığının artırılması şeklinde belirtilmiştir. Katılımcıların yüzde 75'i sevk sisteminin birinci basamaktaki uygulamaları olumsuz etkileyeceğine ilişkin görüş belirtmiştir. Gerekçeleri ise artacak olan iş yükü, aile hekimleri üzerinde oluşacak olan baskı, yaşanacak tartışmalar ve karşılaşılabilecek şiddet olayları, kota uygulaması ile oluşabilecek olan aile hekimlerinin gelir kayıpları, koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince vakit ayrılamaması ve hekimlerin veriminde düşüklük olarak sıralanmıştır. Aile hekimliğine kayıtlı olup başvuruda bulunmayanların; birinci basamakta sunulan hizmetleri bilmeme, aile hekimine güvensizlik, hastanelere başvurmanın alışkanlık haline gelmesi, uzman hekim ve/veya özel hastaneye muayene olma isteği gibi sebeplerle birinci basamağa başvurmadığı düşünülmektedir. Aile hekimlerinin yüzde 90'ı sevk sistemine dâhil edilmemesi gereken hastalıklar olduğunu belirtmiş ve ilk iki sırada kronik hastalıklar ile kanser yer almıştır (8).

Ülkemizde aile hekimliği pilot uygulama olarak 2005 yılında Düzce'de başlatılmış olup 2010 yılının sonuna gelindiğinde tüm ülkede aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasında basamaklar arası sevk sisteminin zorunlu olacağı düşünülse de aile hekimliği sayısındaki azlık ve geçiş dönemi gerekçe gösterilerek zorunluluk ötelenmiştir (9).

Daha Güçlü Bir Birinci Basamak İçin Öneriler

1) Aile hekimliğindeki uzman sayısı artırılmalı, 2) Üçüncü basamakta güçlü bir akademik kadro oluşturulmalı ve eksik eğitim kadroları için gereken çalışmalar yapılmalı, 3) Asistanların eğitim sürelerinin yarısını eğitim-ASM'lerde geçirmeleri sağlanmalı, 4) Aile hekimliği kanunu ve mevzuattaki eksikler giderilmeli, 5) Aile hekimi başına düşen nüfus 2000'lere düşürülmeli, 6) Pratik uygulamaya yönelik birinci basamakta kullanılmak üzere

ulusal rehberler oluşturulmalı, 7) Aile hekimlerine bilgi becerilerini güncel tutabilecekleri kurslar düzenlenmeli, 8) Eğitimin sürekliliği adına kredilendirme sistemi üzerinden 5-7 yılda bir hedef puan belirlenmeli ve ulaşılamaması durumunda hekim 2 yıl süreyle takibe alınmalı ve yine başarısız olanlar için aktif hasta bakmaları engellenmeli, 9) Aile hekimliğinde Bakanlık stratejik planına bağlı kalarak saha dinamiklerine uygun ve ödüllendirmeyi amaçlayan bir performans sistemi oluşturulmalı, 10) Coğrafi açıdan erişimin uzak olduğu bölgelerde çalışan aile hekimleri için 'Tele Tıp' sistemi üzerinden hastalarını ilgili branşa konsülte etmeleri sağlanmalıdır (9).

Kapı tutuculuk, birinci basamak hekiminin hastaların sağlık sisteminin diğer basamaklarını kullanımını kontrol etme yetkisine sahip olması olarak tanımlanabilir. Kapı tutuculuğun dezavantajları da bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin az kullanımı nedeniyle bazı ciddi hastalıkların tanısında geç kalınabilir. Hastanelerdeki uzman hekime direkt başvurunun önüne geçilmesi nedeniyle hasta memnuniyeti azalabilir. Birinci basamakta artan iş yükü nedeniyle basamaklar arası bilgi aktarımında azalma ve hizmet kalitesinde düşüş görülebilir. Kapı tutuculuk, 1 Kasım 2008'de sevk zinciri pilot uygulaması olarak Denizli ve Isparta'da başlatılmış olup henüz aile hekimliğinin de pilot olarak uygulandığı yıllarda aile hekimlerinin iş yükünü arttırmış ve nihayetinde 15 gün sonra uygulamadan kaldırılmıştır (10). 2022 yılında aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 3.065 tir. Yine 2022 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı birinci basamakta 4 iken ikinci ve üçüncü basamakta 6'dır (11). Bu da aile hekimlerinin kapı tutucu rolünü gerçekleştirmediğinin göstergesidir.

Saha Pratiğinde Entegrasyona İhtiyaç Duyulan Öncelikli Alanlar

Aile hekimleri kendilerine kayıtlı nüfusun yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarını (kanser, kronik hastalık, gebe, lohusa, yenidogan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı vb.) yapmakla yükümlüdür. Kronik hastalıkların tarama ve takip süreçlerinin aile hekimleri tarafından yürütülmesini sağlamak amacıyla 2020 yılında Hastalık Yönetim Platformu (HYP) adlı proje uygulamaya konmuş-

tur. Diyabet, hipertansiyon ve obezite için tarama ve izlem modülleri, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve yaşlı izlem modüllerinin aktif kullanıma sunulduğu platformda koroner arter hastalığı, beyin damar hastalıkları ve inme, kronik böbrek hastalığı ve astım/KOAH modülleri için de çalışmalar sürmektedir. Platform birinci basamağa yönelik güncel kılavuzlar eşliğinde hazırlanmış olup e-nabız sistemiyle de entegredir. Platform, izlem yaptığımız hastaların üst basamağa sevkini gerektiren durumları saptamakta aile hekimlerine yol gösterici olmakta fakat sevk işlemi gerçekleştirilememektedir. Bu doğrultuda hastalarımızı sevk notu düzenleyerek ve sistem üzerinden ikinci ve üçüncü basamak hastanelere randevu alınması yoluyla yönlendirmekteyiz. Fakat pratikte aile hekimleri bu randevuları kendileri alamamakta ve hastayı doğrudan belirli bir gün ve saatte bir üst basamağa yönlendirememektedir.

Aile hekimleri beslenme danışmanlığı ve fiziksel aktivite danışmanlığı gibi Sağlık Hiyerarşisinde (SHM) verilebilecek hizmetler için de yönlendirme önerileri sunmaktadır. Sistem üzerinden aile hekimleri SHM için randevu alabilmekte fakat randevunun gerçekleşip gerçekleşmediğini görememektedir. SHM'lerin diyetisyen, psikolog, fizyoterapist gibi sağlık profesyonelleri ile aile hekimleri arasında kısmi bir entegrasyon sağlanmış diyebiliriz. Bu noktada hekimlerimiz SHM'leri yakından tanıması ve sağladıkları hizmetler doğrultusunda bilgi sahibi olması kritik öneme sahiptir.

Ülkemizde kanser taramaları kapsamında serviks, kolorektal ve meme kanserleri taranmaktadır. Mamografi taramaları kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezlerinde (KETEM) yapılmaktadır. Mamografi sonucu BI-RADS 1-2 gelenler için taramanın 2 yıl sonra tekrarı, sonuç diğer olanlar için genel cerrahi uzmanına sevk gerekmektedir. Gaitada gizli kan taraması da aile hekimliklerince gerçekleştirilmekte ve tarama kitinde pozitif çıkanlar için kolonoskopi yapılmak üzere sevk gerekmektedir. HPV taraması sonucu pozitif olanların smear alınması ve/veya kolposkopi yapılması için kadın hastalıkları ve doğum kliniğine sevk gerekmektedir. Bazı illerde kanser taraması sonucu hastaların sevk il Sağlık Müdürlüğü standartlarına

göre belirlenmiş teşhis merkezlerine (il kamu hastanelerine) İlçe Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla randevuları alınarak gerçekleştirilmektedir. Ülke genelinde bu durumun yaygınlaştırılması ve kanser taraması yapan tüm birinci basamak kuruluşlarının sevk gereken hastalarına öncelikli olarak randevu alabilme imkânı sağlanmalıdır. Ayrıca aile hekimlerine üst basamaklardan yönlendirdikleri hastaları için geri bildirim de yapılmalıdır.

Kişiyeye yönelik düzenlenmesi öngörülen sağlık raporlarının birçoğu aile hekimleri tarafından düzenlenmektedir. Aile hekiminin sevk edilmesini uygun bulduğu branşlar için rapor sevkli olarak oluşturulmakta ve bu doğrultuda üst basamaklara başvuru gerekmektedir. Üç ve üzeri branşa sevk edilmesi heyet raporu almayı gerektirir ve bu doğrultuda ikinci ve üçüncü basamaklara hastalar yönlendirilmektedir.

Çocukluk çağı aşılama aile hekimliklerinde negatif performansa dâhil olup aşılama eksiksiz yürütülmesine çalışılmaktadır. Aşı uygulaması sonrası yaşanabilecek yan etkiler nedeniyle aile hekimleri sık sık pediatristlerin ve/veya çocuk alerji uzmanlarının konsültasyonuna ihtiyaç duymaktadırlar. Bu doğrultuda hekimlerimiz sevk notlarını düzenler ve ikili ilişkilere dayanan bir temelde kişiyi uzman hekime yönlendirir.

Aile hekimliğinde yapılabilen tetkikler sonucunda ikinci ve üçüncü basamakta uzman hekim görüşü gerektiren hastalık varlığı saptandığında veya ilaç raporunun yenilenmesi gereken ve kullanımının kesintiye uğramaması gereken durumlarda da aile hekimleri kişileri ilgili branşa sevk edebilmeli ve sistemde aile hekimlerine tanımlanmış boş randevular bulunmalıdır.

Birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin acil servisleri arasında düzenlenen reçeteler ve raporlarla ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Acil servislerdeki yoğunluk nedeniyle reçetelenen ilaçların tanı kodlarında hatalar/eksikler olabilmektedir. Sadece uzman hekimlerin reçeteleyebileceği ilaçlar pratisyen hekimler tarafından reçetelenmekte fakat hasta ilacı temin edememektedir. Bu koşulda uzman aile hekimlerinin kapılarında hasta yoğunluğu oluşmaktadır. Birinci

basamakta sık görülen hastalıklar ve reçeteleme üzerine ulusal rehberler oluşturularak ve acil servislerde görev ve başlayacak hekimlere oryantasyon eğitimleri düzenlenerek bu sorunların üstesinden gelinilebileceği düşünülmektedir.

Kamu hastanelerinde randevu bulma konusundaki zorluklar nedeniyle hastalar özel hastanelere yönelmek durumunda kalmaktadır. Özel hastanelerde muayeneye ulaşılabilmekte fakat tetkik ücretlerini karşılamakta zorlanılmakta ve tekrar kamu hastaneleri ve birinci basamaklara başvuru yapmaktadırlar. Elektronik bilgi sistemleri üzerinden hastaların geçmişte yaptırmış olduğu tetkikler kontrol edilerek, hedefe yönelik olarak ilk aşamada yapılması öncelenen tetkikler gözetilerek, laboratuvar tetkikleri akılcı kullanılarak gereksiz harcamaların önüne geçilebilir ve üst basamakların yoğunluğu azaltılabilir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. Integrating health services: brief. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/326459>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2018.
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm", <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).
- 3) Bulut, S. & Uğurluoğlu, Ö. Referral System in Health Care. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 2020, vol. 5, no. 1, pp. 166–182.
- 4) T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023", https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Planı-2019-2023.pdf (Erişim Tarihi: 20.08.2024).
- 5) Başol, E. Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. BJSS Balkan Journal of Social Sciences. 2015, vol.4, no.8.
- 6) Akman, E., Tarım, M. Turkey And England Health Systems: Comparison of Primary Health Care. Usaysad Derg, 2020, 6(2):303-316. <http://dergipark.gov.tr/usaysad>.
- 7) Bashar, M., Bhattacharya, S., Tripathi, S., Sharma, N. & Singh, A. Strengthening primary health care through e-referral system. J Family Med Prim Care, 2019, vol. 8, no. 4, p. 1511.
- 8) Bulut, S. & Uğurluoğlu, Ö. Evaluation of referral from perspective of family physicians. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2018, vol. 22, no. 3, pp. 118–132.
- 9) Ayhan Başer, D., Kahveci, R., Koç, M., et al. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Medical Journal, 2015, vol. 15, no.1.
- 10) Aktaş, P. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucularının Kapı Tutuculuk İşlevi ve Bu İşlevin Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019; 22(4): 879-892.
- 11) T.C. Sağlık Bakanlığı, "2022 Sağlık İstatistikleri Yıllığı", <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html> (Erişim Tarihi: 24.08.2024).