

SD

200 TL
(KDV DAHİL)
2024/1

65

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ

DR. İKBAL HÜMAY ARMAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ NEDİR | PROF. DR. BURCU KAYHAN TETİK DÜNYADA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU VE ALTYAPISI | DR. ZEYNEP MEVA ALTAŞ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ERİŞİLEBİLİRLİK | DR. GÜLŞAH ONUR GELİŞMİŞ ÜLKELERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI VE ERİŞİLEBİLİRLİĞİ | DR. ÖĞR. ÜYESİ MEHMET SAİT DEĞER - UZM. DR. ZEYNEP MEVA ALTAŞ TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ | DOÇ. DR. SÜLEYMAN ÖZSARI TÜRKİYE'DEKİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN MEVCUT ALTYAPISI | DR. HANDE BÜYÜKDAĞ DÜNYADA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ PERSONELİNİN DURUMU | DR. ÖĞR. ÜYESİ ERHAN ŞİMŞEK BİRİNCİ BASAMAKTA İNSAN KAYNAKLARININ GÜÇLENDİRİLMESİ | PROF. DR. GÜZİN ZEREN ÖZTÜRK BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN GÜÇLENDİRİLMESİNDE EĞİTİMİN ROLÜ | DOÇ. DR. HASAN HÜSEYİN MUTLU AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNE GÜNCEL BAKIŞ | DOÇ. DR. MEHMET AKİF SEZEROL - DR. DUYGU SAKARYA SAĞLIK HİZMETLERİNDE BASAMAKLAR ARASI ENTEGRASYON | DR. UĞUR GÜÇLÜ AİLE HEKİMLİĞİNDE DÖNÜŞÜM VE TEKNOLOJİNİN SUNDUĞU FIRSATLAR | DOÇ. DR. MUHAMMET ALİ ORUÇ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALTYAPI SORUNLARI | DOÇ. DR. MEHMET AKİF SEZEROL - DR. SABANUR ÇAVDAR BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERFORMANS YÖNETİMİ | DOÇ. DR. GÖKÇE İŞCAN - DR. TUĞÇE ÇAMLICA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, VERİMLİLİK VE HASTA MEMNUNİYETİ | DOÇ. DR. MEMET TAŞKIN EGİCİ ÜLKEMİZDE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNE BAKIŞ | DOÇ. DR. ÖZLEM POLAT ÜLKEMİZDE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN DÜNÜ, BUGÜNÜ | DOÇ. DR. HİLAL ÖZKAYA BİRİNCİ BASAMAKTA ENGELLİLERE YÖNELİK SAĞLIK HİZMETLERİ | DR. ÖĞR. ÜYESİ ELİF SERAP ESEN BİRİNCİ BASAMAKTA UZAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ VE MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI | PROF. DR. SERDAR ÖZTORA BİRİNCİ BASAMAKTA YAPAY ZEKÂNIN KULLANIMI | DOÇ. DR. SÜLEYMAN ERSOY BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBIN YERİ | DR. ŞEYMA HANDAN AKYÖN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ GZFT ANALİZİ | DR. SEBAHATTİN IŞIK BİRİNCİ BASAMAK BİRİNCİL MESELEMİZ DEĞİL Kİ! | PROF. DR. SEÇİL GÜNHİR ARICA EVRENSEL SAĞLIK KAPSAMI: TÜRKİYE'NİN EVRENSEL SAĞLIK KAPSAMINA ULAŞMA HEDEFLERİ VE STRATEJİLERİ | DR. ERDOĞAN ÖZ SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞTİRİLMESİ VE YÖNETİMİN İYİLEŞTİRİLMESİ | PROF. DR. SERDAR EPÖZDEMİR HASTANELERDEKİ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ DEPREME HAZIR MI? | PROF. DR. FAHRİ OVALI YENİDOĞAN TARAMALARINDA BİREYSEL VE TOPLUMSAL BOYUT | PROF. DR. ŞAFAK SAHİR KARAMEHMETOĞLU - DR. HASAN HÜSEYİN GÖKPINAR YAŞLILARDA EN ÖNEMLİ KIRILGANLIK NEDENİ; SARKOPENİ | DR. MUSTAFA KOSDAK TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK İNSAN GÜCÜ SAYISAL DURUMU | DOÇ. DR. HARUN KIRILMAZ GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ BAKIŞ AÇISI | YAVUZ MEHMET KONTAŞ DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ BAKIŞ AÇISIYLA KARAYOLU TRAFİK GÜVENLİĞİ | PROF. DR. ALPER ŞENER SOSYAL MEDYA VE HEKİMLİK | ZÜLEYHA ABDÜLBAKİOĞLU ŞİİR GİBİ SAĞLIK! | DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR | DR. KADİR DOĞRUER KARİKATÜR



Medipol Eğitim ve Sağlık Grubu'nun
yeni referans merkezi

Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi hizmetinizde

Gelişmiş tanı ve tedavi üniteleri,
akıllı sistemlere sahip ameliyathaneleri,
tam donanımlı yoğun bakım üniteleri ve
multidisipliner bir yaklaşımla sunulan
24 saat kesintisiz sağlık hizmeti
sizi bekliyor.



SD

2024 / 1
SAYI: 65
ISSN: 1307-2358

TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
(TESA) ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlan

EDİTÖR
Prof. Dr. Recep Öztürk

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Ayşegül Çopur Çiçek
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Türkan Yiğitbaşı
Doç. Dr. Volkan Kara
Doç. Dr. Ahmet Murt
Dr. Bülent Özaltay
Dr. Öğr. Üye. Ayşe Güliz Dirimen Arıkan
Dr. Öğr. Üye. Sabanur Çavdar
Dr. Öğr. Üye. Duygu İlhan
Dr. Öğr. Üye. İlker Köse
Dr. Öğr. Üye. Ayşe Seval Palteki
Dr. Öğr. Üye. Salih Kenan Şahin
Dr. Öğr. Üye. Mahmut Tokaç
Dr. Öğr. Üye. Ayşe Nur Balcı Yapalak
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Emel Murtezaoğlu

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Sertan Vural

YAPIM
Medicomia

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 444 85 44 - 1540

BASKI
V8 Basım Hizmetleri San. ve Tic. Ltd. Şti.
Bostancı Yolu Caddesi, KEYAP Sanayi Sitesi
G-1 Blok No: 117 Y. Dudullu - İstanbul
Tel: 0216 364 89 89
Sertifika No: 50655

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit
programı ithenticate'ye tarandıktan sonra kabul
edilmektedir. Yazıların içeriğinden yazarları
sorumludur. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar
dışında, yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir
yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Sağlık sisteminin temeli: birinci basamaktan geleceğin sağlık uygulamalarına

“Sağlık, yalnızca hastalıkların yokluğu değil, bir toplumun en temel değeridir ve onun sürdürülebilir gelişimi için atılan her adım, geleceğe bir yatırımdır.”

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü (SD) Dergisi'nin 65. sayısını siz değerli okurlarımızla paylaşmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Bu sayıda, sağlık sistemlerinin temel taşı olan “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri” dosya konusunu ele aldık. Amacımız, birey ve toplum sağlığını şekillendiren bu önemli hizmetlerin tarihsel gelişimini, mevcut durumunu ve gelecekteki potansiyelini kapsamlı bir perspektifle değerlendirmek oldu.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH), bireylerin sağlık hizmeti ile ilk temas noktası olmasının yanı sıra, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için kritik öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına uygun olarak, bu hizmetler yalnızca bireylerin fiziksel sağlığını değil, toplumun genel refahını geliştiren bir yapıyı temsil eder. Bu sayımızda yer alan makaleler, BBSH'nin birey ve toplum üzerindeki etkilerini derinlemesine incelemekte ve bu hizmetlerin erişilebilirliği, kalite standartları, yenilikçi teknolojilerle entegrasyonu gibi farklı boyutlarını ele almaktadır.

Dosya kapsamındaki yazılarda, BBSH'nin tarihsel köklerinden başlayarak, Osmanlı Devleti'nin külliyeye merkezli sağlık hizmetlerinden günümüz aile hekimliği modeline kadar uzanan dönüşümü detaylandırılmak-

tadır. 1923'ten itibaren Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık sistemine kattığı yapısal değişiklikler ve 2005'te aile hekimliği modelinin ülke genelinde uygulanmaya başlanmasıyla elde edilen kazanımlar, dikkat çeken başlıklar arasında yer almaktadır.

Bu sayıda ayrıca, BBSH'nin sosyal ve ekonomik eşitsizliklere etkisi, teknolojinin bu hizmetlerdeki rolü, yapay zekâ destekli karar sistemleri, mobil sağlık uygulamaları ve tele-sağlık gibi yenilikçi çözümlerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu gibi konular da ele alınmıştır. Türkiye'nin geçmişten günümüze sağlık hizmetlerindeki başarıları ve iyileştirme alanları dünya örnekleri ile kıyaslanarak değerlendirilmiştir.

Dünya genelinde ise Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin organizasyonu, kapsamı, sunumu, erişilebilirliği ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Kanada'nın kırsal bölgelerindeki mobil sağlık hizmetleri, İngiltere'nin kapı bekçisi (gatekeeper) sistemi ve Japonya'nın evrensel sağlık sigortası modeli gibi uygulamalar, Türkiye için önemli kıyas noktaları sunmaktadır. Ancak her bir model, kendi içinde çözüm bekleyen sorunlarla birlikte değerlendirilmelidir.

Dosya dışı makalelerimizde ise yenidoğan taramaları, sarkopeni, sağlık insan gücü istatistikleri, deprem hazırlıkları gibi toplum sağlığı açısından kritik konuları değerlendirdik. Ayrıca, DSÖ perspektifiyle Gelenek-

sel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları, "Şiir Gibi Sağlık", sosyal medya ve hekimlik gibi kültürel içeriklerle sağlığın yalnızca biyomedikal boyutlarını değil, insani ve toplumsal yönlerini de yansıttık.

Gelecekte sağlık hizmetlerinin daha eşitlikçi ve erişilebilir hâle getirilmesi için birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede, teknolojinin etkin kullanımı, insan kaynağının doğru planlanması ve multidisipliner yaklaşımların yaygınlaştırılması gibi stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu sayının hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlarımıza, yayın kurulu üyelerimize ve katkıda bulunanlara teşekkür ediyoruz. SD Dergisi ve "sdplatform" (<https://sdplatform.com/>) ile, sağlık ve tıp alanındaki bilgi paylaşımını sürdürülebilir kılmayı ve siz değerli okurlarımızın geri bildirimleriyle bu yolculuğu zenginleştirmeyi hedefliyoruz.

"Sağlık hizmetlerini geleceğe taşıyan her adım, yalnızca bireylerin yaşam süresini değil, yaşam kalitesini de uzatır. Sağlıklı bir gelecek için birlikte çalışalım."

Sağlık ve afiyet dolu günler dileğiyle, keyifli okumalar!

İçindekiler

6

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ NEDİR?
DR. İKBAL HÜMAY ARMAN

8

DÜNYADA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU VE ALTYAPISI
PROF. DR. BURCU KAYHAN TETİK



12

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNDE ERİŞİLEBİLİRLİK
DR. ZEYNEP MEVA ALTAŞ

14

GELİŞMİŞ ÜLKELERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNİN KAPSAMI VE ERİŞİLEBİLİRLİĞİ
DR. GÜLŞAH ONUR

18

TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ
DR. MEHMET SAİT DEĞER
DR. ZEYNEP MEVA ALTAŞ

24

TÜRKİYE'DEKİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNİN MEVCUT ALTYAPISI
DOÇ. DR. SÜLEYMAN ÖZSARI



30

DÜNYADA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ
PERSONELİNİN DURUMU
DR. HANDE BÜYÜKDAĞ

34

BİRİNCİ BASAMAKTA İNSAN KAYNAKLARININ
GÜÇLENDİRİLMESİ
DR. ERHAN ŞİMŞEK

36

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN
GÜÇLENDİRİLMESİNDE EĞİTİMİN ROLÜ
PROF. DR. GÜZİN ZEREN ÖZTÜRK

38

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNE
GÜNCEL BAKIŞ
DOÇ. DR. HASAN HÜSEYİN MUTLU

42

SAĞLIK HİZMETLERİNDE BASAMAKLAR
ARASI ENTEGRASYON
DOÇ. DR. MEHMET AKİF SEZEROL
DR. DUYGU SAKARYA

46

AİLE HEKİMLİĞİNDE DÖNÜŞÜM VE
TEKNOLOJİNİN SUNDUĞU FIRSATLAR
DR. UĞUR GÜÇLÜ

48

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE
ALTYAPI SORUNLARI
DOÇ. DR. MUHAMMET ALİ ORUÇ



52

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE
PERFORMANS YÖNETİMİ
DOÇ. DR. MEHMET AKİF SEZEROL
DR. SABANUR ÇAVDAR

58

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE,
VERİMLİLİK VE HASTA MEMNUNİYETİ
DOÇ. DR. GÖKÇE İŞCAN
DR. TUĞÇE ÇAMLICA

64

ÜLKEMİZDE KORUYUCU SAĞLIK
HİZMETLERİNE BAKIŞ
DOÇ. DR. MEMET TAŞKIN EGİCİ

70

ÜLKEMİZDE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN
DÜNÜ, BUGÜNÜ
DOÇ. DR. ÖZLEM POLAT

74

BİRİNCİ BASAMAKTA ENGELLİLERE
YÖNELİK SAĞLIK HİZMETLERİ
DOÇ. DR. HİLAL ÖZKAYA

76

BİRİNCİ BASAMAKTA UZAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİ
VE MOBİL SAĞLIK UYGULAMALARI
DR. ELİF SERAP ESEN

80

BİRİNCİ BASAMAKTA YAPAY ZEKÂNIN KULLANIMI
PROF. DR. SERDAR ÖZTORA

82

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE
GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBIN YERİ
DOÇ. DR. SÜLEYMAN ERSOY

88

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ
GZFT ANALİZİ
DR. ŞEYMA HANDAN AKYÖN

94

BİRİNCİ BASAMAK BİRİNCİL MESELEMİZ DEĞİL Kİ!
DR. SEBAHATTİN IŞIK

98

EVRENSEL SAĞLIK KAPSAMI: TÜRKİYE'NİN
EVRENSEL SAĞLIK KAPSAMINA ULAŞMA HEDEFLERİ
VE STRATEJİLERİ
PROF. DR. SEÇİL GÜNHİR ARICA

100

SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞTİRİLMESİ VE
YÖNETİMİN İYİLEŞTİRİLMESİ
DR. ERDOĞAN ÖZ

104

HASTANELERDEKİ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ
DEPREME HAZIR MI?
PROF. DR. SERDAR EPÖZDEMİR

108

YENİDOĞAN TARAMALARINDA BİREYSEL VE
TOPLUMSAL BOYUT
PROF. DR. FAHRİ OVALI

112

YAŞLILARDA EN ÖNEMLİ KIRILGANLIK NEDENİ;
SARKOPENİ
PROF. DR. ŞAFAK SAHİR KARAMEHMETOĞLU
DR. HASAN HÜSEYİN GÖKPINAR

118

TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK İNSAN GÜCÜ
SAYISAL DURUMU
DR. MUSTAFA KOSDAK

122

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP:
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ BAKIŞ AÇISI
DOÇ. DR. HARUN KIRILMAZ

126

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ BAKIŞ AÇISIYLA
KARAYOLU TRAFİK GÜVENLİĞİ
YAVUZ MEHMET KONTAŞ

132

SOSYAL MEDYA VE HEKİMLİK
PROF. DR. ALPER ŞENER

134

ŞİİR GİBİ SAĞLIK!
ZÜLEYHA ABDÜLBAKİOĞLU

136

KARİKATÜR

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri nedir?

Dr. İkbal Hümay Arman



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2015 yılında mezun olduktan sonra, İstanbul il ambulans servisinde bir yıl tabip olarak çalışmıştır. Ardından, Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında ihtisasını 2020 yılında tamamlamıştır. 2020-2024 yılları arasında İstanbul Kartal İlçe Sağlık Müdürlüğünde (İSM) Filyasyon Koordinatörü, Şanlıurfa Birecik Karşiyaka Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimliği Uzmanı, Birecik İSM Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi sorumlusu, İstanbul Zeytinburnu İSM'de uzman tabip olarak çalışmıştır. Hâlen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Doktor Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır. 2022 yılından bu yana Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi (EYFDM) Yönetim Kurulu Üyesi ve Etkinlikler Sorumlusu olup, 2019 yılından günümüze EYFDM Türkiye Kampanya ve Politika Koordinatörlüğünü yürütmektedir. Hâlen İstanbul Üniversitesinde Halk Sağlığı alanında doktora adayı olup, tez aşamasındadır. Koruyucu hekimlik, sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi ve okuryazarlığı alanlarında akademik çalışmalarını sürdürmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH), sağlık sistemlerinin temel yapıtaşlarından biri olup, toplum sağlığını koruma, geliştirme ve tedavi hizmetlerini iş birliği içinde sunma amacı taşımaktadır. BBSH, toplumun ve bireylerin sağlık gereksinimlerini karşılamak üzere planlanan; sürekli, ulaşılabilir ve kapsamlı hizmetlerden oluşmaktadır. BBSH'nin kalitesi üç temel unsura dayanır: güçlendirilmiş bireyler ile katılımcı topluluklar, çok sektörlü politikalar ile eylem planlama ve yüksek kaliteli BBSH sunumunu önceliklendiren bütünleşmiş sağlık sistemi.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, sağlık hizmetine ilk başvuru noktasında, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, danışmanlık, ayaktan tedavi ve rehabilitasyon gibi pek çok bileşenden oluşan kapsamlı bir sağlık hizmeti modelidir. Bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık sorunlarını çözmek, hastalıkların erken teşhisi ve tedavisini sağlamak, kronik hastalıkları yönetmek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla sunulan rehabilitasyon hizmetlerinden oluşur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini "bireylerin ve ailelerin ihtiyaçlarına yanıt verebilen, topluluk temelli bir sağlık sistemi olarak" tanımlamaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Sağlığın geliştirilmesi ve korunması için kişilere ve topluma verilen sağlık hizmetlerinin tümü BBSH kapsamına girmektedir. Dünyada ve Türkiye'de BBSH denildiğinde, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmetler ve rehabilitasyon hizmetlerinin ilk başvuru noktası anlaşılmaktadır.

Bağışıklama, çocuk-kadın-ergen-üreme sağlığı izlemleri, kontrol programları, bulaşıcı olmayan hastalıkların taranması ve özellikle kanser taramaları gibi sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamına girer. Bunların yanı sıra, sağlık eğitimi ve danışmanlık verilmesi, bireylerin sağlığının korunması için sağlıklı yaşam biçimi önerileri, tütün ve obezite ile mücadele ile beslenme eğitimi gibi önleyici sağlık hizmetleri de BBSH'nin en önemli parçası olan koruyucu sağlık hizmetlerindedir.

Hastalıkların teşhisi ve tedavisi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kronik hastalıkların yönetimi gibi hizmetler de BBSH tedavi edici hizmetleri kapsamına girmektedir. Aile hekimleri, hastalıkların erken teşhisi, etkili tedavi ve kronik süreçlerin yönetiminde önemli bir rol üstlenirler. Bireylerin sağlık sorunları nedeniyle kaybedilen yaşam kalitesini geri kazanmalarına yönelik tüm hizmetler, BBSH'nin rehabilite edici hizmetleri kapsamına

girmektedir. Bu hizmetler; fizik tedavi, sosyal hizmetler, psikolojik destek, beslenme ve diyetetik uzmanları ile iş birliği içinde verilebilmektedir.

Dünyada ve Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Dünya genelinde BBSH, ülkelerin sağlık sistemlerinin performansı ile yüksek ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde BBSH iyi organize edilmiş, kolay ulaşılabilir ve kapsamlı hizmetler bütünü iken; gelişmekte olan ülkelerde BBSH'nin etkinliği, sağlık çalışanı yetersizliği, ekonomik kaynakların sınırlı olması ve altyapı eksiklikleri gibi faktörlerden etkilenmektedir. Gelişmemiş ülkelerde temel sağlık hizmetlerine erişim dahi çeşitli kısıtlılıklar ve eşitsizliklerle perdelenmektedir.

DSÖ'nün 1978'de Alma Ata Bildirgesinde "herkes için sağlık" beklentisi ile ortaya koyduğu, sunulması gereken sağlık hizmetlerinin en azını ifade eden "temel sağlık hizmetleri" kavramı, bütüncül, kişi merkezli ve sürekli yaklaşımı içeren "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri" kavramının ortaya çıkmasına vesile olmuştur. Vatandaşa verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin ilk başvuru noktasını ifade eden birinci basamağın önemi, geçtiğimiz yıllarda 21. yüzyılda Evrensel Sağlık Kapsamı (UHC) kavramı ile bütünleşerek, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (SDG'ler) ulaşmak için merkezi bir konumda yer almaya devam etmiştir.

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin gelişim sürecine bakıldığında, cumhuriyetten önceye dayanan temel sağlık hizmet sunumuna rastlanmakla birlikte, anayasamız tarafından teminat altına alınan sağlıklı yaşam hakkının korunması için devlet tarafından yerine getirilmesi beklenen sağlık hizmetlerinin organizasyonunun zaman içerisinde sistematikleştirildiği görülmektedir. Sağlıkla ilgili en önemli temel yasaların başında, 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”, 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ve 3359 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Temel Kanunu” gelmiştir. Sağlık sisteminin kaynak sorunları, bu kanunların yanı sıra çeşitli mevzuat ile yönetilmeye çalışılmış olsa da BBSH alanında da aksamalar yaşanmıştır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile 2003 yılında yeni bir döneme girilmiş, 2005 yılında başlatılan Aile Hekimliği Uygulamasının 2010 yılında tüm Türkiye ölçeğinde uygulanmaya başlamasıyla birlikte, BBSH yapılanması adına da önemli bir dönüşüm gerçekleştirilmiştir. “Aile Hekimliği Türkiye Modeli” başlıklı eserde nedenleri ve gerekçeleri ile birlikte belirtildiği üzere, bu model, Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için kritik bir adım olarak görülmüştür. Bu eserdeki durum saptamaları ve öneriler incelendiğinde, aradan 20 yıl geçmesine rağmen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki bazı aksayan yönler hâlen ışık tuttuğu görülebilir. Alma-Ata Bildirgesinin üzerinden 40 yıldan fazla geçmesine rağmen 1978’de belirlenen hedeflerin hâlen “2030 hedefleri” olarak durmaya devam etmesi gibi, Türkiye Sağlık Bakanlığı’nın en güncel 2024-2028 Stratejik Planı da BBSH için paralel hedefler belirlemiştir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin önemi, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamaktır. BBSH’nin etkili bir şekilde sunulması, başlıca programlarının başarısı, kronik hastalıkların yönetimi, anne ve çocuk sağlığının korunması gibi temel sağlık alanlarında ölçülebilen önemli gelişmeleri sağlar. Doğru işleyen bir BBSH sistemi, sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir olmasını temin edebilir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Geleceğe Yönelik Açılımlar

Yakın gelecekte, BBSH’nin önemi daha da artacağı öngörülmektedir. Özellikle nüfusun yaşlanması ile artan kronik hastalık yükü ve sağlık sistemlerinin mali sürdürülebilirliği, BBSH’yi güçlendirmeyi zorunlu kılacak gibi görünmektedir. Türkiye’de ve dünyada, BBSH’nin güçlendirilmesi, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması, sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve toplum sağlığının korunması açısından kritik öneme sahiptir.

Türkiye’de aile hekimliği uygulamasının mevcut durumunun iyi analiz edilmesi, nitelikli sağlık personeli eğitimi ve sağlık teknolojilerinin entegrasyonu gibi alanlarda yapılan yatırımlar, BBSH kalitesini ve etkinliğini artırabilir. Dünya genelinde ise, Evrensel Sağlık Kapsayıcılığına ulaşma hedefi doğrultusunda BBSH’nin kalitesinin ve erişilebilirliğinin artırılması önemli bir hedefdir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, BBSH’nin güçlendirilmesi, sağlık sistemindeki altyapı ve insan kaynağı yetersizlikleri ile mücadelede kritik bir role sahip olabilir.

Sonuç olarak, BBSH, toplum sağlığını koruyan ve geliştiren, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını ilk temas noktasında karşılayan, sağlık sisteminin en temel unsurlarından biridir. Türkiye ve dünya genelinde önemi giderek artmakta olup, erişilebilir ve kapsayıcı BBSH organizasyonu gerekmektedir. BBSH’nin güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliğini gösteren, bir ülkenin veya bölgenin genel refah düzeyini belirleyen anahtar etkenlerden biri olmayı sürdürecektir.

Kaynaklar

A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020.

European Commission, Eurostat, Eurostat regional yearbook – 2023 edition, Publications Office of the European Union, 2023, <https://data.europa.eu/doi/10.2785/606702> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

Hayran, O. Birinci Basamak Hizmetler Kimler Tarafından, Nasıl Sunulmalı? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü SD. Sağlık Politikası. Sağlık Günlüğü (Blog). 22 Mayıs 2024. <https://sdplatform.com/>

birinci-basamak-hizmetler-kimler-tarafından-nasil-sunulmalı/ (Erişim Tarihi: 25.10.2024).

Kruk, M.E., Chukwuma, A., Mbaruku, G., Leslie, H.H. Variation in quality of primary-care services in Kenya, Malawi, Namibia, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ. 2017;95(6):408-418.

Muldoon, L.K, Hogg, W.E., Levitt, M. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? Can J Public Health 2006;97(5):409-11.

Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (Ed: Aydın S.) Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Mavi Ofset, 2004. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/159> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

T.C. Sağlık Bakanlığı. Strateji Geliştirme Başkanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Ekleri/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028.pdf?tag1=7B2A9834832BF7DCF36F2C7E5607D8543752A372> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata international conference on primary health care. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2_1978 (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

World Health Organization. Health Topics: Primary Health Care [internet]. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1 (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

World Health Organization. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

World Health Organization. Quality in Primary Health Care. World Health Organization, Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326461/WHO-HIS-SDS-2018.54-eng.pdf?sequence=1>, 2018 (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

Dünyada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin organizasyonu ve altyapısı

Prof. Dr. Burcu Kayhan Tetik



1978 yılında İstanbul'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Malatya'da tamamladı ve 2002 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2013 yılında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinden uzmanlığını aldı ve 2015 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Yardımcı Doçent olarak göreve başladı. Hâlen aynı kurumda Profesör Doktor olarak görevine devam etmektedir. Aynı zamanda TAHUD Merkez Yönetim Kurulu Üyesi ve Uluslararası Faaliyetler Komisyon Başkanı'dır.

Sağlık sistemi bireylerin sağlıklı bir hayat sürmesine, ülkelerin sağlık göstergelerinin iyileştirilmesine, hastalıkların tanı ve tedavilerine maliyet etkin yaklaşımlar uygulanmasına yardımcı olan yapıdır. Ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinin ilk ayağını Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri oluşturmaktadır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yapısı ve işleyişi ülkelere göre farklılık gösterse de kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmeti sunan genel birimlerdir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, acil müdahale gerektirmeyen genel muayene alanları olup hem kişisel hem de toplumsal sağlık hizmeti sunulan temel birimlerdir.

Amerika Birleşik Devletleri: Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sisteminde pek çok kez reform gerçekleştirilmiştir. Ancak 2010 yılında kabul edilen Affordable Care Act (ACA) en önemli reform olarak kabul edilmektedir. Bu zamana kadar özel sağlık sigortası ülke genelinde kullanılırken ACA ile bütün vatandaşların sağlık sigortası olması gerektiği, Medicaid programının eyaletlerde daha fazla yaygınlaştırılmasının sağlanması ve düşük ekonomik gücü olanların devlet tarafından sigortalandırılması kararlaştırılmıştır. 2015 yılından itibaren kaliteli hizmet veren ve vermeyen doktor maaşlarında fark oluşturulmuş ve hizmet kalitesi artırılmaya çalışılmıştır. ABD'de sağlık

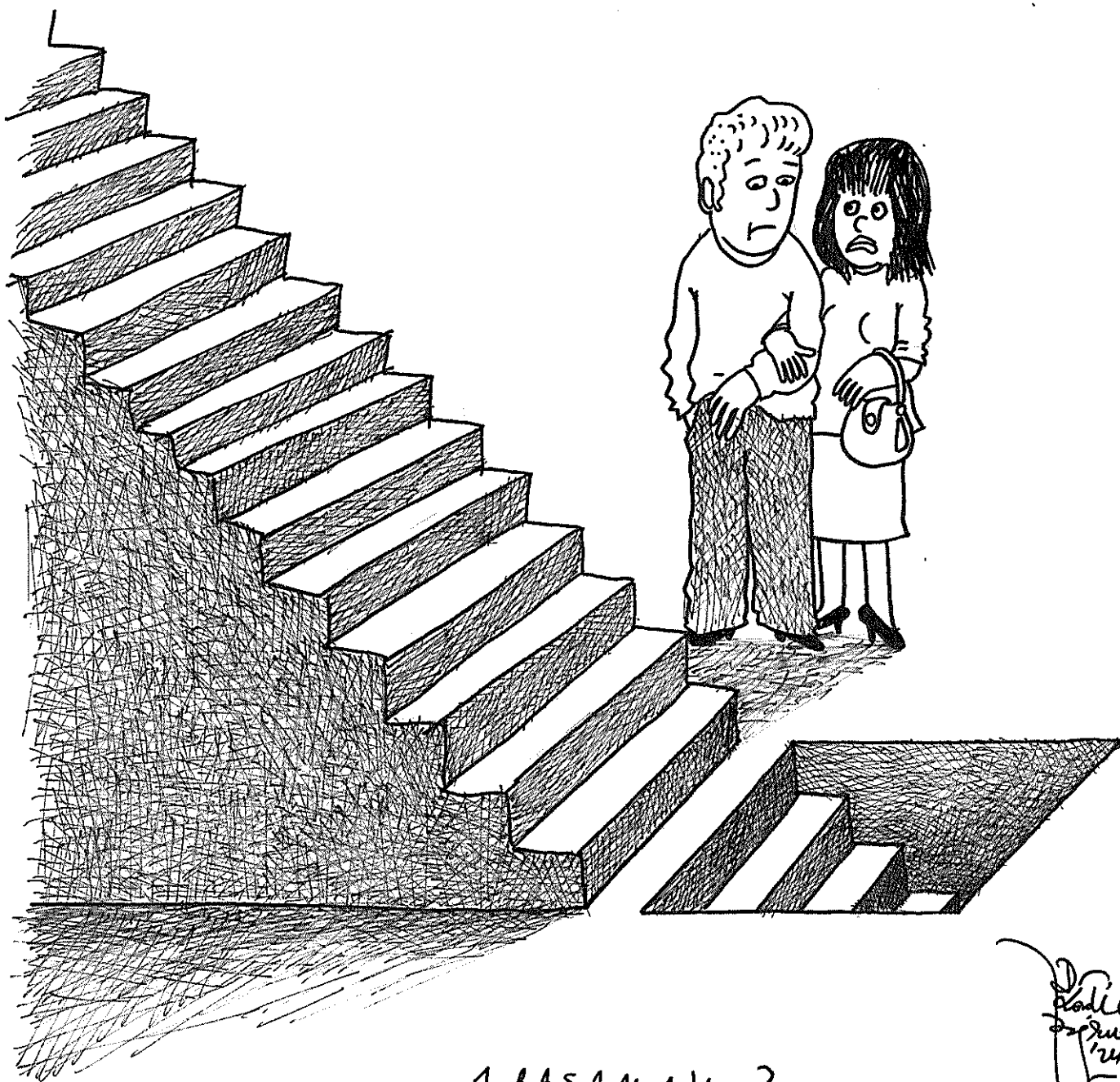
sistemi ulaşılabilirlik açısından endişe verici bir durumda olan Amerika Birleşik Devletleri için aile hekimliği sistemi kurtarıcı rol üstlenmektedir. Ancak tüm ülkeye yetecek düzeyde hekim bulunmamaktadır. Tüm vatandaşlarının sağlık sistemi ile olan bağlantısını Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (HHS) gerçekleştirmektedir. 2020 yılında ülke genelinde HHS harcamalarının yüzde 53'ü Medicare, yüzde 32'si Medicaid, yüzde 8'i isteğe bağlı harcamalar, diğer kısımlar ise zorunlu programlar, çocuk hakları programları ve yoksul aileler için geçici yardımları kapsamaktadır. ABD'de tıp eğitimi 1910 tarihli Flexner Raporu ile şekillenmiş ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yapılması 1978 Alma-Ata Konferansı ile oluşturulmuştur. Ana temanın "2000 yılında herkese sağlık" olduğu konferansta temel sağlık hizmetlerinin tüm sağlık sistemi içinde ana unsur olduğu, sağlıkta eşitlik ilkesinin gereğinin yapılması vurgulanmıştır.

ABD'de halk sağlığı hizmetleri toplumun tamamını ilgilendiren konularda sağlığı korumak, vatandaşın sağlık sistemine ulaşımını sağlamak, halkı bilinçlendirmek ve sağlık sisteminin kalitesini artırmak için kullanılmaktadır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri hem ruh sağlığı hem de fiziksel sağlığı birlikte değerlendirecek şekilde planlanmış ve aile hekimleri, çocuk hekimleri, genel pratisyenler ve kadın hastalıkları hekim-

leri tarafından verilmektedir. Mobil sağlık hizmetleri ise hekim olmayan sağlık personelleri tarafından verilmekte olup sevk sınırlaması söz konusu değildir.

2024 yılı itibarı ile yapılan anketlerde sağlık hizmetlerine ödenen ücretlerin fazla olduğu ve vatandaşların yaklaşık yarısının ödemekte zorlandığı, katılımcıların %25'inin son bir yılda yaptırmak zorunda oldukları sağlık kontrollerini yüksek maliyet nedeniyle yaptıramadığı bulunmuştur. Bu nedenle sağlık hizmet maliyetlerinin düşürülmesinin gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca alınan sağlık hizmetinden halkın sadece yüzde 7'sinin memnun olduğu, maliyetlerin yüksekliğine rağmen kalitenin düşük olduğu ve tıbbi hataların da oldukça sık olduğu bulunmuştur. Amerikan Tıp Kolejleri Birliği (AAMC) 2033 yılına doğru sağlık sistemine arzun artacağını, hekim ve hemşire sıkıntısı yaşanacağını bildirmişlerdir. Uzun vadede sağlık sisteminde daha fazla sorun yaşanacağı ve tekrar reforma gidilmesinin ülke genelinde istendiği belirtilmektedir.

Kanada: 13 eyalet ve üç bölgeden oluşan Kanada'nın sağlık sistemi kendi içinde de farklı uygulamaları barındırmaktadır. Ancak genel olarak tüm nüfusun 2/3'ünün özel sağlık sigortası vardır. Birinci basamak sağlık tesislerinden hastanelere sevk zorunluluğu yoktur. Bireyler isterlerse direkt 2. veya



1. BASAMAK...?

Handwritten signature
24.09.2024



3. basamak hastanelere müracaat edebilir. Ancak sevk edilmeden hastanelere başvurulduğunda, hekime hasta başına daha az ücret ödendiği için 2. ve 3. basamak hekimleri sevk olmadan gelen hastaları muayene etme konusunda daha temkinli davranmaktadır. Çok geniş bir alana sahip oldukları için özellikle kırsal ve ulaşımın zor olduğu yerlerde hekim bulmak oldukça zordur. Buralarda doktor bulundurma zorunluluğu olan bir sağlık politikası da ne yazık ki mevcut değildir. Bu durumu aşmak için kırsal ve uzak bölgelerde çalışacak doktorlara çok daha fazla ücret ödeyerek daha cazip hâle getirilmeye çalışılmaktadır. Tıp fakültelerinden mezun olan doktor sayılarına rağmen doktor açığı olan ülkede hizmet veren doktorların yüzde 27'si Kanada dışındaki okullardan mezun hekimlerden oluşmaktadır.

Birinci basamak hekimleri için Kanada'da en çok tercih edilen ödeme şekli hizmet başı ödeme yöntemidir. Mesai dışında 24 saat hizmet veren ücretsiz hemşire danışmanlığı sistemi de mevcuttur. Bu sistem aile hekimleri ve pratisyen hekimler tarafından koordine edilmektedir. Çoğu eyalette Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde sadece fizik muayene hizmeti verilirken Ontario gibi pilot uygulamanın olduğu eyaletlerde psikolojik destek girişimleri de başlatılmıştır. Benzer şekilde kronik hastalıklar ve evde bakım alanında da

eyaletler arasında farklı uygulamalar söz konusudur. Ayrıca, Ontario'da Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aborijin Sağlık Erişim Merkezleri ile toplum temelli ve çok disiplinli birinci basamak bakım modelleri kullanılmaktadır.

İngiltere: Sağlık modeli olarak, Beveridge temelli modeli tercih etmiştir. Bu modelde tüm toplumu kapsayan ve sağlık alanındaki ihtiyaçlarını devletin karşıladığı sağlık hizmetidir. Acil durumlar hariç danışmanlık hizmetleri ile fiziksel ve psikolojik muayene ve tedavilerin düzenlendiği ilk temas noktaları birinci basamak sağlık kurumlarıdır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde en çok genel pratisyenler (GP) çalışmaktadır ve kapı tutucu (gatekeeper) özellikleri mevcuttur. Türkiye'deki gibi tek başlarına veya grup olarak hemşire, ebe, sekreter ve muhasebeci gibi hizmet verebilmektedirler. Sağlık hizmeti olarak muayene, danışmanlık, tedavi, evde bakım, doğum öncesi ve sonrası bakım gibi her konuda hizmet verilmektedir. Ancak ulusal sağlık sigortasından faydalanmak için sevk zinciri bulunmaktadır. Bu oturmuş sağlık sisteminde vatandaş aile hekimi ile yıllık antlaşma yapar ve hizmetini alır. Hastanın hekim seçme hakkı olduğu gibi hekimin de hasta seçme hakkı vardır. Her bir hekimin ortalama nüfusu 3.500 civarındadır. Aile hekimleri "health commissioning" antlaşması ile 2. ve 3. basamak hekimleri ile protokol

imzalar ve gerekli durumda hastalarını sevk eder. Hastanelerde muayenesi olan hastaya yapılan tetkik ve tedaviler, aile hekimine rapor olarak iletilir. Aile hekimi sevk etmeden 2 veya 3. basamak hastaneye müracaat ettiklerinde sağlık sistemi para ödemez, kendi ceplerinden ödemek zorunda kalırlar.

Almanya: Almanya sağlık sistemi, dünyada ötür olarak kabul edilebilecek şekilde düzenlenmiş ve uygulanmaktadır. Almanya'da sağlık hizmetleri, ülkemizde olduğu gibi devlet, özel sektör ve sosyal yardım şeklinde sağlanmaktadır. Her bir eyalette farklı uygulamalar ve finanse modelleri tercih edilmektedir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri de oldukça gelişmiştir. 2022 verilerine göre ülke genelinde sağlık sektöründe 5.7 milyon kişi çalışmakta olup 100 bin kişi başına 453 aile hekimi ve 1.206 pratisyen hemşire düşmektedir. Kent merkezinde aile hekimleri hastalarına genellikle 1.5 km uzaklıktadır. Kırsal bölgelerde hekim sıkıntısı hâlâ devam etmekte olup 68 yaşını geçen hekimlerin kırsalda çalışmasına izin veren bir yapılanma sistemleri vardır. Tanı ve tedavi hizmetlerinin büyük kısmı birinci basamakta verilmekte ve aile hekimi gerek gördüğünde bir üst kuruluşa sevk edebilmektedir. İngiltere de olduğu gibi sevk zinciri söz konusu olup aile hekimi gerekli gördüğü durumda sevk ederken konsültasyon notu yazar ve hastasını sevk eder. Ayrıca 2020

Yılından beri ülkede elektronik sağlık kartı uygulaması kullanılmaktadır. İkinci veya üçüncü basamakta tedavisi düzenlenen hastanın yapılan tetkik ve tedavisi hakkında aile hekimine resmî bilgilendirme yapılır. Birinci basamak hekimlerine hastane hekimleri gibi hizmet başına ödeme yapılmaktadır ve hekimin belirli bir bütçesi vardır. Ay sonunda bu bütçeyi aşmaması istenir. Ancak ülke nüfusuna hizmet edecek kadar hekimleri olmadığından Kanada gibi diğer ülkelerden gelen hekimlerle sağlık hizmetleri yürütülmektedir.

Japonya: Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Japonya tüm ülkeler içerisinde toplum sağlığı hizmetleri, eşitlik ve sağlık adaleti açısından birinci sırada yer almaktadır. Tüm vatandaşların faydalanabileceği evrensel sağlık sigortaları mevcut olup 1960'lı yıllardan beri kullanılmaktadır. Ülke genelinde iki ana sağlık sigortası türü mevcuttur. Birisi çalışanların kullandığı hem kendilerini hem de bakmakla yükümlü olduklarını kapsayan sağlık sigortası türüdür. Bir diğeri ise ulusal sağlık sigortası olarak bilinen işsizlere ve serbest meslek sahiplerine uygulanan türdür. Japonya'da da sağlık sistemi birinci basamak sağlık sistemi ile başlar ve tüm vatandaşları kapsayacak şekilde organize edilmiştir. Burada hizmet veren hekimlerce tanı, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetleri yürütülür. Sevk zinciri söz konusu değildir. Ama üçüncü basamak sağlık kuruluşuna birinci veya ikinci basamak sağlık kuruluşundan sevk ile gelmedikleri zaman ek bir ücret ödemek zorundadır. Normalde sağlık harcamalarının bir kısmını devlet bir kısmını vatandaş öder. Tüm ülke genelinde uygulanan sağlık prosedürleri için sağlık hizmet sunucularına geri ödeme içerikli tek tip ulusal ücret çelgesi mevcuttur. Katılım payları bireyin yaşına göre yüzde 10-30 arasında değişen oranlarda alınmaktadır. Ancak düşük gelirli bireylerden katkı payı alınmamaktadır. Ancak uzun süreli evde bakım veya tıbbi bakım almak zorunda olunan bir durum söz konusu olduğunda 2000'li yıllarda ülke genelinde kullanılmaya başlanan uzun vadeli bakım sigortası uygulanmaktadır. Yani sigorta şirketleri gruplara göre standardize edilmiş programlar uygularlar yani kişiler istedikleri sigortayı seçemezler. Ancak bu hekimler aile hekimi veya genel pratisyenler değildir. Tabipler Birliği denilen ekip tarafından görevlendirilen diğer uzmanlık

dallarını tercih etmeyen hekimler tarafından verilmektedir. Yani aile hekimliği uzmanlığı diye bir branş söz konusu değildir. Ancak aile hekimliği sistemini kurmak için çalışmalar da yapılmaktadır. Özellikle coğrafi olarak ulaşımın zor olduğu yerdeki vatandaşlarına 24 saat hizmet veren yapı üzerinde çalışmaları devam etmektedir. Bu sistemi oturtmaya çalıştıkları bölgelerde aile hekimlerinin hastanelere sevk etmesi beklenmektedir. Ülkenin kırsal kesimlerinde hekim bulmakta zorlanılmaktadır. Bu nedenle tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısı artırılmış ve Chiki-Waku denilen sistem başlatılmıştır. Bu sistemde burs alan öğrencilere mezun olduktan sonra belirli bir süre kırsalda çalışma zorunluluğu getirilmiştir.

Sonuç: Birinci basamak, vatandaşların sağlık sistemleri ile ilk temas noktasıdır. Bu nedenle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini tam anlamıyla oturtmuş olan ülkelerin toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verdiği, eşitlikçi bir hizmet sunduğu görülmektedir. Dünyanın yaşlanması, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması ve yeni sağlık personeli istihdamının azalması nedeniyle ilerleyen yıllarda sağlık sisteminde çok daha fazla sorunlar yaşanacağı, hizmet kalitesinin azalacağı öngörülmektedir. Bu nedenle ülke ekonomisine pozitif katkı sağlayacak ve sağlık harcamalarını azaltacak olan aile hekimliği uygulamalarının tüm ülkelerin sağlık sistemlerine entegre etmesi ve sevk zincirinin olduğu sağlık politikalarının kullanılması yerinde olacaktır.

Kaynaklar

- Akdağ, R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. 2008, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akman, E., Tanrı, M. Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. *Usasad Dergisi*, 2020; 6(2): 303-316.
- Akman, M. Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2014; 18: 70-78.
- Ayhan, E. Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Japonya Sağlık Sistemi. 1. Baskı, Ankara, 2006; 1485-1518.
- Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2020; 22(6): i-273.
- Boyle, S. United Kingdom (England) Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13: 1-486.
- Canada Health. Health Care System. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html> (Erişim Tarihi: 21.08.2024).

Global Health. Global Health Organization. https://globalhealth.org/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwz7C2BhDKARIsAA_SZKasga7ixzkPEQ-JoKpCyVhhCJmWummlmEit-9jFRDDgcPtbS3EgX-FuoaApLgEALw_wcB (Erişim Tarihi: 16.08.2024).

Global Health. Global Health Organization. https://globalhealth.org/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwz7C2BhDKARIsAA_SZKasga7ixzkPEQ-JoKpCyVhhCJmWummlmEit-9jFRDDgcPtbS3EgX-FuoaApLgEALw_wcB (Erişim Tarihi: 26.08.2024).

Gülşen, A. Almanya'da Sağlık Sistemi. 1. Baskı, İstanbul, 2018; 95-104.

KFF. Americans' Challenges with Health Care Costs. <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/americans-challenges-with-health-care-costs/> (Erişim Tarihi: 16.10.2024).

Kınlmaz, H., Amarat, M., Ünal, Ö. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*, 2017; 3(6): 78-104.

Marburger Verbund. TV Ärztet TdL. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2018-08/17-08-29-tv-aerzte-i-d-f-6aenderungstv.pdf> (Erişim Tarihi: 08.09.2024).

Medifind. Problems in the US Healthcare System. <https://www.medifind.com/news/post/problems-us-healthcare-system> (Erişim Tarihi: 16.10.2024).

Newell, F. Framework for patient and public participation in primary care commissioning. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2016/03/framwrk-public-partcptn-prim-care.pdf> (Erişim Tarihi: 26.08.2024).

NHS England. Framework for Patient and Public Participation in Primary Care Commissioning. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2016/03/framwrk-public-partcptn-prim-care.pdf> (Erişim Tarihi: 26.08.2024).

Sargutan, E. Birleşik Krallık Sistemi. *Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, 2006.

World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Gregory P. Marchildon, Sara Allin & Sherry Merkur. (2020). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22 (3), World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336311>. (Erişim Tarihi: 16.10.2024).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde erişilebilirlik

Dr. Zeynep Meva Altaş



2017 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olmuştur ve 2018-2022 yılları arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında ihtisasını yapmıştır. Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğünde halk sağlığı uzmanı olarak görevini sürdürmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin temel prensibi, dünyadaki tüm insanların ulaşılabilir en yüksek sağlık seviyesine ulaşma hakkına sahip olmasıdır (1). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, sağlık sistemlerinin bireyin sağlık ihtiyaçlarını desteklemesini sağlar. Sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi, tedavi, rehabilitasyon ve diğer pek çok alanda sağlık hizmeti birinci basamakta sunulabilmektedir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin stratejisi insanların ihtiyaçlarına odaklanıp, tercihlerini dikkate alarak hizmet sunumunu temel alır (1).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamında bireylerin ihtiyaç duyduğu temel sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetlerden yararlanımdaki eşitsizliklerin giderilmesi adına; öncelikle Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunan kurumlar sayı ve nitelik bakımından yeterli olmalı, toplumdaki tüm bireyler tarafından erişilebilirliği hedeflenmelidir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişim; yalnızca sağlık durumunu belirlemekle kalmaz, aynı zamanda hastalık dönemlerinden sonra hayatta kalma ve uzun ömürlülüğü de etkiler. Bu nedenle, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimde eşitlik temel bir hak olarak değerlendirilmelidir (2).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimde ekonomik durum, cinsiyet,

yaş gibi bazı sosyodemografik faktörler etkili olabilmektedir. Sağlık hizmetlerine coğrafi olarak erişim, ulaşım soruları de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden faydalanımı etkileyen faktörlerdendir. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik hedeflenirken bu faktörlerin iyi anlaşılması önemlidir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Erişimde Sosyal Eşitsizlikler

Sosyal ve yapısal faktörlerin, sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin gelişiminde önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Düşük eğitim, dezavantajlı bir bölgede yaşamak, düşük sosyoekonomik statü ve etnik azınlığa mensup olmak, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımındaki eşitsizlikler ile ilişkili faktörler olarak gösterilmiştir (2).

Eğitim ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Eğitim bireylerin yaşam fırsatlarını, gelirini ve genel iyilik hallerini etkilemektedir. Eğitim, sağlığın önemli bir sosyal belirleyicisidir. Yüksek eğitim seviyeleri genellikle daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. Eğitimli bireyler daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olmakta, sağlık bilgilerini daha iyi kavrayıp, daha sağlıklı yaşam tarzı davranışları edinebilmektedir. Yüksek eğitim seviyesine sa-

hip erişkinler eğitim seviyesi daha düşük akranlarına göre daha uzun yaşam sürelerine sahiptir (3). Eğitim, insanlara geniş bir beceri ve özellikler yelpazesi kazandırır; bu beceriler arasında bilişsel yetenekler, problem çözme yetenekleri, öğrenilmiş etkililik ve kişisel kontrol gibi unsurlar bulunur. Bu beceriler ve özellikler, eğitim seviyesi yüksek bireylerin daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmalarını sağlar (4,5). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimi daha kapsayıcı hâle getirmek için eğitim ve sağlık müdahalelerinin bir arada olduğu disiplinler arası yaklaşımlar benimsenmelidir. Örneğin daha düşük eğitim seviyesindeki bireylere sağlık eğitimleri verildiğinde, eğitimin anlaşılır dilde verildiğinden, kültürel farklar ve inanışlar gibi faktörlerin de göz önüne alındığından emin olunmalıdır. Eğitimler sonrasında sıkça geribildirim alınmalı, anlaşılmayan noktalar var ise çözümlenmelidir. Bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanımla ilgili tereddütleri var ise kanıta dayalı bilgilendirme ve yaklaşımlar ile çözüme kavuşturulması sağlanmalıdır. İkna yoluna giderken baskıcı bir dilden ziyade anlaşılır ve güven verici bir dil kullanılmalıdır.

Gelir Durumu ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Gelir durumu da eğitim seviyesi gibi Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine

erişimde eşitsizliklere sebep olabilmektedir. Literatürde düşük gelire sahip hastaların olumsuz sağlık hizmeti deneyimledikleri ve karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının olduğu bildirilmektedir (6). Yoksulluk, sağlık hizmetlerine ve kaynaklarına yeterli erişimi engellemektedir. Düşük gelirli bölgelerde ulaşım yöntemleri güvenilir olmayabilir ve bu durum hastaların tıbbi randevulara gitme olanaklarını da kısıtlayabilir (7). Literatüre göre ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranı daha zengin hanelerde daha yoksul hanelere göre daha yüksektir. Doğum öncesi bakım ve iyileştirilmiş sanitasyon hizmetleri hane halkı gelirine göre yararlanımının en çok etkilendiği alanlardır (8).

Cinsiyet ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Cinsiyet sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık sonuçlarında sağlığın önemli bir belirleyicisidir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimde cinsiyet eşitsizliği hem erkekleri hem de kadınları etkileyebilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ekonomik eşitsizlikler, toplumsal normlar ve kültürel inanışlar nedeniyle temel sağlık hizmetlerine erişimde kadınlar daha sık problem yaşayabilmektedir. Genellikle düşük gelirli ülkelerde kadınlar daha az oranda istihdam edilmekte ve ekonomik bağımsızlığa sahip olan kadın sayısı azınlıkta kalmaktadır. Bu durum kadınların sağlıklı davranışları benimsemelerini, sağlık hizmeti taleplerini azaltabilmektedir. Daha düşük eğitim seviyelerine sahip kadınların sağlık okuryazarlıkları ve sağlık hizmetleri ile ilgili kaynaklara erişimleri daha az olabilmektedir. Bazı toplumlarda erkekler karar verici olarak kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinde söz sahibi olabilmektedir. Ayrıca bazı kadınlar birinci basamakta sunulabilen üreme sağlığı hizmetlerinden utanç, damgalanma korkusu, eş baskısı gibi sebepler ile faydalanamamaktadır.

Antenatal bakım hizmetleri anne ve çocuk sağlığı açısından son derece önemlidir. Ne yazık ki önerilen sayıda ve nitelikte bakım alabilen kadın sayısı dünyada ve ülkemizde istenilen oranlara ulaşmamaktadır. 2010-2017 yılları arasındaki 98 ulusal sağlık anketi verilerine göre, üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınların tahmini olarak yüzde 40'ı DSÖ tarafından önerilen şe-

kilde gebelik sırasında dört veya daha fazla doğum öncesi bakım hizmeti almamıştır. Dünyada koruyucu sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin sonucu, bölgesel ölüm oranlarında da farklılıklar görülebilmektedir. Örneğin Kuzey Amerika'da meme kanseri beş yıllık sağkalım oranı yüzde 90'a yakınken, birçok düşük gelirli ülkede ne yazık ki bu oran yüzde 60'ın altındadır (8).

Sağlık hizmetlerine erişimde kadınlar dışında erkekler de olumsuz etkilenebilmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya genelinde erkek ölümlerinin yüzde 70'ini oluşturmakta olup, kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve kanserler bu ölümlerin başında gelmektedir. Tütün ve alkol kullanımı, KVH ve kanserler için önemli risk faktörleridir ve dünya genelinde erkeklerin bu maddeleri tüketimi kadınlara göre daha yüksektir. Bu sebeple erkekler belirli sağlık risklerine daha yatkın olabilmektedir. Ayrıca bazı katı cinsiyet normları ve erkeklik anlayışları nedeniyle erkekler kadınlara göre sağlık hizmeti almaya daha az istekli olabilmektedirler (8). Bu sebeple sağlık hizmetlerine erişimde sadece kadınların dezavantajlı olabildiği yanılgısında olunmamalıdır. Her iki cinsiyetin de öncelikli sağlık sorunları ayrıntılı ele alınıp, sağlık hizmetinden faydalanımı arttıracak bireye spesifik çözüm stratejileri sunulmalıdır.

Kırsal ve Kentsel Farklılıklar

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde kırsal bölgelerde yaşayanlar daha dezavantajlı olabilmektedir. Kırsal bölgede yaşayanlar ülkemizde ve dünyada genel olarak daha yaşlı nüfus olmaktadır. Bunun yanında kırsalda yaşayanların genellikle eğitim seviyesi daha düşük, finansal problemleri ise daha fazladır. Sağlık hizmetlerine ulaşırken uzak mesafe ve ulaşım taşıtları açısından sorunlarla karşılaştıklarından kırsalda yaşayanlar Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimde daha geride kalmaktadırlar. Bu noktada kırsal bölgeler için tele-tıp veya mobil sağlık hizmetleri ile koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ulaştırılmalıdır. Gelecekte yapay zekânın da sağlık sektöründe kullanımının ilerlemesi ile uzaktan sağlık hizmetlerine erişim de arttırılabilecek, ulaşım sorunları kaynaklı eşitsizliğin önüne geçilebilecektir.

Özetle; Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimde sosyal eşitsizliklerin azaltılması için kapsamlı bazı yaklaşımlar benimsenebilir. Aşağıdaki temel önerilerin hayata geçirilmesi ile bu konudaki bazı sorunlar çözüme kavuşabilecektir.

Öneriler

- 1) Eşitsizliklerin önüne geçmek adına, sağlık hizmetlerine erişimdeki engellere spesifik bütüncül ve multidisipliner yaklaşımları benimsemek
- 2) Sağlık okuryazarlığını arttırmak, farkındalık eğitimleri düzenlemek
- 3) Yoksul kesimlere yönelik sağlık sigortası kapsamını genişletmek
- 4) Kırsal kesimlerde de sağlık tesislerinin sayısını ve niteliğini arttırmak
- 5) Mobil sağlık hizmetleri sunarak ulaşımın zor olduğu bölgelerde de sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak
- 6) Sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetler arasında iş birliği sağlayıp, ihtiyaç sahibi bireylere yönelik sosyal destek programları geliştirmek
- 7) Tele-tıp uygulamalarını yaygınlaştırmak
- 8) Sağlık hizmetlerinde eşitsizlikleri azaltmaya yönelik ulusal politikalar geliştirmek.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. (2023). Primary health care. <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care> (Erişim Tarihi: 12.07.2024).
- 2) Akhavan, S. (2015). Promoting equity in primary health care. *Primary Health Care*, 5(216).
- 3) Zającova, A., & Lawrence, E. M. (2018). The relationship between education and health: Reducing disparities through a contextual approach. *Annual Review of Public Health*, 39, 273-289.
- 4) Mirowski, J., & Ross, C. E. (2005). Education, learned effectiveness and health. *London Review of Education*, 3(3), 205-220.
- 5) Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). The influence of education on health: An empirical assessment of OECD countries for the period 1995-2015. *Archives of Public Health*, 78(20).
- 6) Loinon, C., Haggerty, J. L., Fortin, M., et al. (2010). What makes primary care effective for people in poverty living with multiple chronic conditions?: Study protocol. *BMC Health Services Research*, 10(320).
- 7) National Health Council. (t.y.). Limited access, poverty, and barriers to accessible health care. <https://nationalhealthcouncil.org/blog/limited-access-poverty-and-barriers-to-accessible-health-care> (Erişim Tarihi: 28.07.2024)
- 8) World Health Organization. (2019). Breaking Barriers Towards More Gender-Responsive and Equitable Health Systems. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/gender/gender-gmr-2019.pdf?sfvrsn=905f494f_5&dwnload=true (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

Gelişmiş Ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve Erişilebilirliği

Dr. Gülşah Onur



1994 yılında Tokat'ta doğmuştur. Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesinden 2019'da mezun olmuştur. 2021 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında uzmanlık eğitimine başlamış ve hâlâ burada araştırma görevlisi doktor olarak görev yapmaktadır. Ayrıca 2023 yılından beri EYFDM (European Young Family Doctors' Movement) Türkiye Ödülleri ve Burslar Koordinatörü olarak görev yapmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, bireylerin ihtiyaçlarına odaklanarak, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinden tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakıma kadar uzanan bir yelpazede mümkün olan en yüksek seviyede sağlık ve refahın sağlanmasını ve bunların dengeli bir şekilde dağıtılmasını amaçlayan, tüm toplumu kapsayan, bireylerin günlük yaşamlarının mümkün olduğunca içinde yer alan sağlık hizmetleridir. Tüm yaşam boyunca, ulaşılabilecek en yüksek standartta sağlık hizmetinden yararlanma, ayırım gözetmeksizin her insanın temel haklarından biridir.

Sürdürülebilir ve etkin bir sağlık sistemi oluşturulmasında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin mevcut durumunun objektif bir şekilde değerlendirilmesi, sahip olduğu potansiyel ve sınırlılıkların belirlenmesi, toplumun her kesiminin erişebildiği, efektif işleyen bir birinci basamak sağlık sistemi için politikalar oluşturulması kritik bir öneme sahiptir. Bu yazıda gelişmiş ülkelerdeki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumu, kapsamı ve erişilebilirliği incelenecek, bu hizmetlerin güçlü ve

zayıf yönleri analiz edilerek gelişime yönelik çözümler ve bunun önündeki engeller belirlenecektir. Bu makale, dünya genelinde gelişmiş ülkelerdeki mevcut Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sistemlerinden çıkarılacak derslerle; sağlık idarecileri, hükümetler ve politika yapımcılar başta olmak üzere tüm paydaşlara, sistemleri iyileştirmek için değerli iç görüler sunmayı amaçlamaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumunda Yeni Modeller

Koordineli, sürekli, bireysel ve kapsamlı bir Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunumu için multidisipliner ekiplerden oluşan ve entegre bir sağlık organizasyonu modeli son yıllarda OECD (Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü) ülkelerinde benimsenmeye başlamıştır. Bu modeller ile toplumun her kesiminin ihtiyacı olan tıbbi ve sosyal hizmetlere erişiminin sağlanması ve kaynakların etkin kullanımı amaçlanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimleri ve hasta eğitimi, öz yönetim desteği, tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık yönetimi, sevkler ve bakım koordinasyonu sunulan hizmetlerin bazılarıdır. Bu modeller ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Avustralya, Kanada,

Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) çeşitli uygulama modelleri ve farklı hedef popülasyonları ile multidisipliner ekipler çalışırken; Kanada ve İspanya'da gelişmiş teknolojik bilgi sistemleriyle yapılan toplum risk analizi sonucunda bireysel ihtiyaçlara yönelik bir birinci basamak hizmeti verilmektedir. Yapılan çalışmalara göre bu yeni modellerle daha iyi sağlık çıktıları ve yaşam kalitesinde artışlar, hastaneye yatışlarda azalmalar, yüksek hasta ve hekim memnuniyeti, maliyet etkin sonuçlar görülmüştür.

Sağlık Hizmetlerinin Erişilebilirliği

Sağlık hizmetlerine erişim düzeyi öncelikle temel bir dizi hizmetten yararlanabilen ve kaliteli sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinden memnun olan nüfusun oranı ile değerlendirilir. OECD üye ülkelerindeki en son resmî ulusal sağlık istatistiklerinden yararlanılarak oluşturulmuş olan 'Health at a Glance 2023' raporuna göre temel sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı ABD'de yüzde 91.3 ile OECD ortalamasının altındadır. En çok düşük eğitim veya gelir düzeyine sahip çalışma çağındaki yetişkinler, sağlık hizmetlerine erişim konusunda sorun yaşayan gruplardır. Aynı oran Belçika ve Litvanya'da sıra-



sıyla yüzde 98.6 ve yüzde 98.8, Avusturya, Fransa, Almanya ve Hollanda'da yüzde 99.9, Kanada, Avustralya, Danimarka, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, İrlanda, İtalya, Japonya, Güney Kore, Norveç, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık, Portekiz, Slovenya, İspanya, İsviçre ve İsveç'te ise yüzde 100'dür. Hollanda ve İsviçre gibi bazı ülkelerde bu başarı kamu teşvikleri ve yasal düzenlemelerle desteklenen zorunlu özel sağlık sigortası sistemine bağlanabilir.

Kaliteli sağlık hizmetlerine erişimden memnun olan bireylerin oranı OECD ülkeleri genelinde ortalama olarak yüzde 66.8'dir. Bu oranın altında kalan gelişmiş ülkeler Litvanya, İtalya, Kanada, Portekiz, Yeni Zelanda ve İspanya'dır. Belçika'da ve İsviçre'de bu oran en yüksektir (sırasıyla yüzde 90 ve yüzde 94). Bu iki ülkeyi yüzde 80 üzeri oranlarla Avusturya, Danimarka, Almanya ve Hollanda izler. Memnuniyet seviyelerinin son 10 yıldaki değişimine bakıldığında ise Kanada, Yeni Zelanda ve Birleşik Krallık'ta yaklaşık yüzde 20'lik bir düşüş göze çarpmaktadır.

Erişimin Önündeki Engeller

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki başlıca engeller; sağlık hizmetlerinin

maliyeti ve yetersiz sağlık sigortası kapsamı, sağlık profesyonellerinin sayıca eksikliğinden kaynaklı uzun bekleme süreleri, kaynakların sınırlılığı, sağlık tesislerinin azlığı ve bunlara ulaşım problemleridir. OECD ülkeleri genelinde, sağlık hizmetleri maliyetlerinin yaklaşık yüzde 75.9'u, ayaktan bakım hizmetlerinin yüzde 79'u ve ilaç masraflarının da yüzde 56'sı devlet veya zorunlu sağlık sigortasınca karşılanmaktadır. Genel sağlık hizmetleri maliyetleri için Güney Kore ve Portekiz'de bu oran yüzde 60'lar civarındadır. Bu oranın en yüksek olduğu gelişmiş ülkeler ise Danimarka, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Almanya, Japonya, Hollanda, Norveç ve İsveç'tir. İtalya, Portekiz ve Güney Kore ayaktan bakım hizmetleri masraflarının karşılanma oranlarının en düşük olduğu gelişmiş ülkelerdir. Fransa, İrlanda ve Almanya'da ilaç masraflarının yüzde 80'inden fazlası karşılanmaktadır.

Birçok ülkede zorunlu temel sağlık sigortasının yanı sıra gönüllü özel sağlık sigortaları da bulunmaktadır. Belçika, Fransa ve Slovenya nüfusunun yüzde 90'ından fazlası temel sağlık sigortasının karşılamadığı masraflarını karşılayan tamamlayıcı sağlık sigortasına sahipken; Hollanda nüfusunun yüzde 80'inden fazlası ek hizmetleri de içe-

Koordineli, sürekli, bireysel ve kapsamlı bir Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunumu için multidisipliner ekiplerden oluşan ve entegre bir sağlık organizasyonu modeli son yıllarda OECD ülkelerinde benimsenmeye başlamıştır. Bu modeller ile toplumun her kesiminin ihtiyacı olan tıbbi ve sosyal hizmetlere erişiminin sağlanması ve kaynakların etkin kullanımı amaçlanmıştır.

ren destekleyici sağlık sigortasına sahiptir. İrlanda ve Avustralya'da ise mükerrer sigorta sistemi mevcuttur, bu sigortaya sahip olan vatandaşlar sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim sağlayarak daha kapsamlı bir hizmet seçeneğine sahiptir.

OECD ülkeleri genelinde karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimleri içinde diş bakım ve tedavi hizmetleri, maliyetler nedeniyle büyük bir yer tutmaktadır. Özellikle Portekiz'de nüfusun yüzde 7'sinden fazlası karşılanmamış diş bakımı ihtiyaçları olduğunu bildirirken, bu oran Hollanda, Almanya ve Avusturya'da yüzde 0.5'ten azdır. Japonya, Almanya ve Fransa'da dental harcamaların yarısından fazlası kamu kuruluşları veya zorunlu sigorta tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin maliyetinin devlet veya zorunlu sağlık sigortası tarafından karşılanma oranlarının artırılması, toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerine adil erişimini sağlamada önemli bir rol oynayacaktır. Ancak, bu hedefin önündeki en büyük engellerden biri, sağlık harcamaları için ayrılan bütçenin kısıtlı olmasıdır. Sağlık okuryazarlığını artırarak sağlık kuruluşlarına yapılan gereksiz başvurular, akılcı olmayan ilaç kullanımı ve lüzumsuz tetkik istemleri gibi gereksiz harcamaların önüne geçilebilir. Bu sayede kaynaklar daha etkin kullanılabilir ve maliyetler optimize edilebilir.

OECD ülkelerinde her 1.000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı sırasıyla 3.7 ve 9.2'dir. Birleşik Krallık, Belçika, Kanada, Fransa, Finlandiya, Slovenya, ABD, Japonya ve Güney Kore'de hekim sayısı bu değerın altındayken Norveç, Avusturya ve Portekiz'de hekim sayısı 5'in üzerindedir. İtalya, Kore, Litvanya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık'ta 1.000 kişiye 9'dan az hemşire düşerken, Finlandiya, İsviçre ve Norveç'te ise hemşire sayısı 18'den fazladır. Slovenya ve Finlandiya'da nüfusun yüzde 4'ünden fazlası uzun bekleme sürelerini sağlık hizmetine erişimde engel olarak belirtmiştir. OECD ülkelerinde hastaların yüzde 82'si doktorların hasta görüşmelerinde onlara yeterince zaman ayırdığını söylemektedir. Japonya başta olmak üzere Birleşik Krallık ve İsveç'te ise bu oran düşüktür. Hastaların kendi sağlık durumları ve tıbbi tedavileriyle ilgili karar verme sürecine



dâhil edilmesi, Avusturya, Hollanda ve Avustralya'da en yüksek düzeydeyken; Birleşik Krallık, Fransa ve İsveç'te en düşük düzeydedir.

Aile hekimi ve hemşire sayısının nüfusa oranla yeterli düzeyde olması ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla, sağlık profesyonellerinin eğitim aldıkları fakültelerin sayısının artırılması ve bu fakültelerde verilen eğitimin kalitesinin yükseltilmesi önem arz etmektedir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde farklı disiplinlerden oluşan bir ekibin iş birliği içinde çalışması, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimini artırmanın yanında iş yükünü dengeleyecektir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve çeşitli teşvik ve motivasyon programları ile desteklenmesi, mesleki tükenmişlik riskini azaltmada etkili olacaktır. Bu hedeflere ulaşmak için uzun vadeli ve kapsamlı sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması gereklidir. Fakat bunların önünde finansal, yönetsel ve organizasyonel engeller bulunmaktadır. Ayrı-

ca dünya nüfusu giderek yaşlanmakta ve kronik hastalık prevalansında bir artış görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların artacağı öngörülmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişimde bir başka bariyer de sağlık kuruluşlarına uzak mesafeler ve coğrafi engellerdir. Gelişmiş ülkelerden Avustralya, Kanada ve Slovenya'da, nüfusun en az yüzde 20'si fiziki ulaşım imkânları yetersiz olduğu için ihtiyaç duyduklarında birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuramamaktadır. Avustralya, Kanada ve ABD'de, kırsal kesimde yaşayan popülasyonun Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimi daha düşüktür. Gezici Birinci Basamak Sağlık Hizmeti klinikleri, kırsal alanda yaşayan veya yetersiz sağlık hizmeti alan dezavantajlı popülasyona erişim sağlayan, gerekli donanım ve sağlık profesyoneliyle koruyucu sağlık, ruh sağlığı veya diş sağlığı hizmetleri dâhil Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunan mobil kliniklerdir. Fransa, ABD, Almanya ve Portekiz'de bazı kırsal alanlarda mobil

sağlık klinikleri faaliyet göstermektedir. Sağlık hizmetlerine erişimi ulaşım nedenli kısıtlı olan popülasyon için mobil klinikler artırılabilir.

Dijital Sağlık Teknolojilerinin Kullanımı

Son yıllarda hızla gelişen tele-tıp ve dijital sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerine erişimi önemli ölçüde kolaylaştırmıştır. OECD ülkelerindeki tüm doktor görüşmelerinin yüzde 19'unu tele-tıp hizmetler oluşturmuştur. İspanya, Portekiz ve Danimarka'da bu oranlar yüzde 30'un üzerindedir. 2021 yılı verilerine göre, hasta başına yılda 1.4 tele-tıp görüşmesi yapılmaktadır. Kanada, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Norveç ve İsveç'te kırsal kesimlerde yaşayan popülasyonun sağlık sistemine erişimini artırmak amacıyla tele-tıp uygulamaları kullanılmaktadır.

OECD ülkeleri genelindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarının yüzde 93'ünden fazlası elektronik tıbbi kayıt sistemi (EMR) kullanmaktadır. Danimarka, Finlandiya, Almanya, Hollanda, Norveç, Portekiz, Slovenya, İsveç ve Birleşik Krallık'ta tüm birinci basamak kuruluşlarda EMR kullanılırken; İsviçre ve Japonya'da bu oran yüzde 40'lardadır. Finlandiya'da kullanılan model, Kanıtla Dayalı Elektronik Karar Destek Sistemi (EBMeDS) ile hastaların tıbbi

kayıtlarını güncel kılavuz ve rehberlerle eşleştirerek aile hekimlerine, kişiselleştirilmiş bakım planı hazırlamada rehberlik sağlamaktadır. Sistem ayrıca otomatik hatırlatıcılar ve uyarılar da üretmektedir. Özellikle kronik hastalıkları olan hastalar için koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması, ilaç etkileşimleri ve yan etkilerinin önüne geçilmesi açısından hasta güvenliğine ve sunulan bakımın genel kalitesine olumlu bir etki yapmaktadır. İspanya'da kullanılan EMR; hasta portalı, elektronik reçete sistemi ve tele-izlem hizmeti ile entegre edilmiştir.

E-hasta portalları gibi mobil sağlık uygulamaları hastaların kendi sağlık durumlarıyla ilgili bilgi ve farkındalık seviyelerini yükselterek klinik kararla alma sürecine katılmalarını artıran ve daha iyi sağlık çıktıları ile sonuçlanan uygulamalardır. Bu dijital sağlık uygulamaları, Kanada'da miHealth, Danimarka'da Tele-Rehabilitation Service, Finlandiya'da Oulu Self Care Service ve ABD'de HealthConnect gibi platformlarla kullanılmaktadır.

Yapay zekâ destekli cihazların sağlık alanında kullanımının artırılmasıyla sağlık profesyonellerinin üzerindeki iş yükü azaltılabilir. Tele-sağlık uygulamalarının kullanımının artırılması ve etkili kullanımı ile sağlık hizmetlerine fiziki ve coğrafi nedenlerle erişim problemi yaşayan hastalara sağlık

hizmetleri sunulabilir. Ayrıca bu uygulamalarla triyaj yapılarak gereksiz birinci basamak başvurularının önüne geçilebilir. EMR sistemlerinin geliştirilmesiyle gereksiz tetkik istemlerinin, ilaç etkileşimlerinin önüne geçilebilir, bu sistemlere klinik kılavuzların entegre edilmesiyle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri daha doğru, etkin ve süreklilik içinde sunulabilir. Sağlık teknolojilerinin kullanımının önündeki en önemli handikaplar bu teknolojiler için altyapı sağlanması, maliyetler, veri gizliliği ve güvenlik problemleridir. Teknolojiye erişimde ve bu uygulamaların kullanımında sorun yaşayan vatandaşlar ve sağlık personeli için finansal destek ve eğitim programları gereklidir.

Sonuç

Gelişmiş ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri genellikle yüksek standartlarda sunulmakla birlikte, çeşitli zayıf yönler ve tehditler de bulunmaktadır. Sağlık personelinin eksikliği, uzun bekleme süreleri, sağlık sigortası kaynaklı erişimde adaletsizlikler, finansal sorunlar, coğrafi engeller gibi zorluklar, bu hizmetlerin etkinliğini ve erişilebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu zorlukların üstesinden gelmek için, eğitim ve sağlık politikalarının güçlendirilmesi, sağlık harcamalarına yeterli bütçe ayrılması ve sağlık teknolojilerinin kullanımının artırılması gibi fırsatlar değerlendirilerek Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği artırılacaktır.

Kaynaklar

Healthy People 2030. Access to health services [Internet]. 2023 Erişim adresi: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/access-health-services> (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

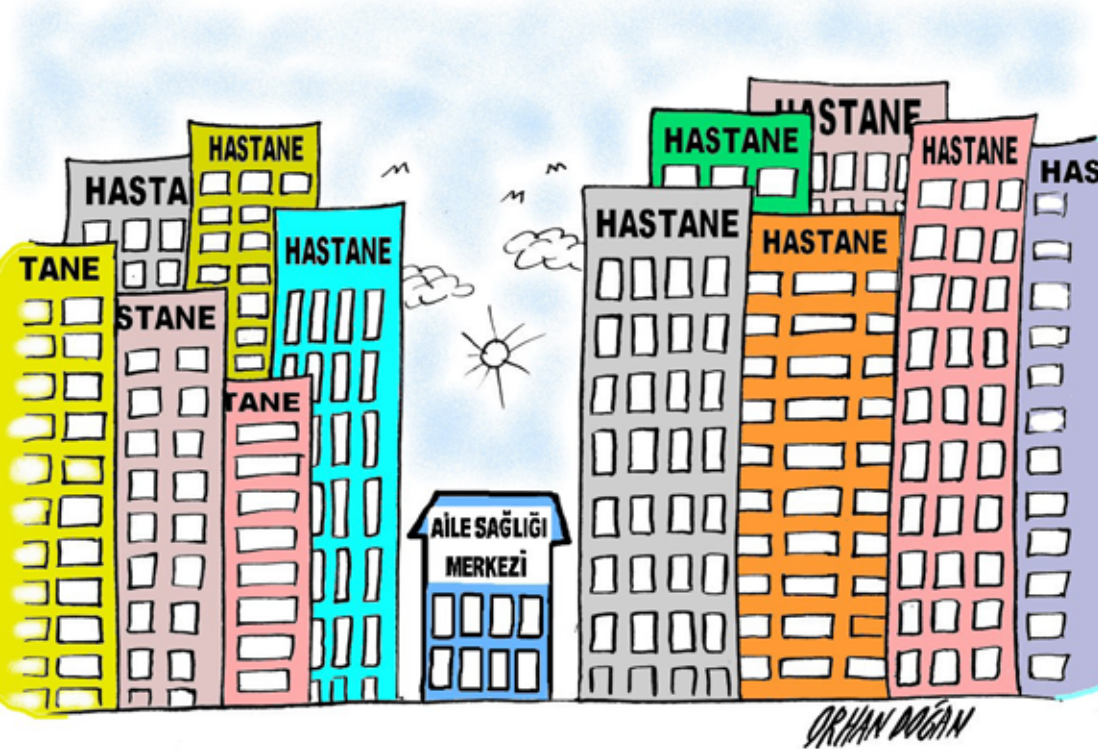
OECD, Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023 (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

OECD, Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2020.

OECD, Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2024 (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

World Health Organization. Improving service access and quality [Internet]. 2023 Erişim adresi: <https://www.who.int/activities/improving-service-access-and-quality> (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

World Health Organization. Primary health care [Internet]. 2023 Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (Erişim Tarihi: 31.07.2024).



Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin tarihsel gelişimi

Dr. Mehmet Sait Değer



İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun olmuştur. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra kamuda ve özel sektörde çeşitli pozisyon ve kademelerde hekim ve yönetici olarak görev yapmıştır. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Doktora Programını tamamlamış ve hâlen Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olup Şırnak İl Sağlık Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Dr. Zeynep Meva Altaş



2017 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olmuştur ve 2018-2022 yılları arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında ihtisasını yapmıştır. Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğünde halk sağlığı uzmanı olarak görevini sürdürmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, toplum sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini amaçlayan hizmetler bütünüdür. Sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi, tedavi, rehabilitasyon ve diğer pek çok alanda sağlık hizmeti birinci basamakta sunulabilmektedir (1). Ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından koruyucu, tanı koydurucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde sunulmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezleri, İlçe Sağlık Müdürlükleri ve bağlı birimler ise bölgedeki toplumun sağlık risklerinin ve sağlık sorunlarının belirlenmesi, bu sorunların ve risklerin çözülmesi, önlenmesi ve sağlık taramaları ile ilgili hizmetler sunmaktadır (2).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de mevcut sağlık sisteminin ana unsuru olarak uzun bir gelişim sürecine sahiptir. Osmanlı döneminde, ordu merkezli bir sağlık sistemi mevcut olup halka yönelik sağlık hizmetleri daha çok serbest hekimler aracılığıyla gerçekleştirilmekteydi. Toplumun sosyoekonomik düzeyi

düşük olan kesimi sağlık hizmetlerini daha çok külliyeye şeklinde oluşturulmuş vakıf hastaneleri ve büyük şehirlerdeki darüşşifalar aracılığıyla alabilmekteydi ve devletin bu alandaki rolü o dönemin diğer ülkelerinde olduğu gibi günümüze kıyasla oldukça sınırlıydı (3,4).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılmasının ardından, 3 Mayıs 1920 tarihinde kabul edilen 3 sayılı kanun ile kurulmuş olup, ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar’dır (5). 1923-1937 yılları arasında görev yapan Sağlık Bakanı Refik Saydam öncülüğünde ilçelerde hükümet tabiplikleri ve illerde sağlık müdürlükleri kurularak sağlık hizmetleri yeni bir yapılanma içerisine girmiştir. Bu şekilde tüm ülkede sağlık hizmetleri tek elden ve merkezi bütçe ile yönetilmiş ve bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine erişebilmesi gayreti sarf edilmiştir. Hükümet tabipliklerince koruyucu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, il sağlık müdürlüklerince yataklı tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmuştur. Çeşitli numune hastaneleri (Ankara, Erzurum, Sivas, Diyarbakır, İstanbul) açılmış ve bölgesel hizmet gelişimine katkı sunmaları ve örneklik teşkil etmeleri amaçlanmıştır.

O dönemlerde önemli sağlık sorunlarından olan frengi, çüzzam, verem, sıtma ve trahom gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadele programları hayata geçirilmiştir. Bunun yanında pek çok koruyucu sağlık hizmetinin geliştirilmesi adına adımlar atılmıştır. Aynı yıllarda sağlık alanında birçok yasal düzenleme oluşturulmuş ve ülke genelinde sağlık teşkilatlanmasıyla paralel biçimde nitelikli sağlık personellerinin yetiştirilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca hekimlere mecburi hizmet uygulaması hayata geçirilerek toplumun sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmaya çalışılmıştır.

1928’de “Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi” ve 1930’da 1593 sayılı “Umumî Hıfzıssıhha Kanunu” ile “1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu” Cumhuriyet döneminin sağlık politikaları ve uygulamalarının temelini oluşturmuştur (6). Hıfzıssıhha Enstitüsünün kuruluşu dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam’ın öncülüğünde gerçekleşmiştir. Enstitü bünyesinde yer alan laboratuvarlar ve üretim tesisleri ile özellikle enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede önemli roller üstlenilmiştir. Enstitü, kurulduğu ilk yıllardan



itibaren aşı ve serum üretimine başlamıştır. Hıfzıssıhha Enstitüsü bünyesinde Türkiye’de farklı dönemlerde BCG, tifüs, kuduz, çiçek ve boğmaca gibi çeşitli aşuların yanı sıra kan ürünleri ve ilaç üretimi gerçekleştirilmiştir ancak bu üretimler 1998 yılına kadar farklı süreçler ve dönemlerde sona ermiştir. Ayrıca çeşitli bilimsel araştırmalar ve yayınlar yapılarak uzun yıllar ülkemizde sağlık alanında önemli katkılar sağlanmıştır (7). 1998’den sonra aşı üretimi konusunda devre dışı kalan Hıfzıssıhha Enstitüsü 2011 yılında kapatılarak laboratuvar ve diğer araştırma faaliyetleri aynı yerleşkede kurulan Halk Sağlığı Kurumu’nun çatısı altında devam etmiştir. 2017 yılında 694 sayılı KHK ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü çatısı altına alınan bu yapının yerini günümüzde güncel teknolojilerle faaliyet gösterecek olan Hıfzıssıhha-Türkiye Aşı ve Biyoteknolojik Ürün Araştırma ve Üretim Merkezi alacaktır (8).

1940’lı yıllarda sıtma, tifüs ve çiçek gibi salgınlara yol açan önemli bulaşıcı hastalıklarla ilgili programlar geliştirilerek devam etmiştir. Bunun yanında 1946 yılında dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz öncülüğünde “Birinci 10 Yıllık Sağlık Planı” hayata geçirilmiştir. Bu plan doğrultusunda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birleştirilmiş ve ülke geneline yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Böylece her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi oluşturularak hekim, ebe ve sağlık memuru istihdamı ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte verilmeye çalışılmıştır. Günümüz aile hekimliği modelinin primitif bir formu olan plan süreç içerisinde tam olarak

uygulamaya devam edememiş olmakla birlikte etkileri 1980’lere kadar devam etmiştir. Sonraki dönemlerde söz konusu sağlık merkezlerinin bir kısmı hastaneler ve bir kısmı da sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür. 1950’li yıllarda anne ve çocuk ölümlerinin fazla olması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün de yardımlarıyla Anne-Çocuk Sağlığı Merkezleri açılmış, doğumevleri ile çocuk hastanelerinin sayıları artırılmıştır.

Türkiye’de Nusret Fişek önderliğinde hazırlanarak Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde (TBMM) 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, dönemin en önemli sağlık reformlarından biridir. Bu kanun, bireyin doğumu itibarı ile elde ettiği sağlıklı yaşam ve tıbbi bakım hakkının devlet eliyle sağlanması ve güvence altına alınması gerektiğini savunmuş ve sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılmasını ve özellikle kırsal alanlarda yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda eşit fırsata sahip olması için sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasını amaçlamıştır. Kanun ile beraber temel bir hak olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyal adalet ilkelerine uygun olarak uygulanması ve sosyalleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu hedef ile de sağlık hizmetlerinin yaygın, sürekli, kademeli ve entegre sunulması amacıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, il ve ilçe hastaneleri, sağlık müdürlükleri, sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları gibi teşkilatlar kurulmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin yeni organizasyonel yapısı ile 2.000-2.500 nüfusa bir sağlık evi hizmet vere-

1928’de “Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi” ve 1930’da 1593 sayılı “Umumî Hıfzıssıhha Kanunu” ile “1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu” Cumhuriyet döneminin sağlık politikaları ve uygulamalarının temelini oluşturmuştur. Hıfzıssıhha Enstitüsünün kuruluşu dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam’ın öncülüğünde gerçekleşmiştir.

cek şekilde planlanmış ve sağlık evinde çalışan ebe öncelikle sağlık eğitimi, bulaşıkçılık, üreme sağlığı (aile planlaması, gebe takibi ve sağlıklı doğum) gibi sağlık hizmetleriyle birlikte bulaşıcı hastalıklar ve çevre sağlığı gibi konularda temelde koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamıştır (9,10). Sağlık ocakları da bölgesel ve nüfusa göre bir yapılanmayla topluma başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere ayaktan teşhis ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunacak şekilde yapılandırılmıştır. Sağlık ocaklarında ve hastanelerde tesisin niteliğine ve büyüklüğüne

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini düzenleyen yasal çerçeve, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenleyen temel mevzuat üzerinden şekillenmiştir. Bu kapsamda, 1982 Anayasası’nın 56. Maddesine göre tüm bireylerin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı güvenceye alınmıştır. Bu hususta aynı maddeye göre devlet tüm bireylerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşam sürmelerini sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması ile yükümlüdür.

göre yeterli sayıda hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru istihdamı gerçekleştirilmiştir. Bu yapılanma ile ülke genelinde sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunumu ve vatandaşların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini mümkün olduğunca yerinde almaları sağlanmaya çalışılmıştır. Fakat insan gücü eksikliği, yatırım programlarının aksaması ve sonrasında söz konusu politikalara gerekli önemin verilmemesi gibi faktörler nedeniyle sağlığın sosyalleştirilmesi düşüncesi ve uygulaması uzun soluklu olamamıştır. Süreç içerisinde bu politika tüm ülkede yaygınlaştırılmış olmasına rağmen hedeflenen hizmetler tam anlamıyla hayata geçirilememiştir.

1980’li yıllara dek sağlık hizmetlerinin ve altyapısının iyileştirilmesi çalışmaları ön planda olmuştur. 1982

Anayasası’nın 56. Maddesinde, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı güvence altına alınmıştır. Anayasadaki bu madde, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin temel mevzuatsal dayanaklarından biri olarak görülmektedir. Bu dönemde genel sağlık sigortası oluşturulmaya çalışılmış fakat tam anlamıyla hayata geçirilememiştir. Mevzuat açısından yeni yapılan düzenlemeler bireylerini sağlık hizmetlerine adalet ilkesi gereğince ulaşabilmesine atf yapıp zemin oluşturmaya çalışırken fiili uygulamalar sağlık hizmetlerinin belirlenen plan ve programlar çerçevesinde ilerlemesine fırsat vermemiştir. Bu durum ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin toplumun tamamını kapsayacak düzeyde sunulmasına ve toplumun sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesine olanak sağlayamamıştır.

1990’lı yıllarda sağlıkta reform çalışmaları konu edinilmiştir. Bu dönemde temelde tek çatı altında toplanmış Genel Sağlık Sigortası, aile hekimliği modeli ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumu ve koruyucu sağlık hizmetlerini öncelleyen bir yaklaşımla planlayıcı ve denetleyici rol oynayan Sağlık Bakanlığı rolü ile ilgili planlamalar ve düşünceler ne yazık ki hayata geçirilememiştir. Bu durum özellikle sosyoekonomik olarak zor durumda olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını sekteye uğratmıştır.

Dünyada ve Türkiye’de yaşanan ekonomik, sosyokültürel ve teknolojik dönüşümler, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık sistemlerinin yapısında değişiklikler yapılmasını zorunlu hâle getirmiştir. Bunun yanında ülkemizde 1950’li yıllardan itibaren tam uygulanamayan sağlık politikaları, nüfus artışı, sosyodemografik özelliklerin değişimi, kronik hastalıkların artması, sınırlı ve parçalı sağlık sigortası, tedavi edici sağlık hizmetleri merkezli hizmet anlayışı, sağlık hizmetlerinin sunumunda hakkaniyetin olmaması, maliyetlerin artması, kötü sağlık göstergeleri ve vatandaşların beklentilerinin artması yeni sağlık politikalarının geliştirilmesine zemin hazırlamıştır (4,9). 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasında yeni bir dönem başlamıştır. Dönüşüm programı ile aile hekimliği uygulaması hayata geçirilmiş ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin etkinliği artırılmıştır. SDP’nin temel amacı, tüm

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun bir şekilde düzenlenmesi, etkili ve verimli sunulması, ihtiyaç duyulan sağlık finansmanının sağlanması ve vatandaşlara nitelikli sağlık hizmeti sunulmasıdır. Aile hekimliği sistemi ile bireylerin sürekli ve bütüncül bir sağlık hizmeti almasını sağlanmış ve bireylerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmıştır (11). Böylelikle vatandaşların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini zamanında kolaylıkla almaları ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmiştir. 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası ile tüm vatandaşlara sağlık açısından kamu güvencesi sağlanmıştır. 2010 yılında tüm Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçilerek bölge bazlı hizmet anlayışından nüfus bazlı sağlık hizmeti uygulamasına geçilmiştir. Nitekim aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra doğumda beklenen yaşam süresi, bağışıklama oranları, bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranı gibi sağlık göstergelerinde olumlu çok güzel gelişmeler kaydedilmiş ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesine önemli katkılar sunulmuştur.

Mevzuat ve Düzenlemeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Düzenleyen Yasal Çerçeve

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini düzenleyen yasal çerçeve, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenleyen temel mevzuat üzerinden şekillenmiştir. Bu kapsamda, 1982 Anayasası’nın 56. Maddesine göre tüm bireylerin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı güvenceye alınmıştır. Bu hususta aynı maddeye göre devlet tüm bireylerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşam sürmelerini sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması ile yükümlüdür.

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin düzenlenmesi, Türkiye’de 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile başlamıştır. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu tüm toplumun sağlığını ilgilendiren konulara değinmiştir. Kanunda sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağı, sağlık personelinin görev ve sorumlulukları, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele yöntemleri, çocuk sağlığı, kadın sağlığı gibi birinci basamak hizmetleri açısından önemli düzenlemeler yer almaktadır.

- Sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" 1928 yılında çıkarılmış ve bazı revizyonlarla hâlen yürürlükte olup günümüz uygulamalarına ışık tutmaktadır. Bunun yanında ilgili yönetmelik ve yönergelerle sağlık meslek mensuplarının çalışma usul ve esasları hakkında bir çerçeve oluşturmakta ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine dayanak oluşturmaktadır (10).

- 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlık hizmetlerinin tüm bireyler tarafından erişilebilir olmasını, özellikle kırsal kesimde de sağlık hizmetlerinin kapsamlı sunulmasını hedeflemiştir. Bu amaçla bölge tabanlı entegre (koruyucu ve ayaktan teşhis-tedavi) sağlık hizmetlerinin sürekli sunumuyla vatandaşların hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırması açısından önem arz etmektedir. Fakat sağlık personeli eksikliği ve politikaların yeterince önemsenmemesi, planlamaların zamanında hayata geçirilmesini zorlaştırmış ve ne yazık ki istenen etkisi görülememiştir. Hâlbuki dönemin şartları göz önünde bulundurulduğunda ilerici bir politika olan sağlığın sosyalleştirilmesi politikası o dönem için ülkemizin ihtiyaçlarına cevap verecek ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesine katkı sunabilecek bir muhtevaya sahipti (4).

- 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış, 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun çıkartılmıştır. Bu sayede, Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir.

- 2010 yılında da Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Böylece aile hekimliği sistemi uygulamaya konmuştur.

- 2011 yılında yürürlüğe giren 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. Bu kurumlar Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin koordinasyonunun ve denetiminin sağlanması amacıyla gütmemektedir. Türkiye Kamu Has-

taneleri Kurumu ile kurumun taşra teşkilatı olarak İl Kamu Hastaneleri Birlikleri 2012-2017 yılları arasında faaliyet göstermiş ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde mühim roller üstlenmiştir. (12). Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun günümüzdeki adı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüdür.

- Günümüzde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumu, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yönetmelikler ve genelgelerle de düzenlenmektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, aile hekimlerinin görev ve sorumluluklarını, hizmet sunumuna ilişkin esasları ve aile sağlığı merkezlerinin işleyişini düzenleyen temel mevzuattan biridir.
- 2015 yılında yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği ile topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin çerçevesi ve usulü belirlenmiştir. Bu yönetmelik; bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü, tüberküloz kontrolü ve takibi, zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü, erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları, kronik hastalıkların kontrolü ve mücadele, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri, çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri, ruh sağlığı programlarına dair hizmetler, adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler, olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları ve hizmet içi eğitimler gibi toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin çerçevesini oluşturan temel mevzuattır (13).

Ulusal ve Uluslararası Politikalar

Türkiye'nin ulusal sağlık politikaları, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen stratejik planlar çerçevesinde şekillenmektedir. Sağlık Bakanlığının 2019-2023 Stratejik Planı, kişilerin ve genel toplumun sağlık hakkını ve sağlığını en üst düzeyde korumayı, sağlık ile ilgili sorunlara zamanında, uygun ve etkili çözümler sunmayı hedeflemektedir. Bu sayede sağlık hizmetlerine tüm bireylerin yüksek kalite ve kolaylıkla erişebilmesi, sağlıklı bir yaşam tarzının

benimsenmesi amaçlanmıştır. Bu planlama, ülkemizdeki temel sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin artırılıp yaygınlaştırılması ve hasta memnuniyetinin sağlanması adına beş yıllık sürede sağlık hizmetlerini şekillendirecek planlara yer vermiştir (14).

Türkiye, DSÖ'nün önerdiği Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri standartlarını benimseyerek, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmayı amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra, Türkiye, Birleşmiş Milletler'in Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda, 2030 yılına kadar sağlıkta eşitlik ve evrensel sağlık kapsamını sağlamayı taahhüt etmiştir. Ülkemizde, 17 adet Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile de örtüşen Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunulmaktadır. Bu amaçlar yoksulluk, açlık, eğitimsizlik ile mücadele, eşitsizliklerin azaltılması, sağlıklı ve kaliteli yaşam gibi amaçlar olup, ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde hedeflenen herkes için erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmetleri yaklaşımı ile örtüşmektedir.

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamında yürütülen pek çok politika ve program mevcuttur. Neonatal Tarama Programı, Kanser Tarama Programı, Yenidoğan ve Okul Çağı İşitme Tarama Programları, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Programları, Ulusal Aşılama Programları, Kronik Hastalıklar ile Mücadele Programları bu uygulamalardandır. Yürütülen tüm bu programların birçoğu DSÖ'nün küresel tehdit olarak tanımladığı ve önceliklendirdiği sağlık sorunları ile mücadeleyle ilgili olup, uluslararası standartların ve rehberlerin önerileri doğrultusunda ülkemizdeki hedef nüfusa uygulanmaktadır.

Uluslararası sağlık politikaları, küresel sağlığın korunması ve geliştirilmesi hedefleri ile dünya genelindeki sağlık ve sağlık ilişkili sorunlara yönelik çeşitli stratejileri, projeleri ve iş birliklerini içermektedir. DSÖ, uluslararası sağlık politikalarının temelini oluşturan rehberleri düzenlemektedir. Örneğin, 1978'de yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi, temel sağlık hizmetlerinin evrensel bir hak olarak tanınması konusunda önemli bir dönüm noktasıdır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yükü, olası pandemiler ile mücadele gibi çeşitli küresel tehditler ile baş edilmesi adına DSÖ



DSÖ, 2024 yılında güncellenen DSÖ ve diğer BM rehberlerinin sağlık ve çevre konusundaki kılavuzunun yer aldığı bir derleme yayınlamıştır. Derlemenin güncellenmiş versiyonu, çevre, iklim değişikliği ve sağlıkla ilgili tüm ana başlıkları kapsamaktadır. Bu rehber, hükümetler, sağlık otoriteleri ve diğer paydaşlar da dahil olmak üzere karar vericilere, çevresel sağlıkla ilgili geniş bir yelpazede karşılaşılan zorluklara yönelik kapsamlı, kanıta dayalı stratejiler sunmaktadır.

Ülkeler arası koordinasyonu sağlanmasında ve kanıta dayalı rehberlerin oluşturulmasında görev almaktadır.

Dünya Sağlık Asamblesi, DSÖ'nün yasama ve politika belirleyici organıdır. Asamble, DSÖ'ye üye 194 ülkenin temsilcilerinden oluşmaktadır. Üye ülkeler her yıl düzenlenen bu konferansa üç temsilci ile katılabilmektedir, ancak her üye ülkenin yalnızca bir oy hakkı bulunmaktadır. Üye ülkelerin yanı sıra uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri de oturumlara gözlemci olarak katılabilmektedir. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından alınan kararların uygulanmasını sağlayan ise DSÖ Yürütme Kurulu'dur. DSÖ'nün Bölge Ofisleri, Dünya Sağlık Asamblesi ve Yürütme Kurulunun kararlarını kendi bölgelerinde uygulanmasından sorumludur. DSÖ'nün ülke ofislerinin ana görevi ise ulusal düzeyde programlar geliştirmek ve yönetmektir. Bu kapsamda, DSÖ politikaları ve programlarının uygulanmasını sağlamak amacıyla, ülkenin ulusal sağlık otoritesi (Sağlık Bakanlığı) ile iş birliği içinde çalışırlar (15).

DSÖ'nün 10 küresel sağlık tehdidi başta olmak üzere küresel sağlık sorunları ile mücadelede önerdiği birçok uygulama ve politika mevcuttur. Hava kirliliği ve iklim değişikliği, bulaşıcı olmayan

hastalıklar, sağlıklı ve kaliteli yaşam koşullarından mahrum kalmak, yetersiz Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, aşı karşıtlığı gibi sağlık sorunları ile ilgili mücadelede küresel hedefler oluşturulmuş ve bu hedeflere yönelik yürütülecek politika ve uygulamalar belirlenmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli risk faktörü olan fiziksel inaktiviteyi azaltmaya yönelik DSÖ ACTIVE politika çerçevesini oluşturmuştur (16). Bu çerçeve kapsamında 4 politika eylem alanı belirlenmiştir: Aktif insanlar, aktif toplumlar, aktif sistemler. Aktif toplumlar için eylem planının temel hedefi davranış değişikliğine yönelik iletişim kampanyaları uygulamak ve sosyal normları değiştirmek için iş gücü kapasitesini geliştirmek şeklinde belirlenmiştir. Aktif çevreler politika eylem alanı için ise kentsel ve ulaşım planlama politikalarının entegrasyonu ile yürüyüş, bisiklet ve diğer fiziksel aktiviteler için güvenli, iyi bakımlı altyapı, tesisler ve halka açık alanların teşvik edilmesi ve bu alanlara adil erişim sağlanması hedeflenmektedir. Aktif sistemler için ulusal ve yerel düzeydeki politikaların, tavsiyelerin ve eylem planlarının güçlendirilmesi ve çok sektörlü koordinasyon mekanizmalarının oluşturulması hedeflenmektedir. Daha aktif insanlar için ise tüm yaş grubundaki insanların düzenli fiziksel aktiviteye katılmalarının

sağlanmasını bunun için bireylerin fiziksel aktivite programlarına erişimlerinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Aşı tereddütü de günümüzde küresel sağlığı tehdit ettiğinden, bu konuda saha müdahalelerine ihtiyaç duyulmaktadır. DSÖ Genel Direktörü tarafından 1999'da aşılama oranlarını arttırmak, aşılama hizmetlerini değerlendirmek adına Bağışıklama Konusunda Stratejik Uzmanlar Danışma Grubu (SAGE), kurulmuştur. SAGE bünyesinde Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu da yer almaktadır. SAGE'nin ülkelerin aşılama politika ve stratejileri için temel önerilerinden bazıları aşağıda yer almaktadır:

- Ülkelerin bağışıklama programları, aşı kabulünü desteklemek amacıyla, kendi koşul ve kaynaklarına uygun olan yöntemleri programlarına dâhil etmelidir.
- Ülkeler, iyi program uygulamalarının bir parçası olarak, aşı tereddüdünü ölçme ve ele alma planını bağışıklama programlarına entegre etmeli ve ülkeler arası karşılaştırmaları kolaylaştırmak amacıyla, potansiyel aşı tereddüdü anket soruları derlemesini kullanmalı ve onaylamalıdır.
- Sağlık çalışanlarının eğitimine ve bu çalışanların hastalar ve ebeveynlerde aşı tereddüdünü ele alabilecek yetkinliğe sahip olmalarına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanları arasındaki aşı tereddüdü davranışları da ele alınmalıdır (17).

Çevresel risk faktörleri önlenemez ölüm sebeplerindedir. DSÖ, 2024 yılında güncellenen DSÖ ve diğer BM rehberlerinin sağlık ve çevre konusundaki kılavuzunun yer aldığı bir derleme yayınlamıştır. Derlemenin güncellenmiş versiyonu, çevre, iklim değişikliği ve sağlıkla ilgili tüm ana başlıkları kapsamaktadır. Bu rehber, hükümetler, sağlık otoriteleri ve diğer paydaşlar da dâhil olmak üzere karar vericilere, çevresel sağlıkla ilgili geniş bir yelpazede karşılaşılan zorluklara yönelik kapsamlı, kanıta dayalı stratejiler sunmaktadır. Belirtilen müdahaleler; hava kirliliği, su ve sanitasyon, kimyasallar, iklim değişikliği ve iş sağlığı gibi kritik alanları kapsıyor. Önerilen eylemler, çevresel sağlığı, daha geniş kapsamlı halk sağ-

lığı ve sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle ilişkilendiren entegre yaklaşımları teşvik etmektedir. Bu rehberde hava kirliticilerinin havada olması gereken maksimum seviyeleri, doğa, çevre ve iklimin korunmasına yönelik sağlık önerileri yer almaktadır. Ayrıca, temiz hava soluma, güvenli suya erişim ve hijyenik tuvalet kullanımı, el yıkama alışkanlığı ve kimyasalların güvenli kullanımını hakkında tavsiyeler vermektedir. Radondan korunma, iş yerinde sağlık risklerine karşı önlemler alma ve yaralanmalardan kaçınma gibi konularda da önerilerde bulunmaktadır (18).

Özetleyecek olursak, Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, tarihsel süreçte devamlı gelişim göstermiştir. Günümüzde de birinci basamakta sunulan hizmetler yenilikler ve uluslararası standartlar doğrultusunda şekillenmeye devam etmektedir. Gelecek dönemlerde de öncelikli sağlık sorunları dikkate alınarak kronik hastalık yönetimi gibi alanlarda yapılacak yenilikler, teknolojik gelişmeler ve bilişim çağının artıları doğrultusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri daha erişilebilir hâle getirebilecektir.

Kaynaklar

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html> (Erişim Tarihi: 29.07.2024).
- 2) World Health Organization. (2023). Primary health care. <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care> (Erişim Tarihi: 29.07.2024).
- 3) Gün, M. F. (2021). Osmanlı İmparatorluğu'nda sunulan sağlık hizmetlerinde vakıfların rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 574-584.
- 4) Değer, M. S., & İşsever, H. (2021). Bingöl'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi.
- 5) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). Tarihçe. <https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html> (Erişim Tarihi: 1.10.2024).
- 6) Çakmak, F. (2023). Cumhuriyet Türkiye'sinin sağlık politikası ve uygulamaları (1923-1973). *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 324-353.
- 7) Akdeniz, M., & Kavukcu, E. (2016). Aşılama ve aşıların tarihçesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(2), 11-28.
- 8) Aydın, S. (2024). Bir yanılısamanın hikayesi: Hıfzıssıhha merkezini kim kapattı? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. <https://sdplatform.com/bir-yanilsamanin-hikayesi-hifzissihha-merkezini-kim-kapatti-2/> (Erişim Tarihi: 6.10.2024).
- 9) Özding, A. (2020). Sağlıkta adalet- Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı'nın etik analizi. İstanbul: BETİM-Beşikçizade Tıp ve İnsani Bilimler Merkezi.
- 10) Fişek, N. (1983). *Halk sağlığına giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- 11) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). Sağlıkta dönüşüm programı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 16.08.2024).
- 12) Gök, S. (2023). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve İl Kamu Hastaneleri Birliklerinin kurulmasının arka planındaki nedenler. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 27(1), 17-34.
- 13) Türkiye Cumhuriyeti. (2024). 20507 sayılı Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20507&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 17.08.2024).
- 14) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). 2019-2023 stratejik planı (Güncellenmiş versiyonu). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-planiguncellenmis-versiyonupdf.pdf> (Erişim Tarihi: 16.08.2024).
- 15) Kırılmaz, H. (2021). Uluslararası sağlık politikaları ve Dünya Sağlık Örgütü. In H. Kırılmaz (Ed.), *Uluslararası kamu politikaları - Kavram, teori, aktörler, uygulamalar*, (p. 532). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- 16) World Health Organization. (2018). ACTIVE: A technical package for increasing physical activity. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 17) SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2024). http://www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/ (Erişim Tarihi: 6.10.2024).
- 18) World Health Organization. (2023). *Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment, Version with International Classification of Health Intervention (ICHI) codes*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin mevcut altyapısı

Doç. Dr. Süleyman Özşarı



1981 yılında Burdur'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Konya'nın Ereğli ilçesinde tamamladı. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi mezuniyet sonrasında askerlik görevini İzmir Uzunada Deniz Kuvvetleri Komutanlığında Asteğmen olarak yaptı daha sonrasında MKE Genel Müdürlüğünde kurum hekimi, Ankara Üniversitesinde Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitimi, Bolu İl Sağlık Müdürlüğünde Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Bolu Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı görevlerinde bulundu. 2022-2024 Ağustos tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı görevini yaptı. Şu anda Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olarak görev almaktadır. Birinci basamak ile ilgili birçok çalışma ve projede yer almıştır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti (BBSH) ülkemizde Genel Sağlık Bakım Sisteminin çatısı altında halkın sağlığı yararına koordine edilmiş hizmetlere erişimin ve kullanımının kolaylaştırılmasına odaklanan, vatandaşların hizmet alımında muayene katılım ücreti ödemediği Genel Sağlık Sigortası kapsamında hizmet alabildiği bir hizmet türüdür. Sağlık Bakanlığı adına illerde İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Laboratuvarları, İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezleri Bağlı Birimleri ve Aile Sağlığı Merkezleri BBSH sunumunda görev almaktadır.

Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS), Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Göçmen Sağlığı Merkezi (GSM), Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi (GGSM), Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) Enfeksiyon Kontrol, İş Sağlığı Güvenliği, Diyabet ve Obezite, Sağlık Evi Toplum Sağlığı Merkezi Bağlı Birimler olarak sistemde yer almaktadır (Şekil 1).

Hâlihazırda 536 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 437 İlçe Sağlık Müdürlüğü, 4.908 Sağlık Evi, 84 Halk Sağlığı Laboratuvarı (HSL) hizmetlerini yürütmektedir.

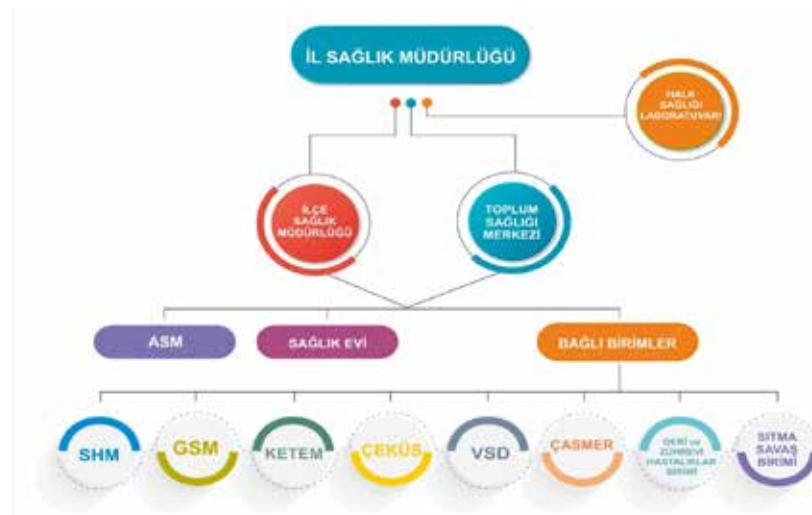
Toplum Sağlığı Merkezleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için kurguladığı, sağlıkla ilgili sorunları

ve riskleri belirleyen bunlarla ilgili koruyucu, önleyici, rehabilite edici işlemleri gerçekleştiren ve koordine eden, bu hizmet sunucuların faaliyetlerini izleyen, denetleyen ve destekleyici faaliyetleri gerçekleştiren kuruluşlardır.

Toplum Sağlığı Merkezlerine aynı zamanda bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ve diğer kurum-kuruluşlar arasında koordinasyon görevi de verilmiştir. Hizmet sunduğu insanların sağlığını, hastalık oluşmadan korumak

ve daha iyi hâle getirebilmek amacı ile; gerçekleşmesi muhtemel sorun ve riskleri tespit eden; bunlarla ilgili önleyici ve düzeltici eylemleri gerçekleştiren; iyileştirici, koruyucu ve rehabilite edici hizmetleri koordine ederek verim ve etkinliği artıran, destekleyen ve geliştiren; çevresinde bulunan hizmet sunucularla iş birliği sağlayan sağlık kuruluşu olarak tanımlanabilir.

Nüfusu 30.000'e kadar olan ilçelerde ve büyükşehir olmayan il merkezlerin-



Şekil 1: İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı Birimler

Tablo 1: Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Sayıları

Toplum Sağlığı Merkezi	İlçe Sağlık Müdürlüğü	Sağlık Evi	Halk Sağlığı Laboratuvarı
539	434	4.873	84



de bir toplum sağlığı merkezi kurulur. Nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçeler ile ilçe devlet hastanesi bulunan yerlerde ise kurulmaz. Toplum sağlığı merkezinin kurulmadığı ilçelerde öngörülen hizmetler ilçe sağlık müdürlüğü veya ilçe devlet hastanesi tarafından yürütülür. Toplum Sağlığı Merkezinin (TSM) bulunduğu yerlerde ise, ilçe sağlık müdürlüğüne ait hizmetler TSM tarafından yerine getirilir.

TSM, ilçe Sağlık Müdürlükleri ve bağlı kuruluşlarında verilen hizmetler; 1) Adli ve defin hizmetleri 2) ÇEKÜS hizmetleri 3) VSD Hizmetleri 4) KETEM 5) Deri ve zührevi hastalıklara dair hizmetler 6) Sıtma savaş hizmetleri 7) Çevre sağlığı hizmetleri 8) İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri 9) Göçmenlere yönelik sağlık hizmetleridir.

Ayrıca; evlilik danışmanlığı, üreme sağlığı danışmanlığı, gebe sınıfı, psikolojik danışmanlık, sigara bıraktırma ve tedavi danışmanlığı diş sağlığı ve bakımı danışmanlığı, obezite ve kronik hastalıklara yönelik beslenme ve sağlıklı yaşam danışmanlığı ve kanser danışmanlığı alanlarında vatandaşlara yönelik danışmanlık hizmetleri de sunulmaktadır. Bu hizmetlerin sunulması teşhis ve tedavi edici hizmetler gibi 2. ve 3. basamak dışında kalan sağlıkla ilintili hizmetlerin topluma sunulmasını sağlamak ve toplumun sağlık okurya-

zarlığını yükselterek almış olduğu hizmet kalitesi artırmaktır.

Bu hizmetlerin sunumunda ülkemizde 7 Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi, 173 Tüberküloz Birimi (VSD), 110 İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, 263 SHM, 143 Göçmen Sağlığı Merkezi, 7 Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi, 43 Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi, 860 Göçmen Sağlığı Birimi, 91 ÇEKÜS ve 95 KETEM birimi görev almaktadır.

Yetmiş dokuz ilde 263 merkezde bulunan Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM); Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini güçlendirmek, vatandaşlara sağlıklı yaşam ve beslenme alışkanlığı kazandırmak, obezite, bağımlılık ve riskli davranışlarla ve kronik hastalıklarla mücadele etmek için kurgulanmışlardır. Toplum Sağlığı Merkezlerinin alt birimi olarak görev yapmaktadırlar. SHM'lerde; fiziksel aktivite, beslenme danışmanlığı, kadın ve üreme sağlığı, sigara bırakma poliklinikleri, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, sosyal çalışmalar ve toplumsal destek, görüntüleme hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, koruyucu ağız ve diş hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, tüberküloz kontrol hizmetleri, kanser (KETEM), bulaşıcı hastalıklar kontrol hizmetleri, faaliyetleri, bireysel /aile danışmanlığı, çocuk ve ergen hizmetleri, kronik hastalık yönetimi alanlarında hizmetler gerçekleştirilmektedir.

Toplum Sağlığı Merkezleri; Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için kurguladığı, sağlıkla ilgili sorunları ve riskleri belirleyen bunlarla ilgili koruyucu, önleyici, rehabilite edici işlemleri gerçekleştiren ve koordine eden, bu hizmet sunucularının faaliyetlerini izleyen, denetleyen ve destekleyici faaliyetleri gerçekleştiren kuruluşlardır.

Aile Sağlığı Merkezleri; Aile Hekimi ve Aile Sağlığı çalışanının birlikte ekip olarak görev aldığı Aile Hekimliği Birimlerinden oluşur. Ülkemizde hâlihazırda Haziran 2024 yılı itibarıyla 8.189 Aile Sağlığı Merkezinde, 28 binden fazla Aile Hekimliği Birimi bulunmaktadır.

Sağlık Evleri: TÜİK verilerine göre toplam nüfusu 500 ve üzeri olan köy, belde ve mezralarda açılabilen birinci basamak sağlık hizmetinin sunulduğu en uç noktalardır. Hizmet yönünden aile hekimlerine idari yönden Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlıdır. Aile hekimliği sistemine geçildikten sonra aile hekimlerinin sağlık evlerinin olduğu kırsal nüfusa gezici sağlık hizmeti sunması ile beraber etkinliği azalmış olmasına rağmen günümüzde 4 bin üstünde sağlık noktası ile hizmet vermeye devam etmektedir. Sağlık evleri gezici hizmet veren aile hekimlerine, buldukları yerleşim yerlerinde mekân temini ve sağlık personeli ile de hizmet desteği sağlamaktadır.

Entegre Sağlık Hizmeti Sunan Merkezler: Acil müdahale, poliklinik, müşahede odası, basit laboratuvar ve görünümlü hizmet alanlarından oluşan, mesai sonrası poliklinik hizmetleri/acil sağlık hizmetlerinin verilebildiği, 24 saat nöbet şeklinde hizmet sunulan gerektiğinde kısa süreli müşahede hizmetlerinin de verilebildiği, hastane statüsü taşımayan birimlerdir.

Tablo 2: Aile Hekimliği Birimlerinin Kurum Türlerine Göre Dağılımı

Kurum Türü	Aile Hekimliği Birimi Sayısı
Normal AHB	25.924
Entegre AHB	1.050
Cezaevi AHB	174
Nüfusu Düşük AHB	726
Eğitim AHB	188

Tablo 3: Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplarına Göre Dağılımı

Grup	Aile Hekimliği Birimi Sayısı
A	16.938
B	4.675
C	492
D	2.842
E	3.115



Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Askeri Birimler: Türk Silahlı Kuvvetlerine ve Jandarma Teşkilatına bağlı birliklerde sağlık ve askeri sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan birimlerdir. 464 Birinci Basamak Askeri Birim mevcuttur.

Ceza İnfaz Kurumlarında Verilen Sağlık Hizmetleri: Tutuklu/hükümlü bireylerin, ulusal ve uluslararası normlara uygun, etkin bir sağlık hizmetine ulaşmalarını sağlamak amacıyla, hükümlü ve tutuklulara yönelik sağlık hizmetleri bu kurumlardaki aile hekimliği biriminde görev yapan aile hekimlerince veya yerinde sağlık hizmeti veren aile hekimlerince yerine getirilmektedir.

Adli Tabiplik Hizmetleri: İl sağlık müdürlüğünün sorumluluğunda adli vaka muayenesi ve rapor düzenlenmesi, yerinde adli ölü muayenesi iş ve işlemleri Toplum Sağlığı Merkezleri/İlçe Sağlık Müdürlüğü bölgelerinde TSM/İlçe SM ve bağlı kuruluşları hekimleri ile aile hekimlerinin dâhil edildiği adli icap nöbeti listeleri hazırlanarak yürütülmektedir.

Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM): Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sıhhiye yerleşkesinde faaliyetlerini sürdüren merkez; çağrı karşılama (7/24), antidot ve antitoksin tedariki ve dağıtım alanlarında çalışmalarını yürütmektedir.

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM): Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri içerisinde yer alan, ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle yaygın ve etkin sağlık hizmeti sunumunun olduğu vatandaşın sağlık sistemine ilk giriş noktasıdır.

2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm, insan odaklı bir program olup Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin sunumunda ve planlanması bireylerin durumunu esas almaktadır. Bu programın önemli bölümlerden biri, birinci basamak sağlık hizmetinin modern uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği; bireyleri bütün çevreleri



ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere tercih etme hakkı tanıyan, sağlık çalışanlarına ise daha fazla mesleki doyum imkânı veren yeniliklere açık bir uygulamadır.

Aile Sağlığı Merkezleri; Aile Hekimi ve Aile Sağlığı çalışanının birlikte ekip olarak görev aldığı Aile Hekimliği Birimlerinden oluşur. Ülkemizde hâlihazırda Haziran 2024 yılı itibarıyla 8.189 Aile Sağlığı Merkezinde, 28 binden fazla Aile Hekimliği Birimi (AHB) bulunmaktadır. ASM başına düşen AHB sayısı 3,44'tür. Aile hekimliği uygulama esaslarını düzenleyen Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde bölgede 2.000 yeni kişiye bir aile hekimliği birimi düşecek şekilde planlama öngörülmekte olup hâlihazırda AHB başına düşen

nüfus 3.064'tür. Sağlık Bakanlığı bu rakamın 2025 yılı sonunda 2.800, 2026 yılı sonunda 2.700, 2027 yılı sonunda 2.600 ve 2028 yılı sonunda 2.500'e düşürülmesini hedeflemektedir. Aile hekimisi başına düşen nüfusun azalması ile hekim-hasta ilişkisinin daha etkin kurulabildiği, kişiye ayrılan dikkat, özen ve sürenin artması nedeniyle daha etkin ve eksiksiz hizmet sunumunun sağlanabilmesi açısından önem arz etmektedir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığının Stratejik Planlarında yer alan geçmiş dönemlerdeki hedefleri ve gerçekleştirme durumları incelendiğinde 2010 yılı sonunda uygulamaya geçildiği, 2011 yılı sonunda 3.696 olan aile hekimisi başına düşen nüfusun 2023 yılı sonunda 1.681'e düşürülmesinin hedeflendiği, sonraki süreçte hedefe yeterince erişemeyerek he-

deflerde güncelleme yapması gerektiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığının 2024-2028 Stratejik Planında dört yıl sonunda aile hekimi başına düşen nüfus 2.500 olarak güncellenmiştir.

Süreç incelendiğinde özellikle pandemi ve deprem gibi olağanüstü durumlar nedeniyle hedeflere ulaşmada gecikmeler yaşandığı ancak konunun en başından beri Sağlık Bakanlığı için önem arz ettiği görülmektedir.

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında aile sağlığı merkezlerinde gönüllük esaslı olarak kendilerinin tercih ettikleri aile hekimliği birimlerinde hizmet sözleşmesi imzalayarak görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı istihdamı yapılmaktadır. Sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı bulunmaması halinde görevlendirme yapılarak hizmetler devam ettirmektedir. 2024 yılı başı itibarıyla 26.417 aile hekimi, 24.685 aile sağlığı çalışanı hizmet sunumunda yer almaktayken altıncı ayın sonunda hekim sayısı 28 bini aşmış bulunmaktadır.

Aile Hekimliği Birimlerinin kurum türlerine göre dağılımı Tablo-2'de sunulmuştur. Aile hekimliği birimlerinin hizmet sunumu şekli ve sağlık hizmetine katkısı, bulunduğu yerleşim yeri vb. özelliklerine göre değişim gösterdiği izlenmektedir. Cezaevleri gibi güvenlik tedbirlerinin bulunduğu, toplu yaşam alanı olması nedeniyle hassas olunması gereken yerlerde özellikli hizmet sunumu amacıyla cezaevi türünde aile hekimliği birimlerinin oluşturulduğu, kayıtlı nüfusun düşük olduğu ancak hizmet ihtiyacı ve hizmete erişim de esas alınarak aile sağlığı merkezi oluşturulmasının gerekli olduğu yerler için kayıtlı nüfus esaslı ücretlendirme yapıldığından ücretin etkilenmemesi için az nüfusa daha fazla ücret tanımlanarak personel istihdamının teşvik edildiği nüfus ve coğrafi yapısı nedeniyle düşük nüfuslu aile hekimliği birim olarak tanımlama yapıldığı, hastane olmayan ancak 7/24 hizmet ihtiyacının olduğu yerler için entegre sağlık hizmeti sunan aile hekimliği birimlerinin oluşturulduğu ve farklı ücret teşviklerinin yapıldığı görülecektir. Tek bir hizmet sunumu modeli dışında ilave düzenlemeler de yapılarak aile hekimliği hizmetlerinin herkes için eşit erişimini sağlamak, hizmet ihtiyacının özelliğine göre geliştirilmesi ve desteklenmesi, personelin

istihdamı için çeşitli teşvik düzenlemeleri ile personelin de gönüllülük esaslı uygulamada yer almasını sağlamıştır.

Aile Sağlığı Merkezlerinin asgari fiziki şartları ve teknik donanım standartları yönetmelik ile Bakanlıkça belirlenmiş ve belirli standartlarda Aile Sağlığı Merkezleri oluşturulması sağlanmıştır. Süreç içerisinde de bu standartlar geliştirilmiş, ilave personel istihdamı, özelliikli hizmetlere ayrılmış özel odalar (bebek izlem vb.), aile sağlığı merkezi web sitesi, eğitim amaçlı yayın, sıramatik, esnek mesai vb. hem hizmet sunumunun hem de fiziksel şartların iyileştiren aile hekimliği birimlerinin gruplandırılması sağlanmıştır. Hizmet sunumunun fiziki niteliğinin kategorize edildiği ve Grup E'den Grup A'ya doğru daha kapsamlı hâle geldiği gruplandırma sistemi, hekimlerin hizmet sunumundaki koşullarının hekim ve hasta lehine daha kaliteli olmasını da sağlamaktadır. Aile hekimliği birimlerinin gruplarına göre dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur.

Aile Hekimliği Hizmetleri; ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, hizmete erişim için özelliikli hizmet sunumu, ASM/AHB yönetimi, birlikte çalışılan personelin eğitim ve denetimi, nöbet ve olağanüstü hâllerde verilen hizmetler başlıklarından oluşmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: 15-49 Kadın İzlem, Lohusa İzlem, Gebe İzlem, Bebek İzlem, Çocuk İzlem, Bağışıklama, Kanser Taramaları (Serviks, Meme, Kolon), Kronik Hastalık Yönetimi (Obezite, Hipertansiyon (HT), Diyabet, Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi, Kardiyovasküler Risk (KVR) değerlendirilmesi, İnme, Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), Koroner Arter Hastalığı (KAH), Sağlık Danışmanlığı hizmetleri yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı, kronik hastalıkların erken teşhisi ve tedavisinde kanıta dayalı klinik uygulama yönergeleri doğrultusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin daha aktif bir rol üstlenmesini sağlamak; hastalıkların semptom ve bulgularını kontrol altına almak, bireylerin engelli hâle gelmeleri ve fonksiyon kayıpları yaşamalarının önüne geçmek amacı ile Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulaması geliştirilmiştir. 1 Temmuz 2021 tarihinde HT, DM ve Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi, Obezite Tarama/İzlem ve Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi



Modülleri aile hekimlerinin kullanımına açılmıştır. Koroner Arter Hastalığı, Kronik Böbrek hastalığı ve İnme modüllerinin pilot çalışmaları tamamlanmıştır. Astım ve KOAH modülleri hazırlanmış pilot çalışma süreci planlanmaktadır.

Ayaktan Tanı ve Tedavi Hizmetleri:

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin, kayıtlı nüfusu başta olmak üzere her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak verildiği Aile Hekimliği Birimlerinde birinci basamak düzeyinde ayaktan teşhis ve tedavi uygulanması esastır. Daha ileri aşama da tedavi ve teşhis gereken durumlarda 2. ve 3. basamak ile koordineli şekilde yönlendirme ve sonrasında takip yapılmakta, ayrıca ileriki dönemlerde dijital olarak basamaklar arasında bağlantının yapılması çalışmaları da devam etmektedir.

Laboratuvar Hizmetleri: Aile Sağlığı Merkezlerinde basit laboratuvar tetkikleri (TİT, Tam Kan Sayımı Biyokimya) hizmetleri verilmektedir. Alınan numuneler il sağlık müdürlüklerinin planlaması dâhilinde taşınabilir sistem ile Halk Sağlığı Laboratuvarlarına veya protokol yapılarak hizmet alımı ile hastanelerde işlenmekte aynı gün içerisinde tahlil sonuçlarının çıkması sağlanmaktadır.

Sağlık Raporları: Sağlık Raporları Usul ve Esaslara İlişkin Yönerge kapsamında; İstirahat ve İş Göremezlik

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında aile sağlığı merkezlerinde gönüllük esaslı olarak kendilerinin tercih ettikleri aile hekimliği birimlerinde hizmet sözleşmesi imzalayarak görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı istihdamı yapılmaktadır. Sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı bulunmaması halinde görevlendirme yapılarak hizmetler devam ettirilmektedir.

Raporları, Askerlik Yoklaması Sağlık Muayenesi İşlemleri, Sürücü ve Sürücü Adayları Sağlık Raporları, Sporcu Lisans Raporu, Evlilik İçin Sağlık Raporları, Durum Bildirir Sağlık Raporu ve diğer birtakım mevzuat nedeniyle alınan talepler karşılanmaktadır.

Elektronik Sağlık Kaydı ve Güncellemesi: Aile hekimlerinin kullandığı sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgeleri, reçeteler, basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar resmî evrak yerine geçmektedir ve Aile Hekimliği Kanununa göre saklanması, hekimin ayrılması veya kişinin hekim değiştirmesi halinde eksiksiz olarak devredilmesi gerekmektedir. Aile Hekimi kendisine kayıtlı kişilerin sağlık bilgilerini yılda bir defa güncellemek durumundadır.

Hizmete Erişim İçin Özellikli Hizmet Sunumu: Aile hekimliği sistemi; sağlık hizmetine erişimin olmadığı toplu yaşam alanlarına yerinde sağlık hizmeti, uzak yerleşim yerlerine gezici sağlık hizmeti, evde sağlık hizmeti ve ev ziyareti, uzaktan sağlık hizmeti, entegre sağlık hizmeti, yetkilendirilmiş aile hekimliği hizmet çeşitleri bulunmaktadır.

1) Gezici Sağlık Hizmeti: Sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu köy vb. yerleşim yerlerine sunulur. Nüfusun yüzde 8'i gezici sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır (7.681 birim 6.526.250 nüfusa hizmet vermektedir). Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak yapılır. Her 100 kişi için ayda en az 2 saat, nüfusu 250 kişiye kadar en az ayda bir kez, 250 ile 500 kişi arasında en az ayda iki kez, 500 ve üzeri olan yerleşim yerlerine en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti sunulmaktadır.

2) Yerinde Sağlık Hizmeti: Kişilerin toplu olarak yaşadıkları ve kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı (cezaevi, huzurevi, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları vb.) yerlere kurumların talebi ile aile hekimlerince sunulur. Her 100 kişi için ayda en az üç, nüfusu 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez sunulur. Cezaevi ve çocuk ıslahevi için bu süre iki kat olarak uygulanır.

3) Yetkilendirilmiş Sağlık Hizmeti: Aile hekimlikleri dışında çalışanlarına birinci basamak sağlık hizmeti sunan (üniversiteler, askeri birlikler vb.) kurumlardaki hekimlere Bakanlığın izni ile aile hekimliği hizmetlerini yerine getirebilmesi için verilmiş yetkidir. Bu yetki kişiye özel olup ayrılması durumunda iptal edilmektedir.

4) Entegre Sağlık Hizmeti: Bakanlıkça belirlenecek yerlerde, bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile çevre sağlığı, ağız/diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmetidir.

5) Eğitim Aile Sağlığı Merkezi/Eğitim Aile Hekimliği Birimi: Aile hekimliği asistanlarının esas çalışma alanları olan aile sağlığı merkezlerine yönelik uygulama yapma ve eğitim almalarını sağlamak amacıyla eğitmen gözetiminde faaliyet gösterdikleri eğitim kurumlarıyla birlikte oluşturulan birim ve aile sağlığı merkezleridir. Hâlihazırda 45 farklı eğitim kurumunda 63 EASM, 195 EAHB bulunmaktadır.

ASM/AHB yönetimi, birlikte çalışılan personel eğitim ve denetimi: ASM'lerin de aile hekimleri beraber çalıştıkları personelin eğitiminden ve merkezdeki düzenin sağlanmasından da sorumludur.

Nöbet ve olağanüstü hâllerde verilen görevler: Sel felaketi, deprem ve salgın gibi olağanüstü durumlarda aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının başka yerde görevlendirilebileceği düzenlenmiş, geçtiğimiz süreçte pandemi ve deprem dönemlerinde aktif olarak hizmet sunumunda yer almışlardır. Ayrıca aile hekimlerine ve aile sağlığı çalışanlarına ihtiyaç hâlinde, 657 sayılı Kanunun Ek 33'üncü Maddesinde belirtilen yerlerde (yatakli tedavi kurumları, seyyar hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetleri) haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında nöbet görevi verilebileceği düzenlenmiş aile hekimliği çalışanlarının basamak sınırlaması olmaksızın hizmet ihtiyacının karşılanması amacıyla görev almalarına imkân sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığının önümüzdeki beş yıl içinde hedeflemiş olduğu ülkemizin sağlık düzeyini geliştirmeye yönelik stratejik plan çerçevesinde oluşturduğu beş amaçtan biri olan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"ni güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini bütüncül bakış açısıyla sunmak" amacını; mevcut güçlü ve köklü birinci basamak sistemi içerisinde gerçekleştirileceğine inancımız tamdır. Erişebilirlik ve kapsayıcılık anlamında tüm popülasyona ulaşabilen sistem hem mali hem de öncelik anlamında sağlık politikalarında üst sıralarda yer almaya başladıkça, önemi daha da anlaşılacaktır.

Kaynaklar

Akdağ, R., Aydın, S., Buzgan, T., Demirel, H. & Gündüz, F. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara, 2008.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı Hizmet İçeriği Eğitim Materyali [Briefing Sunumu], 2024 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim Tarihi: 01.08.2024).

Kara, F., Öztürk, İ. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Kıyaslama): Türkiye ve İspanya Örneği. Med J Batı Karadeniz. 2021;5(1):19-26.

Resmî Gazete, 04.01.2012 Tarih ve 28163 Sayılı resmî gazete. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği, 2012.

Resmî Gazete, 05.02.2015 tarih 29258 sayılı resmî gazete. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, 2015.

Resmî Gazete, 09.12.2004 Sayı: 25665. Aile Hekimliği Kanunu, 2004.

Resmî Gazete, 10.02.2022 Sayı: 31746. Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, 2022.

Resmî Gazete, 25.01.2013 Sayı: 28539. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013.

Resmî Gazete, 25.05.2018 tarih ve 30431 sayılı Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına dair Yönetmelik, Madde 5. 2018.

Resmî Gazete, 28.04.2023 Sayı: 32174. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2023.

Resmî Gazete, 30.06.2021 Sayı: 31527. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği, 2021.

T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017. SH 2.9. Sağlık Altyapısının ve Teknolojilerinin Kapasitesini, Kalitesini ve Dağılımını İyileştirmek ve Sürdürülebilirliğini Sağlamak. Performans Kartı. Sf : 141.

T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2024-2028. 1.5. Temel Performans Göstergeleri, Tablo 1: Temel Performans Göstergeleri, Sf:14.

Dünyada Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri personelinin durumu

Dr. Hande Büyükdâğ



1996 yılında Denizli'de doğmuştur. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2020 yılında mezun olmuştur. 2021 yılında İzmir SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık eğitimine başlamıştır ve hâlâ burada araştırma görevlisi doktor olarak görev yapmaktadır. Ayrıca 2023 yılından beri EYFDM (European Young Family Doctors' Movement) Türkiye İmaj Koordinatörü olarak görevini sürdürmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, toplumun genel sağlığını koruma ve iyileştirme amacıyla temel sağlık hizmetlerini sunan doktorlar, hemşireler ve ebelerden oluşur. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, kapsamlı, erişilebilir, sürekli ve koordineli sağlık hizmetleri sunulan, hastaların sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır. Bu bölümde, dünyadaki birinci basamak sağlık çalışanlarının mevcut durumu ele alınacak aynı zamanda GZFT (SWOT) analizi yapılacaktır.

Güçlü Yönler

1-) Eğitim: OECD ülkelerinin çoğu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışan genel pratisyen hekimlerin, aile hekimliği uzmanlarının ve hemşirelerin eğitimine büyük önem vermektedir. Sağlık sistemlerinin etkinliğini artırmak ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, hekimlerin mesleki gelişimlerini destekleyen kapsamlı eğitim programları sunmaktadır. Örneğin Kanada'da tıp fakültesinden mezun olan doktorlar iki yıl, ABD'de ise üç yıl süren aile hekimliği uzmanlık eğitim programına katılırlar. Her iki ülke için de mezuniyet sonrası Sürekli Tıp Eğitimi (Continuing Medical Education-CME) zorunludur. Sertifikaların yenilenmesi için CME etkinliklerine katılım gereklidir. Almanya'da genel pratisyen hekim olarak çalışmak için mezuniyet sonrası en az beş yıl süren

mesleki eğitim gereklidir. İlk iki yıl hastanelerde iç hastalıkları, pediatri, kadın doğum gibi bölümlerde eğitim alırken son üç yıl Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde pratik yapılır. Hollanda'da genel pratisyen hekim olarak çalışmak için en az üç yıl süren mesleki eğitim gereklidir. Bu eğitim programı teorik ve pratik bölümlerden oluşur. Ayrıca tüm genel pratisyenler (GP) Hollanda Genel Pratisyenler Koleji ve Hollanda Genel Pratisyenler Derneği gibi mesleki kuruluşlar tarafından geliştirilen çok sayıda kılavuza uymak zorundadır. GP'ler için bu kılavuzlar, çok sayıda hastalık için tedavi kriterlerini ve reçete kılavuzlarını içerir. İspanya'da tıp fakültesinden sonra yapılan ulusal sınav (MIR) ile uzmanlık alanı seçilir. Aile hekimliği için dört yıl süren uzmanlık eğitimi mevcuttur. İngiltere'de ise genel pratisyenlik eğitim programı üç yıldır. İlk yıl hastanede rotasyonlar yapılır, sonraki iki yıl Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışılır. Tüm eğitim süresince danışman gözetiminde pratik yapılır ve teorik eğitimler alınır. Ayrıca bu ülkelerde hemşire ve ebeler için lisans eğitimi sonrası çeşitli sertifikasyon programları ve uzmanlık eğitimleri mevcuttur.

2-) Ekip çalışması: BBSH'de doktorlar, hemşireler, eczacılar ve diğer sağlık profesyonelleri birlikte çalışarak hastaların sağlık ihtiyaçlarını bütüncül bir yaklaşımla ele alırlar. Ekip çalışması, her bir uzmanın kendi uzmanlık

alanındaki bilgilerini ve becerilerini paylaşarak, hastaların en iyi şekilde tedavi edilmesini ve iyilik hallerinin korunmasını sağlar. Bu durum, ABD, Kanada, Hollanda, Almanya, İngiltere ve Avusturya gibi bazı OECD ülkelerinde daha yaygındır. Bu ülkeler, hemşirelerin BBSH'deki rollerini artırmak için hemşire pratisyen (Nurse Practitioners) programları gibi ileri eğitim programları geliştirmiştir. Bu programlar sayesinde hemşireler, doktorlar tarafından yapılacak hizmetlerin bir kısmını üstlenebilirler. Örneğin, hemşire pratisyenler minör hastalıkları olan kişiler için ilk temas noktası olabilir, kronik hastalıkları olan hastaların rutin takiplerini yapabilir, belirli ilaçları reçete edebilir ve testler isteyebilirler. Hollanda'da da birinci basamakta hemşire liderliğinde diyabet klinikleri yürütülmekte ve sağlık eğitimi verilmektedir. Avustralya, Kanada, İrlanda, İngiltere ve ABD gibi birçok ülkede hemşireler, belirli ilaçları reçete etme yetkisine sahiptir ve bu yetkilerin kapsamı zamanla genişlemektedir. Ayrıca küresel bir sağlık tehdidi olan COVID-19 salgını sırasında Avusturya, Kanada, İrlanda, ABD ve Portekiz gibi ülkelerde, eczacılara reçetelerin süresini uzatma ve belirli ilaçları reçete etme yetkisi verilmiştir. Bu önlemler, doktorların daha acil ve kritik vakalara odaklanmalarını ve tıbbi konsültasyon sayılarını azaltmalarını sağlamıştır. Bu strateji, sağlık sistemlerinin üzerindeki yükü hafifletmiş ve sağlık hizmetlerinin daha etkili bir şekilde



kilde sunulmasına katkıda bulunmuştur. Bu tür düzenlemeler ve ileri eğitim programları, BBSH'nin etkinliğini arttırmakta ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmektedir. Ekip çalışmasının ve profesyoneller arası iş birliğinin teşvik edilmesi, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve hasta memnuniyeti açısından da büyük önem taşımaktadır.

Zayıf Yönler

1-) Coğrafi dengesizlik: Birçok OECD ülkesinde devam eden en önemli sorunlardan biri de BB hekimlerinin farklı coğrafi bölgelere eşitsiz dağılımıdır. Kırsal/uzak bölgelerde kişi başına düşen doktor sayısı genellikle kentsel bölgelere göre çok daha düşüktür. Bu durum Avustralya, Kanada, ABD ve İskandinav ülkeleri gibi coğrafi olarak büyük ülkelerde sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin 2021 yılında, ABD nüfusunun yüzde 7.3'ünün aile hekimi bulunmadığı tespit edilmiştir. Kırsal bölgelerde çalışan doktorlar, aynı bölgede yeterli sayıda meslektaşlarının bulunmaması nedeniyle uzun çalışma saatleri ve sık nöbetler gibi zorluklarla karşılaşır. 2010 yılında Avustralya'da yapılan bir çalışmada kırsal alanlarda çalışan doktorların, metropol doktorlarına göre çalışma ve nöbet sürelerinin ortalama iki katı arasında olduğu bulunmuştur. İş dışında kalan zamanlarının azalması ve artan

iş yükü, burada çalışan sağlık personellerinde önemli bir stres kaynağı olmaktadır.

2-) Ekonomik faktörler: Neredeyse tüm OECD ülkelerinde, genel pratisyen hekimler diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerden çok daha az kazanmaktadır. OECD 2015 verilerine göre OECD ülkeleri genelinde ortalama olarak, genel pratisyenler, ülkelerindeki tüm çalışanların ortalama ücretinin yaklaşık 2,5 katını kazanırken, diğer uzmanlık alanlarındaki hekimler ortalama ücretin 3 katından fazlasını kazanmaktadır. 2005'ten bu yana, diğer uzman hekimlerin ücretleri Kanada, Finlandiya, Fransa, Macaristan, İzlanda, İsrail, Lüksemburg ve Meksika'da genel pratisyen hekimlerin (GP) ücretlerinden daha hızlı artmış ve bu ücret farkı son yıllarda da artmaya devam etmiştir. Farklı olarak Avusturya, Belçika ve Hollanda'da, GP'lerin ücretlerindeki artış, uzmanların ücretlerindeki artış aşmış ve böylece ücret farkı bir ölçüde daralmıştır.

Fırsatlar

1-) Dijital sağlık ve tele sağlık uygulamaları: Dijital sağlık teknolojileri ve tele sağlık uygulamaları, birçok OECD ülkesinde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, verimliliğini ve sürdürülebilirliğini büyük ölçüde arttırmıştır. Kanada,

OECD ülkelerinin çoğu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışan genel pratisyen hekimlerin, aile hekimliği uzmanlarının ve hemşirelerin eğitimine büyük önem vermektedir. Sağlık sistemlerinin etkinliğini artırmak ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, hekimlerin mesleki gelişimlerini destekleyen kapsamlı eğitim programları sunmaktadır.

Birçok OECD ülkesinde devam eden en önemli sorunlardan biri birinci basamak hekimlerinin farklı coğrafi bölgelere eşitsiz dağılımıdır. Kırsal/uzak bölgelerde kişi başına düşen doktor sayısı genellikle kentsel bölgelere göre çok daha düşüktür.



Kosta Rika, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Fransa, Norveç ve İsveç gibi ülkelerde tele-sağlık uygulamaları, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan hastaların sağlık hizmetlerine erişimini artırmak için kullanılmaktadır. Bu teknoloji idari ve seyahat maliyetlerini düşürerek hastalarla doktorları mesafe gözetmeksizin buluşturmaktadır. Gelecekte de özellikle kırsal ve kentsel alanlar arasındaki sağlık hizmeti eşitsizliklerini azaltma konusunda önemli bir rol oynayacaktır.

Avustralya, Kanada, İsrail ve ABD'de yaygın kullanılan elektronik sağlık kayıtları (EHR) ve dijital sağlık uygulamaları, hasta kayıtlarına kolayca erişim sağlar, evrak işlerini azaltır, zamandan ve enerjiden tasarruf edilmesini sağlar. Klinik karar alma ve reçeteleme süreçleri, kanıtlara, kılavuzlara, ikinci görüşlere ve elektronik kayıtlara kolay erişim sayesinde daha etkili hâle gelir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimi hızlandırır, hata oranlarını azaltır ve tedavi sürecini kolaylaştırır. Bu uygulamalar genel pratisyen hekimlerin uzmanlarla iletişime geçmelerini

mümkün kılarak, meslektaşlar arasında sürekli öğrenme fırsatları sunar ve gereksiz ikincil bakıma sevkleri azaltır.

Ayrıca bu uygulamalar doktorlara, özellikle kronik hastalığı olan hastalar için önleyici ve sürekli bakım hizmetlerini daha etkili bir şekilde takip etme imkânı sunar. Bu sistemler, anlık hatırlatıcılar sağlayarak hekimlerin tedavi planlarını zamanında uygulamalarına ve hastaların sağlık durumunu etkin bir şekilde yönetmelerine yardımcı olur. Aynı zamanda bazı yapay zekâ tabanlı uygulamalar, hastaların sağlık sorunlarıyla ilgili sorularını yanıtlayarak onları uygun sağlık hizmeti sağlayıcısına veya uzmana yönlendirmektedir. Bu sayede, hastaların ihtiyaç duydukları doğru tedavi ve bakıma zamanında ulaşmaları sağlanmaktadır.

Dijital teknolojilerin doğru ve verimli uygulanması, birinci basamak sağlık ekiplerinin daha etkin çalışmasına, sınırlı sağlık kaynaklarının daha akılcı kullanılmasına olanak tanıyacak ve sağlık sistemlerini gelecekteki olası krizlere karşı daha dirençli hâle getirecektir.

2-) Eğitim teşvikleri: OECD ülkelerinden birçoğu, BBSH'deki hekim sıkıntısını gidermek amacıyla genel tıp alanındaki eğitim kontenjanlarını artırmaya yönelik önemli adımlar atmıştır. Bu çabalar, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilmesini sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Örneğin 2022 yılında Hollanda'daki Tıbbi İstihdam Planlama Danışma Kurulu, hükümete, 2024-2027 döneminde tüm uzmanlık eğitim programlarının neredeyse yarısının genel pratisyenlik eğitim programına tahsis edilmesini önermiştir (Bu oran 2021'de ise yüzde 40'tı.). Fransa'da 2017'den bu yana, tüm lisansüstü eğitim kontenjanlarının en az yüzde 40'ı GP eğitim programına tahsis edilmektedir. Kanada'da ise, 2023'te doldurulan uzmanlık eğitim kontenjanlarının neredeyse yüzde 45'i aile hekimliği uzmanlığına ayrılmıştır. Ayrıca bu ülkeler aile hekimliğini ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini teorik ve uygulamalı olarak tıp fakültesi eğitim süreçlerine dahil ederek, tıp fakültesi öğrencilerini bu alanı tercih etmeleri için teşvik ediyorlar. Uzman

doktorlar ve aile hekimliği eğitmenleri, öğrencilere pozitif rol modeller sunarak bu alana olan ilgiyi artırabilir. 2019 yılında yapılan bir çalışmada, yeni mezun olan 1.814 tıp öğrencisinin yüzde 39.2'si aile hekimliği branşını tercih etmek istediğini belirtmiş ve bu tercihi etkileyen en önemli faktörün, tıp eğitimi sırasında aile hekimliği eğitmenlerinin desteği olduğunu ifade etmiştir.

Tehditler

1-) Artan iş yükü ve tükenmişlik:

2000 ile 2017 yılları arasında genel doktor ve hemşire sayısında büyük artışlar gözlemlenmesine rağmen, birçok ülkede genel pratisyen hekimlerin oranı düşmüştür. İngiltere, Avustralya ve Kanada da dâhil olmak üzere çeşitli OECD ülkelerinde gözlemlenen genel pratisyen hekimlerin sayısındaki azalma hem klinik hem de idari iş yükünde artmaya neden olmuştur. Avrupa'da 2017 yılında yapılan bir araştırmada, 14 ülkede (Hırvatistan, Macaristan, İrlanda, Litvanya, Malta, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovenya, İspanya, İsveç, Türkiye) BBSH hekimlerinin iş yükünün uzun vadede sürdürülemez olduğu bulunmuştur. Ayrıca Kanada'da, aile hekimlerinin ve genel pratisyen hekimlerin haftada ortalama 48.69 saat çalıştığı ve bu sürenin ortalama bir Kanadalı'dan haftada 14 saat daha fazla olduğu gösterilmiştir. ABD'de yapılan bir diğer çalışmaya baktığımızda, BB hekimlerinde yüksek oranda tükenmişlik görülmektedir. Tü-

kenmişlik oranlarının 2020'de yüzde 42'den 2021 ve 2022'de sırasıyla yüzde 47 ve yüzde 53'e yükseldiği gösterilmektedir. Artan iş yükü, tükenmişlik ve azalan pratisyen hekim sayısı, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Bu nedenle, sağlık politikaları ve uygulamalarının bu sorunları ele alacak şekilde yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Örneğin Çek Cumhuriyeti, Almanya ve İngiltere gibi ülkelerde, kırsal veya zorlu bölgelerde görev yapan hekimlerin iş yükünü hafifletmek ve motivasyonlarını artırmak amacıyla finansal teşvikler ve ek ücret uygulamaları başlatılmıştır. ABD, Kanada ve Hollanda gibi ülkelerde ise sağlık profesyonellerine düzenli eğitim ve gelişim fırsatları sunmak, tükenmişlik sorununu azaltmada etkili bir strateji olarak kabul edilmektedir. Bunlara ek olarak stres yönetimi ve dayanıklılık becerilerini geliştiren programlar, hekimlerin iş yaşamlarındaki zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Kariyerlerinin farklı aşamalarında olan hekimlere yönelik kariyer geliştirme fırsatları ve mentorluk programları, iş tatminini artırma amacıyla önemli bir kaynak olarak değerlendirilmelidir. Bir diğer örnek ise çoğu OECD ülkesinde kullanılan elektronik hasta kayıt sistemleri, uzaktan sağlık hizmetleri ve yapay zekâ çözümleri, hekimlerin iş yükünü hafifletmekte ve zaman yönetimini iyileştirmektedir. Telekonsültasyonlar, BBSH hekimlerinin meslektaş-

larından daha az izole hissetmelerine ve hastaları daha iyi sınıflandırıp tedavi edebilmelerine de imkân tanıyabilir.

Sonuç

Eğitim ve ekip çalışması, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin kalitesini artırmakta ve sağlık profesyonellerinin etkinliğini desteklemektedir. Ancak, coğrafi dengesizlikler ve ekonomik faktörler, sağlık sistemlerinde eşitsizliklere ve zorluklara yol açmaktadır. Dijital sağlık teknolojileri ve eğitim teşvikleri, mevcut sorunlara çözümler sunarken, artan iş yükü ve tükenmişlik gibi tehditler, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından endişe verici unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının bu zorlukları ele alacak şekilde yeniden yapılandırılması ve iyileştirilmesi gerekmektedir. Genel olarak, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için kapsamlı stratejiler ve yenilikçi çözümler geliştirilmelidir.

Kaynaklar

Avery, D. Factors associated with choosing family medicine as a career specialty: what can we use. *Am J Clin Med.* 2009;6(4):54-58.

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. *Building primary care in a changing Europe: Case studies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. PMID: 29064645 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/ (Erişim Tarihi: 31.07.2024).*

Kost, A., Bentley, A., Phillips, J., Kelly, C., Prunuske, J., Morley, C.P. *Graduating medical student perspectives on factors influencing specialty choice: an aafp national survey. Fam Med.* 2019;51(2):129-136.

Lee FJ, Brown JB, Stewart M. *Exploring family physician stress: helpful strategies. Can Fam Physician.* 2009 Mar;55(3):288-289.e6. PMID: 19282541; PMCID: PMC2654819.

OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023 (Erişim Tarihi: 31.07.2024).*

OECD, *Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2020.*

OECD, *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2024 (Erişim Tarihi: 31.07.2024).*

State of the Primary Care Workforce, 2023, <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/data-research/state-of-primary-care-workforce-2023.pdf> (Erişim Tarihi: 25.07.2024).

WHO. *Building the primary health care workforce of the 21st century, https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/workforce.pdf (Erişim Tarihi: 31.07.2024).*

WHO. *Germany Health System Summary 2022, https://euroh.ealtho.bse.rva.tory.who.int/publications/l/germany-health-system-summary-2022 (Erişim Tarihi: 22.07.2024).*



Birinci basamakta insan kaynaklarının güçlendirilmesi

Dr. Erhan Şimşek



1990 yılında Kayseri, Kocasinan'da doğdu. Cevdet Sunay İlkokulu, Dedeman İlköğretim Okulu, Sami Yangın Anadolu Lisesi'ni bitirdi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2015 yılında mezun oldu. Kayseri İncesu İlçe Devlet Hastanesinde pratisyen hekimlik yaptıktan sonra 2020 yılında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi aldı. Aile Hekimliği Uzmanı olarak sırası ile Kayseri Felahiye İlçe Devlet Hastanesi, Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve Ankara Çankaya İlçe Sağlık Müdürlüğünde görev yaptı. 2021 yılında Atatürk Üniversitesi Acil Durum ve Afet Yönetimi ve Anadolu Üniversitesi Sağlık Yönetiminden mezun oldu. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneğinin (TAHUD) saymanlık görevini yürütmektedir. 2023 yılı itibarı ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, halkın sağlık sorunları için ilk başvurduğu düzeydir ve toplum sağlığı açısından büyük önem taşır.

Bu hizmetler, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi açısından kritik bir rol oynar. Ancak, bu alanda çalışan personel sayısının yetersizliği, ağır iş yükü ve eğitim eksiklikleri gibi çeşitli zorluklar mevcuttur. Bu sorunların detaylı şekilde ele alınması ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi, hem sağlık personelinin iş tatminini artıracak hem de halk sağlığını iyileştirerek sağlık sisteminin genel işleyişine katkıda bulunacaktır.

1) Sağlık Personeli Eksikliği

Türkiye genelinde, özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde sağlık personeli sayısı yetersizdir. Aile hekimleri ve hemşirelerin bu bölgelere yeterince dağıtılamaması, nüfus başına düşen sağlık personeli sayısını azaltmakta ve sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin aksamasına ve sağlık çalışanlarının aşırı yük altında kalmasına yol açmaktadır. Ayrıca metropol şehirlerde bile bazı bölgelerde aile hekimliği hizmetlerinde ciddi açıklar bulunmaktadır.

Çözüm Önerileri

Personel istihdamı ve dağılımı: Sağlık Bakanlığı, özellikle sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu bölgelerde yeni personel alımı yapmalı ve bu personeli dengeli bir şekilde dağıtmalıdır. Kırsal alanlar ile sosyoekonomik zorlukların yaşandığı bölgelerde çalışmayı teşvik etmek için maaş artışları, lojman imkânı ve kariyer gelişimi gibi destekleyici önlemler alınabilir. Koruyucu sağlık hizmetleri öncelenerek, bütçeden aldığı pay artırılmalı, bu hizmetlerde görev alan personel istihdamı artırılmalıdır.

Yerel iş birlikleri ve eğitim programları: Sağlık personeli eksikliğinin yoğun olduğu bölgelerde, yerel yönetimlerle iş birliği yapılarak, tıp fakültesi öğrencilerine yönelik staj ve eğitim programları oluşturulabilir. Bu programlar, yerel sağlık hizmetlerinin desteklenmesine ve genç sağlık çalışanlarının tecrübe kazanmasına katkı sağlayabilir.

2) Aşırı İş Yükü

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, halkın ilk başvurduğu sağlık hizmeti olması nedeniyle yoğun bir iş yükü altındadır. Metropoller başta olmak üzere çoğu yerde aile hekimleri, günde 50-100 hasta arasında bakmak zorunda kalabilmektedir. Hasta yoğunluğu

üzerine eklenen idari işlemler ve raporlama yükümlülükleri vb. nedenlerle birinci basamağın ana fonksiyonu olan koruyucu sağlık hizmeti sunumunda aksamalar olabilmekte hem hizmet kalitesi düşebilmekte hem de sağlık personeli tükenmişlik sendromu yaşayabilmektedir.

Çözüm Önerileri

İdari destek personeli sağlanması: Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) bürokratik işler ile ilgilenecek tıbbi sekreter, destek personeli vb. sorumlu personel atanarak, sağlık çalışanlarının idari yükü azaltılabilir. Böylece, hekimler ve hemşireler, hasta bakımına ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine daha fazla odaklanabilir.

Dijital sağlık çözümleri: Elektronik sağlık kayıtları, online randevu sistemleri ve uzaktan sağlık hizmetleri gibi dijital çözümlerle sağlık çalışanlarının iş yükü hafifletilebilir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin hem kendi içinde hem de diğer basamaklarla entegrasyonunu sağlamak için elektronik ve yapısal uygulamaların hayata geçirilmesi gerekmektedir. Yasal altyapısı oluşturulmuş, sağlık sistemi içerisinde iyi konumlandırılmış tele-tıp uygulamaları aracılığıyla yüz yüze görüşme ihtiyacı azaltılarak iş yükü önemli ölçüde hafif-

letilebilir, personelin güven duyduğu, kaynakların etkin kullanıldığı bir sistem tasarlanabilir.

3) Eğitim ve Yeterlilik Sorunları

Birinci basamak sağlık personelinin güncel bilgilere ve tedavi yöntemlerine erişiminde zorluklar yaşanması, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Eğitimlerin yetersizliği, yeni tedavi yöntemleri ve sağlık teknolojileri konusunda bilgi eksikliğine yol açabilir. Sağlık çalışanlarının sürekli eğitim imkanlarının yetersiz olması, mesleki gelişmelerinin önünde bir engel teşkil edebilir ve bu durum, hastaların doğru şekilde yönlendirilmesini zorlaştırabilir.

Çözüm Önerileri

Sürekli mesleki gelişim programları: Tüm birinci basamak hekimleri ve personeli düzenli aralıklarla mesleki gelişim ve hizmet içi eğitimlere tabi tutulmalıdır. Bu eğitimlerin hem yüz yüze hem de online platformlar aracılığıyla sunulması, personelin güncel bilgilere erişimini kolaylaştırabilir. Eğitim planlamaları sistematik ve planlı olmalı, sağlık hizmeti sunucuları ile alanları zor durumda bırakmayacak, yasal boşluk oluşturmayacak şekilde planlanmalıdır.

Uzmanlık ve sertifika programları: Sağlık çalışanları, uzmanlık alanlarında gelişmelerini desteklemek için sertifikalı eğitim programlarına katılmaya teşvik edilmelidir. Bu programlar, sağlık personelinin bilgi düzeyini ve motivasyonunu artırarak hem yetkinliklerini geliştirir hem de kariyerlerinde ilerlemelerine katkı sağlar. Ancak, sertifikasyon kriterleri, sivil toplum kuruluşları ve derneklerin yer aldığı bilimsel komisyonlar tarafından belirlenmeli ve bu çerçevede titizlikle çözümlenmelidir.

4) Yetki ve Sorumlulukların Belirsizliği

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde görev yapan personel arasında yetki ve sorumlulukların net bir şekilde tanımlanmamış olması, iş akışında aksamalara yol açabilir. Görevlerin belirsizliği, sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltabilir ve personel arasında görev çatışmalarına neden olabilir.

Çözüm Önerileri

Net görev tanımları ve iş akışları: Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık

çalışanlarının görev ve sorumluluklarını net bir şekilde tanımlamalıdır. Bu tanımlar, saha uygulamalarıyla uyumlu hâle getirilmeli ve sağlık hizmetlerinin daha etkili sunulmasına olanak tanınmalıdır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri mevzuatı her yıl sahanın ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde revize edilmelidir.

Ekip çalışması ve iletişim: Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması önemlidir. Bu doğrultuda, sağlık çalışanları arasında iletişimi güçlendirmek için düzenli toplantılar ve eğitimler organize edilebilir. Ayrıca, ekip içi koordinasyonu artırmak için yazılı ve dijital iletişim kanalları gibi etkin iletişim araçları kullanılmalıdır. Mezuniyet öncesi eğitimlerde iletişim, ekip çalışması vb. konular vurgulanmalıdır.

5) Toplum Bilinçlendirme ve Katılım

Toplumun Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin önemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, gereksiz sağlık başvurularının artmasına ve mevcut sağlık personelinin iş yükünün daha da ağırlaşmasına neden olabilir.

Çözüm Önerileri

Halk eğitimi: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin işlevi ve önemi hakkında toplumu bilinçlendirmek amacıyla eğitim kampanyaları düzenlenmelidir. Sağlık okuryazarlığının artırılması için ilgili bakanlıklarla ve kuruluşlarla protokoller yapılmalı, programlar ve bilgilendirici materyaller geliştirilmelidir. Kamu spotları, görsel-yazılı-basılı medya aracılığıyla farkındalık artırılabilir.

Hasta katılımı ve geri bildirim: Hastaların sağlık hizmetlerine katılımını teşvik etmek ve geri bildirim süreçlerini geliştirmek için dijital platformlar oluşturulabilir. Hastaların ihtiyaçlarını ve memnuniyet düzeylerini ölçen anketlerden elde edilen sonuçlar, sağlık hizmeti sunucularının görüşleri ile korele edilerek uygulamaya geçirilmelidir. Hastaya da sorumluluk yüklenmeli, tedaviye uyum sağlamayan, tedavisini tamamlayan hastalara yaptırım uygulanmalıdır.

6) Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi

Sağlık personelinin çalışma koşulları, iş memnuniyeti ve hizmet kalitesi üzerinde doğrudan etkilidir. Çalışma koşullarının yetersizliği, sağlık perso-

nelinin motivasyonunu olumsuz etkileyebilir ve bu da hizmet kalitesinde düşüşe yol açabilir.

Çözüm Önerileri

Çalışma koşullarının geliştirilmesi: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışan personelin çalışma koşulları iyileştirilmeli, çalışma ortamları modernize edilmelidir. Çalışma saatleri ve nöbet sistemleri, sağlık çalışanlarının iş-yaşam dengesini gözeterek yeniden düzenlenmelidir. Aile Sağlığı Merkezlerindeki sınıflama sistemi kaldırılmalı, tüm binalar en üst sınıf olacak şekilde standardize edilmeli ve kamuya ait ASM sayısı kademeli olarak artırılmalıdır. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Sağlık Hayat Merkezi ve Verem Savaş Dispanseri gibi merkezlerin sayısı artırılmalı ve etkin kullanımları sağlanmalıdır.

Çalışan memnuniyeti anketleri: Sağlık personelinin memnuniyetini ölçen düzenli anketler yapılarak, ortaya çıkan sorunlar hızla çözümlenmeli ve çalışma koşulları sürekli olarak iyileştirilmelidir.

Sevk zincirinin kademeli olarak getirilmesi, sağlık personelinin yükünün hafifletilmesi, eğitim imkânlarının artırılması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, genel sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek ve toplum sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

Kaynaklar

Ayhan Başer, D., Kahveci, R., Koç, M. vd. *Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak*. Ankara Med J. 2015;15(1).

Bulut, A., Şengül, H. *Türkiye'de sağlık sisteminin sorunları ve çözüm önerileri*. BAUN Sağ Bil Derg. 2020; 9(1): 45-54.

İşlek, E. *Sağlık çalışanlarının memnuniyeti: sorunlar ve çözüm önerileri*, TUSPE Analiz, Ankara, TUSPE Yayınları, 2019. <https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/yayinlar/20230703122834-oKXAOTFuZEip-.pdf> (Erişim Tarihi: 18.08.2024).

Öztürk, Y. E., Söyler, S. *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Uygulama: Sağlıklı Hayat Merkezlerinde Hizmet Sunumu, Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. JEBPIR, 2021; 7(2): 403-418.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, *Birinci Basamak Sağlık Hizmeti* <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html> (Erişim Tarihi: 18.08.2024).

Türk Tabipleri Birliği (TTB) *Aile Hekimliği Kolu. 2. Aile Hekimleri Buluşması Raporu*, 2019. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/2ahek.pdf> (Erişim Tarihi: 18.08.2024).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesinde eğitimin rolü

Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk



1977 yılında Hendek, Sakarya'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Sakarya'da tamamladı. 2003 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimi, Vakıf Gureba Eğitim Araştırma Hastanesinde 2009 yılında tamamladı. Sağlık hizmetlerinin her basamağında ve birinci basamak aile hekimliği sisteminde altı yıl Aile Hekimliği Uzmanı olarak çalıştı. 2016 yılında başasistanlık sınavını kazanarak akademik hayata başladı. 2018 yılında doçent, 2024 yılında profesör ünvanını aldı. Hâlen, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olup; Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu olarak çalışmaktadır. 2024 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel Başkanı olarak göreve başlamıştır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, bireylerin sağlık sistemine erişiminde kritik bir rol oynar. Bu hizmetler, sağlık sisteminin temelini oluşturur ve toplum sağlığının iyileştirilmesi için vazgeçilmezdir. Birinci basamağın güçlendirilmesi, daha etkili hizmet sunumu, erişilebilirlik ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi açısından son derece önemlidir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının eğitimine odaklanmak, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin kalitesini artırmak için kilit bir unsurdur. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesi, birçok sağlık sorununu önleyebilir ve toplum sağlığını önemli ölçüde iyileştirebilir.

Eğitim, sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi için gereklidir. Eğitim programları, klinik bilginin yanı sıra, hasta iletişimi, sağlık yönetimi, etik ve toplumsal bağlamda sağlık gibi konuları da kapsamalıdır. Birinci basamak sağlığının etkinliğinin artmasıyla birlikte, kronik hastalık yönetiminin daha iyi hâle geldiği görülmektedir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının eğitimi, bu hizmetlerin kalitesini artırmanın en etkili yollarından biridir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için çeşitli eğitim modelleri bulunmaktadır. Bunlar arasında, klasik ders yöntemleri, online eğitim, simülasyon tabanlı eğitim ve uygulamalı stajlar yer almaktadır. Online eğitimler de son yıllarda önemli bir alternatif hâline gelmiştir. COVID-19 pandemisi sırasında, birçok sağlık çalışanı uzaktan eğitim metotlarıyla kendini geliştirme fırsatı bulmuştur. Bu tür eğitimler, zaman ve mekândan bağımsız olarak erişilebilirlik sağlamakta ve eğitim sürekliliğini sağlamaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesi; hekimler, hekim dışı personel ve toplumun ortak bir çabasını gerektirir. Bu makalede, üç tarafın eğitimdeki rolü ve bu eğitimlerin sağlık hizmetlerine katkısı ele alınmıştır.

Birinci basamakta, Tıpta Uzmanlık Kurulunun eğitim programına göre uzman hekim ünvanı almış Aile Hekimliği Uzmanı (AHU) ve tıp fakültesi mezuniyeti sonrası sisteme geçmiş Genel Pratisyenlerden (GP) oluşan iki hekim grubu çalışmaktadır. Aile Hekimliği uygulamasında çalışan yaklaşık 3.000 AHU ve 23.000 GP bulunmaktadır.

AHU, Tıpta Uzmanlık Kurulu müfredatı uyarınca, 1993'ten bu yana tam zamanlı uzmanlık eğitimi olarak yapılmaktadır. AHU, eğitimi kapsamında, üç yıl (18 ay rotasyon, 18 ay klinik) eğitim görmektedir. 18 aylık klinik eğitimi sırasında, eğiticisi ile birinci basamak bakış açısını geliştirdiği poliklinik çalışmaları yapmakta, özelliikli alanlarda çalışmakta ve 6-8 ay, kurumunda varsa, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) dediğimiz merkezlerde çalışmaktadır.

EASM, eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, bir veya birden fazla asistan ile aile sağlığı çalışanlarıncı aile hekimliği hizmetinin verildiği ve tamamı eğitim aile hekimliği birimlerinden oluşan, üniversite hastaneleri veya Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile kamu-özel iş birliği modeli ile hizmet sunan hastanelere bağlı yapıdır. Ülkemizde hâlen 60 EASM mevcuttur. Bunların arttırılarak desteklenmesi AHU eğitimi alan uzmanlık öğrenci sayısını arttıracak ve hizmet açısından Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ne katkı sağlayacaktır.

GP ise, tıp fakültesini bitirdikten atanmakta olup, sahada çalışmak için ilk aşama eğitimini tamamlaması gerek-

mektedir. Bu program, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu, 25 Ocak 2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve 04.02.2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında düzenlenmektedir. Program ile, aile hekimliği hizmeti sunacak/sunan hekimlerin, aile hekimliği disiplininin temel özellikleri konusunda bilgilerinin artırılarak, becerilerinin geliştirilmesi ve aile hekimliği uygulamasına uyum sağlanmasının kolaylaştırılması ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesini amaçlamıştır. AHU disiplini birinci basamak hizmetinin ana uzmanlık dalıdır ve bu profesyoneller, uyum eğitiminden muaf tutulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, "1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun Geçici 9. maddesinde yer alan "1/1/2020 tarihine kadar, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilir." hükmüne dayanarak sözleşmeli aile hekimliği yapan pratisyen hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlatmıştır. Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı (SAHU) eğitimi 6 yıldır. Bu sürenin 18 ayı rotasyonlarda, kalan süre ise ayda iki defa eğitim seminerlerine katılarak Aile Sağlığı Merkezinde tamamlanmaktadır. Süre olarak uzun görünse de kişi uzmanlık eğitimi aldığı klinik ve ana bilim dalında çalışmamaktadır. Bu durum, uzmanlık eğitiminin bileşeni olan usta-çırak ilişkisinin dışına çıkmaktadır.

Bunların dışında, tıbbi bilgilerin günbegün değişimi nedeniyle hekimlikte eğitim süreklilik arz eder. Hekimlerin, güncel tıbbi bilgileri takip etmeleri ve pratik becerilerini geliştirmeleri adına düzenli eğitim almaları teşvik edilmelidir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin birçok bilimsel portala girişlerinin ücretsiz olarak sağlanması, birinci basamağın bilimselliğini arttıracaktır.

Birinci basamakta hekimlerin dışında aile sağlığı çalışanları da çalışmaktadır. Aile sağlığı çalışanı (ASÇ), aile hekimiyle birlikte hizmet veren, sözleşmeli ola-

rak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ya da eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenini olarak yönetmelikte tanımlanmıştır.

ASÇ, aile hekimiyle birlikte ekip anlayışı içinde, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. Bununla birlikte kurumca belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmakla da yükümlüdür. ASÇ'lerin eğitimi de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesinde önemlidir. Hekim dışı personelin eğitimi hem teknik beceriler hem de hasta ile iletişim becerileri açısından güçlendirilmelidir. Bu eğitimler, uygulamalı eğitim programları, seminerler ve atölyeler şeklinde düzenlenerek periyodik hâle getirilmelidir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde gelişim için eğitim, sadece sağlık çalışanları için değil, aynı zamanda toplum için de gereklidir.

Sağlık okuryazarlığı (SOY) ile sağlık algısı arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bunun dışında, sağlık okur yazarlığını arttırmak, toplumun sağlık hizmetlerini doğru kullanması açısından çok önemlidir. Erken teşhis ve önleyici sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olan bireyler, sağlık sistemine daha etkili bir şekilde entegre olabilmektedir.

Toplum eğitim programları ayrıca obezite, diyabet ve kalp hastalıkları gibi yaygın sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olacaktır. Bunun için tüm medya ve iletişim ağlarının kullanılması gerekmektedir. TRT Sağlık adında televizyon kurularak halka ulaşım artırılabilir. Günümüzde internet ve sosyal medyanın kullanılması ve halka yönelik bilgilendirmelerin bu alanlarda da aktifleşmesinin sağlanması, bilgi kirliliğinin önüne geçilmelidir.

Öneriler

1) Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumların sayısı artırılmalı, tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrenci sayısı yükseltilmelidir.

2) Birinci basamakta çalışan hekimlerin, birçok bilimsel portala girişlerinin ücretsiz olarak sağlanması, birinci basamağın bilimselliğini arttıracaktır.

3) Hekim dışı personelin eğitiminde hem teknik beceriler hem de hasta ile iletişim becerileri güçlendirilmelidir.

4) Toplum eğitimi için tüm medya ve iletişim ağları (TRT Sağlık, e-nabız bilgilendirmeleri, sosyal medya paylaşımları gibi) kullanılmalıdır.

5) Günümüzde internet ve sosyal medyanın kullanımı sağlanmalı ve halka yönelik bilgilendirmeler bu alanlarda da aktifleştirilerek bilgi kirliliğinin önüne geçilmelidir.

Kaynaklar

Göral, B. (2020). "Hekim Dışı Sağlık Personelinin Eğitiminde Yeni Yöntemler". *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 42(1), 210-220.

Kerkez, N., & Şahin, T. (2023). Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı İlişkisinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 336-346.

Marmot, M., et al. (2008). *The Lancet: Closing the health gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*.

Özer, C., Şahin, E.M., Dağdeviren, N., Aktürk, Z. (2002). Birinci basamakta hasta eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(1):11-4.

Öztürk, S., Ayhan, S., & Yılmaz, K. (2021). Tıpta Sürekli Eğitim ve Gelişim: Gereklilikler ve Uygulamalar. *Türk Tıp Eğitimi Dergisi*, 5(2), 45-58.

Starfield, B., et al. (2005). *The Milbank Quarterly: Contribution of primary care to health systems and health*.

Şenyuva, E., Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitimi süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 15(59):100-106.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/yonetmelik/7.5.40163.pdf>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Birinci Basamak Uyum Birinci Aşama Sertifikalı Eğitim Programı <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimligine-uyum-egitimleri/aile-hekimligine-uyum-birinci-asama-sertifikali-egitim-programi>.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimine güncel bakış

Doç. Dr. Hasan Hüseyin Mutlu



1979 yılında Kayseri’de doğdu. Lise öğrenimini İstanbul Bilfen Lisesinde tamamladı. 2002 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu ve 2009 yılında Medeniyet Üniversitesinde Aile Hekimliği alanında uzmanlık eğitimini bitirdi. 2010 yılında Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde Özel Hukuk alanında yüksek lisans yaptı. 2012-2017 yılları arasında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde başhekim yardımcılığı ve başhekimlik görevlerinde bulundu. 2017 yılında Medeniyet Üniversitesinde Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalını kurdu ve 2020 yılında aynı üniversitede doçent ünvanını aldı. Ayrıca, Medeniyet Üniversitesi Teknopark kuruluşunda yer aldı, Teknopark yönetiminde genel müdürlük ve başkan vekilliği görevlerinde bulundu. Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Eğitim Koordinatörlüğü, TEPDAT akreditasyon raportörü olarak çeşitli komisyon başkanlıkları gibi birçok idari görev de üstlendi. Marmara Üniversitesi Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalında doktora eğitimine devam etmektedir.

Sağlık’ ve ‘eğitim’ yüzyıllarca insanlığın refahı ve ilerlemesi için toplumun en ihtiyaç duyduğu, ülkelerin anayasalarının koruma altında olan en temel haklar olarak süre gelmektedir. Sağlık, fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hâli olarak tanımlanır. Bireylerin etkili ve iyi bir eğitim alabilmesi için öncelikle sağlıklı olmaları gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının, özellikle de aile hekimlerinin, bedensel ve psikolojik sağlıklarının iyi olması, hasta bakım kalitesini ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırır (1). Sağlık mesleğinin zorlu doğası, uzun çalışma saatleri ve artan stres seviyeleri ile birleştiğinde daha da katlanır (2). Ayrıca, sağlık çalışanın zamanla tıbbi hatalar, işten ayrılma ve klinik yeterlilikte azalma gibi durumlarla karşılaşma olasılığını da artırır. Bu da hasta bakımı ve güvenliği üzerinde istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir. Bu nedenlerle iyi bir eğitim için sağlıklı bir çevrede sağlık çalışanın fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde olması gerekir (3).

Tıpta aşırı uzmanlaşma, tıbbi pratiğin belirli bir alana yoğunlaşarak daha dar bir odak noktasına sahip uzmanlık dallarının hızla artmasına yol açmaktadır. Bu aşırı uzmanlaşma, bütünsel hasta bakımını gözden kaçırma ve hastanın genel sağlık ihtiyaçlarını karşılama riskini beraberinde getirmektedir. Tıptaki artan uzmanlaşma, yeni tıbbi teknolojilerin ve karmaşık kronik durumların ortaya çıkmasına yol açmış

ve kapsamlı hasta bakımı sunumu için uzmanlar arasında iş birliğini gerektirmiştir. Bununla birlikte, farklı uzmanların hastanın bütünlüklü sağlık bağlamını dikkate almadan yalnızca kendi uzmanlık alanlarına odaklanması, sunulan hasta bakımının niteliğinde düşmeye neden olmaktadır (4).

Aşırı uzmanlaşma, tıbbi bilgide yanlış bir toplam verimlilik hissi yaratabilmekte ve bu durum, tıbbi uygulamadaki risklerin hafife alınmasına veya göz ardı edilmesine yol açabilmektedir (5). Uzmanlık bilgisine aşırı güven, hastanın iyilik haline bütünlüklü bir şekilde dikkat edilmemesine ve uzmanlık alanı dışında ortaya çıkabilecek potansiyel risklerin veya komplikasyonların göz ardı edilmesine sebep olabilir. Ayrıca, aşırı uzmanlaşmanın yanı sıra teknolojinin ilerlemesi, odağın hasta merkezli bütüncül bakımdan ziyade uzmanlığın teknik/teknolojik yönüne doğru daha fazla kaydığı bir bakım ve tedavi ortamı yaratabilir.

Sağlık sistem ve politikalarında, genel pratisyenlik yerine özel uzmanlık bakımına öncelik verildiğinde potansiyel olarak hasta bakımı ve yönetiminde yanlış uygulamalar ortaya çıkacaktır. Hekimlerdeki artan uzmanlaşma eğilimiyle birlikte, odak bir bütün olarak hastadan ziyade belirli koşullara veya tedavilere daha fazla kaydırsa, hastalar için kapsamlı ve bireyselleştirilmiş bakım eksiklikleri görülecektir (6). Bu eksikliklerin ülkenin sağlık sisteminde

aşırı başvurulara, gereksiz tanı ve tedavi süreçlerine ve sonuç olarak artan sağlık harcamalarına yol açabildiği çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (7).

Sağlık Bakanlığındaki iş gücü dağılımına bakıldığında, hekimlerin yüzde 23’ünün birinci basamakta görev yaptığı anlaşılmaktadır. Birinci basamak hekimlerinin ise sadece yüzde 11’i uzman hekimdir. Hekim dışı sağlık personelinin dağılımına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı kadrosunda bulunan hemşirelerin yüzde 6.8’i, ebeelerin yüzde 22.4’ü ve diğer sağlık personelinin yalnızca yüzde 1.4’ü birinci basamakta hizmet vermektedir. Sağlık Bakanlığında ait kamu kuruluşlarına yapılan tüm hasta başvurularının yüzde 40’ünün, birinci basamak çalışanları tarafından karşılandığı, buna bağlı ve göreceli olarak mevcut personellerin ikinci ve üçüncü basamaktaki çalışanlara göre daha fazla hasta başvurusuna cevap verdiğini bakanlığa ait istatistiksel verilerde görülmektedir (10). Aile hekimliği, bireyin sağlık sistemine ilk temas noktası olduğu ve koruyucu sağlık hizmetleri, erken tanı ve tarama, kronik hastalık yönetimi, sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri, aile planlaması, bağışıklama programları, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi yüz yüze verilen hizmetlerin yürütülmesini sağladığı için sağlık sisteminin merkezini oluşturmaktadır.

Ülkemizde, 2023-2024 Eğitim ve Öğretim Dönemi’nde 123 tıp fakültesinde

yaklaşık 110.000 öğrenci tıp eğitimine devam etmektedir. Bu artış tıp eğitiminde standardizasyon konusunu beraberinde getirmiş, ilk olarak, 2014 yılında, Tıp Dekanlar Konseyince tıp eğitiminde standardizasyon için Ulusal Çekirdek Eğitim Programı hayata geçirilmiştir. Daha sonra, 2020 yılında, bu program yenilenerek tıp fakültesinden mezun olacak hekimlerin yeterlilik ve yetkinlikleri tanımlanmıştır. Tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin yeterlilik ve yetkinlikleri temel olarak birinci basamakta hizmet vermeye yöneliktir.

Türkiye’de aile hekimliği uygulaması, 2005 yılında pilot olarak başlamış ve 2010 yılında ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır (8). Aile hekimliğinde uzmanlaşmak isteyen hekimler, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile bir eğitim kliniğine yerleşmektedir. Uzmanlık eğitimine başlayan hekimler, Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi (TUKMOS) komisyonunca kabul edilen Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Programındaki klinik ve girişimsel yeterlikler çerçevesinde, 18 ay aile hekimliği kliniğinde ve 18 ay diğer klinik rotasyonlarında olmak üzere toplam 3 yıllık bir eğitim almaktadır. Bu eğitim programının dışında, Tıpta Uzmanlık Kurulunun (TUK) 02-03/01/2014 tarih ve 406 sayılı kararına göre belirlenen 6 yıllık Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) Eğitimi Programı da bulunmaktadır. SAHU eğitim programına dahil olanlar, TUKMOS tarafından kabul edilen aile hekimliği eğitim programına tabi olmakla beraber, uzmanlık eğitimi süresince aile hekimliği kliniğinde ayda 8 saatlik teorik eğitim almakta ve 18 aylık süreyle diğer klinik rotasyonlara katılmaktadırlar. Aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki klinik ve girişimsel yeterliklerin değerlendirilmesi, programın hesap verebilirliği, eğitimin sonuçları ve yaygın etkisi hakkında program değerlendirmesine ait yeterli veri bulunmadığından, bu eğitimlere ilişkin ciddi kaygılar ve soru işaretleri bulunmaktadır. Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde, aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 ila 5 yıl arasında sürerken, diğer uzmanlık dallarında bu süre 4 ila 6 yıl arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) aile hekimliği uzmanlık eğitimi genellikle 3 yıl sürerken, diğer uzmanlık dallarında bu süre 3 ila 7 yıl arasında değişiklik göstermektedir (9).

Aile hekimliği asistanlarının eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, mevcut müfre-

datın, asistan geri bildirimlerinin ve gelişen sağlık hizmetleri ortamının kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını gerektiren çok yönlü bir süreçtir. Birinci basamakta hizmet verecek hekimin eğitimini mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası olarak planlamak ve bu planlama kapsamında dört ana başlık altında geliştirme yapmak mümkündür. Bu başlıklar, asistan eğitimi programını bağlamı ve çerçevesi, esnekliği ve uygulanabilirliği, programın değerlendirilmesi ve birinci basamak hizmetlerinin idamesi için ayrılacak bütçe şeklindedir (11).

Eğitim Programının Ana Çerçevesi ve Bağlamı

Aile hekimliği eğitim programında ihtiyaç analizi, sistematik ve kapsamlı bir süreç olarak ele alınmalıdır. Bu süreç, öncelikle mevcut durumun analiziyle başlar; burada hedef kitle ve mevcut programın etkinliği incelenir. Özellikle ülkemizde en sık karşılaşılan hastalıkların analizi ve sıklığı ortaya konarak işe başlanabilir. Bu hastalıkların korunma, tanı, tedavi ve izleminin birinci basamakta ne kadar ve hangi bilgi ve beceri düzeyine kadar yapılabileceği belirlenmelidir. Türkiye’de en sık görülen hastalık tanıları, sağlık sisteminin yapısı, toplumun demografik özellikleri ve çevresel faktörler gibi çeşitli etkenlerden etkilenmektedir. Bu bağlamda, dermatolojik hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, kanser türleri ve alerjik hastalıklar gibi farklı hastalık grupları öne çıkmaktadır. Özellikle çocuklar ve yaşlı bireylerde görülen hastalıkların sıklığı, toplum sağlığı açısından önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, diyabet, esansiyel hipertansiyon ve obezite gibi kronik hastalıklar ülkemizde ciddi bir halk sağlığı sorunu hâline gelmiştir.

Ülkemizde sıklığı yüksek olan bu kronik hastalıkların korunma, tanı, tedavi ve izlemlerinin birinci basamak hekimlerince üstlenilmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuruları ve maliyetleri azaltacaktır. Örneğin, diyabet sıklığının yüksek olduğu Hollanda’da, McMaster’ın mezuniyet öncesi tıp eğitimi programı, sağlık profesyonellerini hastaların öz bakımını ve yönetimini desteklemek için gerekli becerilerle donatmak amacıyla disiplinler arası iş birliği ile diyabet ilgili özel bir koridor oluşturarak, tıp eğitimi müfredatında değişikliğe gitmişler (12). Bu yöndeki değişiklikler, yapılandırılmış eğitim müdahalelerinin, yetersiz hizmet alan

popülasyonlarda diyabet yönetimini önemli ölçüde iyileştirebileceğini göstermektedir (13). Bu durum, müfredatın toplum sağlığı ihtiyaçlarına odaklanmasıyla uyumludur. Ayrıca, mezunların halk sağlığı sorunlarını etkili bir şekilde ele almak için iyi hazırlanmış olmalarını sağlar (14). TUKMOS tarafından kabul edilen aile hekimliği eğitim programında da sık görülen hastalıklar ve toplumsal ihtiyaçlara göre program belli aralıklarla revize edilmektedir.

Eğitim Programının Esnekliği ve Uygulanabilirliği

Ülkemizde aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, eğitim programının etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda, aile hekimliği asistanlarının belirli konularda kendilerini yetersiz hissettikleri ve uygulama imkânlarının sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, eğitim müfredatının gözden geçirilmesi ve asistanların ihtiyaçlarına uygun hâle getirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle ergen sağlığı, madde bağımlılığı ve evde bakım gibi konuların daha fazla ön plana çıkarılması, asistanların bu alanlardaki bilgi ve becerilerini artırabilir (15).

Literatürde aile hekimlerinin asistan eğitimi gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde, teknik becerilere (örneğin ultrason kullanımı) ek olarak, kronik ağrının yönetimi gibi alanlarda da eğitim ihtiyaçlarının belirgin olduğu görülmektedir (16). Araştırmalar, aile hekimliği uzmanlık programlarının önemli bir bölümünün, hasta popülasyonunda kronik ağrı prevalansının artmasına rağmen kapsamlı ağrı yönetimi müfredatı sunmadığını göstermektedir (17). Ayrıca, yeterliliğe dayalı tıp eğitimi modellerinin uygulanması, uzmanlık eğitimine dönüştürücü bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Kanada’da aile hekimliği uzmanlık eğitim programında yeterliliğe dayalı eğitim, asistanların eğitimleri boyunca elde etmeleri gereken eğitim sonuçlarını ve yeterlilikleri tanımlamanın önemini vurgulamaktadır. Bu model, yalnızca asistanların ilerlemesinin değerlendirilmesini kolaylaştırmakla kalmamakta, aynı zamanda bireysel öğrenme ihtiyaçlarını belirlemek için sürekli geri bildirim ve düşünmeyi teşvik etmektedir (18). Eğitim sürecinde asistanları, kendi eğitim süreçleri üzerinde düzenlemeler yapabilmeleri ve eğitim

gereksinimleri hakkında refleksiyon sağlayabilmeleri amaçlanmaktadır. Programın diğer bir amacı ise aile hekimleri asistanlarını, hastalarının yaşam boyu bakım sağlayıcıları olmaya en iyi şekilde hazırlayacak eğitim fırsatlarını sürekli olarak optimize etmeye çalışmaktır.

Eğitim hedeflerinin yeterli çerçevelerile uyumlu hâle getirilmesi, örtük müfredatın dikkate alınması ve uzmanlık eğitim programlarının asistanların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlaması önemlidir. Eğitim programlarının güncellenmesi, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin kalitesini artırmak için kritik bir adımdır. Türkiye'deki aile hekimliği eğitiminde klinik rotasyon sürelerinin azaltılması, asistanların deneyim kazanma fırsatlarını sınırlamaktadır. Bu nedenle, klinik rotasyon sürelerinin yeniden değerlendirilmesi ve asistanlara daha fazla pratik yapma imkânı sağlanması gerekmektedir (19).

Eğitim ihtiyaçlarını belirlemenin bir diğer önemli yönü, asistanların öğrenme deneyimlerini etkileyen psikososyal faktörleri anlamaktır. Araştırmalar, aile hekimliği asistanları arasında tükenmişlik ve stresin yaygın olduğunu ve bunun, eğitime katılımlarını ve genel iyilik hallerini önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermiştir (20). Hasta merkezli yaklaşımlar gibi yenilikçi eğitim stratejilerinin kullanımı da aile hekimliği uzmanlık programlarında öğrenme sonuçlarını iyileştirmenin bir yolu olarak gündeme gelmiştir. Örneğin opioid reçete yazmada akran incelemesi müdahaleleri, asistanların reçete yazma uygulamalarını ve bilgilerini geliştirmede başarı sağlamıştır (21). Benzer şekilde, öğrenmede hasta merkezli bir yaklaşımı teşvik etmek ve asistanların doğrudan hastaların deneyimlerinden iç görü kazanmalarını sağlamak için "Eğitici Olarak Hasta" programının başlatılması önerilmiştir (22). Bu yenilikçi stratejiler, asistanlara öğrenimlerine anlamlı bir şekilde katılmaları için değerli fırsatlar sunabilir ve sonuçta klinik yeterliliklerini daha kabul edilebilir düzeyde geliştirebilir.

Aile hekimliği asistanlarına yönelik eğitim programları, eğitim kalitesini ve asistanların gelecekteki rollerine hazırlıklı olmalarını önemli ölçüde etkileyen esneklik ve uygulanabilirlik ile ilgili çeşitli zorluklarla karşı karşıyadır. Bu zorluklar, uzmanlık eğitim programlarındaki uygulama alanlarının yetersizliği, eğitim materyallerinin güncelliği ve asistanların eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasındaki yapısal,

müfredatı ilişkin ve sistemik sorunlardan kaynaklanmaktadır. Özellikle, aile hekimliği asistanlarının veya hizmet ettikleri toplulukların çeşitli ihtiyaçlarını yeterince karşılamayan çekirdek müfredatın katılığı dikkat çekmektedir. Aile hekimliği uzmanlık müfredatının yeniden tasarlanması, mezunların uygulama kapsamını ve kapsamlılığını artırabilir. Bu şekilde mevcut programların asistanları mezuniyet sonrası üstlenecekleri çok yönlü rollere tam olarak hazırlaması önemlidir (23). Ayrıca, asistanların sık sık başka kliniklere gönderilmesi gibi lojistik zorluklar, aile hekimliği kliniğindeki eğitime katılımı ve tıp eğitiminde sürekliliği engelleyerek eğitim aksaklıklarına neden olmaktadır (24). Zamanlama ve müfredat tasarımıdaki esneklik eksikliği, etkili aile hekimliği uygulaması için kritik olan bilgi ve becerilerde boşluklara yol açabilmektedir. Uzmanlık eğitiminin en uygun uzunluğunu çevreleyen tartışmalar da konuya bir başka karmaşıklık katmanı eklemektedir. Araştırmalar, asistanların önemli bir bölümünün aile hekimliğinin geniş kapsamını ve hasta bakımının artan karmaşıklığını ele almak için aile hekimliği süresinin dört yıla uzatılmasını savunduğunu göstermektedir (25).

Bu zorlukların ışığında, aile hekimliği uzmanlık programları ile eğitimde daha esnek ve duyarlı bir yaklaşım benimsemesi esastır. Bu, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerini kendi ve topluluklarının ihtiyaçlarına göre uyarlamalarına olanak tanıyan, çekirdek eğitim programının yanı sıra bireyselleştirilmiş modüler müfredatın geliştirilmesini içerebilir. Örneğin, geriatrik eğitim programları, tele-tıp veya toplum sağlığı gibi gelişmekte olan uygulama alanlarında asistanların sağlık hizmeti sunumunun bu alanlarda daha iyi hazırlanmalarını sağlayacak seçmeli rotasyonlar uygulanabilir. Ayrıca, aile hekimliği kliniğinin gelişiminin ve kurumlar arasında çevrimiçi öğrenme ve iş birliği eğitim gibi yenilikçi öğrenme yöntemlerine yönelik eğitim desteğinin artırılması, asistanların eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olabilir (26).

Eğitim Programının Değerlendirilmesi

Aile hekimliği asistanlarının eğitim programlarının değerlendirilmesi, eğitim programlarının içeriği, uygulama yöntemleri ve süreçleri, asistanların geri bildirimleri ve genel olarak eğitim ortamının kalitesi gibi birçok faktörü kapsa-

maktadır. Eğitim programlarının etkin bir şekilde değerlendirilmesi, asistanların mesleki gelişimlerini desteklemek ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için kritik öneme sahiptir.

Aile hekimliği asistanlarının eğitim programları geniş bir içeriğe sahiptir. Uzuner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, eğitim programlarının kapsamının genişliği nedeniyle, belirli alanlarda derinlemesine bilgi edinmenin zor olduğu belirtilmiştir (25). Bu durum, asistanların bazı konularda hedeflenen yeterlikleri kazanmalarını engelleyebilir. Özellikle, aile hekimliği pratiğinde önemli olan bazı alanlar yeterince vurgulanmamaktadır. Örneğin kronik ağrı yönetimi ve yaşlı sağlığı gibi konular, eğitim müfredatında yeterince yer bulmamaktadır.

Eğitim programlarının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler de önemli bir sorun teşkil etmektedir. Aile hekimliği asistanlarının eğitim süreçlerinin değerlendirilmesi genellikle geleneksel yöntemlere dayanmaktadır. Bu durum, asistanların gerçek yetkinliklerini yansıtmamaktadır. Murdoch ve arkadaşları, eğitim programlarının değerlendirilmesinde kullanılan geleneksel yöntemlerin yetersiz kaldığını ve daha sistematik ve yenilikçi değerlendirme sistem ve yöntemlerine ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır (27, 33). Bu bağlamda, Güvenilir Mesleki Faaliyetler gibi yeni değerlendirme yöntemlerinin entegrasyonu, asistanların yetkinliklerini daha iyi yansıtabilir ve eğitim programlarının kalitesini artırabilir.

Eğitim programlarının etkinliğini artırmak için asistanların geri bildirimleri kritik öneme sahiptir. Ancak, Doğan ve Karaoğlu'nun çalışmasında, asistanların eğitim ve çalışma koşullarına dair görüşlerinin yeterince dikkate alınmadığı belirtilmiştir (28). Bu durum, asistanların eğitim süreçlerine olan katılımlarını azaltmakta ve motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, asistanların yalnızca yüzde 26'sının aile hekimliğini geleceğin mesleği olarak gördüğü belirtilmiştir. Eğitim programlarının asistanların kariyer beklentileri ile uyumlu olup olmadığını sorgulamaktadır. Eğitim programlarının, asistanların mesleki tatminlerini artıracak şekilde yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Asistanların görüşlerinin aktif bir şekilde alınması, programların daha etkili hâle gelmesine katkı sağlayabilir (32).

Asistanların akademik faaliyetlere katılımı da önemli bir sorun teşkil etmektedir. Carek ve arkadaşları, akademik üretkenliğin artırılması için uygulanan çözümleri incelemiş ve bu tür programların asistanların akademik gelişimlerini desteklemede etkili olduğunu göstermiştir (29). Ancak, birçok aile hekimliği programında akademik faaliyetlere katılımın yetersiz olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum, asistanların eleştirel düşünme ve araştırma becerilerini geliştirmelerini engellemektedir. Aile hekimliği asistanlarının eğitim ve klinik hizmet sunum ortamlarının kalitesi, eğitim programlarının değerlendirilmesinde önemli bir faktördür. Bu ortamların kalitesi, asistanların öğrenme deneyimlerini doğrudan etkileyebilir. Helal ve Turki'nin yaptığı bir çalışmada, eğitim ortamının kalitesinin asistanların memnuniyetini etkilediği ve bu durumun eğitim programlarının genel başarısını belirlediği ifade edilmiştir (30). Eğitim ortamının iyileştirilmesi, asistanların eğitim süreçlerinden daha fazla fayda sağlamalarına yardımcı olabilir. Aile hekimliği asistanlarının eğitim süreçleri, sağlık hizmetlerinin sunumu ile doğrudan bağlantılıdır. Bu nedenle, eğitim programlarının değerlendirilmesi aynı zamanda sağlık sistemi, politikaları ve uygulamaları da dikkate alınarak şekillendirilmelidir. Bynum ve arkadaşları, aile hekimliği asistanlarının eğitim programlarının, yaşlı bireylerin bakımında beklenen standartları karşılamada yetersiz kaldığını belirtmektedir (31). Bu tür eksiklikler, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan ve asistanların mesleki gelişimlerini olumsuz yönde etkileyebilir.

Sonuç

Sonuç olarak, aile hekimliği asistanlarının eğitim programlarının değerlendirilmesi birçok karmaşık sorunla karşı karşıyadır. Eğitim içeriğinin genişliği, değerlendirme yöntemlerinin yetersizliği, geri bildirim mekanizmalarının eksikliği, eğitim ortamının kalitesi ve sağlık sisteminin dinamikleri, bu sorunların başında gelmektedir. Bu zorlukların üstesinden gelmek için eğitim programlarının sürekli olarak gözden geçirilmesi, asistanların geri bildirimlerinin dikkate alınması ve yenilikçi değerlendirme sistemlerinin entegrasyonu gerekmektedir. Eğitim sürelerinin kısaltılması, pratik deneyim eksiklikleri, eğitim materyallerinin güncellenmemesi ve uzaktan eğitim yöntemlerinin yeter-

sizliği gibi sorunlar, asistanların eğitim süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sorunların çözümü için eğitim programlarının esnekliğinin artırılmalıdır. Ayrıca, asistanların eğitim ihtiyaçlarının toplumun ve günün gereksinime göre belirlenmesi ve buna uygun bir müfredat oluşturulması, eğitim programlarının uygulanabilirliğini artıracaktır. Bu şekilde, aile hekimliği asistanlarının eğitim süreçleri daha etkili hâle getirilebilecek ve sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılacaktır.

Kaynaklar

- 1) Maryati, Y. (2023). *Insomnia during the COVID-19 pandemic and its relationship with psychological distress in health workers: a literature review*. *Magna Neurologica*, 1(2), 22-26.
- 2) Astari, R., Hijriani, H., & Natalia, L. (2022). *Correlation between psychological distress and coping mechanism strategy among health workers with confirmed COVID-19*. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (Injec)*, 7(1), 43.
- 3) Belete, A. and Anbesaw, T. (2022). *Prevalence and associated factors depressive symptoms among healthcare professionals at Dessie Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia*. *BMC Psychiatry*, 22(1).
- 4) Oh, H., (2013). *Hospital consultations and jurisdiction over patients: consequences for the medical profession*. *Sociology of Health & Illness*, 236(4), 580-595.
- 5) Mathey, M., Feki, A., Jaques, M., Barras, R., & Bantsch, R. (2019). *An analysis of insurance claim cost-ratios in the professional civil liability of specialist physicians in gynaecology-obstetrics in Switzerland from 2008–2017: a retrospective study*. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 19(5).
- 6) Rudebeck, C. (2019). *Relationship based care – how general practice developed and why it is undermined within contemporary healthcare systems*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(3), 335-344.
- 7) Cardoso, R., Zarin, W., Nincic, V., Barber, S., Gülmezoglu, A., Wilson, C., ... & Tricco, A. (2017). *Evaluative reports on medical malpractice policies in obstetrics: a rapid scoping review*. *Systematic Reviews*, 6(1).
- 8) Kirilmaz, H. & Öztürk, K. (2018). *A research on patient satisfaction in family medicine*. *Health Care Academician Journal*, 5(1), 60.
- 9) Şenel, S., & Budakoğlu, I. İ. (2024). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencilerinin ÜÇEP 2020 Temel Hekimlik Uygulamalarına Yönelik Yeterlik Algılarının Değerlendirilmesi*. *Tip Eğitimi Dünyası*, 23(69), 70-88.
- 10) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>. (Erişim Tarihi: 20.08.2024).
- 11) Sorinola, O. O., & Thistlethwaite, J. (2013). *A systematic review of faculty development activities in family medicine*. *Medical Teacher*, 35(7), e1309–e1318.
- 12) Doyle, T. and McDonald, C. (2022). *Integration of core first year engineering courses into sequenced experiential learning: the integrated cornerstone*. *Proceedings of the Canadian Engineering Education Association (CEEA)*.
- 13) Ruggiero, L., Moadsiri, A., Butler, P., Oros, S., Berbaum, M., Whitman, S., ... & Cintron, D. (2010). *Supporting diabetes self-care in underserved populations*. *The Diabetes Educator*, 36(1), 127-131.
- 14) Wiest, F. C., Ferris, T. G., Gokhale, M., Campbell, E. G., Weissman, J. S., & Blumenthal, D. (2002). *Internal medicine and family medicine residents' preparedness for treating common illnesses*. *JAMA*, 288(20), 2609-2614.

15) Yıkılkan, H., Türedi, Ö., Aypak, C., & Görpelioğlu, S. (2013). *Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi*. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(1), 25-32.

16) Hall, J., Holman, H., Barreto, T., Bornemann, P., Vaughan, A., Bennett, K., ... ve Bergus, G. (2020). *Point-of-care ultrasound in family medicine residencies 5-year update: a CERA study*. *Family Medicine*, 52(7), 505-511.

17) Zoberi, K. and Everard, K. M. (2018). *Teaching chronic pain in the family medicine residency*. *Family Medicine*, 50(1), 22-27.

18) Frazier, W., Wilson, S., D'Amico, F., & Bergus, G. (2021). *Resident remediation in family medicine residency programs: a CERA survey of program directors*. *Family Medicine*, 53(9), 773-778.

19) Eğici, M. ve Gökseven, Y. (2019). *Şişli Hamidiye ETFAL Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Asistan Eğitimi Deneyiminde 'Eğitici Aile Sağlığı Merkezleri'*. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(4), 165-175.

20) Brennan, J., McGrady, A., Tripi, J., Sahai, A., Frame, M., Stolling, A., ... & Riese, A. (2019). *Effects of a resiliency program on burnout and resiliency in family medicine residents*. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(4-5), 327-335.

21) Aquino, L., Ottney, A., Odum, A., & Phillips, J. (2022). *Evaluation of a residency peer-to-peer intervention in opioid prescribing*. *Family Medicine*, 54(3), 221-225.

22) Alkhalifi, M., Peirce, E., Mooney, S., Clayton, A., & Simpson, J. (2023). *Introduction of a Patient as Teacher Program into family medicine residency: an exploratory pilot study*. *University of Toronto Medical Journal*, 100(2), 44-47.

23) Byun, H. and Westfall, J. (2022). *Family medicine and emergency redeployment: unrealized potential*. *Family Medicine*, 54(1), 44-46.

24) Lee, K., Kim, J., Lee, K., Cho, B., Yang, J., Goh, E., ... & Bae, W. (2011). *Implementation of a videoconferencing system between multiple family medicine departments*. *Korean Journal of Family Medicine*, 32(5), 311.

25) Uzuner, A., Topsever, P., Ünlüoğlu, İ., Çaylan, A., Dağdeviren, N., Uncu, Y., ... & Ersoy, F. (2010). *Residents' views about family medicine specialty education in Turkey*. *BMC Medical Education*, 10(1).

26) Pereira, J., Hogg, W., Graves, E., Kljucic, D., Archibald, D., Qandasan, I., ... & Glazier, R. (2022). *Practice profiles and patterns of Ontario family medicine residents 5 years after residency examinations: an exploratory study*. *Family Medicine*, 54(2), 97-106.

27) Murdoch, W., Pryomski, N., Delaney, N., & Hulsemann, S. (2017). *Effect of PGY training year on perceived readiness to perform entrustable professional activities*. *Mededpublish*, 6, 181.

28) Doğan, Ü. and Karaoğlu, N. (2022). *The Opinions of Family Medicine Residents About Education and Working Conditions in Turkey*. *Konuralp Tıp Dergisi*, 14(2), 309-316.

29) Carek, P. J., Dickerson, L. M., Diaz, V. A., & Steyer, T. E. (2011). *Addressing the scholarly activity requirements for residents: one program's solution*. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(3), 379-382.

30) Helal, A. H. A. and Turki, Y. A. (2019). *Family medicine residents' educational environment and satisfaction of training program in Riyadh*. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(4), 1330.

31) Bynum, J. P., Barre, L., Reed, C., & Passow, H. (2014). *Participation of very old adults in health care decisions*. *Medical decision making*, 34(2), 216-230.

32) Mengüllüoğlu, N. and Ünlüoğlu, İ. (2017). *Evaluation of family medicine specialty theses between the years 2005-2015*. *Ankara Medical Journal*.

33) Mehmet Ali Gulpinar. (2024). *Triple Approach to Program Evaluation and "Contextual Program Evaluation Model" Proposal*. *The Educational Review, USA*, 8(1), 33-42.

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 düşünülen 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 ulaşılabilen 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).

Aile hekimliğinde dönüşüm ve teknolojinin sunduğu fırsatlar

Dr. Uğur Güçlü



1989 yılında Kayseri’de doğdu. 2014’te İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. SBÜ Haseki Eğitim Araştırma Hastanesinde aile hekimliği uzmanlığı ihtisasını 2018 yılında tamamladı. Dokuz yıllık klinik hekimliğinin ardından 2023 yılından itibaren İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği Birimi Sorumlusu olarak görevine devam etmektedir.

Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü uzman tabip veya tabiptir olarak tanımlanmaktadır (1). Aile hekimliği uygulamaları; hizmetlerinin güncellenmesi, sağlık teknolojilerinin, laboratuvar ve görüntüleme olanaklarının daha etkin kullanımıyla önemli ölçüde geliştirilebilir. Yazımızda bu konuların aile hekimliğinde kullanımını ele alacağız.

Sağlık hizmetlerinin sunulması için yakın zamana kadar hastanın bir sağlık hizmeti sunucusuyla fiziksel iletişime geçmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterince sunulmadığı bölgelerde yaşayan insanlar, ya uzun süre seyahat etmek zorunda bırakılıyor ya da sadece erişebildikleri sağlık sisteminden hizmet almak zorunda kalıyordu. Tıbbi eğitim ve sağlık kaynaklarına erişmek isteyenler kütüphaneleri fiziksel olarak ziyaret etmek zorundaydılar. Aile hekimlerinin dosyalarında bulunan hasta verileri üst basamak hekimleri, eczaneler, hastaneler veya laboratuvarlar tarafından ulaşılabilir değildi. Bunlar eski dönemlerde sağlık hizmetlerinde yaşadığımız temel sorunların başında gelmekteydi. Günümüz teknolojik gelişmelerine paralel sağlık

hizmetlerindeki güncellemelerle bu sorunlar daha çözülebilir hâle gelmiştir. Yine gelecekteki birçok gelişmelerle günümüzde yaşadığımız problemlerin çoğunun çözülebilir olabileceğini tahmin etmemiz güç olmayacaktır.

Geleneksel hasta-hekim ilişkisinin, günümüze gelindiğinde teknolojinin etkisiyle dönüşmeye başladığını görüyoruz. Bu değişim genel olarak e-sağlık kavramı altında tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından e-sağlık “Sağlık hizmetleri, sağlık gözetimi, sağlık literatürü ve sağlık eğitimi bilgisi ve araştırması dâhil olmak üzere sağlık ve sağlıkla ilgili alanları desteklemek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin düşük maliyetli ve güvenli bir şekilde kullanımı” olarak tanımlanmıştır. Bu uygulamalarla verimliliği artırma, hizmet sunumunu genişletme ve hizmeti ölçeklendirme mümkün hâle gelmiştir. E-sağlık alt başlıklarından birisi de tele-tıp veya tele-sağlıktır. Bu kavram sağlık hizmeti sunucusu ve hasta arasındaki fiziksel mekân farklılığına rağmen sağlık hizmetinin sunulmasına vurgu yapar. Bir başka e-sağlık kavramı alt başlığı ise sağlık bilişimidir. Bu yöntemle bireylerin yüksek kaliteli ve verimli hizmetlere ulaşmasına katkıda bulunacak yöntemler ve araçların geliştirilmesi amaçlanmıştır. Son olarak e-sağlık kavramı altında e-sağlık iletişimi ele alınabilir. Tüm kavramların eşgüdüm içerisinde kullanımı olarak tanımlanabilen bu sistem istenilen teknolojik gelişmeleri

teşvik etmesi konusunda da önemli bir potansiyele sahiptir (2). E-sağlık uygulamalarının aile hekimliğine entegrasyonu ile bölgesinde hizmet verdiği hastalara daha kaliteli hizmet sunması ve güncel sağlık teknoloji gelişmelerinden daha fazla faydalanması sağlanacaktır.

Sağlık teknolojisi, aile hekimliğinde laboratuvar süreçlerini modernleştirerek daha hızlı, doğru ve verimli teşhis tedavi imkânı sağlar. İleride kullanılacak otomatik test cihazları bu sürecin hızlanmasında yardımcı olabilir. Sonuçların dijital ortama işlenmesi hekimler arasındaki iş birliğini, hasta verilerinin izlenmesini ve tedavi süreçlerinin optimize edilmesini kolaylaştırmıştır. Yine gelecekte taşınabilir ölçüm cihazlarının kullanılması ile takiplerin daha düzenli ve hızlı olması sağlanabilir.

Aile hekimleri donanım olarak stetoskop, oftalmoskop, refleks çekici, otoskop, elektrokardiyografi gibi aletler kullanılmaktadır. Gelişen teknolojiyi dikkate alacak olursak, aile hekimlerinin geçmişten beri kullanılan aletlerle yetinmesi doğru olmayacaktır (3).

Radyoloji, radyoaktif maddelerin ve radyant enerjinin tanı ve tedavi alanında kullanılmasını inceleyen bilim dalıdır (4). Radyolojinin röntgen, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ve ultrasonografiden oluşan dört temel unsuru vardır. Radyonüklid görüntüleme 5. gö-

rüntüleme yöntemi unsuru olarak kullanılmasına rağmen ülkemizde nükleer tıp ismi altında farklı bir uzmanlık dalını oluşturmaktadır (5). Birçok ülkede bazı görüntüleme yöntemleri beşinci bir muayene yöntemi olarak kullanılmaktadır (inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyona ilave olarak) (6).

En yaygın kullanılan ve bilinen yöntemlerinden biri X-ray görüntülemidir. Bu görüntüleme kardiyak, plevral anormallik tespitinde, kemik ve eklem yapısının ve anormalliklerin araştırılmasında kullanılmaktadır. X-ray'in farklı uygulama alanı olan mamografi ise memenin yapısını görüntüleyerek küçük kitleleri erkenden saptayan görüntüleme yöntemidir (7). X-Ray grafilerinin sadece radyologlar tarafından yorumlanıp raporlanmasının pratik olmaması nedeniyle birçok alanda bu uygulamadan vazgeçilmiştir. Bu görüntüleme yöntemi farklı klinik branşlar tarafından da tanı ve tedavi süreçlerinde artık kullanılabilir olmuştur (6). Aile hekimliği uygulamalarında da karşılaşılan birçok hastalığın tanısında X-ray görüntüleme kullanılabilir. Mevcut teknolojiyle aile hekimlerinin bu görüntüleme yöntemini ilgili merkezlerden talep edebilmesi ve sistem üzerinden sonuçları değerlendirebilmesi uygun tanının konulmasında ve takibinde yardımcı olacaktır.

Kanserle mücadelede ülkelerin ulusal kanser kontrol programlarının olması gereklidir. Ülkemizde birinci basamak sağlık merkezlerinden olan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) bünyesinde meme kanseri için toplum tabanlı tarama programı yürütülmektedir. Bu kapsamda erken tanı için tarama yöntemleri olarak klinik meme muayenesi ve mamografi kullanılmaktadır (8). İstatistik çalışmaları incelendiğinde verem hastalığı ve buna bağlı ölümlerinde oranının ülkemizde diğer ülkelere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Verem dispanserleri, veremle mücadeledeki en önemli sağlık kuruluşları olmuştur (9). KETEM'ler ve verem dispanserleri ile aile hekimlikleri arasında günümüz teknolojilerine paralel olarak, etkileşim ve iletişimin artırılması daha hızlı tanı koyma, hastanın kontrol ve yönlendirilmesinde büyük avantaj sağlayacaktır.

Ultrason başlarda ülkemizde pahalı ve öncelikli olarak radyologlar tarafından uygulanan bir tetkikti (6). Ancak cihaz boyutlarının küçülmesi ve ucuzlaması

ile diğer hekimler de bu görüntüleme yöntemini kullanmaya başlamıştır. Ayrıca temel tecrübeleri kazandıran öncelikli eğitim ile normal ultrasonografik bulguları tanımlamak çok da zor değildir (3). Taşınabilir ultrason cihazlarının kullanımının yaygınlaşması, aile hekimlerinin sahada daha hızlı değerlendirme yapmasına olanak sağlayacaktır.

Aile hekimliğinde ultrason kullanımının amaçları, organların normalliğini doğrulamak, belirgin lezyonları gözden kaçırmamak ve yorumlayabilme yeteneğini kazanmak; yorumlanamayan şüpheli durumları veya tespit edilen patolojileri ileri tetkik ve araştırma için sevk etmektir (10). Bu kullanım kesin tanıyı göstermeye de normal olmayan durumların tespit edilip ilgili uzmanlık dalına sevk edilmesinde önemli yer alacaktır. Ultrason kullanımı aile hekimliği muayenesi kapsamında bulunan batın, kardiyovasküler, üriner sistem, olası tümoral lezyon, meme, kadın hastalıkları-gebelik muayeneleri ve takiplerinde kesin tanıya giden yolda erken teşhis aşamasında hekimlere yardımcı olacaktır (3).

Önemli konulardan biri de bu teknolojinin eğitim ve becerisinin aile hekimlerine nasıl kazandırılacağıdır. Uygun eğitim ve düzenli pratik çalışmalar ile bu tekniğin öğretilmesi en doğru olandır. Bağımsız olarak görüntüleme yöntemlerini kullanmadan önce aile hekimlerine standart bir eğitimle bu becerinin kazandırılması gerekmektedir. Bunun için üniversitelerin Aile Hekimliği ve Radyoloji Ana Bilim Dalları iş birliği ile kurslar düzenlenebilir (3). Tanısal görüntüleme konusunda eğitim ve sertifikasyon programlarının artması, bu teknolojilerin etkin ve güvenli kullanılmasını sağlayacaktır.

Tele-tıp, Tele-radyoloji ile görüntülemelerin dijitalleşmesi, uzaktan görüntüleme ve değerlendirme imkânlarını artırmıştır. Tele-tıp ile radyolojik görüntülerin paylaşımı algısı olmasına rağmen tele-radyoloji sadece iki merkez arasında görüntü ve bilgi iletimi değil, bir ağ içerisinde bilgi paylaşımı ve birlikte çalışmayı ifade etmektedir. Tele-radyoloji ayrıca danışma, ileri sağlık bakımı, bilgisayar destekli tanı, eğitim ve araştırma projelerini desteklemesi konusunda kolaylaştırıcı rol üstlenmektedir (11). Aile hekimleri, çekilen görüntüleri dijital ortamda paylaşarak daha hızlı geri bildirim alabilirler.

Yapay zekâ, görüntüleme analizlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Yapay zekâ destekli sistemler, hızlı ve doğru teşhis koyma sürecini destekler. Aile hekimleri, bu teknolojiyi kullanarak tanısal doğruluğu artırabilirler. Sağlık teknolojilerinin aile hekimliği hizmetlerinde daha fazla kullanılması, teşhis ve tedavi süreçlerinde önemli avantajlar sağlamaktadır. Aile hekimlerinin bu teknolojilere erişimi ve etkin bir şekilde kullanabilmesi, hastaların daha hızlı ve doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlar. Sağlık teknolojileri alanındaki gelişmelerin aile hekimliği pratiğini daha da ileriye taşıması beklenmektedir.

Kaynaklar

- 1) Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2004, Aralık 9). 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu. Resmî Gazete (Sayı: 25665).
- 2) Toygar, Ş. A. (2018). E-Sağlık uygulamaları. *Yasama Dergisi* (37), 101-123.
- 3) Kara, İ. H., Bucaktepe, P. G. E., & Erdem, Ö. (2009). Aile Hekimliği Polikliniğinde Ultrasonografi Kullanımı ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Duzce Medical Journal*, 11(3), 28-32.
- 4) Tuncel, E. (1989). *Diagnostik Radyoloji. Taş Kitapçılık ve Yayıncılık*, 3-5.
- 5) Aydoğdu, A., Aydoğdu, Y., & Yakıncı, Z. D. (2017). Temel Radyolojik İnceleme Yöntemlerini Tanıma. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2), 44-53.
- 6) Narula, J., Chandrashekhar, Y., Braunwald, E. Time to Add a Fifth Pillar to Bedside Physical Examination: Inspection, Palpation, Percussion, Auscultation, and Insonation. *JAMA Cardiol.* 2018;3(4):346-50.
- 7) Kumrular, R. K. & Polat, A. (2021). Klinik Uygulamalarda İleri Biyomedikal Görüntüleme Teknolojileri. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (23), 207-221.
- 8) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu (2017). *Türkiye Kanser İstatistikleri*. Ankara.
- 9) Tekin, A. C. (2018). 1939-1950 Yılları Arasında Türkiye'de Veremle Mücadele Faaliyetleri. *Journal of Universal History Studies*, 1(1), 1-21.
- 10) Pan, C.S.: *The Use of Ultrasonography in General Practice (Guest Editorial)*. Hong Kong College of General Practitioners. Hong Kong: Printhouse Production Center. pp: 713-714, 1990 <http://sunzi1.lib.hku.hk/hkjo/view/23/2300885.pdf>.
- 11) Korkmaz, S., & Hoşman, İ. (2018). Sağlık Sektöründe Tele-Tıp Uygulamaları: Tele-Tıp Uygulama Boyutlarını İçeren Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(3), 251-263.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde altyapı sorunları

Doç. Dr. Muhammet Ali Oruç



1980 yılında Hozat, Tunceli'de doğdu. Malatya Barbaros İlkokulu ve Malatya İmam Hatip Lisesini tamamladı. 2006 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aile Hekimliği uzmanlığını S.B.Ü. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaptı. 2016 yılında yardımcı doçent, 2024'te doçent oldu. Öncelikli uğraş alanları; sağlık yönetimi, sağlık okur yazarlığı, bağımlılık, akılcı ilaç kullanımı, obezite yönetimi, evde sağlık hizmetleri ve sağlıkta kalitedir. Çeşitli devlet hastanelerinde başhekimlik, 2015-2016 yıllarında TITCK'de başkan yardımcısı, 2017'de S.B İzmir Kuzey Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri, 2017-2023 yılları arasında da Samsun İl Sağlık Müdürü olarak görev yapmıştır. Birçok ilde çeşitli görevlerde bulunan Oruç, aynı zamanda Yeşilay, TAHUD gibi sivil toplum kuruluşlarında aktif görev almıştır. Dr. Oruç, hâlen Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı öğretim üyesidir.

Aile hekimliği uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce'de pilot uygulama olarak başlatılmış, 2010 yılı itibarıyla ülke çapında uygulamaya geçilmiştir.

Aile hekimliği uygulaması ile kişi bazlı planlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından verilmektedir. Türkiye'de temel sağlık hizmeti Aile Sağlığı Merkezlerinde sunulmaktadır. Aile Sağlığı Merkezleri nüfus yoğunluğuna göre tekli hekim veya çoklu hekim tarafından hizmet verilen merkezler olabilmektedir. Aile hekimliği uygulaması, her bireyin bir aile hekimine kayıtlı olması ve bu hekim tarafından sürekli olarak izlenmesi prensibine dayanmaktadır. Bu uygulama; özellikle hastalıkların erken teşhisi, kronik hastalıkların takibi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasında önemli avantajlar sağlamaktadır. Aile hekimleri, kişiye özel sağlık planları oluşturarak, güncel teknolojiyi kullanarak hastaların sağlık durumlarını yakından takip eder ve gerektiğinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirir. Uygulamanın ilk yıllarında altyapı başta olmak üzere çeşitli zorluklarla karşılaşmış olsa da zamanla sistemin etkinliği artırılmış ve sağlık hizmetlerinin kalitesinde belirgin iyileşmeler sağlanmıştır. Aile Hekimliği Sistemi, sağlık hizmetlerinin daha

erişilebilir hâle gelmesi, hasta memnuniyetinin artması ve sağlık göstergelerinin iyileşmesi açısından olumlu sonuçlar doğurmuştur. Ancak, bu başarıların sürdürülebilir olması ve daha da geliştirilmesi için fiziksel ve teknolojik altyapının daha da güçlendirilmesi gerekmektedir.

Literatüre bakıldığında zaman aşırı branşlaşmanın aileye ve bireye yönelik bütüncül yaklaşımı olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Branş, uzmanı sayısı arttıkça da sağlık göstergelerinin olumsuz etkilendiği, aksine güçlendirilmiş, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve birinci basamak hekim sayısı artışı ile önlenemez durumlara ait mortalitenin düşürüldüğü gösterilmiştir. Bu nedenle birinci basamak hekim sayısının artırılması ve hekim başına düşen nüfus sayısının düşürülmesi öncelikli olarak önerilmektedir. Benzer şekilde aile hekimliğinin ülke genelinde uygulanmaya başlanması ile Sağlık Bakanlığı 2012 yılında yaptığı değerlendirmede, aile hekimi başına düşen nüfus hedefini 2023 yılı için 2.000 kişi olarak belirtmiştir. Bu hedefe yönelik olarak Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 20. Maddesi birinci fıkrasında, "Aile hekimliği birimleri bölgede ortalama 2.000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde tespit edilir." şeklinde 2017 yılında güncellenmiştir. En son açıklanan sağlık istatistikleri yıl-

lığı 2022 yılına aittir. Türkiye geneli 2022 yılı aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 3.072 kişidir. Geldiğimiz noktada bu hedeflere hâlâ ulaşamamıştır. Sayı hedefine ulaşmak sağlık hizmetlerinin daha nitelikli verilmesi için bir bariyer olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık alanında hizmet verecek kuruluşların vereceği hizmet kadar hizmet vereceği yer seçimi de önemlidir. Özellikle birinci basamaktaki sağlık hizmetleri sağlık hizmetinden yararlanacak kişiler için en uygun, ulaşımı en kolay yere konumlandırılmalıdır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 20. Maddede, "Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir." olarak tanımlanmıştır. Kentleşmenin artması nedeniyle şehir nüfusunun artması sağlık hizmetlerine başvurularının artmasına neden olmuştur. Bu talep karşılırken sağlık merkezlerine erişilebilirlik belirleyici bir faktör olabilmektedir. Özellikle temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarının yerleşim yerlerinin seçiminde erişilebilirlik konusu daha çok önem arz etmektedir. Çünkü, temel sağlık hizmetleri teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile beraber koruyucu sağlık uygulamaları, sağlığın özendirilmesi ve geliştirilmesi için hiz-



metlerin verildiği ve kolay ulaşılabilir kurumlar olmalıdır. Erişilebilirlik aynı zamanda hizmet sektöründen yararlanılanların hizmet yararlanma sürecindeki algıladıkları hizmet kalitesini etkileyen faktörlerden birisidir.

Günümüzde kamusal konularda şehirleşme politikaları çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere geçiş, konumunda olan çoğu ülkede, artan piyasa baskıları kamu yatırımlarının daha çok kısa vadeli yatırımlara dönüşmesine neden olmuştur. Kamusal alanların yokluğu veya yetersizliği, yapı inşaat planlamasının olmaması, kamusal ödenek eksikliği ve kötü idari yönetimler nedeniyle kamu yatırımlarına özel işbirliklerin desteğine gereksinim duyulmasına neden olmuştur.

SB 2019-2023 Stratejik Planında da belirtildiği üzere sağlıkta iş gücü, sayı bakımından bakım taleplerini ve kurumsal ihtiyaçları karşılayamayacak kadar yetersizdir. AH sayısı, planlandığı kadar artırılamamıştır. Uluslararası karşılaştırmalı veriler, Türkiye'nin performansının hekim ve hemşire bakımından Avrupa Birliği (AB) ortalamasının altında olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının kapasitesinin geliştirilmesi, aile hekimliği uzmanlığının artırılması

ve aile sağlığı merkezinde çalışanların performansının artırılması, bakım kalitesi ve hakkaniyeti bakımından hayati öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının çağın gereklilikleri olan alanlarda donatılması gerekmektedir.

Aile hekimliği uygulamasında daha erişilebilir Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunumu ve aynı zamanda aile hekimi başına düşen nüfusu azaltmak için; yeni, etkin ve erişilebilir aile sağlığı merkezlerinin kurulması, kurulan sağlık tesislerinin fiziksel ve teknolojik altyapılarının çağa uygun bir hâle getirilmesi gerekmektedir. Bu nasıl mümkün olur? Dünya örnekleriyle de kısaca karşılaştıracak olursak, eksikliklerin çözüm önerilerini bu şekilde ortaya koymuş olabiliriz.

Dünya Örnekleriyle Karşılaştırma

Türkiye: Fiziksel altyapı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin etkinliğini belirleyen kritik faktörlerden biridir. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yaşanan bina ve donanım eksiklikleri, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinin binaları son yıllarda bir kısmı yenilense de genellikle eski ve yetersizdir. Bu merkezlerin çoğu, modern tıbbi hizmetlerin gerektirdiği

fiziki koşullara sahip değildir. Özellikle kırsal bölgelerdeki binaların durumu daha da sıkıntılı olarak değerlendirilmektedir. Kentsel bölgelerde de yeni açılan özellikle sanal ASM'ler sağlık tesisi altyapısı ile inşa edilmediğinden, genelde dükkânlardan bozma olduğundan kullanımda ciddi sıkıntılara yol açmaktadır. Teknolojik altyapının kırsal bölgelerde geliştirilmeye ihtiyacı vardır. Elektronik sağlık kayıtlarının tutulmasında eksiklikler yaşanmaktadır. Tek kişilik aile sağlığı merkezleri bulunmaktadır.

İngiltere (Birleşik Krallık): İngiltere'de aile hekimliği (General Practice) uygulaması oldukça gelişmiştir. NHS (National Health Service) kapsamında sunulan bu hizmetler, güçlü bir koordinasyon ve entegrasyon yapısına sahiptir. Ayrıca, aile hekimlerine yönelik sürekli eğitim programları ve mevzuat düzenlemeleri bulunmaktadır. Teknolojik altyapı olarak bakıldığında teknolojik sistemleri de kullanmaktadır. Ulaşılabilir olarak e-posta veya telefon-mesaj sistemlerini aktif kullanmaktadırlar. Ancak, İngiltere'de de bazı kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntılar yaşanabilmektedir.

Kanada: Kanada'da aile hekimliği uygulaması, bölgesel sağlık otoriteleri tarafından yönetilmektedir. Sağlık hiz-

metlerinin finansmanı ve düzenlenmesi konusunda güçlü bir altyapıya sahip olan Kanada, aile hekimliği uygulamalarında elektronik sağlık kayıtları, sürveys sistemleri gibi teknolojik altyapılara büyük önem vermektedir ve bunların gelişimini sağlamaktadır. Ancak, kırsal bölgelerde hizmet sunumunda sıkıntılar görülebilmektedir.

Avustralya: Avustralya'da aile hekimliği uygulaması, federal ve eyalet hükümetleri arasında paylaşılan bir sorumluluktur. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ve düzenlenmesi konusunda etkin politikalar ve güçlü teknolojik altyapılar mevcuttur. Yine de uzak ve kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim sorunları yaşanabilmektedir.

Almanya: Almanya'da aile hekimliği uygulaması, sağlık sigorta sistemi kapsamında yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konusunda kapsamlı düzenlemeler ve güçlü bir altyapı bulunmaktadır. Ayrıca, aile hekimlerine yönelik sürekli eğitim programları ve teknolojik altyapılar oldukça gelişmiştir. Ancak, göçmen nüfusun fazla olması ve dil farklılığı gibi bazı sosyal sorunlar hizmet sunumunu etkileyebilmektedir. Avrupa'daki birinci basamak sağlık merkezlerine baktığımızda genellikle modern ve yeterli binalarda hizmet vermektedir. Bu merkezler, sürekli yenileme çalışmaları ile güncel tutulmaktadır.

İspanya: Türkiye'de Aile Sağlığı Merkezine karşılık gelen Aile Hekimliği Kliniği tanımlaması kullanılmakta ve en küçük klinikte 5-8 aile hekimi bulunmaktadır; tek kişilik Aile Hekimliği Klinikleri yoktur. Küçük kliniklerde aile hekiminin yanı sıra 15 yaş altı her 1.000 çocuktan sorumlu bir pediatrist bulunmakta, her hekimle birlikte bir hemşire, sekreter ve temizlik personeli çalışmaktadır. Sekizden fazla aile hekiminin çalıştığı büyük kliniklerde ise, ayrıca geriatrist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diş hekimi, eczacı ve biyokimya uzmanı da çalışmaktadır. İspanya'da hekim başına düşen kişi sayısı 1.800-2.200 arasındadır. Hastalar randevulu sistemle polikliniğe kabul edilmektedir; randevusuz gelen hasta (acil hizmet gerekmedikçe) randevulu hasta sırasının bitmesini beklemek zorundadır. Sağlık merkezleri bina olarak modern dizayn edilmeye çalışılmıştır. Tıbbi cihazlar ileri tedavileri de yapabilecek şekilde tedarik edilmiştir. Elekt-

ronik sağlık kayıtları bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Bir bölgede kaydedilen bilgilere başka bölgelerde ulaşılamamaktadır.

Moldova: Türkiye'den farklı bir şekilde aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin temelinde yer almaktadır. Her türlü sağlık hizmetindeki ilk başvuru aile hekimlerine olmaktadır. Her ilde merkezi bir aile sağlığı merkezi bulunmaktadır ve 40-50 birimli aile sağlığı merkezleri de bulunmaktadır. Bu merkezlerde aynı zamanda diğer branş hekimleri de bulunmaktadır ve aile hekimlerinin sevk etmesi yönlendirmesi şeklinde hizmet vermektedirler. Binaların fiziki altyapısı ve teknolojik altyapı eski ve yetersizdir.

Japonya: Japonya'da sağlık merkezlerine erişim iyi seviyededir. Toplu taşıma entegrasyonu güçlüdür ve sağlık merkezlerine ulaşımı kolaylaştırmaktadır. Sağlık merkezleri, yüksek standartlarda modern binalarda hizmet vermektedir. Bu binalar, deprem gibi doğal afetlere dayanıklı olacak şekilde inşa edilmiştir. Japonya'da sağlık merkezleri, güncel ve ileri teknoloji tıbbi donanımlarla donatılmıştır. Bu donanımlar, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır.

Hindistan: Hindistan'da şehirlerdeki sağlık merkezleri genellikle modern binalarda bulunurken, kırsal bölgelerdeki merkezler yetersiz ve bakımsızdır. Bu durum, hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hindistan'da bakım ve onarım programları yetersiz olup, kaynak kısıtlılığı nedeniyle sağlık merkezlerinin durumu genellikle kötüdür.

ABD: ABD sağlık sisteminde birinci basamak, tek başına ya da grup hâlinde genellikle özel muayenehanelerinde hizmet sunan, tıbbın çeşitli alanlarında uzmanlaşmış hekimler, hekim yardımcıları ve pratisyen hemşirelerden oluşmaktadır. ABD'deki sağlık merkezleri genellikle modern ve büyük olup sıkı düzenlemeler ve denetimlere tabidir. Bu merkezler, daha iyi standartlarda inşa edilmiştir ve düzenli olarak yenilenmektedir. Tıbbi cihaz ve donanımları iyi konumdadır. Teknolojik altyapı ise sürekli ve güncel tutulmaya çalışılmaktadır.

Çözüm Önerileri

Fiziksel Altyapının Güçlendirilmesi

1) Yeni Sağlık Tesislerinin İnşası:

Özellikle kırsal ve sosyoekonomik olarak dezavantajlı bölgelerde deprem gibi doğal afetlere dayanıklı yeni sağlık tesisleri inşa edilmeli ve mevcut tesisler yenilenmelidir. Aile sağlığı merkezlerinde bulunan birim sayıları artırılmalıdır. Modern binalar ve güncel tıbbi cihazlar için kaynak ayrılmalıdır. Kentsel bölgelerde açılacak yeni ASM'ler sağlık tesisi olarak planlanarak inşa edilmelidir.

2) Ekipman temini ve bakımı: Sağlık tesislerinde kullanılan ekipmanların sayısı artırılmalı, yenilenmeli ve düzenli bakımları yapılmalıdır. İleri tıbbi cihazlar ve teknolojiler ile donatılmalıdır.

3) Laboratuvar altyapısının düzenlenmesi: Aile hekimliği laboratuvar hizmetlerinin altyapı ve teknoloji kapasitesi güçlendirilmeli ve tüm laboratuvar hizmetleri Aile Hekimliği sistemine entegre edilerek geliştirilmelidir. Tüm aile sağlığı merkezlerinde her gün laboratuvar hizmeti verilmelidir. Aile hekimleri hastası ile ilgili tüm sonuçları (kan, idrar, mamografi, HPV vs.) kendi sisteminden görebilmelidir.

4) Bakım ve onarım programları: Sağlık merkezlerinin düzenli bakım ve onarımı için sürdürülebilir programlar oluşturulmalı ve bu programlar titizlikle sağlık otoritesi (Sağlık Bakanlığı) tarafından uygulanmalıdır.

Personel Eksikliğinin Giderilmesi

1) Sağlık personeli sayısının artırılması: Özellikle kırsal bölgelerde çalışacak sağlık personelinin sayısı artırılmalı ve bu bölgelerde çalışmayı teşvik edici yeni politikalar uygulanmalıdır. Ayrıca hekim başına düşen nüfusu azaltabilmek ve nitelikli sağlık hizmeti sunabilmek için hekim sayısı artırılmalıdır. Büyük aile sağlığı merkezlerinden başlanarak güvenlik görevlisi istihdamı da yapılmalıdır.

2) Eğitim ve sertifikasyon programları: Aile hekimlerine ve diğer sağlık personeline yönelik sürekli eğitim ve sertifikasyon programları düzenlenmelidir. Sağlık hizmetlerinde güncel durum yakından takip edilmelidir.

Teknolojik Altyapının Güçlendirilmesi

1) Elektronik sağlık kayıtları sistemlerinin yaygınlaştırılması: Elektronik

sağlık kayıt sistemlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık personelinin bu sistemleri etkin bir şekilde kullanabilmesi için gerekli eğitimler verilmelidir. Tüm aile hekimliği birimleri kayıtlarını düzgün bir şekilde tutmalı ve erken bir şekilde merkezi kayıt sistemine göndermelidir. Elektronik kayıtlar aile hekimliği değişikliklerinde devretmelidir.

2) Dijital sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi: Tele-tıp ve uzaktan sağlık hizmetleri hastalık kodlama sistemleri, klinik karar destek sistemleri, e-reçete yazma, e-sevk gibi dijital sağlık sistemlerinin altyapısı güçlendirilerek, nitelikli bir şekilde kullanarak özellikle kırsal bölgelerdeki hastaların sağlık hizmetlerine erişimi artırılmalıdır. Bunun için internet ve iletişim altyapısı güçlendirilmelidir.

3) Teknoloji kullanımında eğitim ve destek: Sağlık personeline teknoloji kullanımında yeterli eğitim ve destek sağlanmalıdır. Sürekli güncellemeler yapılarak gereksinimler belirlenmelidir. Ayrıca halka yönelik bilgilendirme kampanyaları da düzenlenmelidir.

4) Veri güvenliği önlemleri: Dijital sağlık sistemlerinde veri güvenliği ve gizliliği sağlayacak teknolojik ve yasal önlemler alınmalıdır.

Erişilebilirlik iyileştirmeleri

1) Sağlık merkezlerine ulaşım: Özellikle kırsal bölgelerde sağlık merkezlerine ulaşımı kolaylaştıracak çözümler geliştirilmeli. Mobil sağlık hizmetleri gibi alternatif yöntemler yeniden ele alınmalıdır. Ve toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır.

2) Dijital veri kullanımı: Aile hekimleri kendi Aile Hekimliği Bilgi Sistemi üzerinden hastası ile ilgili tüm tıbbi verilere ulaşabilmeli. Bunun ile ilgili entegrasyon hızlı bir şekilde uygulanmalıdır.

3) Danışmanlık: Aile hekimlerinin ilgili uzmanlara danışabileceği ve kısa zamanda geri dönüş alabileceği bir sistem geliştirilmelidir.

4) Randevu sistemi: Hastane randevu sistemi aile hekimliği sistemine entegre edilerek geliştirilmelidir. Aile hekimlerine MHRs randevu sisteminden özel bir alan açılmalı ve aile hekimi hastasını direkt sevk edebilmelidir.

Sonuç olarak; yapmış olduğumuz bu analiz Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin fiziki ve teknolojik altyapısının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için önemli ipuçları sunmaktadır. Fiziksel altyapı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin etkinliğini belirleyen kritik faktörlerden biridir. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yaşanan bina ve donanım eksiklikleri, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunum kalitesi dünyadaki birçok ülkeye göre çok ilerde olmasına rağmen; çeşitli fiziksel ve teknolojik altyapı eksiklikleri ile karşı karşıya olması etkili ve nitelikli sağlık hizmeti sunumunu baskılamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha nitelikli hâle gelen sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi bu eksikliklerin giderilmesi ile daha artacaktır. Türkiye, kendi deneyimlerinden ve bazı ülkelerin deneyimlerinden yararlanarak Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini daha da güçlendirebilir ve toplum sağlığını daha da iyileştirebilir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin altyapısında hızlı ve etkili bir dönüşüme ihtiyacı vardır.

Kaynaklar

Akman E.&Tarım M. Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2020; 6(2), 303-316.

Anderson J.G., Balas E.A. Computerization of primary care in the United States. International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics (IJHISI) 2006;1(3):1-23.

Aydın S. Hekim Göçü Açısından Türkiye'nin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2023; 26(3), 895-920.

Baran Çeçem K., Üstü Y., Öztaş Ö. Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. Ankara Medical Journal 2015;15(3):153-160.

Başer D.A., Kahveci R., Koç ve ark. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Med J, 2015; 15, 26-31.

Bruce D. & Perry B. "Toplum Merkezli Bütünleşik Sağlık: İskoçya Örneği." Londra Birinci Basamak Bakım Dergisi, 2015; 7:44-48.

Bulut S. Aile Sağlığı Merkezleri Kuruluş Yeri Değerlendirmesi; Metropol İlçe Örneği. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2022;20(1):14-24.

Çakaric J., Zgonic A.I. Nameless settlements of Sarajevo. In: IOP Conference Series: Materials Science and Engineering. IOP Publishing Ltd, 2020.

Çöme O.&Mevsim V. Aile Hekimliği uygulamasında e-sağlık çözümleri. Jour Turk Fam Phy 2023; 14 (1): 30-41.

Deniz M., Kazdal K., Topuz M. Aile Sağlığı Merkezlerine Erişilebilirliğin CBS ile Analizine Bir Örnek: Rize Kenti. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2020;24(3):1407-22.

Groenhouf T.K.J., Asselbergs F.W. Groenwold, R.H.H. et al. The effect of computerized decision support systems on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. BMC Med Inform Decis Mak 2019;19(1):108.

Günaydın D. Sağlık Hizmeti Krizi: Reformlar ve Krizi Aşma Yaklaşımları. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012;31(2):195-227.

Hollander J.E., Carr B.G. Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. N Engl J Med 2020;382(18):1679-81.

Karaca M. Türkiye, İspanya ve Kanada Sağlık Sistemi ve Göstergelerinin Karşılaştırmalı Analizi. Anadolu Akademik Sosyal Bilimler Dergisi, 2023; 5(1), 125-151.

Karakoç F.Y., Emek M. Türkiye'de İller Arası Yerleşmeye Açılan Birimlerin Boş Kalma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2019;23(3):118-27.

Mumenah S.H., Al-Raddadi R.M. Difficulties faced by family physicians in primary health care centers in Jeddah, Saudi Arabia. J Family Community Med. 2015 Sep-Dec;22(3):145-51. PMID: 26392794; PMCID: PMC4558735.

Porsuk A.Ö., Cerit Ç. Aile Hekimliği Birimlerinin On Yılı: Bir İl Örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2021;11(1):39-44.

Resmî Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmî Gazete (Sayı: 28539) <https://www.mevzuat.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 04.08.2024).

Resmî Gazete. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği. Resmî Gazete (Sayı: 31527). <https://www.mevzuat.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 04.08.2024).

Sağlık Bakanlığı T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı – 2022 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 04.08.2024).

Savaş H., Kesmez A.G. Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Modeli ile Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;17:1-13.

Sumer S, Joanne S, Yener AL. Bütünleşik Sağlık Modeli Yoluyla Türkiye'de İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi'nin Kurulması. Washington, DC: World Bank; 2019.

Tan S.S.L., Goonawardene N. Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. J Med Internet Res 2017;19(1):e9.

Üstü Y. & Uğurlu, M. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? Ankara Medical Journal, 2015; 15(4).

Van der Kleij R.M.J.J., Kasteleyn M.J., Meijer E. et al. SERIES: eHealth in primary care. part 1: concepts, conditions and challenges. Eur J Gen Pract 2019;25(4):179-89.

Villanueva T. Family Medicine, the specialty of the future: the Portuguese situation within the European context. Int Arch Med. 2009 Nov 11;2(1):36. PMID: 19906299; PMCID: PMC2780393.

WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, 6-12 September 1978.

Yazıcıoğlu B., Kırışoğlu T., Öz H., Oruç M.A. Sanal Aile Sağlığı Merkezi Kurma Deneyimi: Nitel Bir Araştırma. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):109-117.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde performans yönetimi

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. Sabanur Çavdar



2003 yılında Ankara Özel Çağrı Fen Lisesinden, 2010 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitimini 2015'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde tamamladı. İstanbul'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve İl Sağlık Müdürlüğü AR-GE Biriminde görev yaptı. 2022-23 akademik döneminde Fulbright Humphrey Programı kapsamında Emory Üniversitesi'nde Halk Sağlığı Politikası ve Yönetimi programını tamamladı. Halen Eyüpsultan İlçe Sağlık Müdürlüğünde görev yapmakta olup Üsküdar Üniversitesi sağlık yönetimi doktora programında kanıta dayalı halk sağlığı yönetimi alanında tez çalışmasına devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin performans değerlendirmesi güncelliğini hiç kaybetmeyen ve yıllardır çeşitli tartışmalara, hatta dosyalara konu olan bir başlık (1-5). Her ne kadar "sağlıkta performans" denildiğinde aklımıza daha çok –bahsi geçen tartışmaların da odağında olan– sağlık çalışanlarına yapılan "performansa dayalı ek ödemeler" gelmeye başlasa da performans yönetimi çok daha kapsamlıdır. Bu yazıda bu önyargıyı dağıtmak için öncelikle sağlıkta performansın kapsamı ve ülkemizdeki uygulamalar özetlenerek çerçeve çizilecek, devamında da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için performans yönetimi konusu sahadan gözlemlerle değerlendirilecektir.

Sağlıkta Performans Değerlendirme Sistemi

Performans, tanımlanan işleri gerçekleştiren birey, birim ve kurumların amaçlanan hedeflere ulaşma durumudur. Hedeflere ve amaçlara ulaşmak için

eylemlerin gelecekte başarılı bir şekilde uygulanması potansiyeli olarak da tanımlanmaktadır. Performans değerlendirme de kişi/birim/kurumların örgütsel strateji ve amaçlar doğrultusunda belirli bir dönemde ürettikleri çıktılar ve sonuçların girdiler ve süreçler ışığında değerlendirilmesidir (6). Performans yönetimi, yüksek kurumsal performans elde etmek için bireylerin ve ekiplerin etkili bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunur. Performans, hedeflere göre izleme ve iyileştirme etkinliğidir (7). Performans değerlendirme, insan kaynakları yönetiminin önemli fonksiyonlarından biri olarak tanımlanmaktadır, ancak sadece çalışanların performansının değerlendirilmesinden ibaret değildir. Yapılan performans değerlendirmesi sağlık hizmet sisteminin bütününe bakıyor olabileceği gibi bir kuruma, bir birime, bir meslek grubuna (ör. hekim) veya yöneticilere odaklanmış olabilir. Ulusal düzeyde veya yerelde (bölge, il vd.) yapılıyor olabilir. Bir yaklaşımda performans değerlendirme "strateji", "taktiksel" ve "operasyonel" katmanlarda yapılmaktayken,

bir başka yaklaşımda sağlık sisteminin "yapısı", "süreçler" ve "sonuçlar" bileşenlerinde yapılabildiği görülebilir (8). Performans göstergeleri, kurumun üst düzey ve uzun dönem hedeflerini değerlendiriyorsa "stratejik", alt düzey ve kısa dönem hedefleri değerlendiriyorsa "operasyonel", bu ikisi arasında orta düzey ve orta dönem hedeflerle ilgiliyle "taktiksel" düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Temel olarak, herhangi bir performans değerlendirmesinden bahsederken değerlendirmenin öznesinin, boyutlarının ve sınırlarının tanımlanması ve anlaşılması gerekir.

Performans değerlendirme sistemi geliştirme sürecinin tanımlanmış aşamaları vardır. Stratejik planlanma ile misyon ve amaçların tanımlanması ile başlar. Belirlenen stratejilere ve yapılacak faaliyetlere uygun göstergeler oluşturulur ve bu göstergeler faaliyetlerle eşleştirilir. Performans göstergelerine uygun bir veri toplama ve analiz sistemi geliştirilir. Bu aşamada verilerin erişilebilir olması ve analiz sonrası veri sunumu-

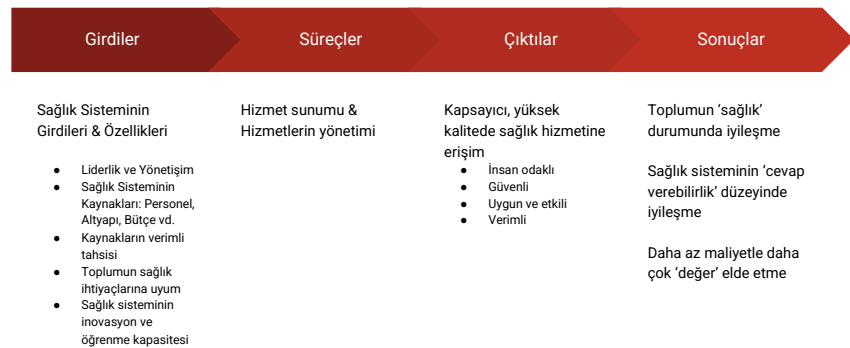


nun nasıl olacağı gözetilir. Geliştirilen bu sistem kullanılarak performans ölçümleri yapılır. Gerekirse ölçümler sırasında göstergeler ağırlıklandırılabilir. Ayrıca, performans sisteminin yönetim süreçleriyle entegre olması beklenir. Ölçümlerin neyi ifade ettiği, süreçlere ve yönetsel hedeflere göre durumu yorumlanır. Neticede, yapılan performans değerlendirmeye girdi ve süreçlerde iyileştirme faaliyetleri planlanır (9). Bu aşamalar elbette sağlıkta performans değerlendirme sistemleri geliştirilirken de gözetilmelidir.

Sağlıkta performans yönetimi, sağlık hizmetlerinde hesap verebilirlik, güvenlik, verimlilik ve kalitenin sağlanması amacıyla yapılır (10). Bu nedenle, performans yönetimi hem kalite yönetimi süreçleri hem de izleme-değerlendirme ile birbirine yakın kavramlar olarak karşımıza çıkıyor. İzleme-değerlendirme daha çok girişimlerin, projelerin veya programların ilerlemesini, etkinliğini ve etkisini değerlendirmek için verilerin sistematik olarak toplanmasını ve analiz edilmesini içerirken, performans yönetimi bireysel, takım ve örgütsel düzeylerde performansı yönetmeyi ve iyileştirmeyi amaçlayan faaliyetler ve prosedürleri ifade eder (11). Teorik olarak bu ayrımlardan bahsedebiliyoruz olsak da uygulamada performans yönetimi, izleme-değerlendirme ve kalite süreçleriyle ilgili fonksiyonların iç içe geçtiğini söyleyebiliriz.

Sağlık sistemlerinin performans göstergeleri kapsamlı bir şekilde bir araya getirildiğinde göstergelerin şu başlıklar altında yer aldığı görülür: etkinlik, erişilebilirlik, güvenlik, verimlilik, kalite, uygunluk, hizmetin sonuçları/sağlık düzeyinde iyileşme, hasta merkezlilik/hastanın deneyimi, cevap verebilirlik, maliyet, hakkaniyet, tepkisellik, yetkinlik/kabiliyet, süreklilik, zamanındalık, kabul edilebilirlik, sürdürülebilirlik, önlenemez hastane kullanımı (12). Bir performans değerlendirme sisteminin bunların hepsini değerlendirmesi şart değildir. Stratejik öncelik ve hedeflere, yerel özelliklere, değerlendirmede kullanılacak verilerin erişilebilirliği ve kullanılabilirliğine, performans değerlendirme sisteminin kapasitesine vd. göre sistemde yer alan göstergeler değişebilir. Farklı ülkelerin sağlıkta performans değerlendirme çerçevelerinde ortak

olan göstergeler "güvenlik", "etkililik" ve "erişilebilirlik" başlıklarındadır (12). DSÖ'nün temel sağlık hizmetleri değerlendirme çerçevesinde de, sağlık sisteminin performans değerlendirmesinin sağlık hizmet sunumu süreçleri (hizmet sunum kapasitesi, kaliteli hizmet, dayanıklı kurum ve hizmetlere ait bileşenler) ve çıktıları (erişilebilirlik, birinci basamağın temel fonksiyonları olan ilk temas erişilebilirliği, süreklilik, kapsayıcılık, koordinasyon, insan odaklılık, ayrıca etkinlik, güvenlik, verimlilik, zamanında erişim gibi kalite göstergeleri) izlenerek yapıldığı belirtilmektedir (13). Yani performans değerlendirmede sadece neticeye bakılmaz. Yukarıda sıralanan tüm başlıklara bakıldığında aslında değerlendirmenin sadece çıktılar veya sonuçlarla ilgili olmadığı, sağlık sisteminin girdileri ve süreçlerini de içerebildiği görülmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlıkta Performans Değerlendirme - Sistemin Bileşenleri (Kanada Sağlık Sistemi Değerlendirme Çerçevesinden çevrilerek uyarlanmıştır.) (14)

Performans değerlendirmesinin yapılması pek çok farklı amaca hizmet eder (15). Kurumsal stratejilere uyumu sağlar. Kurum içi iletişimi güçlendirir. Çalışanların motivasyonlarına yönelik müdahaleleri yönlendirir. Şekil 2’de özellikle bireysel ve yönetici performans değerlendirmelerinin geliştirme ve ödüllendirme için kullanım alanlarına örnekler sunulmuştur.

Sağlıkta Performans Göstergeleri

Sağlık hizmet sisteminin bütününün performans değerlendirmesinin stratejik yönetim faaliyetleri ile yapıldığı söylenebilir. 2024-2028 Stratejik Planındaki 5 amaç için belirlenen 40 hedef ve 194 performans göstergesi bulunmaktadır (16). Sağlık Bakanlığının performansla ilgili dokümanları incelendiğinde karşımıza çıkan bir diğer kaynak da 2014 yılından bu yana her yıl yayınlanan “Sağlık Bakanlığı Performans Programı”dır. Performans programları, kamu mali yönetim sisteminin yeniden yapılandırılması kapsamında başlamış olup Bakanlığın stratejik planındaki hedeflere uygun olarak plan-bütçe ilişkisinin değerlendirilmesi için yapılmaktadır. Bu programlarda da stratejik planda bulunan alt programlar için tanımlanmış olan “anahtar göstergeler” bulunmaktadır (17).

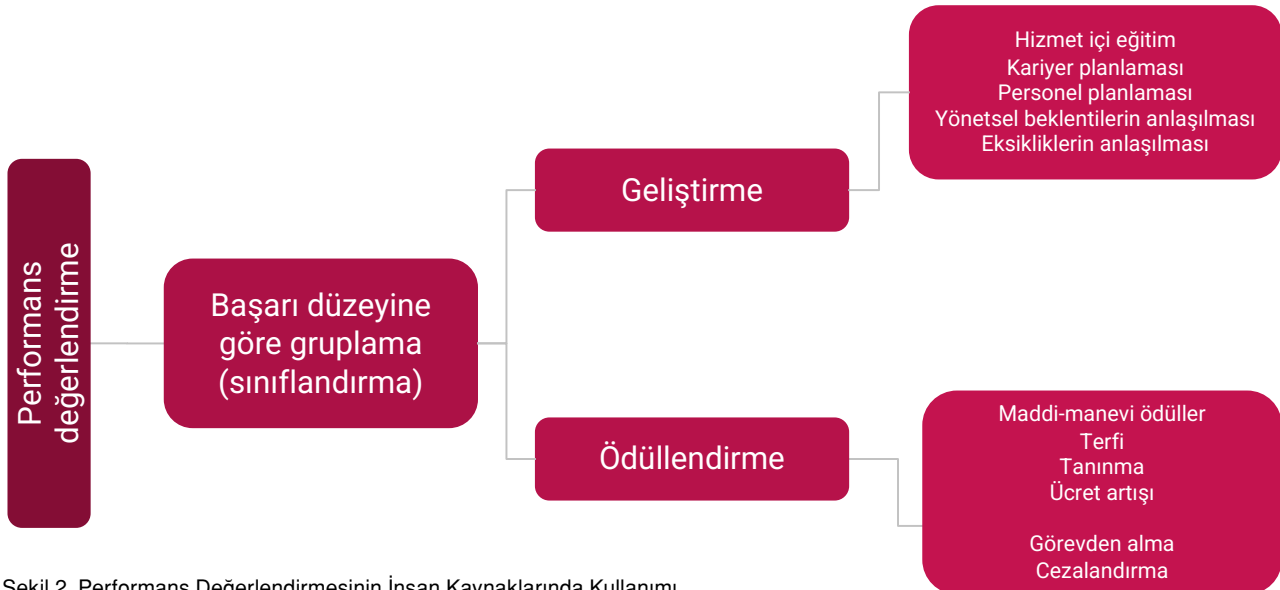
Performans değerlendirmelerinin bireysel (yönetici, hekim vd.) veya kurumsal (müdürlük, hastane, birim vd.) düzeyinde de olabileceğine değinmiştik. Bireysel ve kurumsal performans değerlendirmelerinin uygulama ve politika açısından çok farklı olmadığı belirtilmektedir (18). Hem bireysel hem

kurumsal performans değerlendirme göstergeleri belirlenirken gözetilmesi gereken özellikler şu şekilde sıralanabilir: Göstergeler kanıta dayalı olmalı; Kabul edilebilir ve kabul edilemez performans düzeyleri belirlenmeli; Göstergeler, güvenli-geçerli veri toplamaya imkân tanımalı, tek tip olmalı; Veri toplama için örnek büyüklüğü yeterli olmalı; Göstergeler karıştırıcı (*confounding*) faktörler için düzeltilmeli; Bir görev tanımı için kullanılan göstergeler ilgili tüm uygulamaları temsil etmeli; Veriler kolay toplanmalı (15). Bu özelliklerin sağlanması için bilgi sistemlerinin kullanımı kolaylaştırıcı olmaktadır. Literatürde performans göstergelerinin geliştirilmesi ve sistemin yürütülmesine yönelik, görsel raporlama sistemi ile göstergelerin kolay takibinin sağlanması; göstergelerin çalışanlarla ve kamuyla paylaşılması; hizmet sunucuların, yöneticilerin, değerlendiricilerin ve diğer paydaşların değerlendirme sürecinde aktif olması; üst yönetim desteği varlığı; performans göstergeleri ile yönetici ödüllendirme uygulamalarının ilişkilendirilmesi; göstergeler belirlenirken tüm tarafların (yönetici, hizmet sunucu ve toplum) görüş ve önceliklerinin gözetilmesi; göstergelerin strateji ve hedeflerle ilişkilendirilmesi tavsiye edilmektedir (19, 20).

Sağlık Bakanlığının performans değerlendirme çalışmalarından bir kısmı ek ödemelerle ilişkilendirilmiş iken bir kısmı değildir (21). “Performansa göre ücretlendirme” olarak da duyabileceğimiz bu sistem ülkemizde “Sağlıkta Performansa Dayalı Ek Ödeme” olarak başlamıştır (10). Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları açısından, günümüz-

de de aile hekimlerine destek ödemeler ve kesintiler sözleşme ve ödeme yönetmeliğine göre yapılmakta (22); İl Sağlık Müdürlükleri ve Birimlerinde çalışanlara ise ilgili yönergedeki göstergelerin değerlendirilmesi ile kurum hizmet ve teşvik ek ödemeleri verilmektedir (23). (Burada İl Sağlık Müdürlüğü’nün birimleri olarak tanımlanan kurumlar, ilçe sağlık müdürlükleri, il ambulans servisi başhekimlikleri ve komuta kontrol merkezleri, 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları, toplum sağlığı merkezleri ve halk sağlığı laboratuvarlarıdır.) Esasında, performansa göre ödeme, performans değerlendirmesinin ana amacı olmayıp sonuçlarından sadece birisidir.

Birinci basamak çalışanlarının en önemli kısmını oluşturan aile hekimleri (AH) ve aile sağlığı çalışanları (ASÇ) açısından performans değerlendirmesi daha karmaşık ve farklıdır. Aile hekimliği birimi tarafından sunulan hizmetler de bir ekip işi olarak görülmekte ve hizmet performansından hem AH hem ASÇ etkilenmektedir. Aşı oranları, gebe, bebek ve çocuk takip oranları yüzde 98 ve altında kaldığında yapılacak ödemelerden kesinti olmaktadır (22). Yani sahada bilinen adıyla “negatif performans” uygulaması yapılmaktadır. Bunun dışında aile hekimliği sisteminde teşvik ek ödeme için muayene sayıları baz alınmıştır. Günlük ortalama muayene sayısının 40 ve üzeri olması ek ödemeye teşvik edilmektedir. Bunların yanı sıra aile hekimliği sisteminde hipertansiyon, obezite, diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalık, yaşlı sağlığı tarama ve izlem oranları da nüfusa göre farklı katsayılarla maaşa esas olarak takip edilmektedir.



Şekil 2. Performans Değerlendirmesinin İnsan Kaynaklarında Kullanımı



Şekil 3. Türkiye'deki Mevcut Sağlıkta Performans Değerlendirmeleri (Ağustos 2024)

Ek ödemelerle ilişkilendirilmemiş değerlendirilmelerden biri, İl Sağlık Müdürlükleri Stratejik Plan Uyum İzleme ve Değerlendirme (kid.saglik.gov.tr) olup kurumların Sağlık Bakanlığı stratejilerine uyumunu değerlendirmektedir. Bu stratejik uyum değerlendirmesinde 9 alt boyut bulunmaktadır: İletişim Yönetimi; Yönetimsel Karar Alma ve Planlama; Sağlıklı Yaşamın Teşviki; Hizmet Sunumu; Finansal Sürdürülebilirlik; Sağlıklı Çalışma Yaşamı; Hasta Memnuniyeti; Sağlık Hizmetlerine Erişim; Destek Hizmetleri. İlgili rehberine uygun olarak il sağlık müdürlüklerine, illerinde faaliyet gösteren tesislerin değerlendirilmesi için iletişim temelli, kanıt bazlı ve proaktif bir metodoloji sunmak amacıyla "İl Koordinasyon İzleme ve Değerlendirme Sistemi" (KID™) isimli bilgi sistemi geliştirilmiştir. Bu çalışmalar, hem stratejik plana uyumu değerlendirdiği hem de girdileri ve süreçleri de göz önünde bulundurduğu için sadece izleme-değerlendirme faaliyeti olarak değil kurum düzeyinde performans değerlendirme çalışmaları olarak da yorumlanabilir (24). Bahsi geçen İl Koordinasyon İzleme ve Değerlendirme Sistemi, Sözleşmeli Yönetici Performans Kartlarında da yer bulmuştur. İl Sağlık Müdürlüklerinin gösterge kartlarından biri il içi gerçekleştirilen izlem sayısının hedefe ulaşma oranıdır.

"Anahtar Performans Göstergeleri" (Key Performance Indicators - KPI)

kavramı daha çok özel sektörde yöneticilerin veya ekiplerin kurumun hedeflerine ulaşmasındaki başarısının izlenmesinde kullanılsa da, sağlık yöneticilerinin sağlık kurumlarını yönetme performanslarının değerlendirilmesinde de karşımıza çıkabiliyor. Ülkemizde sağlık yöneticilerinin performans değerlendirmeleri 2018 yılından bu yana Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi doğrultusunda yapılmaktadır (25). Bu performans değerlendirmeleri de yöneticilere veya diğer personele yapılan ek ödemelerle ilişkilendirilmemiştir. Yönergeye göre performans değerlendirmesinin amacı, sağlık hizmetinin Bakanlığın strateji ve hedefleri doğrultusunda, kaynak kullanımı ve hizmet sunumunda etkili ve verimli olarak yönetilmesinin sağlanmasıdır. Performans değerlendirmeleri, belirlenmiş olan "Performans Göstergeleri"ne göre yapılmaktadır. Performans göstergelerinin tanımı, amaç ve hedefleri, veri toplama ve analiz sıklığı, hesaplama formülü, puanı, veri kaynağı, sorumlu birim ve göstergeye özgü açıklamalar "Performans Gösterge Kartları" ile tanımlanmıştır. Değerlendirme kapsamındaki sözleşmeli sağlık yöneticileri, il sağlık müdürleri, başkan ve başkan yardımcıları, ilçe sağlık müdürleri, başhekim, başhekim yardımcısı ile hastane müdür ve müdür yardımcısıdır. Her bir pozisyon için gösterge kartları kurumların görev ve hizmetleri kapsa-

Birinci basamak çalışanlarının en önemli kısmını oluşturan aile hekimleri (AH) ve aile sağlığı çalışanları (ASÇ) açısından performans değerlendirmesi daha karmaşık ve farklıdır. Aile hekimliği birimi tarafından sunulan hizmetler bir ekip işi olarak görülmekte ve hizmet performansından hem AH hem ASÇ etkilenmektedir.

mına uygun olarak farklı tanımlanmıştır (26). Yöneticiler "Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Sistemi"ne (SYPDS) "sypd.saglik.gov.tr" internet sitesinden kendi hesap bilgileri ile erişerek değerlendirme sonuçlarını izleyebilmektedir. Yıllar içerisinde (en

son 2022'de) kartlarda ihtiyaca göre güncelleme yapılarak yöneticilerin değerlendirildiği bileşenler değişmiştir. Sözleşmeli yöneticinin yönetim performansının değerlendirilmesi için belirlenmiş olan bu göstergelerin Bakanlığın strateji ve önceliklerini temsil ettiği kabul edilebilir. Her ne kadar ek ödeme göstergeleri ile farklı bileşenleri olsa da yöneticilerin bu kriterleri göz önünde bulundurması sonucunda sahada faaliyetler bu performans kriterlerine göre önceliklendirilmekte, kaynaklar geliştirilmek istenen göstergelerle ilgili hizmetlere yönlendirilmektedir.

Sağlık hizmet sistemiyle ilgili yukarıda bahsi geçen mevcut performans değerlendirmeleri Şekil 3'te özetlenmiştir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Performans - Sahadan Gözlemler

Yazının bu kısmında, performans değerlendirme Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri açısından ele alınacaktır. Bu kapsamda, il sağlık müdürlükleri, halk sağlığı başkanlıkları, ilçe sağlık müdürlükleri ve aile hekimliği hizmetlerinin ilgili performans göstergelerine ve sahadan gözlemlere yer verilecektir.

Tespitler

- İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinin hizmet hedeflerinin değerlendirilmesi ile "taban ödeme", teşvik hedeflerinin değerlendirilmesi ile de "ek ödeme" miktarları hesaplanarak çalışanlara birim/kurum performansına dayalı ödeme yapılmaktadır. Tanımlanan hizmet hedefleri ile teşvik hedefleri birbirine yakın alanlarda olan farklı göstergelerdir.
- Halk Sağlığı Başkanlığının yönetici performans gösterge kartları ve İl Sağlık Müdürlüklerinin hizmet hedefleri ile teşvik hedefleri, büyük oranda İlçe Sağlık Müdürlüklerinde yapılan faaliyetleri değerlendirmektedir (27).
- İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezlerinin hizmet hedefleri kanser tarama hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıkları izleme ve mücadele hizmetleri, tütün kontrolü hizmetleri, bağışıklama ve aşı lojistiği hizmetleri; teşvik hedefleri de kanser tarama hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, tütün kontrolü hizmetleri, koruyucu ağız-dış sağlığı hizmetleri ve gezici sağlık hizmetleri-

esnek mesai değerlendirilmesi şeklinde 5'er başlıktadır. Bu göstergeler İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezlerinde verilen hizmetlerin sadece bir kısmını kapsamaktadır. Taban ve ek ödemeleri belirlerken kullanılan göstergeleri oluşturan hizmet birimleri ile yönetici performans göstergelerinde öne çıkan hizmet birimleri farklıdır. Daha basitçe, bir kurumun yöneticisinin performansını değerlendiren kartlar ile o kurumun çalışanlarının performanslarına göre aldıkları ek ödemeleri belirleyen göstergeler farklıdır. Öte yandan, kurumda bir birimin hizmetlerinde şu veya bu sebeple görülen performans eksikliği kurumdaki tüm çalışanların aldıkları ödemeleri etkilemektedir. Ancak, taban ve ek ödeme performansları yöneticilerin aldıkları ödemeği değiştirmemektedir.

- İlçe Sağlık Müdürleri için yönetici performans gösterge kartları ödemelerle ilgili kartlardan hedefler ve ilgili birimler açısından farklıdır. Ayrıca, bu göstergelerin bazılarında yapılan hizmetlerin kanıta dayallığı tartışmalıdır. Örneğin, "halk eğitimleri gerçekleştirme oranı" göstergesinde yılda 4 eğitim verilmesi beklenmekte, bu eğitimlerin niteliği, hedef kitleye uygunluğu vb. kriterler belirtilmemiştir.
- İlçe Sağlık Müdürlüğü yönetici performans gösterge kartları şunlardır: 1) *Aile Hekimine Başvurmayan Nüfus Oranı* 2) *Şebeke Suyu Denetim İzleme Yüzdesi* 3) *Tütün İhbarlarına 2 Saat İçerisindeki Müdahale Yüzdesi* 4) *Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Oranı* 5) *Aile Hekimleri Gezici Sağlık Hizmetleri Değerlendirilme Oranı* 6) *Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitimine Katılım Oranı* 7) *Halk Eğitimleri Gerçekleştirme Oranı* 8) İlçe Genelinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Bilgi Güvenliği 9) *Konusunda Eğitim Verilen Personel Oranı*
- İlçe Sağlık Müdürlüklerinin hizmetlerinin eksiriyeti belirlenen hedeflerin dışında kalmaktadır. Örneğin özel sağlık hizmetleri, eczacılık işleri, kanser taramaları, ruh sağlığı hizmetleri gibi işler bu performans göstergeleri arasında yer almamaktadır.
- Bazı göstergeler ise ilçeler arası eşitsizliklere neden olabilmektedir. Tütün ihbarlarına iki saat içinde müdahale, aile hekimine başvurmayan nüfus gibi göstergeler birçok faktörden etkilenmekte ve yöneticinin

doğrudan kontrol edemeyeceği hususları barındırmaktadır. Ayrıca gezici sağlık hizmeti, tütün ihbarı gibi durumlar her ilçe için de geçerli olmayabilir.

- Göstergelerin bir kısmının gerçekleştirme verisi birimlerden manuel olarak elde edilmektedir. Performansa tabi hizmetlerde otomatize olmayan veri akışı, verinin güvenilirliğini azaltmakta, zamanında elde edilmesini zorlaştırmaktadır.
- İlçe Sağlık Müdürlüklerinin sözleşmeli yönetici olarak belirlenen hedefleri ile kurum performans hedefleri uyumsuzdur. İlçe Sağlık Müdürlüğü için belirlenen kurum hizmet hedefleri ve teşvik hedefleri kurumda çalışan sağlık personelinin aldığı ödemeği etkilerken İlçe Sağlık Müdürlüğü ödeme açısından etkilememektedir.
- Performans göstergelerinin hesaplanma yöntemleri ilgili rehberlerde açıklanmış olsa da bazı göstergelerin hesabı sahadan veriyi üreten taraflarca anlaşılabilir olmamaktadır.
- Bölge temelli değil nüfus temelli hizmet verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde temel sağlık göstergelerine ait hesaplar ilgili ilçeye değil, ilçedeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı nüfusa göre yapılabilmektedir. Ancak anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı gibi göstergelerde veya tarama programlarının hedeflerinde paydada ilçelerin adrese dayalı nüfus sistemindeki verileri kullanılmaktadır. Rehberler, gösterge hesaplarında esas alınan nüfusları tanımlamada yetersiz kalmaktadır.
- Yönetici performans göstergelerinde halk sağlığı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle ilişkili mevcut göstergeler en çok çocuk, ergen ve üreme sağlığı (ÇEKÜS) ve aile hekimliği ile ilgili birimlerin faaliyetleriyle ilgilidir (27).
- Bağımlılıkla mücadele konusundaki hedefler Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı ve Performans Programında geniş yer bulsa da yönetici ve kurum hedeflerinde çok sınırlı yer almaktadır (27).
- İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri düzeyindeki gösterge kartlarının Sağlık Bakanlığı Stratejik Planındaki hedeflerle ilişkisi rehberlerde belirtilmemiştir.
- Bazı kriterler çok üst noktada olduğundan gerçekleşmesi mümkün gözükmemekte ve hiçbir kurum tarafın-

dan hedef yerine getirilememektedir.

- Kişilerden kaynaklı olmayan durumlar için performans itiraz sistemi işletilmektedir. Fakat bu sistem ciddi evrak yüküne, işgücü kaybına ve ödemenin geriden gelmesine neden olmaktadır.
- Aile hekimliği sistemindeki ek ödemeler aile hekimlerinin hizmetlerle ilgili davranışlarını etkilemektedir. Örneğin, günlük ortalama poliklinik sayısı ile ilgili ek ödeme uygulamasının hayata geçmesinden sonra birinci basamakta ortalama poliklinik sayısı artmıştır. Ancak, ikinci ve üçüncü basamak başvurularında bir azalma olmamıştır.
- Performans kriterlerinin bir bütünlük içinde olması kritik öneme sahiptir. Aile hekimliği sisteminde negatif performans olarak adlandırılan temel göstergeler ana-çocuk sağlığı ile yakından ilgilidir. Fakat anne ölümlerinin önlenmesinde önemli bir faktör olan lohusa izlemleri bu göstergeler arasında yer almamaktadır. Bu nedenle sahada gebe izlemleri neredeyse eksiksiz iken lohusa izlemlerinde aynı başarıya ulaşılamamaktadır.
- Yine ödemeyi etkileyen kriterlerden biri olan kronik hastalık tarama ve izlemleri açısından birimler arası eşitlik sorunu bulunmaktadır. Nüfusu düşük olan (örneğin 2.000 nüfus) bir aile hekimliği biriminin yapmış olduğu diyabet taraması ile nüfusu yüksek olan (örneğin 4.000 nüfus) aile hekimliği biriminin diyabet taraması eşit ücretlendirilmemektedir. Avantajlı ödeme düşük nüfuslu birimlerde olduğundan tarama ve izlemleri nüfusu yüksek birimler daha az yapmaktadır.
- Bazı performans kriterlerinin yapılan ödemeleri etkilemesi nedeniyle sahada az da olsa suistimaller yaşanmakta ve soruşturmalar açılmaktadır.

Öneriler

- 1) Birinci basamak performans göstergeleri sahadan da görüş olarak tekrar yenilenmelidir. 2) Belirlenen hedefler saha ile paylaşılmalı ve dinamik bir süreç yönetilmelidir. 3) Yeni belirlenecek göstergeler Bakanlık stratejik planları ile uyumlu olmalıdır. 4) Hem yönetici hem çalışanların performans kriterleri gerçekçi, kanıta dayalı ve objektif olmalıdır. 5) Kriterler performansı iyi olanla olmayana, çalışanla çalışmayana ayırt

edebilmelidir. 6) Birinci basamak için belirlenen hedefler arasında kurumlar açısından da bir uyum olmalıdır. Örneğin, İlçe Sağlık Müdürlüğü için otizm taraması hedef koyuluyorsa bu hedef sahada bu işi yapan aile hekimliği birimi için de konulmalıdır. 7) Bir yöneticinin performans göstergeleri ile kurumunun hizmet hedefleri örtüşmelidir. 8) Taban ve teşvik ek ödemededen sadece çalışanlar değil yöneticiler de etkilenmelidir. 9) İlçe Sağlık Müdürlüklerinde yapılan işler listelenmeli ve önem sırası belirlenmelidir. Ülkenin genelinde tüm kurumlar için ortak yapılması gereken faaliyetler üzerinden yöneticilerin performansı değerlendirilmelidir. 10) Performans kriterleriyle ilgili önerilerin toplanabileceği bir geri bildirim sistemi kurulmalıdır. 11) Aile hekimlerinden yöneticilere kadar performansa tabi tutulan tüm çalışanlar için itiraz mekanizması da olmalıdır. Bu mekanizma mümkün olduğunca basit ve online olarak işletilmelidir.

Kaynaklar

- 1) Öztürk, R., Kara, V. Sağlıkta performansın performansı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2007; 5:34-39.
- 2) Aydın, S. Sağlıkta performans: ne için nereye kadar. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2008; 6: 34-37.
- 3) Demir, M., Güler, H. Sağlıkta Performansın Performansına Eleştiriler. *Sağlık Düşüncesi Dergisi*, 2008; 6:35-38.
- 4) Öztürk, R., Kara, V. Sağlıkta Performansın Performansı (2): Eleştirilere Cevap. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2008; 7:28-33.
- 5) "Performans Dosyası". *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2011, 19:8-81.
- 6) Hayran, O., Sur, H. *Yönetimsel Epidemiyoloji*. İstanbul, 2021.
- 7) Rogan, L. *Performance Management in Primary Care*. [PhD Thesis] University of Manchester, 2013.
- 8) Khalifa, M., Khalid, P. Developing strategic health care key performance indicators: a case study on a tertiary care hospital. *Procedia Computer Science*, 2015; 63:459-466.
- 9) Sayıştay. *Performans Ölçüm Rehberi*. Ankara, 2000. https://www.sayistay.gov.tr/files/820_performans_olcum_rehberi.pdf (Erişim Tarihi: 20.08.2024).
- 10) Aydın, S., Demir, M. Sağlıkta Performans Yönetimi. *Performansa dayalı ek ödeme sistemi*. 2006, Ankara. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/performans.pdf> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).
- 11) Pillay, F. [July 28, 2023] *Monitoring and Evaluation (M&E) and Performance Management: Distinct yet complementary concepts*. <https://www.linkedin.com/pulse/monitoring-evaluation-performance-management-distinct-pillay/> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).
- 12) Braithwaite, J., Hibbert, P., Blakely, B., et. al. *Health system frameworks and performance indicators in eight countries: a comparative international analysis*. *SAGE open medicine*, 2017; 5:2050312116686516.

13) WHO. *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

14) Canadian Institute for Health Information. *A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System*. 2013. <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/health-system-performance-measurement/health-system-performance-measurement> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

15) Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi. Ankara, 2000.

16) Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028.pdf.pdf?_tag1=7B2A9834832BF7DCF36F2C7E5607D8543752A372 (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

17) Sağlık Bakanlığı 2024 Performans Planı. <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,60674/stratejik-yonetim.html#> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

18) Kırılmaz, H. *Kamu kurumlarında performans yönetimi uygulamaları*. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2011; 19:8-13.

19) Nuti, S., Seghieri, C., & Vainieri, M. *Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience*. *Journal of Management & Governance*, 2013; 17:59-69.

20) Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., et. al. *Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota-Colombia: a cross-sectional study*. *BMC Health Services Research*, 2013; 13:1-12.

21) Güler, H., Kayral, İ. H., Demir, M., & Atasever, M. *Sağlıkta yönetici performansı ölçüm modeli ve uygulama başansı*. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2014; 8(2):1-26.

22) Resmî Gazete. (2021, Haziran 30). *Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği*. Resmî Gazete (Sayı: 31527).

23) İl Sağlık Müdürlükleri ve Birimleri Kurum Hizmet ve Teşvik Ek Ödeme Yönergesi. <https://yhgmsaglik.gov.tr/TR-92141/il-saglik-mudurlukleri-ve-birimleri-kurum-hizmet-yonergesi.html> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

24) İl Sağlık Müdürlükleri İl İzleme ve Değerlendirme Rehberi. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi. Revizyon No: 03/22.06.2021. Ankara. <https://kid.saglik.gov.tr/Info/KIDRehber.pdf> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

25) Sağlık Bakanlığı. *Sözleşmeli Yönetici Performans Yönergesi*. (18.05.2018 tarih ve E.04-362 sayılı Bakanlık onayı) 2018. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/16683_sozlesmeli-yoneticiperformanse46311272pdf.pdf?0 (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

26) Sağlık Bakanlığı Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Kriterleri Gösterge Kartları. <https://yhgmsaglik.gov.tr/TR-40304/sozlesmeli-yoneticiperformans-degerlendirme-kriterleri-gosterge-kartlarinin-yayinlanmasi-hakkinda.html> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

27) Çavdar, S. Sağlık Bakanlığı Performans Rehberlerindeki Halk Sağlığı Göstergelerinin Değerlendirilmesi. 6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Kongre Özet Kitabı. sf.166-167.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti

Doç. Dr. Gökçe İşcan



1984 yılında Eskişehir'de doğdu. 2008 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2008-2009 yılları arasında Bilecik Gölpaazarı İlçe Devlet Hastanesinde mecburi hizmetini yaptı. 2010-2013 yılları arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimini tamamladı. 2013-2016 yılları arasında Ankara Gölbaşı Toplum Sağlığı Merkezinde Bulaşıcı Hastalıklar Birim Sorumlusu olarak uzmanlık mecburi hizmetini tamamladıktan sonra 2016'da Isparta'ya eşdurumundan Halk Sağlığı Müdürlüğüne atandı. Aynı sene Isparta Zafer Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışmaya başladı. 2019 Eylül ayında Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesinde Dr. Öğr. Üyesi olarak çalışmaya başlamış, 2023 Mart ayında Doçent olmuştur. 2023 Ağustos ayında da Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde başhekim yardımcısı olarak aktif görevine devam etmektedir.

Dr. Tuğçe Çamlıca



1994 yılında Ankara'da doğdu. 2016 yılında Ordu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden mezun oldu. 2018 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesinde yüksek lisans eğitimini, 2024 yılında Bahçeşehir Üniversitesinde doktora eğitimini tamamladı. 2017-2019 yılları arasında Diyabetik Ayak ve Yanık bakımı hemşiresi olarak görev aldı. 2019 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yer alan Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. Hâlen Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünde görevine devam eden Tuğçe Çamlıca, bu görevinin yanı sıra Kalite Yönetimi Birimi ve Dijitalleşme Biriminde aktif olarak görevine devam etmektedir.

Ülkemizde Aile Hekimliği Modeli, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin "Sağlıkta Dönüşüm Programının Hedefleri" doğrultusunda yapılandırılabilmesi için diğer ülke örnekleri ile karşılaştırılarak oluşturulmuştur. Bu kapsamda; 24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ve 12.08.2005 tarihli ve 25904 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik ile Aile Hekimliği uygulamasına ilişkin temel usul ve esaslar belirlenmiştir (1).

Aile hekimliği Modeli, ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde başlamıştır. Ardından 2006 yılında 6 ilin, 2007 yılında 7 ilin, 2008 yılında 17 ilin, 2009 yılında 4 ilin ve 2010 yılında 46 ilin dâhil olması ile birinci basamak sağlık hizmeti ihtiyaçları değerlendirilmiştir. Ülke genelinde tamamen 2010 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olup, merkezlerin fiziki ve donanımsal şartları, hizmet ihtiyaçları, bilimsel ve teknolojik gelişmeler aile hekimliği çalışanlarının bilgi, beceri ve deneyim açısından geliştirilmesine yönelik çalışmalarındaki gelişmeler takip edilerek hizmetin nicelik ve nitelik açısından verimli hâle getirilmesine yönelik iyileştirmeler yapılmıştır (1). Bu süreçte özellikle; temel sağlık hizmetlerinin kaliteli, etkili ve verimli parametrelerde güçlendirilebilmesi ve her bireyin hakkaniyetli bir şekilde erişebileceği Birin-

ci Basamak Sağlık Hizmetlerinin organize edilmesi üzerine odaklanılmıştır.

Avrupa'daki Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Ancak birçok Avrupa ülkesinde mevcut mali durumlar, finansal kısıtlamaların olması, değişen tehditler sonucunda morbidite artışına neden olan, iş gücünü azaltmaya mecbur bırakan birçok sorun meydana gelmiştir. Bu sorunlara ek olarak ilerleyen teknolojik gelişmeler tüm sistem açısından çeşitli adaptasyonları gerekli kılmıştır. Birçok Avrupa ülkesinde kesilen sağlık bütçeleri hastane ve eczane sektörünü çok etkilemiş bazı ülkelerde sağlık çalışanı ücretleri düşürülmüş hatta belirli hizmetlere giriş ücreti uygulanmıştır (2, 3). Örneğin Yunanistan'da sosyal güvenlik durumunda değişiklik olma-



masına ve aile hekimlerine ücretsiz ulaşılabilir olmasına rağmen doktor ve diş hekimlerinde bekleme süreleri artmış, bakım almanın önünde çeşitli fiziksel engeller oluşmuştur (4).

Aile hekimleri 15 Avrupa Birliği (AB) ülkesinde ilk temas noktasıdır ve hastaları gerektiğinde ikinci basamağa sevk etme yetkisine sahiptir. Bulgaristan, Hırvatistan, Estonya, Finlandiya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Litvanya, Hollanda, Polonya, Portekiz, Slovenya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık'ta aile hekimlerinin çoğu ikinci basamağa erişimi kontrol etmektedir. Altı AB ülkesinde ise herhangi bir sevk sistemi bulunmamaktadır. Avusturya, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Yunanistan ve Lüksemburg'daki hastaların birçok hekime ve ikinci basamağa direk erişimi vardır. Diğer yedi AB ülkesinde (Belçika, Danimarka, Fransa, Letonya, Malta, Romanya ve Slovak Cumhuriyeti), hastaların herhangi bir sevk olmaksızın ikinci basamak sağlık hizmetlerine doğrudan erişimi vardır ancak aile hekiminin sevk ile gittiğinde daha düşük maliyet paylaşımı şeklinde mali teşvikler mevcuttur.

Yukarıda bahsettiğimiz Avrupa ülkelerinde birinci basamak hizmet kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda özellikle hasta tarafından bildirilen deneyimler göz önüne alınmış ve hastaların çoğu doktorları ile rahat etkileşime girdiklerini, yüzde 82.8'i doktorları ile yeterince zaman geçirebildiğini belirtmişlerdir.

Yaklaşık yüzde 83'ünün rahat soru sorup endişelerini dile getirebildikleri, yüzde 79'unun ise kendilerine sorularak tedavi verildiğini bildirmişlerdir. Bu konuda Lüksemburg ve Belçika öncülük ederken Polonya'da bu sorulara verilen olumlu yanıt oranları yüzde 50'yi geçmemektedir. İsveç, Fransa, Hollanda gibi ülkelerde bu oran yıllarla beraber düşüş göstermiş, Polonya gibi memnuniyetin düşük olduğu ülkeler gerekli iyileştirmelerle oranı zamanla yükseltmeyi başarmıştır (5). Araştırmacılar ve yanı sıra sağlık hizmet sağlayıcıları hasta memnuniyetini kalitenin bir parçası olarak görmektedir (5,6). Ülkemizde ise Doğu Anadolu'da yapılan ve hasta memnuniyetini inceleyen bir çalışmada, hastaların hastalandıklarında çoğunlukla (yüzde 53.6), ilaç yazdırmak için genellikle (yüzde 81.0), sağlık ocağını tercih ettikleri ancak sadece hekimlerin yüzde 7'sinin tedaviye hastayı dâhil ettikleri görülmektedir. Bunun yanı sıra aynı çalışmada hastaların yüzde 51,4'ü ise hekimlerin yeterli açıklama yaptığını düşünmektedir (7). Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların aile hekimliği hizmetleri hakkındaki görüşlerine bakıldığında en yüksek puan aldığı sorular kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, sizi dinlemesi ve işini tam yapması iken, en düşük aldığı puanlar ise doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz, bekleme odasında harcadığınız zaman ve önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi olarak tespit edilmiştir (8). Başka bir çalışmada ise verilen cevapların

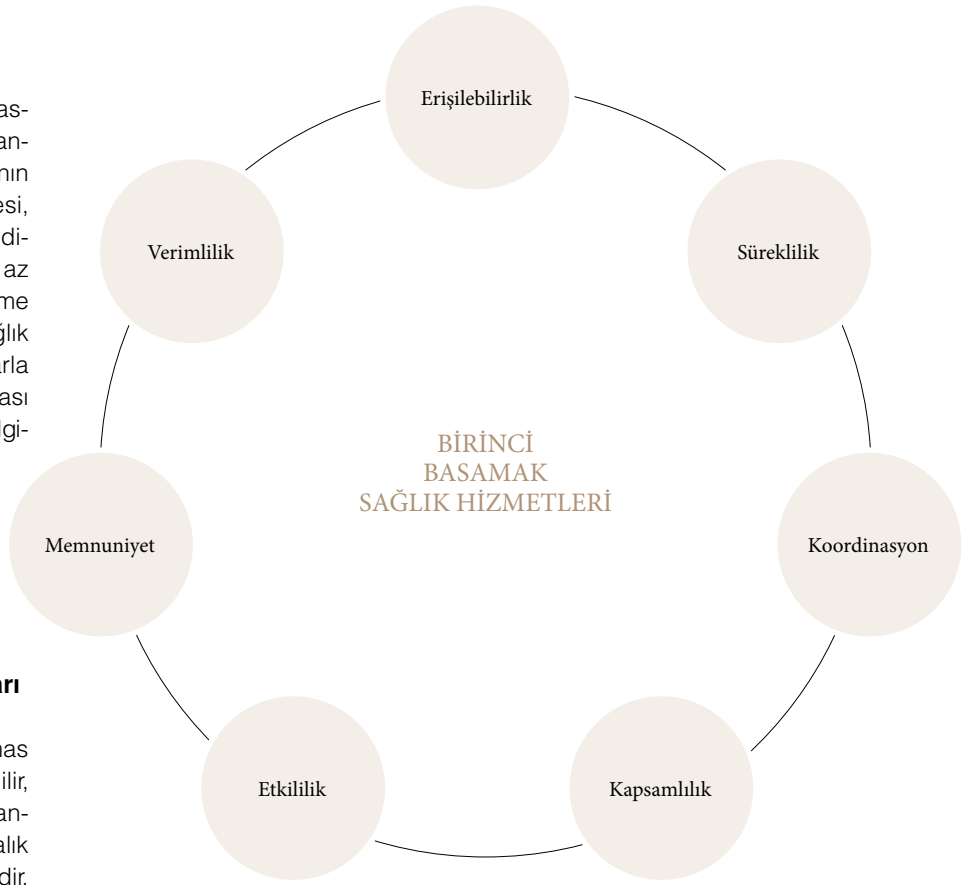
Aile hekimleri 15 Avrupa Birliği ülkesinde ilk temas noktasıdır ve hastaları gerektiğinde ikinci basamağa sevk etme yetkisine sahiptir. Bulgaristan, Hırvatistan, Estonya, Finlandiya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Litvanya, Hollanda, Polonya, Portekiz, Slovenya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık'ta aile hekimlerinin çoğu ikinci basamağa erişimi kontrol etmektedir. Altı AB ülkesinde ise herhangi bir sevk sistemi bulunmamaktadır.

ortalama puanlarına bakıldığında hastaların en çok memnun oldukları alanlar kayıt ve bilgilerin gizli tutulmasının yanı sıra, doktorun hastayı dinlemesi, şikâyet veya hastalığı hakkında istediği bilgileri vermesi idi. Hastaların en az memnun oldukları alanlar ise bekleme odasında harcadıkları zaman, sağlık durumuna bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmasına yardımcı olunması olarak belirlenmiştir (9). Bütün bu bilgiler ışığında bu yazıda, birinci basamakta hizmet kalitesinin bileşenleri ve memnuniyet ile ilişkisinden bahsedilecek ve çözüm önerileri sunulacaktır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Birinci basamağın toplumla ilk temas noktası olması nedeniyle erişilebilir, kişi odaklı, entegre bakımın sağlanması; sağlığın geliştirilmesi ve hastalık önlenmesi açısından çok önemlidir. Burada temel amaç sağlık sonuçları, verimlilik ve hasta güvenliğini iyileştirmek olmalıdır (10). Bu nedenle, ülkemizde sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının oluşturulması, değerlendirilmesi, mevcut sorunların iyileştirilmesi, olabilecek sorunlar için de önlem alınabilmesi amacıyla 2003 yılında Sağlık Bakanlığının başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)" ve "Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi"nin başlıca esaslarının belirlenmesi sonucunda başlamıştır (11). Dünyada klinik kalite çalışmaları yaygınlaştıktan sonra 13 Şubat 2012'de de Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından "Türkiye Klinik Kalite Programı" başlatılmış ve İngiltere modelini benimsenmiştir (12, 13).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde kalite dört temel ilke ve sekiz temel boyutta (Şekil 1) incelenmektedir (14-16). *İlke 1:* Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin tek amacı sağlıklı ve hasta bireylerin, toplumun sağlığını geliştirmek ve iyileştirmektir. *İlke 2:* Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri dinamik bir süreçtir. Bu sebeple parçaların toplamı yerine bir bütün olarak ele alınmalıdır. *İlke 3:* Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yapılan ölçümler ve analizler kaliteli bir hizmetin sonuçları değil araçlarıdır. *İlke 4:* Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde kaliteli çıktılar alabilmek tedavi edici süreçler ile doğrudan ilişkilidir.



Şekil 1. Kalitenin Boyutları

Erişilebilirlik Boyutu: Coğrafi ve maddi kriterlerin ekarte edilerek, her bireyin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine eşit ve adil şartlarda erişebilmesini ifade etmektedir.

Süreklilik Boyutu: Sağlık verilerinin her birey için kümülatif olarak devamlılığını sağlayacak bir şekilde düzenlenmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Koordinasyon Boyutu: Birey, toplum, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, klinik vb. sağlık kurumları arasındaki iş birliğini ifade etmektedir.

Kapsamlılık Boyutu: Bireyin, ihtiyacı olan ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden elde edebileceği tüm hizmetleri sağlanmasını ifade etmektedir.

Etkililik Boyutu: Bireyin, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden aldığı bakımın doğru ve kaliteli olmasını ifade etmektedir.

Memnuniyet Boyutu: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine başvuran her bireyin gördüğü sağlık hizmetinden memnun olarak ayrılmasını ifade etmektedir.

Verimlilik Boyutu: Birinci Basamak

Sağlık Hizmeti kaynakları ve sağlık çıktıları arasındaki dengeyi ifade etmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimliliğin Önemi

Türkiye'de sağlıkta kalite sistemi birinci, ikinci ve üçüncü basamak kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır (17). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin verildiği merkezler, tedavi edici ve önleyici sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanması için bireye özgü bakım sistemini bütüncül bir süreç içinde gerçekleştiren önemli merkezlerdir. Özellikle bu merkezler, bireye özgü bakım anlayışının içinde sosyal statü kavramını ekarte etmeleri ile herkes için adil bir sağlık hizmeti politikasını savunmaktadır (18, 19). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olup, sağlık hizmetlerini bireylerin hayatını devam ettirdiği alanlara mümkün olduğunca yakınlaştırarak, toplumun sağlık sistemi ile temas kurmasını sağlamaktadır. Ayrıca bireylerin düzenli ve sürekli olarak sağlık sisteminin içinde yer almaları ülke içinde sağlık ağının entegrasyonu için önemli bir rol üstlenmektedir (14).

Kress ve ark. araştırmasında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin önemli merkezler olduğunu ve ülkeler çapında bu merkezlerin gün geçtikçe arttığını ifade etmekte iken, bu merkezlerin sayısal olarak artması ile toplumun kaliteli ve verimli sağlık hizmetlerine erişimleri arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğu bildirilmektedir (20). Olagundoye ve ark. ise, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde toplum tarafından beklenen ve algılanan kalite kavramının uyumsuzluk yaratması nedeniyle çoğu bireyin bu merkezler yerine ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurduğu belirtilmektedir (14). Bu sonuçlar Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin ana mottolarından olan sürekli ve kişisel sağlık hizmetlerinin atlanması, toplum çapında karşılaşılan birçok hastalığın erken teşhis edilememesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine hedeflenen önemin verilememesinin göstergeleri arasında yer almaktadır. Hâlbuki toplum ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri arasında beklenen kalite algısına ulaşılması ile elde edilebilecek güven ve memnuniyet duygusu; bireylerin kendi sağlık süreçlerine aktif bir şekilde katılmalarını, aldıkları sağlık hizmetlerinden ise en verimli şekilde yararlanmalarını sağlayacaktır. Bu nedenle, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, yüksek kaliteli bir sağlık sisteminin temel bileşeni olarak kendini devamlı bir şekilde analiz etmeli ve bu analizler doğrultusunda gerekli iyileştirme ve geliştirme çalışmalarını gerçekleştirmelidir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimliliğin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi

Hizmet kalitesinin tanımlanmasında, Parasuraman ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen denklemsel model şu şekildedir: (Şekil 2), (21).

Bu formüle göre kişinin hizmeti nasıl algıladığı ve neler beklediği çok önemlidir. Uluslararası araştırmalar incelendiğinde; Birinci Basamak Sağlık

Hizmetlerine kolay erişim, çalışanların pozitif iletişimi, gelişmiş hekim becerileri, modern tıbbi ekipmanlar, bekleme süresinin az olması, yeterli muayene süreleri, birey merkezli bakım, sağlık bakım performanslarının verimliliği ve devamlılığı, olumlu deneyimler, adil ve kaliteli bakım parametrelerinin hasta memnuniyeti ile olumlu yönde bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. Ayrıca bu araştırmalar incelendiğinde hasta memnuniyeti ile bu merkezlere erişimin arttığı ve sağlık sistemi içinde yer alan diğer merkezlerin mevcut olanaklarını daha verimli bir şekilde kullanabildikleri görülmektedir (22-30).

Birinci Basamak Hizmetlerinde Verimlilik

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti, hastaların ilk erişim noktası olmasından dolayı etkili bakım ve verimlilik açısından çok önemli bir yere sahiptir. Bu bizi, kişinin her tür yeni sağlık sorunu için birinci basamağa başvurduğu gerçeğiyle yüzleştirir ki bu oldukça maliyet etkin ve sistematik bir durum oluşturmaktadır (31, 32). Ayrıca birinci basamakta Aile Hekimliği Uzmanlığı çekirdek yeterliliklerinden olan sürekli-kişiy odaklı bakım; hastalığın her evresinde ve sağlıklı oldukları dönemlerde de verilecek birçok hizmeti kapsamaktadır. Aynı zamanda bu yeterlilik bir kişinin bütün yaşamı boyunca yapılması gereken bütün izlemlerin yapılma gerekliliği nedeniyle hasta için daha az tanısız araştırmaya, reçeteleme hızında ve hastanın diğer basamaklara olan sevk oranlarında azalmaya neden olarak maliyet açısından etkin bulunmaktadır (33).

İkinci ve üçüncü basamağa sevk oranları bize kapsayıcılık (bütüncül yaklaşım) yeterliliğinin düzgün işleyip işlemediğini göstermektedir; çünkü bilinmektedir ki birinci basamağı güçlendirdikçe sevk oranları düşmektedir (34). Bu yeterlilikte kapsayıcılık ile bahsedilen, hizmete erişimde eşitlik ilkesine uyulması, toplumlarda görülebilen tüm hastalıkları kapsamı ve

ülkelerdeki mevcut sistemlerle entegre çalışıyor olması gereksiniminden bahsedilmektedir (35, 36).

OECD (Organisation for Economic Co-Operation and Development) (36)'nin 2023 raporuna göre Türkiye'nin sağlık harcamalarının gayri safi millî hasılaya (GSMH) oranı yüzde 4,6 iken, dünya ortalaması yüzde 9,7 olarak belirtilmiştir. Oranın düşük olması sağlık giderlerinin düşük ve birinci basamağın etkin kullanılmamasına dayandırılmaktadır. Kişi başına yapılan sağlık harcamasının GSMH'ye oranı 2021'de yüzde 4,9 iken, 2022'de yüzde 4 olması ve cari harcama oranının ise aynı yıllarda yüzde 4,6'dan yüzde 3,7'ye düşmesi bu göstergeler arasındadır (37). Bu raporda belirtildiği gibi yüksek kaliteli bakım göstergeleri olarak sağlık hizmetlerinin güvenli, uygun, klinik olarak etkili ve hasta ihtiyaçlarına cevap verebilir olması, antibiyotik reçeteleri ve önlenbilir hastane başvuruları gibi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin güvenliliğini ve uygunluğunu ölçen göstergeler kullanılabilir. Meme kanseri taraması, önleyici bakımın kalitesinin bir göstergesi olduğu gibi, akut miyokard enfarktüsü (AMI) ve inme sonrası 30 günlük mortalite, ikincil bakımın klinik etkinliğini bize göstermektedir. Bu raporda Türkiye'nin engellenebilir hastane başvuruları ve etkili koruyucu sağlık hizmetleri bakımından OECD ortalamasının altında kaldığını göstererek genel durumu ortaya koymuştur. Koruyucu hizmetler ve birinci basamaktan sevk edilen hastaların oranlarını düşürmeye daha çok efor harcamamız gerekliliği de bu raporda ortaya konan veriler arasındadır. Burada yapılması gereken özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde bireylerin de sorumluluk alması sağlanmalıdır. Ayrıca belirtmelidir ki; diğer göstergelerin hepsi OECD ortalamasında kalsa da 2020 yılına kıyasla antibiyotik reçetelemede durumu iyileştirirken koruyucu sağlık hizmetleri açısından gerilediğimiz de bu raporda belirtilen diğer verilerdir (36). Türkiye'de yapılmış bir araştırmada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini iyileştirmek için; aile hekimliği uzman sayılarının artırılması, aile hekimliğinin tıp fakülteleri ve eğitim araştırma hastaneleri ile entegre akademik yapılanmaları, elektronik tabanlı sağlık hizmet sunucularının iyileştirilmesi, aile hekimliğine özel standartlar oluşturulması, sağlık hiz-



Şekil 2. Hizmet Kalitesinin Denklemsel Tanımı

Türkiye’de sağıkta kalite sistemi birinci, ikinci ve üçüncü basamak kamu ve özel tüm sağık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır. Birinci Basamak Sağık Hizmetlerinin verildiği merkezler, tedavi edici ve önleyici sağık bakım ihtiyaçlarının karşılanması için bireye özgü bakım sistemini bütüncül bir süreç içinde gerçekleştiren önemli merkezlerdir. Özellikle bu merkezler, bireye özgü bakım anlayışının içinde sosyal statü kavramını ekarte etmeleri ile herkes için adil bir sağık hizmeti politikasını savunmaktadır.

met kalitesinin birinci basamakta artırılması için eğitim ihtiyacının, hasta ve çalışan memnuniyetinin tespit edilmesi ve ihtiyaç duyulan alanlarda iyileştirme çalışmalarının yapılması, özellikle merkezlere uzak bölgelerde yer alan hekimlere konsültasyon süreçlerinde destek olmak amacıyla e-sağık uygulamalarının yaygınlaştırılması ve toplumda prevalansı yüksek kronik hastalıklara bağlı komplikasyon verilerinin yıllık takip edilmesi gibi önerilerde bulunmuş olup aşağıda bu önerilere ek olarak bizim önerilerimiz yer almaktadır (38).

Birinci Basamak Sağık Hizmetlerinde Kaliteyi, Verimliliği ve Hasta Memnuniyetini Arttırmaya Yönelik Öneriler

- 1) Birinci Basamak Sağık Hizmetlerinde gerçekleştirilen bakım hizmetlerinin, sadece sağık çıktıları ile veri olarak değerlendirilmesi “Sağık hizmetlerinde yapılan ölçümler ve analizler kaliteli bir hizmetin sonuçları değil, araçlarıdır.”

ilkesiyle ters düşmektedir. Dolayısıyla bu analizlerin sürece yayılabilmesi için teşviklerle bağlantılı ulusal kalite ölçümü ve iyileştirme sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu şekilde, kalite algısı sadece göstergeler ve güvenilir veriler ile sınırlı kalmamış olup, finansal ve finansal olmayan teşvik mekanizmaları ile önlemlerin zamanında alınmasını sağlayarak doğru ve eyleme geçirilebilen bir kalite süreci ile dinamik ve süregelen bir şekilde devam edebilecektir. Üstelik bu süreç boyunca, hasta memnuniyet düzeyi artırılarak Birinci Basamak Sağık Hizmetlerinden alınması hedeflenen kalite ve verim düzeyi de olumlu yönde gelişim gösterebilecektir.

- 2) Ulusal Sağık Komisyonu da dâhil olmak üzere ilgili yetkililerle sağık bakım hizmetlerinden sorumlu birimlerin hizmet kalite standartları açısından değerlendirilmesi ve sonuçların iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu şekilde ilgili birimler, Birinci Basamak Sağık Hizmetlerini güçlendirmeye yönelik uluslararası Birinci Basamak Sağık Hizmetleri düzeyinde uygulanan parametreleri inceleyerek gerekli geri bildirim ve destek mekanizmalarını süregelen bir şekilde gerçekleştirebilir.
- 3) Birinci Basamak Sağık Hizmetlerinin güncel donanımlar ve eğitimler (bilgi, beceri, iletişim vb.) ile dinamik tutulması önemlidir. Bu doğrultuda toplumun ihtiyaçlarına ve koruyucu sağık hizmetlerine yönelik gerekli donanımsal yenilemelerin yapılması, ihtiyaçların giderilmesi ve bu merkezlerde çalışanların düzenli eğitimler ile geliştirilmesi gerekmektedir.
- 4) Özellikle Birinci Basamak Sağık Hizmetlerinde herkes için adil hizmet anlayışı dikkate alındığında, verilen eğitimlerin sağıklı ya da hasta bireylere uygun olması gerekmektedir. Bu amaçla eğitim materyallerinin geliştirilmesi, eğitim verilecek alanların oluşturulması ve farklı eğitim tekniklerinin kullanılması için hekimlere ve hemşirelere belirli aralıklarda eğitimlerin ve sertifikasyon programlarının (aşılar, koruyucu sağık hizmetleri, bulaşıcı olmayan hastalıkların takibi, kronik hastalıkların

takibi, çocuk ve gebe takibi, akut enfeksiyonlar vb.) düzenlenmesi gerekmektedir. Bu şekilde verilen eğitimlerin kalitesi ve verimliliği artırılabilmesi gibi aynı zamanda kendi sağıklarının geliştiğini ya da iyileştiğini, koruyucu sağık hizmetlerinden verimli bir şekilde yararlanabildiğini gören bireyler tarafından hissedilen memnuniyet düzeyi artırılabilcektir.

- 5) Birinci Basamak Sağık Hizmetlerinin diğer sağık hizmeti veren merkezler ile sinerjik olarak çalışabilmesi için, bu merkezler ile sistemsel olarak entegre edilmesi gerekmektedir. Özellikle bu entegrasyona üniversite ve eğitim hastanelerinde çalışan aile hekimlerinin de dâhil edilmesi ile güçlü bir birinci basamak sağık hizmeti modeli oluşturulabilir.
- 6) Birinci Basamak Sağık Hizmetlerine başvuran bireylerin, ihtiyaç dâhilinde, hastaneye sevk edilmeleri yerine ikinci veya üçüncü basamak branş hekimlerine konsültasyon sonrası devredilmesi ile ortak sağık hizmeti oluşturulabilir. Bu şekilde hastaların sağık verilerinde oluşturulmuş olan bütünsellik ile hedeflenen kalite standartlarına ulaşılabilmesi gibi hasta memnuniyeti oranları da artırılabilir.
- 7) Birinci Basamak Sağık Hizmetleri ile ilgili toplumun bilinçlendirilmesi ve bu bilgilendirme çalışmalarının diğer sağık hizmeti veren merkezler tarafından da desteklenmesi gerekmektedir.
- 8) Birinci Basamak Sağık Hizmetlerinin ana kalite hedeflerinden biri olan erişilebilirlik için sadece toplumun bilinçlendirilmesi yeterli değildir. Bu merkezlerde çalışan sağık profesyonellerinin teknolojik gelişmelere sahip olmaları gerekmektedir. Özellikle coğrafi olarak olumsuz şartlar altında çalışan sağık profesyonellerinin uzaktan konsültasyon sistemi ile ikinci ya da üçüncü basamakta görev alan diğer sağık profesyoneline danışabilmesi ya da gerekli gördüğü hâlde hastayı ilgili sağık verileri ile bu sağık profesyoneline devredebilmesi erişilebilirlik için önemlidir.
- 9) Birinci basamak çalışma yükünün hasta sayısı olarak azaltılması, aile hekimliği uygulamalarının yaygınlaştırılması ve bu alanda çalışan uzman ve asistan sayısının

nin artırılması ile muayeneden alınabilecek verimin de artırılması hedeflenebilir. Bu şekilde hem hizmet veren sağlık profesyonelleri hem de hastalar, içinde buldukları sağlık hizmeti sürecinden daha memnun bir şekilde ayrılacaklardır.

- 10) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri bir ekip işidir. Bu ekibin içinde yer alan hemşirelerin sağlıklı ya da hasta birey takibinde önemli rolleri bulunmaktadır. Bu doğrultuda takip sistemlerinin belirli aralıklarla güncellenmesi ve bu sistemi kullanan hemşirelerin konu hakkında eğitilmesi ile birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinde hedeflenen kaliteye daha çabuk ulaşılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca güncel gelişmelerin sahaya ve sağlık profesyonellerine entegrasyonunun sağlanması ile koruyucu sağlık hizmetlerinde ve erken teşhislerde zamanın daha verimli kullanılabilmesi sağlanabilir.
- 11) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde verilen hizmetlerin tutarlı olması ve hedeflenen kaliteye ulaşabilmesi için klinik standartların belirlenerek belirli prosedürlere uyulması gerekmektedir. Bu amaçla aile hekimleri uzmanları tarafından pratik uygulamaya yönelik ulusal tanı ve tedavi kılavuzları oluşturmalı ve alan ile ilgili çalışmalar yaparak kanıt niteliği yüksek rehberler ortaya çıkarmalıdır.
- 12) Hasta memnuniyetinin hizmet verenler açısından hasta sağlık personeli etkileşimi çok önemlidir. Etkileşim karşılıklı bir eylemdir ve karşılıklı saygıyı korumak gerekmektedir. Bu nedenle sağlık politikalarının hekimin saygınlığını artırarak aynı zamanda gerekli yerlerde hastanın sorumluluğunu almasını sağlayarak gerekirse yerine getirmedeği sorumlulukların sonuçları ile yüzleşecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.
- 13) Aile hekimliği uzmanlığı ile tüm sahanın uzmanlaşması hedeflenmekteyken, mevcut sistemde uzmanların sahaya girişi açısından üçe bir kuralı gibi zorlaştırıcı ve her yerde aynı şekilde uygulanmayan kura sistemleri bu hedeften uzaklaşmaya neden olmaktadır. Birinci basamakta uzmanlaşma arttığında verimlilik daha da artacaktır.

Kaynaklar

- 1) Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği. 2022. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr-aile-hekimligi.html> (Erişim Tarihi: 27.06.2024).
- 2) Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach JP., McKee M. Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe. *The Lancet* 2013; 381(9874):1323-1331.
- 3) Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S., McKee M. Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe: Policy Summer 5. Copenhagen 2012.
- 4) Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. Health Effects of an Economic Crisis: Omens of a Greek tragedy. *The Lancet* 2011; 378:1457-1458.
- 5) Schoen C., Osborn R. *The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries*. Commonwealth Fund, 2010.
- 6) Hudak P.L., Wright J.G. The Characteristics of Patient Satisfaction Measures. *Spine* 2000; 25(24):3167-3177.
- 7) Edirne T., Avcı D.K., Atmaca B. Van İlinde Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti: Anketeye Dayalı Kesitsel Çalışma. *Türk Aile Hek Derg* 2009; 13(3):137-147.
- 8) Üstün S., Cezlan E.Ç. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021; 10(3):353-364.
- 9) Turgu S., Öztora S., Çaylan A., Dağdeviren H.N. Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu ile İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2018; 22(2): 78-91.
- 10) Stange K.C., Etz R.S., Gullett H., Sweeney S.A., Miller W.L., Jaen C.R., Crabtree B.F., Nutting P.A., Glasgow R.E. Metrics for Assessing Improvements in Primary Health Care. *Annual Review of Public Health* 2014; 35(1):423-442.
- 11) Gürsoz H., Adil M., Öztürk A., Tarhan D., Aksoy H., Gündüz Ş. Kayral İ.H., Dilmaç E., Özbay H., Zergeroğlu S., Akın M., Karadayı B., Tekin K., Sarı A., Yıldız M.S., Avcı, B. Türkiye Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2017; 14(1):73-86.
- 12) Şahin H., Çildağ S., Çelebi M. Klinik Kalite Yönetimi Uygulamalarına Hekimlerin Yaklaşımı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2016; 1(12):27-51.
- 13) Yıldız S.M. Initiating A Clinical Quality Measurement and Evaluation System: A Case Study from Turkey. *ACU Sağlık Bil. Derg* 2018; 9(4):465-468.
- 14) Olagundoye O.A., Akinwunmi O.O., Onafeso E.T., Henshaw I., Odujoko A., Oladipo-Badmus M.A., Amosun F., Ajumobi I.O. Comparative Assessment of the Quality of the Primary Care System: A Survey of Family Physicians' Perspective at A Tertiary Health Facility and A New Family Medicine Training Facility in the Lagos State Health System. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2020; 9(2):871-876.
- 15) Justin B.M., Liaw W., Moore M.A., Etz R.S., Howe A., Bazemore A. Core Principles to Improve Primary Care Quality Management. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2018; 31(6):931-940.
- 16) Vermeir P., Vandijck D., Degroote S., Peleman R., Verhaeghe R., Mortier E., Hallaert G., Van Daele S., Buylaert W., Vogelaers D. Communication in Healthcare: A Narrative Review of the Literature and Practical Recommendations. *Int J Clin Pract*. 2015; 69(11):1257-67.
- 17) Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html> (Erişim Tarihi: 22.10.2024).
- 18) Karaferis D.C., Niakas D.A., Balaska D., Flokou A. Valuing Outpatients' Perspective on Primary Health Care Services in Greece: A Cross-Sectional Survey on Satisfaction and Personal-Centered Care. *In Healthcare* 2024; 12(14):1427.
- 19) Weinhold I., Gurtner S. Rural-Urban Differences in Determinants of Patient Satisfaction with Primary Care. *Soc. Sci. Med.* 2018; 212:76-85.
- 20) Kress D.H., Su Y., Wang H. Assessment of Primary Health Care System Performance in Nigeria: Using the Primary Health Care Performance Indicator Conceptual Framework. *Health Syst Reform* 2016; 2:302-18.
- 21) Parasuraman A., Zeithaml V.A. & Berry L.L. A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 1985; 4:41-50.
- 22) Droz M., Senn N., Cohidon C. Communication, Continuity and Coordination of Care are The Most Important Patients' Values for Family Medicine in A Fee-For-Service Health System. *BMC Fam. Pract* 2019; 20:19.
- 23) Garattini L., Curto A., Freemantle N. Access to Primary Care in Italy: Time for a Shake-up? *Eur. J. Health Econ.* 2016; 17:113-116.
- 24) Jha A., Godlee F., Abbasi K. Delivering on the Promise of Universal Health Coverage. *BMJ* 2016; 353:2216.
- 25) Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. *OECD Health Working Papers* 2015. OECD Publishing: Paris, France.
- 26) Sánchez-Piedra CA., Prado-Galbarro FJ., García-Pérez S., Santamera AS. Factors Associated with Patient Satisfaction with Primary Care in Europe: Results From the EUprimecare Project. *Qual. Prim. Care* 2014; 22:147-155.
- 27) van Loenen T., van den Berg M.J., Westert GP., Faber M.J. Organizational Aspects of Primary Care Related to Avoidable Hospitalization: A systematic Review. *Fam. Pract.* 2014; 31:502-516.
- 28) Derksen F., Bensing J., Lagro-Janssen A. Effectiveness of Empathy in General Practice: A Systematic Review. *Br. J. Gen. Pract* 2013; 63:76-84.
- 29) Groenewegen P.P., Dourgnon P., Greß S., Jurgutis A., Willems S. Strengthening Weak Primary Care Systems: Steps Towards Stronger Primary Care in Selected Western and Eastern European Countries. *Health Policy* 2013; 113:170-179.
- 30) Faber M.J., Burgers J.S., Westert G.P. A Sustainable Primary Care System: Lessons From The Netherlands. *J. Ambul. Care Manag.* 2012; 35:174-181.
- 31) Forrest B., Christopher B., Starfield B. Entry into Primary Care and Continuity: The Effects of Access. *Am J Public Health* 1998; 88(9):1330-6.
- 32) Franks P., Fiscella K. Primary Care Physicians and Specialists as Personal Physicians: Health Care Expenditures and Mortality Experience. *J Fam Pract* Aug 1998; 47(2):105-9.
- 33) Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. Oxford University Press 1998: 99-147.
- 34) Macinko J., Starfield B., Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38(3):831-86.
- 35) Starfield B. Promoting Equity in Health Through Research and Understanding. *Developing World Bioeth* 2004; 4(1):76-95.
- 36) Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2023* [Internet]. 2023. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7a7afb35-en.pdf> (Erişim Tarihi: 05.08.2024).
- 37) Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 30.07.2024).
- 38) Başer A.D., Kahveci R., Koç M., Kasım İ., Şencan İ., Özkara A. Etkin Sağlık Sistemleri için Güçlü Birinci Basamak. *Ankara Medical Journal* 2015; 15(1):26-31.

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerine bakış

Doç. Dr. Memet Taşkın Egici



1994 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra olup 1999 yılında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinden aile hekimliği uzmanlığını aldı. 2006-2012 yılları arasında Başhekim yardımcısı ve Sağlık Bakanlığı Saha Koordinatörü olarak görev yaptı. 2012-2016 arasında Beyoğlu KHB Tıbbi Hizmet Başkanlığı görevinde bulundu. Türkiye’de ve farklı ülkelerde sağlık hizmetleri değerlendirme ve planlama çalışmalarına katıldı. Pakistan Hükümeti’nin davetiyle 2016-2017 tarihleri arasında “Consultancy Services for Supporting the Health Sector Reforms Process in Punjab” kapsamında danışman olarak görev yaptı. 2013-2017 arasında Şişli Hamidiye Etfal EAH başasistan/öğretim üyesi; 2017 yılından beri Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune EAH Aile Hekimliği Kliniğinde öğretim üyesi, Klinik idari ve eğitim sorumlusu olarak görev yapmaktadır. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi alanında Yüksek Lisansı ve JCI Akreditasyon Denetçi Sertifikası bulunmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve uygulamaları, sağlık yönetimi, kalite ve akreditasyon, bağışıklama, tütün bağımlılığı, göçmen ve seyahat sağlığı başta olmak üzere çeşitli alanlarda çalışmaları vardır. İki dönem TAHUD MYK üyeliği yapmış olup Türkiye EKMUD Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubu üyesidir.

Sağlık, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir”. “Her insanın ırk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı gözetmeksizin erişebileceği en yüksek sağlık standardına sahip olması temel haklardan biridir. Hükümetlerin halklarının sağlığı konusunda bir sorumluluğu vardır ve bu sorumluluk ancak yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin alınmasıyla yerine getirilebilir (1)”.

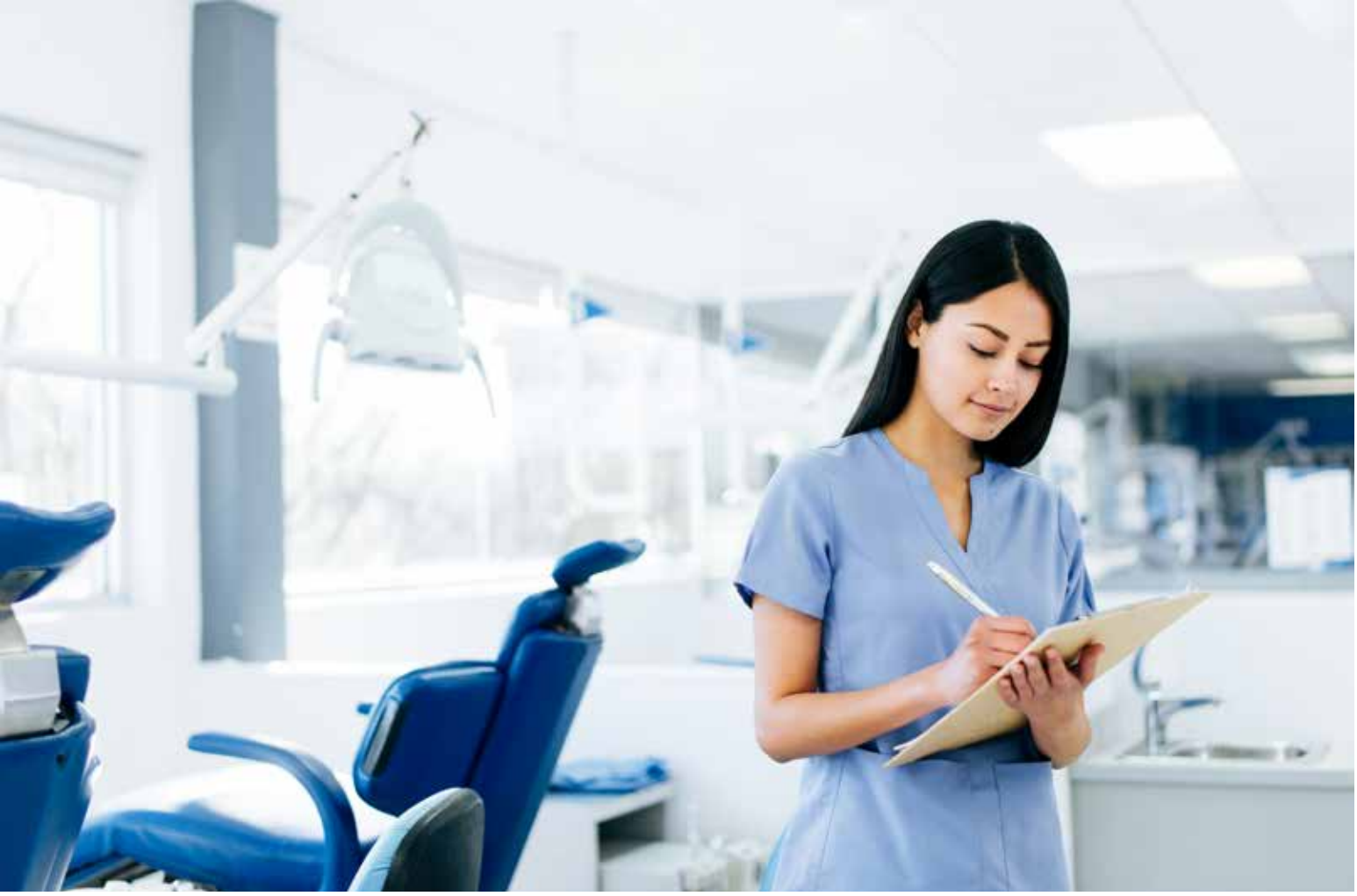
Alma-Ata Bildirgesinde (1978) birincil sağlık bakımının değerleri ve sağladığı süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyonun değeri resmen tanınmış, sağlık hizmetlerinin bağlamı ve öncelikleri önemli ölçüde değişmiştir. Tüm ülkeler, “birincil sağlık bakım hizmetlerinin” sağlık sistemlerini sürdürülebilir kılmak için şekillendirmede öncelikli bir araç olduğunu kabul etmiştir (2). Bu öncelik Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) ve Astana Bildirgesi (2018) tarafından yeniden teyit edilmiştir (2,3). Sağlığın bir insan hakkı olduğundan yola çıkarak adil bir toplum için gerekli bir koşul olarak sağlık ve toplum katı-

lımının sosyal ve çevresel belirleyicilerini ele almayı içeren bir paradigma değişimi önerilmiş, ayrıca insanların yaşadığı yere yakın sağlık hizmeti almasını, toplum genelinde koordinasyonu ve sağlık sisteminin dayanak noktası olarak birincil bakım hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır (4).

“Herkes için sağlık” hedefi genel olarak tam başarıya ulaşamamış, ülkeler ve aynı ülke içerisindeki toplum kesimleri arasında eşitsizlikler süregelmiştir. Ancak birincil sağlık bakım stratejisinin de etkileri sonucunda, anne ve çocuk ölümlerinde küresel olarak önemli ölçüde azalma olmuştur. Öte yandan bulaşıcı olmayan hastalık yükü tahmini 41 milyon ölüm içinde yüzde 70’ini kapsamakta, artan yaşlanma dikkate alındığında kronik bakım hizmetlerinin sunulmasına yönelik ihtiyaç çığ gibi büyümektedir (4,5). Ekonomik büyüme; toplumların kutuplaşması, devam eden çatışmalar, artan eşitsizlikler, düşen doğurganlık oranları; nüfus hareketliliği, iklim değişikliği ve çevresel bozulmanın etkileri gibi sağlık sistemlerini etkileyen diğer yeni faktörler karmaşık ve koordineli çok sektörlü iş birliğini kaçınılmaz hâle getirmiştir (6).

2023’te toplanan WONCA (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Konseyi) aile hekimliği tanımını revize ederek üç bileşene vurgu yapmaktadır: “Tek sağlık”, “Gezegen sağlığı” ve “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri” (SKH). Tek sağlık, “insanların, hayvanların ve çevrenin sağlığını dengelemek ve iyileştirmek için bütünleşik, birleştirici bir yaklaşım gerekliliğini” tanımlamaktadır. Gezegen sağlığı, “insan sağlığı ve bu sağlığın bağlı olduğu kaliteli su, hava ve toprak gibi doğal gezegen sistemleri” olarak tanımlanır ve ayrıca gıda ve enerji sistemleri de etkilenir. SKH’ler ise “yoksulluğa ortadan kaldırmamanın, ekonomik büyümeyi inşa eden ve eğitim, sağlık, sosyal koruma, iş fırsatları gibi bir dizi sosyal ihtiyacı ele alan, iklim değişikliği, toplumsal sağlık eşitsizlikleri ve çevre korumayla mücadele eden stratejilerle el ele gitmesi gerektiğini” kabul etmiştir (7).

Ülkelerin uygulama tecrübeleri; sağlık bakımının koordinasyonunu ve sürekliliğini kolaylaştıran, teknoloji odaklı klinik destek araçları ile desteklenen sevk sistemleriyle entegre, çok sektörlü iş birliğinin olduğu bütüncül birincil bakım hizmetleri ile sağlık hizmet sunumunun daha etkin ve verimli olduğunu ortaya koymaktadır (8).



Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği “kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı bir klinik uzmanlık” olarak tarif edilmektedir (7). Birincil bakım merkezleri, sağlık sorunlarının büyük çoğunluğu için ilk temas noktasıdır. Bu sayede cinsiyet, hastalık veya coğrafi konum ayrımı yapmayan temel, sürekli, kapsamlı ve koordineli bakım sağlanabilir. Günümüzde hekimler arasında uzman doktor oranı artmakta öte yandan klasik birinci basamak hekimliğinin yerini uzman hekime dayalı aile hekimliği almaktadır (9). Aile hekimleri, diğer hizmetlere sevk etmeden tüm başvuruların yaklaşık yüzde 80’ini yönetebilir (10).

Sağlık hizmetlerinde esas olan, sağlık sorununa yol açabilecek faktörlerin henüz oluşmadan engellenmesi veya ortadan kaldırılması, hastalandıktan sonra uygun tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin yerli yerinde yapılması, gereksiz tıbbi müdahaleden kaçınılmasıdır. Aile hekimleri, sağlığı koruma müdahallerinin hemen her aşamasında rol oynamaktadır (Şekil 1) (11).

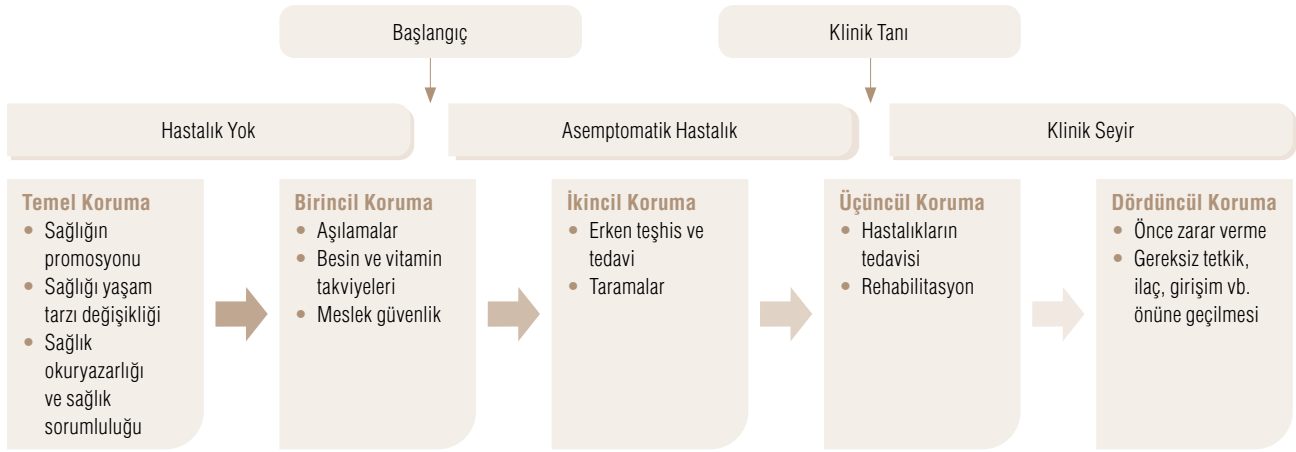
Ulusal ve yerel dinamikler sebebiyle sağlık sistemlerinde tek bir “doğru modeli” belirlemek “mümkün değildir”.

Ancak “sisteme entegre edilmiş” birincil sağlık bakımının “multidisipliner bir ekiple” hizmet bileşeninin merkezinde yer alması, “ilk temas erişimi”, “süreklilik”, “kapsamlılık” ve “koordinasyon özelliği” genel kabul gören yaklaşımlardır.

Genel olarak bir Birinci Basamak Sağlık Hizmeti (BBŞH) yaklaşımının ilkeleleriyle uyumlu modeller tasarlamak için farklı şekillerde tanımlanabilir. Sağlık sistemlerinde geçiş aşamaları uzun vadeli, karmaşık, kademeli adımlar, periyodik değerlendirmeler ve iyileştirmeler gerektiren yinelemeli süreçlerden oluşmaktadır ve programların başarısı için üst düzey politik destek, güçlü liderlik yanında halkın sahiplenmesi gerekliliği bulunmaktadır (12).

Ülkemizde cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren başlayan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmaları son yıllarda hız kazanmıştır. “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin, aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi” 2002’de başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’nin en önemli bileşenlerinden biri olarak öne çıkmış ve 2005 yılında pilot olarak başlayan “Sözleşmeli Aile Hekimliği Uygulaması” 2010 yılında tüm Türkiye’de yaygınlaştırılmıştır (12-14).

Sağlık hizmetlerinde esas olan, sağlık sorununa yol açabilecek faktörlerin henüz oluşmadan engellenmesi veya ortadan kaldırılması, hastalandıktan sonra uygun tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin yerli yerinde yapılması, gereksiz tıbbi müdahaleden kaçınılmasıdır. Aile hekimleri, sağlığı koruma müdahallerinin hemen her aşamasında rol oynamaktadır.



Şekil 1. Sağlığı Koruma Seviyeleri (10 No'lu kaynaktan revize edilerek yeniden düzenlenmiştir.)

Sağlık Bakanlığı "sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu" BBSH olarak tanımlamaktadır.

Uygulamada, bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) de Aile Hekimi (AH) ve Aile Sağlığı Çalışanı (ASÇ) tarafından, topluma yönelik sağlıkla ilgili risk ve sorunları ile ilgili uygulamaların ise Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından verilmesi planlanmıştır.

Ülkemizde hâlihazırda 540 TSM, 8.162 ASM bünyesinde 28.062 Aile Hekimliği Birimi (AHB) bulunmaktadır. Hâlihazırda AHB başına düşen nüfus 3.064 olup Sağlık Bakanlığı Stratejik Eylem Planında kademeli olarak azaltılması hedeflenmektedir.

Bu yazıda, koruyucu sağlık hizmetleri bütünü içerisinde ülkemizdeki aile hekimliği uygulaması ele alınarak yapılan çalışmalar ve geliştirilmesi gerekenler ana hatlarıyla gözden geçirilmeye çalışılacaktır.

Hizmete Erişim

Genel Sağlık Sigortası'na geçilmesi, tüm kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi ve ücretsiz aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla BBSH erişim büyük ölçüde kolaylaşmış, dezavantajlı gruplar dâhil olmak üzere nüfusun neredeyse tamamının (yüzde 99,2) ücretsiz bir şekilde BBSH erişimi mümkün hâle gelmiştir (15). TSM, KE-

TEM ve SHM'ler eliyle kronik hastalıklar ve kanser taramaları, topluma yönelik farkındalık çalışmaları gibi koruyucu sağlık hizmetlere yönelik çok sayıda program başlatılmıştır. Salgınlar, acil ve afet sağlığı çalışmaları ve yataklı tedavi hizmetleri kapsamında önemli iyileştirmeler sağlanmıştır.

İlk Temas Erişimi

Aile hekimliği uygulamasıyla kişilerin BBSH'de hekimlere erişimi kolaylaşmıştır. Ancak sağlık harcamalarında israfı önlemek ve ikinci-üçüncü basamakta gereksiz yığılmaların önüne geçilmesi için aile hekimlerinin "kapı tutucu" ve sağlık sisteminin koordinatörü rolleri gerçekleştirilememiştir (16). Birkaç ilde denenen "zorunlu sevk zinciri uygulaması" ile ilgili pilot uygulama, AH başına düşen nüfusun yüksekliği ve ASM'lerin altyapıları nedeniyle oluşan yığılma sonucunda önceden verilen hizmetlerin kalitesinde gerilemeye yol açması sebebiyle geri çekilmiş ve kişilerin doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurabilmesi imkânı devam etmiştir (17).

İngiltere'de kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı yüzde 10 dolayındadır. İsveç'te aile hekimine başvurmadan hastanelere gitmek mümkündür ancak ilave katkı payı ödenmesi gerekmektedir. Danimarka'da ise yerel belediyelerle birlikte aile hekimleri hastanın hastaneye gitmesinden eve dönüşüne kadar koordine edilmektedir. Hollanda'da ise telefonla danışmanlık

hizmetleri mesai dışı da dâhil önemli yer tutmaktadır. Hemşireler hastayı değerlendirmekte gerekirse aile hekimine yönlendirmektedir (18).

Sevk zinciri kavramı ele alınırken yeni vakaların ileri sağlık hizmet ihtiyacı sebebiyle üst sağlık basamaklarına sevk "lineer sevk zinciri" olarak tanımlanırken, çoklu sağlık sorunları ve kronik hastalıkları olan hastaların sistemin farklı seviyelerindeki koordinasyonunu aile hekiminin başlatması ve sürdürmesi "spiral sevk zinciri" olarak tanımlanmıştır (19). Ülkemizdeki sosyal dinamikler ve iş yükü dikkate alındığında AH başına düşen nüfus azaltılmadan lineer sevk zincirinin uygulanması pek mümkün gözükmemekte, başlangıçta "spiral sevk zinciri" uygulanarak kronik hastalık izlemleri, kanser taramaları gibi hasta gruplarının sevk ve koordinasyonu sağlanabilir (18). Bu tür pilot uygulamalar ilgili kliniklerin koordinasyonunda hastaneyle organik bağı bulunan Eğitim ASM'lerde başlatılabilir.

Süreklilik ve Kapsamlılık

Aile hekimliği uygulamasıyla fiziki ve mali açıdan erişim, kapsamlılık ve süreklilik önemli ölçüde sağlanmıştır. AHB'nin kurulmasıyla önemli ölçüde coğrafik olarak dengeli bir dağılım oluşmuştur. Katkı payı dışında laboratuvar ve ilaçlar dâhil olmak üzere koruyucu sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz sunulmaya başlanmıştır. Ancak koruyucu sağlık hizmet sunumunun etkin bir şekilde verilmesi için düzeltilmesi gereken noktalar bulunmaktadır: ASM'lerin fiziki ve teknik yeterliliğinin artırılması, hizmet sunanların uzmanlaşması ya da sürekli tıp eğitimleri yoluyla yetkinlerinin

artırılması, ekibin genişletilmesi, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında laboratuvar ve tedavi kapsamındaki kıstlılıkların kaldırılması gibi.

AH ve ASÇ'nin zorunlu sebeplerle fazlaca yer değiştirmesi, görevlendirmeler, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) sonucu başka uzmanlık dalı eğitimine başlama, belli zamanlarda çıkarılan "zorunlu nöbetler", Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) rotasyonları sebebiyle ASM'den uzaklaşma, EASM'lerde asistanların sık değişimi vb. hizmet sunumuyla ilişkili faktörler yanında aile hekimine başvurma zorunluluğunun olmaması ve üç ayda bir AH değiştirebilme imkânı gibi hizmet alanlarla ilgili faktörler sürekliliği olumsuz etkileyebilmektedir.

Finansal Koruma ve Mali Erişebilirlik

Sosyal Güvenlik kapsamının genişletilmesi ve aile hekimliği uygulamasıyla fiziki ve mali açıdan erişim ve kapsamılık önemli ölçüde sağlanmış, dezavantajlı gruplar da dâhil olmak koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli ölçüde finansal koruma ve mali erişilebilirlik oluşmuştur (20). Ancak özellikli durumlar ve ileri seviye sağlık hizmetlerinde erişimin aynı düzeyde olduğunu söylemek zordur.

Koordinasyon

TSM-ASM ilişkileri daha ziyade TSM'nin denetim ve eğitim ağırlıklı olarak aktivite gösterdiği bir tarzda devam etmektedir. Aile hekimlerinin, TSM ve ikinci-üçüncü basamak kurumlarla koordinasyonu istenen düzeyde değildir. Hastanelerin yenidoğan ve kanser taramalarına yönelik birim oluşturmaları, randevu için yeşil liste uygulaması, TSM'lerdeki SHM'ler olumludur ancak tüm paydaşların kapsayıcılığını sağlayamamaktadır. E-nabız uygulaması ile sağlık çalışanları ve hizmet alanların kişisel sağlık bilgilerini, laboratuvar ve görüntüleme verilerini görebilmesi önemli bir adım olmuştur (21). Bu altyapı elektronik geri bildirim ve telekonsultasyon gibi uygulamalarla birimler arası koordinasyona katkı sunabilir.

Uzmanlaşma ve Yetkinliklerin Artırılması

Avrupa Birliği (AB) en az üç yıllık uzmanlaşmış birinci basamak uzmanlarınca hizmetin sunulmasını talep etmek-

tedir (22). Ülkemizdeki Aile Hekimliği Uzmanı sayısı son yıllarda artmakla beraber hâlâ yeterli sayıda değildir.

ASM'de çalışan sözleşmeli aile hekimlerine yönelik olarak başlatılan yarı zamanlı SAHU modelinin de uzman sayısındaki artış açısından katkısı sınırlı kalmıştır. Öte yandan rotasyon kapsamında AB direktifinde gerekli görülen birinci basamak eğitimcileriyle birlikte klinik eğitimlerinin bulunmaması, akademi bulunmayan bölgeler arasında eğitime ulaşmada eşitsizlikler, vekalet ve ödemelerle ilgili sorunlar, rotasyon için ayrıldıkları dönemlerde ASM'den sürekliliğin ve iş barışının bozulması gibi tartışmaları beraberinde getirmiştir.

AH'nin saha eğitimini kapsayacak şekilde standart bir uzmanlık eğitimi sonrasında hizmet vermeleri için aile hekimliği eğitim kliniklerinin güçlendirilmesi, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin yanında tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimleri için oldukça yararlı olan Eğitim ASM'lerin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Uygulamanın amacına uygun olarak SAHU eğitimi yoluyla uzman olan hekimlerin kadrolarının birinci basamak kurumlarına tahsisi edilmesi, Devlet Hizmeti Yükümlülüğünde (DHY), Aile Hekimliği uzmanlarının birinci basamak kurumlarına atanması gerekmektedir. Uzmanlık sınavını kazanmış olsalar bile mezuniyet sonrası tüm hekimlerin asistanlığa başlamadan önce belli bir süre birinci basamakta görev yapmalarının hastaya bütüncül yaklaşım ve sağlık sisteminin işleyişini tanımak açısından yararlı olacaktır.

Akut ve kronik hastalıklarını üstesinden gelinebilmesi için ekiplerin yetkinliklerinin artırılması gerekmektedir. Süreklilik gerektiren yetkinlik eğitimlerinin, hastaneler, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) başta olmak üzere uzmanlık dernekleri ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK) ile iş birliği içinde geniş kapsamlı olarak planlanması, başka ülkelerde örnekleri görülen şekilde basit düzeyde ultrasonografi (US) dâhil laboratuvar ve görüntüleme imkânlarının artırılması BBSH'nin geliştirilmesine katkı sunacaktır. Aile sağlığı çalışanlarına yönelik rutin sertifika programları olumludur ancak aile hekimliği uygulamasında olması gereken yetkinlikler bütüncül bir eğitim olarak lisans eğitimi esnasın-

da verilmeli, ASÇ olarak sertifikalandırılmalı ve eğitimler güncellenmelidir.

Multidisipliner Ekipler

AHB'lerde hekim ve bir ASÇ'den oluşan ekip, başka ülkelerde olduğu gibi sosyal çalışmacı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist hatta klinik eczacı gibi üyelerle genişletilmelidir (23). AH'nin doğrudan yetkinlikleriyle ilgili alanlarda verimli çalışmaları için hemşirelerin görev ve sorumluluklarının yeniden belirlenmelidir (9). Söz gelimi Slovenya örneğinde olduğu gibi kronik hastalık takiplerinde eğitilmiş hemşirelerin daha fazla rol olması söz konusu olabilir (10).

Toplum sağlığı hizmetlerinin Halk Sağlığı Uzmanlarının öncülüğünde bir ekiple koordine bir şekilde sunulması önem taşımaktadır. "Sağlıklı Hayat Merkezleri" (SHM) sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılardır. SHM'ler, toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet göstermektedir (24). Ancak sayı ve dağılımları, ASM'lerle koordinasyonu ve işlevsellikleri henüz yeterli olmaktan uzaktır.

Aile Hekimliği Çalışanların Ücretlendirmesi ve Motivasyon

"Per capita" (kayıtlı kişi başına ödeme) modeline ilave olarak belli gruplara (yenidoğan, çocuk, yaşlı, mahkum) farklı katsayıyla ödeme yapılmakta, başta aşı olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerindeki bazı kalemlerde performansa göre negatif kesinti yapılırken kronik hastalık izlemleri ile ilgili işlemlerden pozitif bir performans verilmekte olduğu belirtilmiştir. Ayrıca laboratuvar tetkikleri için ayrı bir ödeme; donanım ve ilave personel çalıştırma durumlarına göre farklılaşan cari ödeme yapılmaktadır.

Uygulamada belli poliklinik muayenesi sayısına ulaşan birimlere teşvik verilmesi yerine bazı hizmetler için "hizmet başı ödeme uygulaması" düşünülebilir. Söz gelimi basit suturasyon ve pansumanlar, kısa süreli müşahadeler ve nebulizasyon vb. işlemler altyapının ve ekibin güçlendirilmesi ve nüfus azaltılmasıyla birlikte uygulanabilir. "Sürücü olur", "akli meleke" ve "yivsiz av tüfeği ruhsatı" gibi sağlık raporları, anayasal olarak

BBSH'nin başarısı çok sektörlü yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Kurumlarda sağlık kuruluşları dâhil aile hekimliği uygulamasının ve genel olarak koruyucu sağlık hizmetlerin farkındalığı yetersizdir. Temel sağlık koruyuculuğu kapsamında sağlıklı yaşam alışkanlığı kazandırılmasına yönelik olarak üniversiteler, Millî Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, yerel yönetimler, STK ve medyanın daha fazla sorumluluk alması gerekmektedir.

Ücretsiz verilmesi öngörülen koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında olmayan bir tür bilirkişi raporu mahiyetinde idari raporlar olarak değerlendirilebilir ve aile hekimleri dâhil ücretli verilmelidir.

Başlangıçta özellikle pratisyen hekimler için statü ve sosyal haklardaki iyileşme sonucu olumlu bir çalışma motivasyonunun olduğu söylenebilir. Ancak özellikle kamu binası olmayan ASM binalarında "hizmet verilmesindeki zorluklar, ekipten kaynaklanmayan nüfus azlığı, sağlıkta şiddet, hizmet alanların tıbbi gereklilik içermeyen talepleri, şikayetlerin süzülmeden sağlık çalışanlarına yansıtılması ve aile hekimlerinin yetkinliklerini kullanmasına engelleyen kısıtlamalar motivasyonu olumsuz etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı yanında yerel yönetimler ASM'ler ve 112 istasyonları başta BBSH veren sağlık kuruluşlarının fiziki koşullarını iyileştirmelidir.

Multisektörel Yaklaşımlar

BBSH'nin başarısı çok sektörlü yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Kurumlarda sağlık kuruluşları dâhil aile hekimliği uygulamasının ve genel olarak koruyucu sağlık hizmetlerin farkındalığı yetersizdir. Temel sağlık koruyuculuğu kapsamında sağlıklı yaşam alışkanlığı kazandırılmasına yönelik olarak üniversiteler,



Millî Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, yerel yönetimler, STK ve medyanın daha fazla sorumluluk alması gerekmektedir.

Zaman zaman konuşulan ancak uygulamaya geçemeyen "aile danışmanlığı" uygulamasının Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından gündeme getirildiği görülmektedir (25). Öneri olarak üç ya da dört AH birimini (yaklaşık 10.000 nüfus) kapsayacak ve "Aile Sosyal Destek Birimi" olarak tanımlanacak fonksiyonel bir destek biriminin oluşturulması, evde sağlık hizmetleri başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerin etkinliğini artıracaktır.

Sağlık Okuryazarlığından Sağlık Sorumluluğuna

Bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlıklarını geliştirme, sürdürme veya iyileştirme, sağlık çalışanlarının desteğiyle veya desteği olmaksızın hastalık ve engellilikle başa çıkma yeteneği ve becerisi geliştirmek çok önemlidir, sağlık hizmetlerinin hem etkinliği hem etkililiği üzerinde önemli etkiler yapar. Sağlıklı yaşam tarzı için davranış değişiklikleri de dâhil olmak üzere toplumun "güçlendirilmesi", bakım ve tedavi seçenekleri hakkında seçimler yapma ve sağlık kaynaklarının nasıl, nerede ve

hangi amaçlarla kullanılacağı konusunda karar alma süreçlerine "katılımının" sağlanması için sağlık okuryazarlığı yanında "sağlık sorumluluğu" kavramının daha fazla ön plana çıkarılması hizmetlerin verimli kullanılmasına ve kişilerin sağlık bakımlarının da olumlu etkilenmesine yol açacaktır.

Mevcut uygulamada aile hekimlerinin yılda bir kez kişilere ulaşması istenmekte, aşı ve izlemlerde performans uygulanmaktadır. Ancak önemli oranda kayıtlı kişinin aile hekimine başvurmadığı bilinmektedir. Sağlık hizmeti alacak tüm bireylerin "sağlık hizmetlerine erişmek için yılda en az bir kez aile hekimine başvurması" zorunlu tutulabilir. Başlangıçta başvuru artışına yol açabilir ancak kronik hastalıklar ve bağışıklama hizmetleri başta olmak üzere önemli bir toplum kesiminin BBSH daha etkin kullanımına, sağlık bilgilerinin güncellenmesine ve sağlık istatistiklerinin doğru verilerden oluşmasına katkı sağlar.

Gündemde olan ve yenidoğan tarama programı aleyhine verilen bir yerel mahkeme kararı toplumun "sağlık okuryazarlığı" ve "sağlık sorumluluğu" konusunda yasal ve toplum bilgilendirmesi kapsamında ivedi önlem alınması gerektiğini ortaya koymaktadır (26).

Sonuç

Aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilmesi ile genel olarak hizmet alanların finansal olarak korunduğu, temel sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığı, kapsamlı ve sürekli bir BBSH sunumu mümkün hâle gelmiştir. Sosyoekonomik etkenlerin de katkısıyla temel sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler sağlanmış; bebek, gebe izlemleri, yenidoğan taramalarında önemli oranda hedefe ulaşılmış ve mobil sağlık hizmetlerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (23). Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında çocukluk çağı aşılama ve bağışıklama oranları yüzde 95'in üzerine çıkmıştır. Ancak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erişkin aşılama oranları oldukça düşüktür (27). Erişkin aşılama oranlarının GBP kapsamında sistemli bir şekilde uygulanması, risk gruplarına yeni aşılama sağlanması (HPV, Menenjit, Zoster, RSV), hastanelerde erişkin aşı poliklinikleri oluşturulması ve taramalara (Yenidoğanlarda Galaktozidaz ve Pulse Oksimetri ile Oksijen saturasyonu ölçümü, 65 yaş üzerinde Aort anevrizması için Ultrason taraması vb.) eklenmesi koruyucu sağlık hizmetlere katkı sunacaktır (27).

Ülkemizdeki tütün kullanımı, obezite ve diyabet oranındaki yükseklik alarm vermektedir (9). Türkiye'nin kolon, meme ve servikal kanserler için toplum tabanlı önleme ve tarama programlarına; kronik hastalık izlemlerine, fiziksel, beslenme ve metabolik risk faktörleri ile ilişkili koruyucu hizmetlere daha fazla ağırlık vermesi gerekmektedir.

Birincil sağlık bakımındaki fiziki ve teknolojik imkânları iyileştirmek OECD ülkelerine göre düşük olan 10.000 kişiye düşen hekim, ebe ve hemşire sayısını artırmak, personelin yetkinliklerini geliştirmek daha etkin bir hizmet sunumuna imkân sağlayacaktır (9,28). Aile hekimlerinin etkin bir kapı tutucu rol üstlenebilmesi için kayıtlı nüfusları azaltılmalı, uzmanlaşmaya önem verilmeli ve aile hekimliği farklı disiplinleri bir araya getiren entegre sağlık modelleriyle desteklenmelidir. Tele-sağlık ve yapay zekâ sistemleri de kullanılarak sağlık sistemi unsurları arasında koordinasyon ve entegrasyonun sağlanması, toplumsal sağlık bilincinin, hizmet alanların sağlık sorumluluğunun belirginleştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerin multisek-

törel olarak desteklenmesi gerekmektedir (23). Sağlık Bakanlığının bilgi işlem altyapısı ve geline dijital seviye bunu kolaylaştıracak durumdadır (21).

Ülkemizin tamamında yaklaşık 15 yıldır devam eden Aile Hekimliği Uygulamasının politik karar vericiler, hizmeti sunan ve hizmet alanlar tarafından genel kabul gördüğü söylenebilir. Günün şartları, nüfustaki yaşlanma ve teknolojik gelişmelere göre güncellendiği takdirde etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmetinin en önemli bileşeni olmaya devam edecektir.

Kaynaklar

- 1) *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution> (Erişim Tarihi: 09.08.2024).
- 2) *Declaration of Alma-Ata*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).
- 3) *Declaration of Astana*. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
- 4) Rasanathan, K., Evans, T.G. *Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19*. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020;98(11):801.
- 5) *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization; 2020. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>.
- 6) *Global health watch 3: an alternative world health report*. London New York: Zed Books; 2011. 372 s. (*Global health watch*; 3).
- 7) Windak, A., Rochfort, A., Jacquet, J. *The revised European Definition of General Practice/Family Medicine. A pivotal role of One Health, Planetary Health and Sustainable Development Goals*. *Eur J Gen Pract*. 30(1):2306936.
- 8) Khatri, Resham B., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., Erku, D., Endalamaw, A. & Assefa, Y. *People-centred primary health care: a scoping review*. *BMC primary care*. 11 Eylül 2023 24(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37946115/> (Erişim Tarihi: 04.08.2024).
- 9) Aydın, S. *OECD 2023 Verileri Penceresinden Türkiye'nin Sağlık Durumu*. *SD Platform*. 2024. <https://sdplatform.com/oece-2023-verileri-penceresinden-turkiyenin-saglik-durumu-2/> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).
- 10) Pavlič, D.R., Švab, I., Pribaković, R.B. *Slovenia. İçinde: Building primary care in a changing Europe: Case studies*. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459017/> (Erişim Tarihi: 11.08.2024).
- 11) Çadircı, D. *Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi*. İçinde: Demirağ, S., editör. *Hipokrat Aile Hekimliği*. Ankara: Hipokra Yayınevi; 2024.
- 12) Akdağ, R. *Lessons from Health Transformation in Turkey: Leadership and Challenges*. *Health Systems & Reform*. 02 Ocak 2015; <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23288604.2014.956017> (Erişim Tarihi: 03.09.2024).

13) T. C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. /TR,11415/saglikta-donusum-programi.html (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

14) *Aile Hekimliği Kanunu*, R.Gazete: Tarih : 9/12/2004 Sayı :25665. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>.

15) *OECD Data Explorer Healthcare coverage*. Erişim adresi: *OECD Health Statistics 2023* <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

16) Korukluoğlu S. *Sevk zinciri: Mevcut durumda çözüm mümkün mü? SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. (48):10-1.

17) *Milli Gazete*. *Aile hekimliği sevk zinciri yumuşatıldı*. <https://www.milligazete.com.tr/haber/837003/aile-hekimligi-sevk-zinciri-yumusatildi> (Erişim Tarihi: 23.08.2024).

18) Bektemur G, Arıca S, Gençer MZ. *How Should Referral Chain be Implemented in Family Medicine in Turkey?* *Ankara Medical Journal*. 28 Eylül 2018. <https://dergi.org.tr/tr/doi/10.17098/amj.461442> (Erişim Tarihi: 22.08.2024).

19) Meseneer, J.D. *Aile Hekimliği ve Birinci Basamak - Toplumsal Değişimin Yol Ayrımında*. İstanbul: TAHEV; 2018. s.267.

20) *Organization WH. Successful health system reforms: the case of Turkey*. Geneva: World Health Organization. 2012.

21) Birinci, Ş. *Sağlığın Nabzını Tutacak Yeni Bir Uygulama: e-Nabız*. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. Aralık 2015;86-9.

22) *Definition 3rd ed 2011 with revised wonca tree*. pdf. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> (Erişim Tarihi: 13.06.2018).

23) Bağcı, H., Egici, M.T., Öztaş, D., Gençer, M.Z., Nizamoğlu Mercan, G. *The Effect of Family Medicine Implementation on Primary Health Care Services: Northeast Anatolia Region Evaluation*. *Haydarpaşa Numune Med J [Internet]*. 2020; Erişim adresi: <https://hntipdergisi.com/jvi.aspx?un=HNHJ-98215&volume=> (Erişim Tarihi: 23.01.2021).

24) *Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*. *Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)*. Erişim adresi: <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html> (25.08.2024).

25) *Denizli Haber - Denizli 24 Haber - son dakika Denizli haberleri*. Her aileye aile danışmanı geliyor. Erişim adresi: <https://www.denizli24haber.com/haber/her-aileye-aile-danismani-geliyor-61401> (Erişim Tarihi: 09.08.2024).

26) *Sağlık Bakanlığının Kars aile mahkemesinin "topuk kanı" kararına ilişkin açıklama [Internet]*. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakanligindan-kars-aile-mahkemesinin-topuk-kanikararina-iliskin-aciklama/3310664> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

27) *Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2028, 2020, 2022 Sağlık Bilgi Sistemleri GM*, Ankara. Erişim adresi: /TR,11588/istatistik-yilliklari.html (Erişim Tarihi: 20.12.2020).

28) Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., vd. *Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity*. *The Lancet*. 2013;382(9886):65-99.

Ülkemizde bağışıklama hizmetlerinin dün, bugün

Doç. Dr. Özlem Polat



1998 yılında başladığı Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2004 yılında mezun oldu. 2005 yılında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine başladı. 2009'da Kahramanmaraş Nurhak TSM'de uzman hekim olarak mecburi hizmet görevine başladı sonrasında aynı yıl Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği uzmanı olarak atandı. 2016-2017 yılları arasında Beykent Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Eğitimini tamamladı. 2017 yılında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği Kliniği idari sorumlusu olarak atandı. 2023 yılında Aile Hekimliği Doçenti ünvanını aldı. Hâlen Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu olarak görev yapmaktadır.

Aşılama, her yıl milyonlarca hayat kurtaran küresel bir sağlık başarı öyküsüdür. Aşılar, vücudunuzun doğal savunma mekanizması ile beraber çalışarak koruma oluşturur ve hastalığa yakalanma riskini azaltır. Birincil korumanın anahtarı olan aşılamaya bulaşıcı hastalık salgınlarının önlenmesi ve kontrolü için de kritik önem taşımaktadır. Küresel sağlık güvenliğinin temelini oluşturmakta ve aynı zamanda antimikrobiyal dirence karşı mücadelede hayati bir araçtır (1).

Hastalıkların eradikasyonu için yapılan çalışmalar 1800'lü yıllarda başlamıştır. 1950'lerde düzenlenen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) toplantılarında sıtma ve çiçek hastalıklarının küresel eradikasyonu hedef olarak belirlenmiştir. Çiçek hastalığı için 1977 yılında eradikasyonda başarıya ulaşılmış ve bu durum 1980'de 33. Dünya Sağlık Kurulunda resmî olarak ilan edilmiştir. Çiçek hastalığının eradikasyonu bulaşıcı hastalıklarla mücadelede dönüm noktası olmuş ve bağışıklama hizmetlerinin önemi ortaya çıkmıştır (2,3).

Çiçek hastalığı ile mücadeleye başlanan yıllarda sadece çiçek aşısı ve BCG aşısı yaygın olarak kullanılıyordu. Günümüzde ise DSÖ, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için 25 aşının dünyada kullanımında olduğunu bildirmiştir (4). CDC

(Centers for Disease Control and Prevention, Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri) tüm çocukların Hepatit A ve B, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Pnömonik hastalıklar, Hemofilus influenza tip b, Çocuk felci, Kızamık, Kızamıkçık, Rotavirüs ve Human Papilloma Virüs enfeksiyonları olmak üzere 12 hastalığa karşı bağışıklanmasını önermektedir (5).

Ülkemizde boğmaca, difteri, tetanos, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, çocuk felci, suçiçeği, hepatit A, hepatit B ile Streptococcus pneumoniae ve Haemophilus influenzae tip b'ye bağlı invaziv hastalıkları ve bunlara bağlı ölümleri azaltmak için aşılamaya yönelik programlar yürütülmektedir. 1981 yılında yürürlüğe giren ve 2008 yılında güncellenen "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" kapsamında aşılamaya yönelik gerekli şartların sağlanması bulunmaktadır. Enfeksiyona yakalanma riski yüksek olan kişilere ulaşım bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılamaya yönelik hizmetlerini içermektedir. GBP çocukluk dönemi aşı uygulamalarının yanı sıra erişkinlere, gebelere tüm risk grubundaki kişilere yönelik aşı uygulamalarını da kapsamaktadır (6).

GBP'nin başarı ile uygulanması sayesinde ülkemizde 1980-1984 yıllarına göre 2015-2019 yıllarında difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve kızamık

vakalarında yüzde 100'e yakın bir azalma olmuştur (7).

Ülkemizde 1963 yılında çocuk felci aşısı uygulanmaya başlanmıştır. Çocuk felci bağışıklama çalışmalarının başarı ile uygulanması sonucu ile 21 Haziran 2002'de Türkiye; Avrupa Bölgesi "Polio'dan Arındırılmış Bölge" olarak belgelendirilmiştir. Bu arındırılmış durumun korunması ve devamlılığı amacıyla Polio İportasyon Genelgesi yayımlanmıştır. 2008 yılına kadar Poliomyelit Eradikasyon Programı kapsamında bir yaş altındaki tüm bebeklere üç doz OPA uygulanmıştır. GBP'da 2008'den itibaren İPA aşısı olarak beşli karma aşısı (DaBT-İPA-Hib) içinde 2., 4. ve 6. ve 18. aylarda, OPA ise 6. ve 18. aylarda çocukluk dönemi bağışıklaması olarak uygulanmaktadır. İPA aşısı dörtlü karma aşısının içerisinde ilkökul birinci sınıfta rapel doz olarak uygulanmaktaydı (6).

Son yıllarda yaşanan göçler ile aşılanmamış çocuk sayısındaki artış polio açısından risk oluşturmuştur. 2015 yılında Suriye ve Irak ile aktif sınır komşuluğu olan illerde 0-59 aylık tüm çocuklara "Destek Aşılamaya Çalışmaları" kapsamında aşılamaya yapılmıştır (9). Yürütülen ek aşılamaya çalışmaları ile vaka sayısındaki artışların önüne geçmek hedeflenmiş, vaka bildirimi olmamış ve çocuk felcine bağlı olası ölümlerin önüne geçilmiştir. Tüm bunların da etkisiyle 6 Ha-



ziran 2020'de 'Aşı Takvimi Değişikliği'ne dair karar ile güncellenen çocukluk dönemi aşı takviminde İPA aşısı dördü karm a aşısının içerisinde 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48. ayına girmiş tüm çocuklara Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) uygulanacak şekilde planlanmıştır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve ilköğretime başlamamış olan çocukların DaBT-İPA aşısı 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde yine okullarda uygulanacağı belirtilmiştir (10). Ancak COVID-19 pandemisi nedeniyle okulların kapalı olduğu dönemde aşılamalar aile hekimliklerin de devam etmiştir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki rolü çok büyük olan aile hekimlikleri hem COVID-19 aşılamaları hem de rutin aşı takvimindeki aşılamaları üstün gayreti ile pandemi sürecinde de yerine getirmiştir.

Hastalıklarla savaşta stratejik yaklaşımların etkin uygulanmaması virüslerin yaşamasına ve hastalıkların yayılmasına neden olmaktadır. DaBT+İPA+Hib üçüncü doz aşılama hızlarının uluslararası karşılaştırmasına bakıldığında 2022 yılı itibarıyla ülkemizde oran yüzde 99,5 iken, Avrupa Bölgesi'nde yüzde 94, dünya genelinde ise yüzde 84 oranındadır (11). Çocuk felci virüsünün endemik olduğu ülkelerden yayılması durumunda, dünya genelindeki yeni vaka sayısının yılda 200.000'lere ulaşabileceği belirtiliyor (12). Sınırların ortadan kalktığı günümüz dünyasında bulaşıcı hastalıkların sadece endemik ülkeler

değil tüm dünya ülkeleri için risk oluşturduğu unutulmamalıdır.

1970 yılında uygulanmaya başlanan kızamık aşısı için 2002 yılından itibaren Kızamık Eliminasyon Programı yürütülmektedir. 2003-2005 yılları arasında 9 ay-14 yaş grubundaki 18,2 milyon çocuğa Kızamık Aşı Günleri kapsamında ek bir doz kızamık aşısı uygulanmıştır. Ek doz aşılama ile yerli virüsün yayılımını durdurmak, ülkemiz dışından gelecek yeni kızamık virüslerinin yerleşmesini önlemek ve kızamığa bağlı ölümleri engellemeği hedeflemiştir (6). Türkiye, 2005'te ikinci kez kızamık aşılama günleri uygulayarak kızamığın ortadan kaldırılması hedefini sürdürmüştür. 2007'den 2011'e kadar vaka sayısı 5'in altında kalmıştır ve 2008 ile 2010 yılları arasında yerel vaka bildiri mi olmamıştır. Ancak 2011'de sınır komşumuz Suriye'de çıkan iç savaş ve Avrupa'daki kızamık salgını sonrasında morbidite oranları artmaya başlamış ve 2013'te morbidite oranları neredeyse yüzde 10'a ulaşmıştır (12). Türkiye'den DSÖ'ye bildirilen olgu sayısı, 2013'ten sonra 2019'da en yüksek sayı olan 2.904'e ulaşmıştır (13).

2020 yılında güncellenen çocukluk dönemi aşı takvimine göre ilköğretim 1. sınıfta uygulanan DaBT-İPA aşısı gibi KKK aşısı da 48. ayına girmiş tüm çocuklara uygulanacak şekilde yenilendi. Böylelikle son güncelleme ile kızamık aşısı ülkemizde 12. ay ve 48. ayda olmak üzere 2 doz olarak uygulanması plan-

lanmıştır. Ayrıca salgın riski olan bölgelerde 9. ayda ilave ek doz uygulanması belirtilmiştir (10). Yapılan aşı takvim güncellemeleri özellikle göçle birlikte artan vaka sayılarının önüne geçmek amaçlanmıştır. Sağlık istatistikleri yaylığı 2022 verilerine göre KKK Aşılama Hızı 2002 yılında yüzde 82 iken 2022'de bu oran yüzde 95,2'ye çıkmıştır. KKK aşılama hızlarının uluslararası karşılaştırmasına baktığımızda ise bizde yüzde 95,2 olan oran Avrupa Bölgesi'nde yüzde 93, dünya genelinde ise yüzde 83'tür (11). Düzenli ve programlı yürütülen aşılama faaliyetlerinin devamlılığı olumlu sonuçlar için önem arz etmekte. Ülkemizde yapılan etkin aşı çalışmalarının sonuçları olumlu yansımaktadır.

2006 yılından itibaren kızamıkçık içeren aşı takvime eklenmiştir. 2010 yılında yürürlüğe giren "Kızamık, Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu (KKS) Sürveyansı Daimî Genelgesi" ile Kızamık/Kızamıkçık insidansının yılda 1.000.000'da 1'den az olması ve KKS görülme hızının da yılda, 100.000 canlı doğumda 1'den daha az olması hedeflenmiştir. Aşılama hızını yüzde 95'in üzerine çıkarma da hedefler arasındadır (14). Yürütülen program sonuçlarını vermiş ve DSÖ, Türkiye'de 2019 yılı sonu kızamıkçık virüsü dolaşımının 36 ay süresince kesilmiş olduğu ve Türkiye'nin ilgili dönem için kızamıkçığı elimine etmiş olduğunu bildirmiştir (7). Aşılanma hızı için de 2022 verilerine göre oran yüzde 95,2 olmuş ve hedefe ulaşmıştır (11).

Türkiye’de kabakulak aşısı, 2006 yılında kızamık ve kızamıkçık aşlarıyla birlikte üçlü monovalan olarak aşı takvimine dâhil edildi. Aşılamadan önceki döneme ait ölüm oranları hakkında yeterli veri bulunmamakla birlikte 2005 ve 2006’daki aşılamadan sonraki dönemdeki veriler incelendiğinde morbidite oranları yüzde 27 olmuş, herhangi bir ölüm vakası ise olmamıştır (12). Yurt dışında yapılan çalışmalar da aşılamadan önceki dönemde insidansında düşüşler olduğunu desteklemektedir (15,16).

Bağışıklama sadece çocuklar için değil yetişkinler için de enfeksiyon hastalıklarından korunmanın en kolay ve etkili yoludur. Tüm dünyada yaşlı nüfus artmaktadır. Yetişkinler çocuklar kadar enfeksiyon hastalıklarına duyarlı olmasa da yetişkin yaş grubunda hastalıklar daha ölümcül seyredebilmektedir. Çocukluk çağında uygulanan aşılarının devamı olarak yetişkin yaş döneminde de yaşa ve ek hastalıklara uygun aşılamalarla mortalite ve morbidite açısından birçok hastalıktan korunmak mümkün olacaktır. Bu nedenle sadece çocukluk çağı değil yetişkin ve yaşlıları da kapsayan hayatın tüm dönemine yönelik bağışıklama planları önem arz etmektedir (17).

Bulaşıcı hastalıklar, sadece kişisel bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda toplum sağlığını da tehdit etmektedir. Rutin bağışıklama programı dışında eksik aşı ya da hiç aşılanmamış olan çocukların takibi de önemlidir. Eksik aşı çocukla ve yetişkinler değerlendirilirken aşının kaç doz yapıldığı, aşılamaya dair kayıt var mı incelenmelidir. Eksik aşı birey kalmaması için herhangi bir nedenle sağlık kurumuna başvuran her bebek, çocuk, ergen ve gebenin aşılamaya durumu kontrol edilerek gerekli aşılamaya yapılmalıdır. Ülkemizde ASM’lerde aşılar tüm yaş gruplarına ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Aile hekimliği birimlerine bağlı nüfus takip edilmekte ve aile hekimlerine başvurmamayan aileler aranarak ve aşı için bilgilendirilip davet edilmektedir (6). Aile hekimlerinin bu takibi şüphesiz aşılamaya oranlarının yüksek olmasına katkı sağlamaktadır. ASM’lerde etkin bir şekilde yürütülen bağışıklama süreçlerinin aynı zamanda birçok üniversite ve eğitim araştırma hastanesindeki Yetişkin Aşılamaya Polikliniklerinde de yürütülmesi ile yetişkin bağışıklama süreçlerine katkı sağlamaktadır. Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve otoimmün hastalıklar

gibi multidisipliner olarak takip edilen riskli gruptaki birçok hastaya ASM’lerin yanı sıra takip edildikleri hastanelerde de aşılamaya önerilip uygulanması bağışıklama süreçlerine olumlu katkı sağlamaktadır. TAHUD (Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği) Yetişkin Bağışıklama Danışma Kurulu tarafından T.C. Sağlık Bakanlığının 2100170 numaralı Risk Grubu Aşılamaya Genelgesi esas alınarak hazırlanan Yetişkin Risk Grubu Bağışıklama Algoritması günlük pratikte riskli gruptaki yetişkin bağışıklama süreçlerinin uygulanmasında yol gösterici bir rehber olmuştur (18).

Avrupa ve Amerika’da yüzde 90 olan aşılanma oranları gelişmekte olan ülkelerde yüzde 70–80 seviyelerindedir. Son yıllarda aşı yaptırmamaya yönelik tutum ve davranışlarda önemli bir artış olmuştur. Bu durumun sonucu olarak da birçok ülkede aşı ile korunan hastalıkların görülme sıklığında artış olduğu bildirilmiştir. Bu durumun en yaygın nedeni ailelerin aşığı reddetmesidir (19). Dünya Sağlık Örgütü aşı tereddüdünü “aşılamaya hizmetlerinin mevcudiyetine rağmen aşıların kabulünde veya reddedilmesinde gecikme” olarak tanımlıyor. Aşı Tereddüdü aşığı veya sağlayıcıya güvenmeme, aşığı ihtiyaç duymama, aşığı önemsememe ve erişim gibi birçok faktörden etkilenmektedir (20). Aşı konusunda tereddütlü ebeveynlerin çoğu bu ikilemin ortasında kalıyor ve çocuklarını hiç aşılamamak yerine yetersiz aşıyor. Kanada’da yapılan bir ankete göre, ebeveynlerin yalnızca yüzde 3’ü çocukları için tüm aşıları reddetmiş olsa da yüzde 19’u kendilerini aşı konusunda tereddütlü olarak görüyor. Aşı konusunda tereddütlü ebeveynler, aşı reddedenlere kıyasla daha büyük bir grup (21). Sosyal medyanın gelişmesi ve erişimin kolaylaşması, aşı reddi ile ilgili haber ve mesajların geniş kitlelere yayılmasına neden olmaktadır. Aşı karşıtı ebeveynlerin sayıları arttıkça sosyal etkileşim nedeniyle yeni bireyler de aşılanmayı geciktirmekte veya tamamen reddetmektedir (22). Aşı tereddüdü, sosyal medya platformlarındaki yanlış bilgilendirme ve aşı karşıtı kampanyalar tarafından körüklenen önemli bir küresel sağlık sorunu oluşturmaktadır. Sosyal medyanın peri-pandemi döneminde Asya’da COVID-19 ve COVID-19 dışı aşılamaya üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada COVID-19 aşı tereddüdünün veya COVID-19 aşılarına karşı olumsuz tutumların yaygınlığı, ülkeler

arasında yüzde 20 ile yüzde 55 arasında değişerek yüksek bulundu. Çocuk felci, kızamık kabakulak ve kızamıkçık ve difteri-tetanos-boğmaca aşıları dahil olmak üzere diğer aşı türlerinde de benzer şekilde olumsuz tutumların olduğu gözlemlenmiştir. Sosyal medya kullanımının etkisi ile bakım verenler arasında artan korku ile ilişkili olarak gecikmiş aşılamaya olasılığının 3-4 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (23). Farklı çalışmalarda da COVID-19 pandemisinde aşılamaya dair yanlış bilgi ve aşı karşıtı kampanyaların hem COVID-19 aşılarına hem de sonrasında diğer aşılar konusunda tereddütlerin artmasına neden olduğunu bildirmiştir (24,25). Aşı reddi ve tereddüdü ülkemizde de artmakta. Bu konuda yapılan çalışmalarda aşı reddi ve tereddüdünde aşı şirketlerine, aşılamaya ve yan etkilerine duyulan güvensizliğin önemli nedenlerden olduğu bildirilmiştir (19,26). İtalya’da zorunlu aşılamaya politikası ile düşük aşı kapsamı ile mücadele edilmektedir. Ayrıca aşılamayı teşvik etmek için Sağlık ve Eğitim Bakanlıkları ortak çalışmalar yaparak okullarda aşı tereddüdüne ilişkin faaliyetler yürütmektedir (27). Ülkemizde hukuken aşı yapma zorunluluğu ile ilgili bir yaptırım bulunmamaktadır. Bireyler ve ebeveynler bir form doldurarak aşığı reddedebilirler. Aşı reddi ile aileler çocuklarının gelecekteki sağlık durumuna etki edecek bir karar vermiş olmaktadır (28). Aşı karşıtlığı ile ebeveyn çocuğunun gelecekteki sağlık hakkına etki edecek kararı vermiş olmaktadır. Aşı tereddüdü ve karşıtlığı durumu aşı ile önlenebilir hastalıkların yayılmasına neden olmaktadır ve toplum sağlığı için risk oluşturmaktadır. Geçmişte yapılan etkin aşılamaya süreçleri ile alınan olumlu sonuçlara da gölge düşürmektedir.

Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler incelendiğinde ilk başlardaki tedavi ve iyileştirme merkezli yaklaşım yerini hastalıklardan korunma, erken tanı, yaşam tarzı değişiklikleri ve hayat kalitesini yükseltme odaklı bir yaklaşıma bırakmıştır. Değişen bu yaklaşım 20. yüzyıl teknolojisi ile birleşince sağlık alanında birçok teknolojik yeniliğe sebep olmuştur. Kişisel sağlık geçmişi uygulamaları kişinin kendine ait sağlık kayıtlarına ulaşmasına, kendini takip etmesine olanak sunan teknolojik araçlardır (29). T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından e-Nabız adıyla geliştirilen 2015 yılından itibaren kullanılan uygulama ile kişinin aldığı sağlık hizmetine dair tıbbi kayıtlarına,

Sağlık Bakanlığının sunduğu hizmetlere ulaşabilmektedir. Kişiler kendi tıbbi verilerini izleyip yönetebilmektedir (30). Dijital teknoloji sayesinde geliştirilen elektronik sağlık kayıtlarına, laboratuvar verilerine ulaşıldığı gibi bağışıklama ile ilgili verilere de ulaşılabilenkte. Kişiyeye uygulanan ve risk durumuna göre uygulanması gereken aşılar, çocukların aşı takip bilgilerine ait verileri dijital sağlık teknolojileri ile kolaylıkla takip edebilmek aşılama durumuna olumlu yönde etki etmektedir. Dijital sağlık programlarının daha da geliştirilmesi kişilerin kendi sağlık arşivini oluşturmalarına, tıbbi kayıtlarını yakından takip etmesine, tekrarlayan tetkiklerin önüne geçilmesine, koruyucu hekimlik açısından daha yakın takip edilmelerine ve sağlık okuryazarlığının artışına katkı sağlayacaktır.

Yıllar boyu uygulanan başarılı aşılama programları ile ülkemiz bağışıklama konusunda olumlu yönde gelişmiş, ilerleme göstermiştir. Günümüz dünyasında aşılama oranlarına olumsuz etki eden koşullar analiz edilip gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirici faaliyetler planlanmalıdır. Aşıyla önlenilebilir hastalıklar hakkında kitle iletişim araçları ve güncel teknolojiler kullanılarak düzenli aralıklar ile toplumun tüm kesimine ulaşacak eğitim ve farkındalık çalışmalarının yapılması etkili olacaktır. Sosyal medya platformlarında güvenilir bilgilerin yayılması ve tereddütlerin ortadan kaldırılması amacıyla bu platformların kullanılmasına yönelik çabalar yoğunlaştırılmalıdır. Tüm bu çalışmalar planlanırken aşılama hizmetlerinin ülke genelinde kolay ulaşılır ve etkin bir şekilde yürütülmesine devam edilmeli ve bunun için sağlık personellerinin de teşvik edilip farkındalığının artırılması önemlidir. Bağışıklama ile birçok hastalığın eradike edilmesinde başarılı olunmuştur. Gelecekte daha sağlıklı nesiller için aynı kararlılık ve çaba ile yola devam etmek önem taşımaktadır.

Kaynaklar

- 1) WHO, Vaccines and immunization .https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1 (Erişim Tarihi: 08.08.2024).
- 2) Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the International Task Force for Disease Eradication. *MMWR* 1993;42(No. RR-16): 1-38.
- 3) Aylward, B., Hennessey, K.A., Zagaria, N., Olivé, J.M., Cochi, S. When is a disease eradicable? 100 years of lessons learned. *Am J Public Health*. 2000; 90(10):1515-20. PMID: 11029980; PMCID: PMC1446384.

4) WHO. Vaccine-Preventable Diseases. <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases>. (Erişim Tarihi: 08.08.2024).

5) Child and Adolescent Immunization Schedule. Recommendations for Ages 18 Years or Younger, United States, 2022. <https://www.cdc.gov/vaccines/schedule/hcp/imz/child-adolescent.html>. (Erişim Tarihi: 08.08.2024).

6) Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Genelgesi 2009 <https://www.saglik.gov.tr/TR-11080/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelegesi.html> (Erişim Tarihi: 10.08.2024).

7) Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77803/genisletilmis-bagisiklama-programi-gbp.html> (Erişim Tarihi: 10.08.2024).

8) T.C. Sağlık Bakanlığı. Polio İportasyon Genelgesi 2002/67 https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48343/0/polio-ıportasyon-genelegesıpdf.pdf?_tag1=F2EDD97808BD41D0FFC7BCE97CF2CBD384DC7E29 (Erişim Tarihi: 10.08.2024).

9) Yapıcı, G., Yeniocak Tunç, A. Ülkemizde Aşı ile Korunabilen Hastalıklara Yönelik Yürütülen Eliminasyon ve Eradikasyon Programlarının Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2019;9(2):171-183.

10) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Aşı Takvimi Değişikliği. 2020. <https://asi.saglik.gov.tr/asi/asi-takvimi2> (Erişim Tarihi: 15.08.2024).

11) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 15.08.2024).

12) Nayir, T., Nazlıcan, E., Şahin, M., Kara, F., Alp Meşe, E. Effects of immunization program on morbidity and mortality rates of vaccine-preventable diseases in Turkey. *Turk J Med Sci*. 2020;50(8):1909-15.

13) Tanır, G., Yalçınkaya, R. Re-emergence of measles in the world and our country: causes and consequences. *Klimik Derg*. 2022;35(3):120-5.

14) T.C. Sağlık Bakanlığı. Kızamık/Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu (KKS) Sürveyansı Genelgesi 2010. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1237/kizamik-kizamikcikkks-surveyansigenelgesi2010pdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 13.08.2024).

15) Anderson, R.M., Crombie, J.A., Grenfell, B.T. The Epidemiology of Mumps in the UK: A Preliminary Study of Virus Transmission, Herd Immunity and the Potential Impact of Immunization. *Epidemiol Infect* 1987; 99(1): 65-84.

16) Beleni, A.I., Borgmann, S. Mumps in the vaccination age: Global epidemiology and the situation in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15(8): 1618-1632.

17) Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Erişkin Bağışıklama Rehberi-2024 <https://www.ekmud.org.tr/rehberler/1-ekmud-rehberleri> (Erişim Tarihi: 15.08.2024).

18) TAHUD Erişkin Risk Grubu Bağışıklama Algoritması. https://www.tahud.org.tr/file/28907fae-eef6-453d-855b-46b6609cb7d3/ER%20C4%B0%20C5%9EK%20C4%B0N%20R%20C4%B0SK%20GRUBU%20BA%20C4%9EI%20C5%9EIKLAMA%20ALGOR%20C4%B0TMA%20R_13.pdf.

19) Özceylan, G., Toprak, D., Esen, E.S. Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 2020;16(5), 1034-1039.

20) MacDonald, N.E., SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4. Epub 2015 Apr 17.

21) Shen, S.C., Dubey, V. Addressing vaccine hesitancy: Clinical guidance for primary care physicians working with parents. *Can Fam Physician*. 2019;65(3):175-181. PMID: 30867173; PMCID: PMC6515949.

22) Costa-Pinto, J. C., Willaby, H. W., Leask, J., et al. Parental Immunisation Needs and Attitudes Survey in paediatric hospital clinics and community maternal and child health centres in Melbourne, Australia. *Journal of Paediatrics And Child Health*, 2018;54(5),522-529.

23) Rodrigues F, Ziade N, Jatuworapruk K, Caballero-Urbe CV, Khursheed T, Gupta L. The Impact of Social Media on Vaccination: A Narrative Review. *J Korean Med Sci*. 2023 Oct 16;38(40):e326. doi: 10.3346/jkms.2023.38.e326. PMID: 37846789; PMCID: PMC10578995.

24) Skafle I, Nordahl-Hansen A, Quintana DS, Wynn R, Gabarron E. Misinformation About COVID-19 Vaccines on Social Media: Rapid Review. *J Med Internet Res*. 2022 Aug 4;24(8):e37367.

25) Zhou X, Song S, Zhang Y, Hou Z. Deep Learning Analysis of COVID-19 Vaccine Hesitancy and Confidence Expressed on Twitter in 6 High-Income Countries: Longitudinal Observational Study. *J Med Internet Res*. 2023 Nov 6;25:e49753.

26) Terzi, Ö., Gülen, E.N., Dündar, C. The causes of parental vaccine refusal: results of a survey from giresun, Turkey. *Turk J Pediatr*. 2021;63(4):618-25.

27) Duman, H., Yıldız, M. Aşılama konulu kamu politikalarının karşılaştırmalı bir analizi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2023;41(1), 62-84.

28) Doğan, M.B., Aksucu, G., Güney, H. Çocuk Aşıları Karşıtlığı ve Tereddüdünün Dünyadaki Aşı Politikaları ve Türkiye'deki Mevzuat Bağlamında Değerlendirmesi: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2023;31(2):127-39.

29) Şimşir İ, Mete B. Sağlık Hizmetlerinin Geleceği: Dijital Sağlık Teknolojileri. *Journal of Innovative Healthcare Practices (JOIHP)*. 2021, 2(1), 33-39.

30) T.C. Sağlık Bakanlığı E-Nabiz Kişisel Sağlık Sistemi. <https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index>.

Birinci basamakta engellilere yönelik sağlık hizmetleri

Doç. Dr. Hilal Özkaya



1995 Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunudur. 1995-1997 yılları arasında Gümüşhane Merkez Sağlık Ocağında görev yaptı. 2001 yılında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinden aile hekimliği uzmanlığını aldı. 2001-2016 yılları arasında İBB Kayışdağı Darülaceze Kurumunda aile hekimliği uzmanı olarak görev yaptı. 2016 yılından beri Sağlık Bilimleri Üniversitesinde öğretim üyesidir. 2016-2020 yılları arasında Haydarpaşa Numune EAH. Aile Hekimliği Kliniğinde, 2020 yılından beri ise Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde görev yapmaktadır. Aynı zamanda Hastanenin Palyatif Bakım Merkezi sorumlu hekimi ve SBÜ. Sağlıklı Yaşlanma Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Dünyada yaşanan pek çok sosyoekonomik ve teknolojik değişim ve gelişme, global nüfus artışını ve nüfus yapısını etkilemektedir. Özellikle 21. yüzyılda tüm dünya hızla yaşlanmaktadır. 2030'a kadar dünyadaki her altı kişiden birinin 60 yaş ve üzerinde olacağı, yani 1,4 milyara çıkacağı öngörülmektedir. Seksen yaş ve üzeri kişilerin sayısının ise 2020 ile 2050 arasında üç katına çıkarak 426 milyona ulaşacağı beklenmektedir (1).

Dünyadaki yaşlanma hızı, zaten yaşlı toplumlar olan Japonya ve Avrupa ülkelerinde nispeten sabitlenmişken gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır. Ülkemizde de durum benzerdir. 65 yaş ve üzeri nüfus son beş yılda yüzde 21,4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında yüzde 8,8 iken, 2023 yılında yüzde 10,2'ye yükselmiştir. Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus oranının 2040 yılında yüzde 16,3 olacağı öngörülmektedir (2).

Yaşlılıkla ilgili araştırmalar biyolojik ve/veya fonksiyonel yaşın da en az takvim yaşı kadar önemli olduğunu bize göstermektedir. Yani takvim yaşı aynı olan yaşlı grupta pek çok fizyolojik, fonksiyonel süreçte ve yaşlanma hızında farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıklar,

yaşlı nüfusun aktif veya başkasına bağımlı yaşlanması sonucunda da farklılığa yol açmaktadır. Oranı hızla artan yaşlı nüfusun aktif veya tam tersine başkasına bağımlı olarak yaşamını devam ettiriyor olması ise hem sağlık politikaları hem de ekonomik politikalar açısından önemle üzerinde durulan hususlardandır. Bu nedenle toplum olarak sağlıklı, aktif veya başarılı yaşlanma adı altında belirlenen klinik durumlara ulaşmak sağlık sisteminin her basamağında olduğu gibi, birinci basamak hizmetlerinde de önemli göstergelerdendir.

Aktif ve sağlıklı yaşlanmayı destekleyici, yaşlılara koruyucu, tedavi ve rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri sunmada, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin önemli bir misyonu mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "sağlıklı yaşlanmayı" evrensel bir sağlık kapsayıcılığı sağlanmasında öncelik taşıyan bir durum olarak gördüğünü ifade etmektedir. Sağlıklı yaşlanmayı kapsayan bir hizmet sunumu için ilk gerekliliğin "entegre ve duyarlı birinci basamak sağlık bakım sistem ve hizmeti" olarak açıklanması, bu misyonun önemini göstermektedir. Aynı açıklamada; yaşlıların mevcut kapasitelerini ve işlevsel yeteneklerini koruyan, entegre edilmiş ve kişi merkezli bakım hedefli Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini güçlendirmek için gereklilikler; "kişi merkezli değerlendirme ve bakım planları, çok

yönlü (multimodal) egzersiz planlama, yardımcı cihazlar, palyatif bakım ve bakımverenleri" olarak belirlenmiştir (3).

Her ne kadar 2008 yılında rehber olarak yayınlanmış ve henüz revize edilmemiş olsa da yine DSÖ'nün yaşlı dostu birinci basamak sistemi için önerdiği Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Merkezleri Araç Seti (Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit) üç ana alanı hedef almaktadır: 1) Bilgilendirme, eğitim ve iletişim, 2) Sağlık yönetimi sistemleri, 3) Birinci basamak sağlık merkezinin fiziksel ortamı.

Araç seti; ilgili sağlık personelinin eğitimi, farkındalığı, empati sağlanmasının yanı sıra, yaşlı sağlığı taramalarını, geriatrik sendromların tanınması ve yönetiminin planlanması, yaşlıların muayene ortamlarının düzenlenmesi ve randevuların yaşlılara uygun planlanması gibi pek çok düzenlemeyi barındırmaktadır (4). Araç setinde de tavsiye edildiği şekilde, bazı ülkelerin kendilerine özgü ulusal rehberlerini de uygulamaya çalıştığı görülmektedir.

Ülkemiz ise hâlâ Avrupa'nın en genç ülkesi olma özelliğini yitirmediği için geriatrik gruba yönelik düzenlemeler biraz daha sonra ve fakat hızlıca hayata geçirilmektedir. Daha önceden tedavi edici hizmetler üzerinde yoğunlaşan sağlık ocağı sistemi, 2005'te pilot proje



olarak başlayıp 2010 yılına kadar tüm ülkeye yayılmış bulunan "aile hekimliği sistemi" olarak değiştirilmiş ve yetişkinlerin de koruyucu tedavi hizmetleri ve tarama programları içine alınması sistematik hâle geçirilmiştir. Temmuz 2021 tarihinde uygulamaya konan Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulaması ise, sağlıklı veya hasta tüm bireylerin hastalık taramasına alınmasını içermektedir. HYP programı içinde taranan tıbbi durumlar; obezite, kardiyovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon ve yaşlı izlem modüllerinden oluşmaktadır. İzlem modüllerinden biri "Yaşlı İzlemi" olsa da yaşlı olmayan yaş gruplarındaki bireylerin obezite, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik durumlarının sorgulanması, erken tanı ve tedavisi de sonuç olarak bu bireylerin sağlıklı şekilde yaş alarak yaşlanmasına yol açacaktır. Dünyada da pek çok ülkede uygulanan kronik hastalık tarama ve izlem modülü, henüz tam olarak uygulanamasa ve daha pratik ve sadeleşmesine yönelik adımlar atılması gerekmekte olsa da düzenli olarak uygulanmasının sağlıklı yaş alma ve yaşlıların sağlıklı takibine önemli katkı yapılacağı düşünülmektedir.

Diğer yandan Toplum Sağlığı Merkezleri içinde yer almakta olan Sağlıklı Hayat Merkezleri de tüm yaş grupları için koruyucu, tedavi ve rehabilite edici (ağız-diş sağlığı, bağımlılık sorunları, kronik hastalıklar, beslenme ve sağlıklı üreme danışmanlığı vb.) pek çok sağlık hizmeti yanı sıra sağlıklı yaş almak için gerekli fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığın korunmasına yönelik uygula-

malar içermektedir. Hekim, diyetisyen, psikolog ve fizyoterapist vb. ilgili sağlık profesyonellerini barındıran Sağlıklı Hayat Merkezlerinin sağlıklı yaş almaya da katkı sunacağı düşünülmektedir.

Evde Sağlık Hizmetleri ve YAŞAM Hizmeti ise hastane bazlı sağlık hizmetleri olsa da birinci basamağın güçlendirilmesine yönelik ve ayrıca ileride birinci basamağa daha entegre olabilecek sistemler olarak yaşlı ve engellilere destek olacak hizmetlerdir.

Birinci Basamakta Engellilere Yönelik Sağlık Hizmetleri

Türkiye'ye yönelik nüfus araştırmaları çocuk, genç ve yetişkin yaş grubunda bağımlılığın azaldığını göstermektedir. Yaş arttıkça en az bir engeli olan nüfus oranı artma eğilimindedir. Ülkemizde engelli bireylere ait en kapsamlı veri TÜİK'in "2011 Nüfus ve Konut Araştırması"dır. Bu sayıma göre üç ve üzeri yaşta engelli nüfusun oranı yüzde 6,9 (erkeklerde yüzde 5,9 kadınlarda yüzde 7,9) ile 4.876.000 kişidir. Bu sayıma göre en yüksek engellilik oranı 75 yaş ve üzerindedir. Toplumda kapsayıcı bir sağlık hizmeti için tüm dezavantajlı grupların da eşit şekilde ve kapsamlı sağlık hizmetine erişimi olmalıdır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri genellikle böyle gruplar için en ulaşılabilir ve ekonomik sağlık hizmetidir. Yerel birinci basamak sağlık programlarının daha düşük bütçe gereksinimine rağmen engelliler için diğer programlardan daha etkili olduğu görülmektedir (5).

Ülkemizde, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri içinde engellilere yönelik düzenlemeler daha çok fiziksel düzenlemelerdir. Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) girişinde rampalı alan olması, ASM'de engelli tuvaleti bulunma şartı gibi düzenlemeler bunlara örnek verilebilir. Diğer yandan ilk bölümde bahsedilen Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan fizyoterapist, diyetisyen ve psikolog gibi sağlık profesyonelleri engellilerin rehabilitasyonuna katkı sunmaktadır.

Hem yaşlı hem engelliler için Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri içinde yapılması önerilen düzenlemeler ise şunlardır: 1) ASM'lerin sadece fiziksel değil aynı zamanda uzaktan muayene (telemedicine) için uygun alt yapıya kavuşturulması. 2) Bir aile hekimliği biriminin sorumlu olduğu nüfusun en fazla 2 bin 500 olma hedefinin gerçekleştirilmesi 3) Engelli ve yaşlı dostu ASM'lerin planlanması. 4) Engelli ve yaşlılara yönelik hizmet veren sağlık profesyonellerine yönelik destek ve ödeme teşviğinin artırılması. 5) ASM'den açılan hastane randevularında yaşlı ve engellilere yönelik pozitif ayrımcılığın artırılması. 6) Sağlıklı Hayat Merkezlerinin sayıca artışının yanı sıra içeriğinin de hızlıca zenginleştirilmesi, engelli ve yaşlı sağlığına önemli katkı yapacaktır.

Kaynaklar

1) WHO. Ageing and health 2022. [\(https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Byyüzde 202030yüzde 2Cyüzde 201yüzde 20inyüzde 206,willyüzde 20doubleyüzde 20\(2.1yüzde 20billion\)\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Byyüzde 202030yüzde 2Cyüzde 201yüzde 20inyüzde 206,willyüzde 20doubleyüzde 20(2.1yüzde 20billion)) (Erişim Tarihi: 17.08.2024).

2) TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023. [\(https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-53710#:~:text=Tyüzde C3yüzde 9Cyüzde C4yüzde B0Kyüzde 20Kurumsal&text=Yayüzde C5yüzde 9Flyüzde C4yüzde B1yüzde 20nyüzde C3yüzde BCfususyüzde 20olarakyüzde 20kabulyüzde 20edilen,10yüzde 2C2'yeyüzde 20yyüzde C3yüzde BCkseldi\)](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-53710#:~:text=Tyüzde C3yüzde 9Cyüzde C4yüzde B0Kyüzde 20Kurumsal&text=Yayüzde C5yüzde 9Flyüzde C4yüzde B1yüzde 20nyüzde C3yüzde BCfususyüzde 20olarakyüzde 20kabulyüzde 20edilen,10yüzde 2C2'yeyüzde 20yyüzde C3yüzde BCkseldi.) (Erişim Tarihi: 17.08.2024).

3) WHO. Healthy ageing: A priority for delivering universal health coverage 2023. [\(https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-healthyageing.pdf?sfvrsn=fb9d455b_3&download=true\)](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-healthyageing.pdf?sfvrsn=fb9d455b_3&download=true.) (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

4) WHO. Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit 2008. [\(https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Age-friendly-Primary-Health-Care-toolkit.pdf\)](https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Age-friendly-Primary-Health-Care-toolkit.pdf.) (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

5) Patel, V., Araya R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., et al. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 370(9591):991-1005.

Birinci basamakta uzaktan sağlık hizmetleri ve mobil sağlık uygulamaları

Dr. Elif Serap Esen



1984 yılında Konya'da doğdu. 2008 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2012-2013 yıllarında University of Michigan Comprehensive Cancer Center'da gönüllü araştırmacı olarak görev yaptı. 2017 yılında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği Uzmanlığını aldı. Kadıköy Toplum Sağlığı Merkezinde ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığında uzman doktor olarak çalıştı. 2021 yılında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde başasistan olarak görevine başladı. 2023 yılında SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalına Doktor Öğretim Üyesi olarak atandı. Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğini kurdu ve hâlen kliniğin İdari Sorumluluğu görevini yürütmektedir. Ayrıca Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim Yardımcılığı görevine devam etmektedir.

Günümüzde hayatımızın her alanına giren ve çeşitli kolaylıklar getiren teknoloji, sağlık alanında da giderek daha yaygın şekilde kullanılmaktadır. Hatta sağlık hizmetlerini daha iyi sunabilmek için, teknolojiyi en etkili şekilde kullanmak zorunluluk olmuştur. Teknoloji ve sağlığın birleşmesi sonucunda "Sağlık Teknolojileri", "e-Sağlık", "Uzaktan Sağlık Hizmetleri", "Mobil Sağlık" ve benzeri alt kavramlar oluşmuştur (1).

E-sağlık terimi "Sağlık hizmetlerinde iletişim ve iletişim teknolojilerinin kullanılarak hastalıkların önlenmesi, teşhis ve tedavi edilmesi, izlenmesi ve sağlığın yönetilmesi" olarak tanımlanmıştır (2). Sağlık teknolojilerinde kullanılan e-sağlık terimindeki "e" harfinin sadece "electronic" anlamına gelmediği; e-sağlığın ne ile ilgili olduğu veya ne olması gerektiğini ifade eden 10 ayrı "e" 2001 yılında yayınlanan bir makalede ele alınmıştır (3). Yazarın tanımladığı 10 "e" aşağıda maddeler hâlinde açıklanmıştır (3):

1) Efficiency (Verimlilik): Sağlıkta verimliliği arttırmak e-sağlığın amacıdır ve böylece maliyetleri de azaltmak hedeflenir. Sağlık kuruluşları arasındaki iletişim olanaklarını artırarak gereksiz ve tekrar testlerin/tedavilerin uygulanması önenebilir.

2) Enhancing quality (Bakım kalitesinin artırılması): E-sağlık, farklı hizmet sunucuları arasında karşılaştırma yapmaya izin vererek hastaların en kaliteli sağlık hizmeti sunucularına yönlendirilmesini sağlayabilir ve bu da bakım kalitesini artırabilir. Sağlık sunucularının web tabanlı sayfalarında verdikleri hizmetler, kurumda çalışanların bilgileri gibi verileri paylaşarak hastanın başvurmadan önce kurum ve çalışanlar hakkında bilgi sahibi olmasını sağlayabilir ve bu bilgiler sayesinde hasta istediği kurumu seçebilir.

3) Evidence-based (Kanıt dayalı): E-sağlık sıkı bilimsel değerlendirmelerle kanıtlanması anlamında kanıt dayalı olmalıdır. 2001'de daha bu alanda yapılması gereken çok iş var

denilmiş yazar tarafından; 2024 yılında hâlen bu alanda yapılması gereken çok iş var ve e-sağlık erişimlerinde kanıt dayalı olmayan bir sürü veriye ulaşım bulunmakta. Hastaların doğru ve güvenilir bilgilere ulaşabilmesi için, verilerin kaynağının ve içerdiği bilginin kanıt düzeyinin belirtilmesi ile bu bilgilerin denetlenmesi gereklidir.

4) Empowerment of consumers and patients (Tüketicilerin ve hastaların güçlendirilmesi): E-sağlık; tıbbi verileri ve kişisel elektronik hasta kayıtlarını internet üzerinden tüketicilere açık hâle getirerek hasta merkezli ve kanıt dayalı olarak hastanın kendi seçimini yapmasını mümkün kılar demektir. Bu verileri düzgün kullanıp hastanın seçim yapabilmeleri için hastaların sağlık okuryazarlıklarının üst seviyede olması gerekmektedir.

5) Encouragement (Teşvik): Kararların ortak bir şekilde alındığı gerçek bir ortaklığa doğru, hasta ile sağlık çalışanı arasında yeni bir ilişkinin teşvik edilmesinin gerektiği vurgulanmaktadır.



6) Education (Eğitim): Çevrim içi kaynaklarla doktorların (sürekli tıp eğitimi) ve tüketicilerin (sağlık eğitimi ve tüketicilere özel koruyucu bilgilerin yer aldığı eğitimler) eğitimlerinin devam etmesi sağlanabilir. Bunlar eğitim imkânlarının artması ve hızlanması için istenen konulardır ama eğitim verenin ve bilginin kanıta dayalı olması şartlarının sağlanması gerekmektedir.

7) Enabling information (Bilgi sağlama): Sağlık kurumları arasında bilgi alışverişi ve iletişimin standart bir şekilde sağlanması gerekmektedir.

8) Extending the scope of healthcare (Sağlık bakımı kapsamının genişletilmesi): Sağlık hizmetlerinin kapsamını geleneksel kapsamın ötesine taşımak. E-sağlık, tüketicilerin sağlık hizmetlerini çok uzak kurumlardan (küresel bağlamda) çevrim içi olarak kolayca alabilmelerini sağlar. Bu hizmetler basit tavsiyelerden ilaç reçetelenmesine kadar bir sürü hizmeti kapsayabilir.

9) Ethics (Etik): Hasta hekim iletişiminin yeni bir biçimini içerir, hastayla aynı ortamı paylaşmadığınız uzaktan çevrim içi mesleki uygulama yapmak, bilgilendirilmiş onam almak, mahremiyet ve eşitlik sorunları gibi etik konulara yönelik zorluklar ve tehditler oluşturur

denilmiş. Ülkemizde de uygulamaya geçilen uzaktan sağlık muayenelerinde bunlar yaşanmakta; hastanın kimliğinin kontrolünün nasıl yapılacağı, odada, muayenede kimlerin eşlik etmesi gerektiği, internet ulaşımı olmayanların bu uygulamadan yararlanamaları gibi etik sorunlar yer almakta ve sorunların çözümü için zaman gerektiği gözükmeğe.

10) Equity (Eşitlik): Sağlık hizmetlerini daha adil bir hâle getirmek e-sağlığın vaatlerinden biridir. Parası, becerisi, bilgisayar ve ağlara erişimi olmayan kişiler bilgisayarı etkin şekilde kullanmazlar. Bu grup bilgi teknolojilerinden en az yararlanacak olandır. Dijital uçurumun yer aldığı gruplara bakarsak, kırsal-kentsel, zengin-fakir, genç-yaşlı, erkek-kadın ve ihmal edilen nadir hastalıklar ile yaygın hastalıklar arasında yer aldığını görürüz. Bunların ortadan kaldırılmasıyla eşit bir sağlık hizmeti verilmesi sağlanabilir.

Ülkemizde şu anda e-sağlık uygulamaları kapsamında Tele-Tıp, Uzaktan Sağlık ve Mobil Sağlık Uygulamaları hizmetleri verilmektedir.

Tele-Tıp Hizmetleri

Tele-tıp, bilişim teknolojilerinin kullanılıp mesafe engelinin ortadan kaldı-

Mobil sağlık uygulamaları arasında bilişim sistemleri tarafından geliştirilmiş, kişinin ücretli veya ücretsiz olarak ulaşabileceği uygulamalar mevcuttur. Bunlara örnek verirsek; kalori hesaplama, sağlıklı beslenme programları, uyku takibi, sigara bırakma programı, su içme hatırlatıcısı, ilaç takibi sistemi veya ilaç hatırlatıcısı gibi bir sürü uygulama sayılabilir. Bu programlar kullanılabilirse, kişi ilaçlarını unutmadan alabilir, yediği yemeklerin kalori hesaplarını yapabilir, uyku saatini gece uyku kalitesi gibi parametreleri rahatlıkla takip edebilir.



rılarak tanı, tedavi ve takip gibi sağlık hizmetlerinin uzaktan sunulmasını ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tele-tıp, "mesafenin çok önemli bir faktör olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinin sunumunun tüm sağlık çalışanları tarafından tanı, tedavi, hastalık ve kazaların önlenmesi, araştırma, değerlendirme, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi için diğer alanlarda bilgi ve iletişim teknolojilerinin (Information and Communications Technologies -ICTs) kullanılarak sağlanması" olarak tanımlanmaktadır (4, 5).

Tele-sağlık yalnızca uzaktan hasta verilerine erişim ve hasta izlemi şeklinde kullanılabileceği gibi ilaç reçetelemekten ameliyat yapmaya kadar geniş bir yelpazede kullanım imkânına sahiptir (7). Tele-sağlığın ilk ortaya çıkışı 20. yüzyılın başlarına dayanmaktadır. Geçmiş kayıtlarda ilk uygulamalara Hollandalı bir kardiyolog tarafından başlandığı görülse de ilerleyen dönemde başlıca Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da özellikle radyoloji alanında kullanımı yaygınlaşmıştır (8).

Ülkemizde en çok radyoloji alanındaki uygulamalarda (tele-radyoloji) kullanılsa da uzaktan sağlık hizmetlerinin

sunumuna yönelik yönetmelik yayınlanarak tele-tıp kullanım alanlarının genişletilmesinin yolu açılmıştır (6). Tele-tıp uygulamalarının Türkiye'de gelişim basamaklarına baktığımızda 2015 yılında deniz ve hava araçlarında yaşanabilecek sağlık sorunlarına destek amacıyla 'Tele Sağlık Servisi Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik' ve 2019 yılında radyolojik görüntülerin aktarılması, arşivlenmesi ve uzaktan raporlanmasına yönelik olarak "Tele Sağlık ve Tele Radyoloji Genelgesi" yayınlandığını görüyoruz (9, 10). Ancak pandemi ile birlikte hastaların hastaneye başvurması zorlaştığında tele-sağlık pratikte daha çok yer edinmeye başlamış, telefonla ve çevrim içi olarak görüşme ile muayeneler yapılmıştır (11). 2022 yılı başlarında ise T.C. Sağlık Bakanlığı uzaktan sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik daha detaylı bir yönetmelik yayımlamıştır (12).

İlgili yönetmelikte Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin kapsam ve amacı; "sağlık hizmetinin mekândan ve coğrafyadan bağımsız olarak ve çağdaş tıbbî teknolojiye dayanılarak sunulmasına hizmet etmek üzere bu hizmetin nasıl sunulacağına ilişkin usul ve esasları düzenlemek" olarak tanımlanmıştır

(12). Yayınlanan yönetmelikte uzaktan sağlık hizmetiyle hangi hizmetlerin sunulabileceği de açıklanmıştır. Bunlar maddeler hâlinde açıklanmıştır: 1) Sistemin elverdiği ölçüde hasta muayene edilebilir; hastanın izlem ve takibi ile değerlendirmesi yapılabilir, tanısı konmuş hastalıkları kontrol edilebilir. Tıbbî danışmanlık verilebilir, konsültasyon veya ikincil görüş talep edilebilir. Gereklilikte hastanın muayenesinin uzaktan yapılamadığı kanaati oluşursa, kişiye bir sağlık kuruluşuna fiziken başvurması önerilebilir. 2) Kan şekeri ve kan basıncı gibi takipleri yapılmış ve kaydedilmiş ölçümler değerlendirilebilir, tedavi ve ilaç yönetimi sağlanabilir. 3) Sağlığın korunmasına ve takibine, sağlıklı yaşamın desteklenmesine, psikososyal destek hizmetlerinin sağlanmasına yönelik hizmetler verilebilir. 4) İleri yaşlı veya sağlık riski artan kişilerin çok yönlü değerlendirmesi ve takibi yapılabilir. 5) Salgınlarda ulusal nitelikteki kılavuzlar doğrultusunda kişilerin sağlığının korunmasına ve tedavisine yönelik gerekli tıbbî işlemler yürütülebilir. 6) Giyilebilir teknolojiler ve diğer tıbbî cihazlar ile sağlık hizmeti talep eden kişinin sağlık verileri ölçülebilir ve takip edilebilir. 7) Değerlendirilen hastaya, doktor tarafından e-reçete ve

e-rapor düzenlenebilir. 8) Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi almış olan sağlık tesislerince, ilgili mevzuat çerçevesinde uluslararası sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında uzaktan sağlık hizmeti verilebilir.

Uzaktan sağlık hizmetinin kullanılabilmesi için gerekli altyapı ve teknik donanımın hem sağlık sunucusu hem de sağlık hizmetini almak isteyen kişi tarafından sağlanmış olması gerekir. Hizmetin sunulması sırasında hasta bilgilendirilmeli, kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilmeli, kişisel veriler korunmalı ve kayıt, bildirim ve iz kaydı bilgileri sağlık tesisi tarafından tabi olunan mevzuatta belirtilen süre boyunca saklanmalıdır.

Uzaktan sağlık hizmeti sunumunun giderek yaygınlaşması başta hekimler olmak üzere kullanıcıların bu uygulamalara aşina olmalarını gerekli kılmaktadır. Tele-tıp kullanmayan hekimler klasik görüşme ve fizik muayene becerilerini dijital/görsel ortamda uygulamada zorluk yaşayabilirler. Yeni mezun olacak tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim süreçlerinde hasta hekim iletişiminde tele-sağlık uygulamalarını kullanabilecek bilgi ve becerilere sahip olmaları için eğitim programlarında gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Geleceğin doktorları, şu anda tıp eğitimi alırken tele-tıp uygulamalarını nasıl kullanmaları gerektiği konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Tele-tıbbin eğitim programlarına dâhil edilmesi sayesinde öğrenciler hem bunları deneyimlemiş hem de geleneksel yöntemlerle farklarını, avantajlarını ve kısıtlılıklarını gözlemleyebilmiş olurlar (13).

Mobil Sağlık Uygulamaları

Teknoloji ve sağlığın birleştiği bir diğer alan da mobil sağlık uygulamalarıdır. DSÖ, mobil sağlığı; "Cep telefonları, hasta izleme cihazları, Kişisel Dijital Asistanlar ve diğer kablosuz cihazlar gibi mobil cihazlar tarafından desteklenen tıbbi ve kamu sağlığı uygulamaları için kullanılan bir terimdir" şeklinde tanımlamıştır (14). Kullanıcılar mobil sağlık uygulamalarına ücretli veya ücretsiz olarak web sayfalarından, akıllı telefonlarından, tabletlerden ve kablosuz taşınabilir tüm elektronik cihazlardan ulaşabilir ve kullanabilirler. Mobil sağlık uygulamaları sayesinde kişiler kendi sağlık verilerini takip edip yöne-

tebilirler. Bunlara örnek verirsek; kalori hesaplama ile yediği yemeklerin kalorisini hesaplayabilir, sağlıklı beslenme programları ile beslenmesini düzenleyebilir, uyku takibi ile uyku saatini gece uyku kalitesi gibi parametreleri rahatlıkla takip edebilir, ilaç takip sistemi veya ilaç hatırlatma servisi ile ilaçlarını unutmadan alabilirler. Bu sayede kişiler kendi sağlıklarının geliştirilmesinde aktif rol alabilirler. Sağlık sunucuları da bu kayıtları hasta muayenesinde görerek hastalarını daha yakından takip etme olanağına sahip olabilirler.

Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilip desteklenen Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), e-Nabız gibi uygulamalar mevcuttur. MHRS sayesinde hastalar istedikleri hastane ve doktordan randevu alabilmektedirler. E-Nabız sayesinde hastalar kendi sağlık kayıtlarını, yapılan işlemlerini görebilmektedirler. Hastalar başvurdukları kurumlardaki hekimlerin erişimine izin verilerse eski sağlık kayıtlarını hekimler görebileceğinden hastadan istenecek tekrarlı ve gereksiz tetkiklerin önüne geçilmektedir. Bu da sağlık hizmeti sunumu sırasında iş ve işleyişi iyi yönde etkilemektedir.

Kişiler akıllı telefonlarına uyumlu akıllı saatleri ve bazı aparatlarla artık birçok ölçüm ve takibi direkt olarak kendileri yapıp takip edebilmektedirler. Akıllı saatleri sayesinde nabız hızı-ritmi, oksijen saturasyonu, EKG takibi, hatta kan şekeri takiplerini bile yapabilmektedirler. Bu da sağlık verilerinin hastane ortamı dışında takibi ve kaydını mümkün kılmaktadır.

Bir araştırma mobil sağlık uygulamalarını kullanan kişilerin genellikle daha genç, yüksek gelirli, eğitilmiş, kentsel alanda yaşayan, interneti işlevsel kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler olduğunu göstermiştir (15). Aslında bu çalışma sağlık alanında kronik hastalıkları için daha çok yakın takip ve izlem istediğimiz yaşlı nüfus ve uzak olduğu için erişim sıkıntısı yaşayan, kırsal alanda oturan hastalarımızda sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştıracak olan e-sağlık, mobil sağlık uygulamalarının daha az kullanıldığını göstermiştir. Bu nedenle yaşlı nüfus, kırsal nüfus gibi ulaşım olanağı daha zor olan hastalarımıza bu hizmetlerin kullanımını yaygınlaştırmamız gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) Şengül, Y. (2019). Türkiye'de sağlık bilişimi altyapısının kamusal alandaki gelişimi ve e-sağlık hizmetleri. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 14-20. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/762642>.
- 2) Kılıç, T. E. (2017). Sağlık, iyi uygulama örneği: Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203-217. <https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/31206/368271>.
- 3) Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e20.
- 4) World Health Organization. (2022). *Consolidated telemedicine implementation guide*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364221/9789240059184-eng.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 01.08.2024).
- 5) World Health Organization & International Telecommunication Union. (2022). *WHO-ITU global standard for accessibility of telehealth services*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356160/9789240050464-eng.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 01.08.2024).
- 6) Anık, Y. (2023). Tele-tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri pazarlaması kapsamında değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2), 511-534.
- 7) Shawwa, L. (2023). The use of telemedicine in medical education and patient care. *Cureus*, 15(4), e37766.
- 8) Ryu, S. (2010). History of telemedicine: Evolution, context, and transformation. *Healthcare Informatics Research*, 16(1), 65-66.
- 9) Sağlık Bakanlığı. (2015). *Tele sağlık servisi uygulama usul ve esasları hakkında yönerge* (26.03.2015/38110390/010.04/644 Sayılı Bakanlık Makam Onayı) (Erişim Tarihi: 01.08.2024).
- 10) Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2019). *Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi Genelgesi 2019/16*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/31492/0/teletip-ve-teleradyoloji-sistemi-genelgesipdf.pdf> (Erişim Tarihi: 20.07.2024).
- 11) Yılmaz, Z. U., Duman, S., Öztürk, G. Z., Özdemir, H. M., Hogan, G. G., & Karataş, E. (2021). Evaluating the home isolation of COVID-19 patients in primary care. *Journal of Infectious Diseases and Health*, 4(2), 357-364.
- 12) Sağlık Bakanlığı. (2022). *Uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik*. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm> (Erişim Tarihi: 01.08.2024).
- 13) Murt, A., & Öztürk, R. (2021). Tıp eğitiminde teletıp. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2(59), 30-31.
- 14) World Health Organization. (2024). *The Global Health Observatory; mHealth programmes are sponsored by government*. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4774#:~:text=mHealth%20is%20a%20term%20used,%2C%20and%20other%20wireless%20devices>. (Erişim Tarihi: 20.07.2024).
- 15) Bhuyan, S. S., Lu, N., Chandak, A., Kim, H., Wyant, D., Bhatt, J., Kedia, S., & Chang, C. F. (2016). Use of mobile health applications for health-seeking behavior among US adults. *Journal of Medical Systems*, 40(6), 153.

Birinci basamakta yapay zekânın kullanımı

Prof. Dr. Serdar Öztora



İstanbul'da 1974 yılında doğan Serdar Öztora İstanbul Erkek Lisesinin ardından, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesini 1997 yılında bitirdi. Aile Hekimliği uzmanlığını 2005 yılında aldı. 2009 yılında Yardımcı Doçent, 2012 yılında Doçent ve 2018 yılında Profesör ünvanını kazandı. 2020 yılında da Sağlık Yönetimi Lisans Bölümünü bitirdi. Hâlen Anadolu Üniversitesi Web Tasarımı ve Kodlama Bölümünde okumaktadır. 2016-2024 yılları arasında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Genel Sekreteri ve Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Sorumlu Yazı İşleri Müdürü ve Editörler Kurulu Üyesi olarak görev yapmıştır. 2017 yılından beri European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUROPREV) Türkiye Temsilcisi ve 2023 yılından beri Coordinating Group Üyesi görevlerini yürütmektedir. 2012 yılından bu yana Eurasian Journal of Family Medicine (EJFM) dergisinin Sorumlu Yazı İşleri Müdürü ve Editörler Kurulu Üyesi görevlerini sürdürmektedir. Hâlen Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Aile Hekimliği sanatı kendine özgüdür. Tıpkı yapay zekânın çevresiyle kurduğu ilişki gibi hastaya karşı özel bir anlayışa sahiptir ve her ikisi de dünyayı farklı algılar. Google'ın Med-Palm 2'sinin Birleşik Devletler Tıbbi Lisanslama Sınavı'nı (USMLE) uzman düzeyinde bir puanla geçtiği ve GPT-4o'nun yeni bir multimodal yapay zekâ teknolojisi olarak çığır açtığı bu çağda, Aile Hekimleri olarak uygulamalarımız üzerinde düşünmeli ve bu yeni teknolojilerin işimize ve hayatımıza sunduğu olanakları iyi bir şekilde değerlendirmeliyiz.

Yapay Zekâ Nedir?

Hepimizin yapay zekâyâ korkarak bakmamızın nedeni, belki de "*Terminatör*" filminde yer alan sahnelerdir. 1984 tarihli bu fantastik film "*Skynet*" isimli yapay zekâ tarafından üretilen robotların dünyayı ele geçirerek insanlığı ortadan kaldırmasını konu alır. Bizim de ilk andaki duygumuz hep, acaba robotlar kendi kendine yönetimi alıp, bizim için tehlikeli olabilirler mi korkusudur. Yapay zekânın kısa bir tanımını yaparak bu durumu açıklamaya çalışmak mantıklı olacaktır.

Yapay zekâ, insanlar tarafından sergilenen doğal zekânın karşılığı olarak makineler tarafından sergilenen zekâdır. Yapay zekâ, insanların "öğrenme" ve "problem çözme" gibi in-

san zihniyle ilişkilendirdiği "bilişsel" işlevleri taklit eden makineler veya bilgisayarlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Çevresini algılayan ve hedeflerine başarıyla ulaşma şansını en üst düzeye çıkaracak eylemlerde bulunan cihazlar da genel olarak "Akıllı Ajanlar" olarak tanımlanmaktadır.

Yapay zekânın bir alt kümesi olan makine öğrenmesi ise kalıplara ve çıkarımlara güvenerek belirli bir görevi yerine getirmeyi amaçlar. Bu amaçla makine öğrenmesi, açıkça programlanmaksızın tahminlerde bulunmak veya kararlar almak için "eğitim verileri" olarak bilinen örnek verileri kullanır. Örneğin binlerce, milyonlarca normal endoskopi görüntüsünü vererek, normal olanların ayrılmasını sağlamak, e-posta filtrelemek veya veri madenciliği yapmak gibi. Bir alt küme olan derin öğrenme ise, yapay sinir ağları oluşturarak daha geniş makine öğrenmesi uygulamaları sunar. Veri ve çıktı arasındaki ilişkiye göre denetimli, yarı denetimli veya denetimsiz olabilir.

Bu teknolojilerin en son noktaları ise bilgisayar görüşü ve büyük dil modelleridir. "Bilgisayar görüşü" akıllı ajanların etraflarını nasıl algıladıklarını inceleyen bir alandır ve dijital görüntü veya videolardan yüksek düzeyde bilgi elde etmelerini sağlar. Aslında insanların öğrenmesinden çok farklı değildir. Nasıl ki biz hayat boyunca etrafımızı görerek ve izleyerek bilgiler elde edi-

yorsak, akıllı ajanlar da bunu yapmaya çalışmaktadır. "Büyük Dil Modelleri" (Large Language Models – LLM) ise büyük veri kümelerinden elde edilen bilgilere dayalı olarak metin ve diğer içerik biçimlerini tanıyabilen, özetleyebilen, tercüme edebilen, çıkarım yapabilen ve yeni içerikler oluşturabilen bir derin öğrenme algoritmasıdır.

En baştaki sorumuza dönecek olursak, aslında önemli olan bu teknoloji değil, onun nasıl kullanıldığıdır. Atom bölünerek bir şehrin enerjisi de sağlanabilir, kitle silahı olarak da kullanılabilir. Yapay zekâ teknolojilerini de karşımızda bize yaklaşmakta olan bir canavar değil; günlük hayatımızı kolaylaştıracak, tıpkı sanayi devriminde olduğu gibi tekrarlayıcı ve sıkıcı işleri devralarak daha verimli olmamızı sağlayacak teknolojiler olarak görmek mantıklı olacaktır. Günümüzde aslında farkında olmasak da her alanda yapay zekâdan faydalanılmaktadır. Cebimizdeki telefonlardan bankacılık işlemlerine, kullandığımız araçlardan akıllı evlere kadar birçok alanda hayatımıza girmiş olan bu teknolojiler sağlık alanında da hızla kullanıma sunulmuş ve giderek artan bir şekilde sağlık hizmetlerine de entegre olmaya başlamıştır.

Sağlıkta Yapay Zekâ

İlk nesil yapay zekâ uygulamalarında tek modlu öğrenme geçerli standarttı. Bu uygulamalarda öğrenme için tek bir

veri kaynağı kullanılmaktaydı. Örneğin akıllı bilgisayar uygulaması bir akciğer röntgenini 75 ayrı patoloji açısından inceleyerek, normal film raporu düzenlenmesini veya göz dibi görüntülerinden gelişmekte olan “makula dejenerasyonu” gibi hastalıkların tanınmasını sağlayabilmektedir. Tek modlu bu gibi uygulamalar tarama açısından oldukça faydalı olsalar da görüntüyü sadece tek açıdan değerlendirmeleri dezavantaj olarak görülmektedir.

Oysa doğal zekâya sahip insanlar öğrenirken birçok veriden faydalanmaktadır. Bu prensibe dayanan multimodal öğrenme bundan sonraki yapay zekâ uygulamalarının temelini oluşturacaktır. Bu yöntem neticesinde geliştirilen büyük dil modelleri daha gelişmiş görevleri yerine getirebilen ve gelişmeye çok açık bir teknolojidir. Günümüzde en popüler yapay zekâ uygulamalarından olan ChatGPT bu yöntemde dayanmaktadır. Yine aynı prensiple çalışan Google Med-Palm ilk kez hem çoktan seçmeli hem de açık uçlu sorulardan oluşan Amerikan Board sınavını geçmiş, yeni sürümü olan Med-Palm 2 ise 86,5 puan ile ileri düzeyde başarılı olmuştur. İşte son dönemde çığır açan ve gelecek dönemde de giderek artan şekilde kullanacağımız yapay zekâ uygulamaları çoğunlukla bu teknolojiye dayanacaktır.

Sağlıkta yapay zekâ tanı, klinik karar verme, tedavi, eğitim ve araştırma alanlarında hayatımıza şimdiden girmiş ve yeni teknolojiler hızla geliştirilmektedir. Örneğin giyilebilir teknolojilerin yapay zekâ ile birleştirilmesi ile günlük sağlık verileri, daha kapsamlı ve doğru şekilde takip edilebilmekte, mamografi görüntüleri hızlı ve güvenilir şekilde değerlendirilebilmekte, basit laboratuvar robotları ya da daha karmaşık cerrahi robotları kullanılabilirlerdir.

Birinci Basamakta Yapay Zekâ

Bahsedilen uygulamalara ek olarak yapay zekâ birinci basamakta tanı desteği, uzaktan izleme, randevu planlama, sağlık kayıtlarının yönetimi, hasta eğitimi konularında Aile Hekimlerine destek olarak, süreçlerin daha verimli hâle gelmesi, tanı doğruluğunun artması ve daha kişiselleştirilmiş bakım sağlanması ile bakım kalitesini artırma potansiyeline sahiptir. Bu sayede birinci basamağın odaklandığı konular

olan sağlığın korunması ve geliştirilmesi, erken tanı, yaşam sonu bakımı gibi özellikli durumların daha etkin şekilde yönetilmesi de mümkün olacaktır.

Her muayenenin hastanın hikâyesinin alınması ve fizik muayenesinin yapılması ile başladığını unutmamalı ve yeni teknolojilerin de bunların ihmal edilmesine yol açmasına izin vermemeliyiz. Bir görüşme sırasında hasta ile etkili iletişim kurulması, hastaya temas edilmesi, güven sağlanması en önemli ve kopyalanması çok zor olan unsurlardır. Ancak son dönemde bunlar konusunda da girişimlere rastlanmaktadır. Örneğin yeni piyasaya sürülen GPT-4o ile artık sadece yazarak değil, ses ve görüntüler ile de etkileşim sağlanabilmekte ve bilgisayar, etrafı ile daha gerçek iletişim kurabilmektedir. Ayrıca içerdiği gelişmiş LLM teknolojisi ile de eskiden olduğu gibi basit soru-cevap etkileşimi yerine GPT-4o, görevleri parçalara bölebilmeye ve adım adım ilerleyebilme becerisi de kazanmıştır. Yani bundan sonraki dönemlerde bilgisayarlar karşısındaki görme, işi ve etrafını tanımlayabilme, yüz ifadelerini ayırt etme ve belki de muayenenin ilk ve en önemli parçası olan inspeksiyon ile belirtileri tanıma yetisine sahip olacaklardır.

Aynı zamanda mevcut teknolojilerin içine yapay zekânın entegre edilmesi ile günlük kullandığımız cihazlar da akıllı hâle gelmekte ve daha verimli sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır. Örneğin en çok kullanılan stetoskop markasının yeni modelinde oskültasyon sesleri dinlenerek ayırt edilebilmekte, hızlıca ön tanı verilebilmekte, veriler akıllı telefona yüklenebilmekte, gerekirse konsültasyonlar için paylaşılabilir. Aynı şekilde sık kullanılan elektrokardiyogram ve röntgen gibi yöntemler de yapay zekâ entegrasyonundan sonra hızlıca normal ile normal dışı sonuçları ayırt edebilmekte ve yeterince eğitim verisi ile eğitildikten sonra doğru tanının konmasına da yardımcı olabilmektedir.

Ancak birinci basamak klinik yönteminde hastalık kadar rahatsızlık deneyiminin de anlaşılması ve yorumlanması çok önemlidir. Bu yüzden bireyi bir bütün olarak anlamak gerekmektedir. Bazı durumlarda hastanın söylediğinden çok söylemedikleri-söyleyemediklerinin daha önemli olacağı

unutulmamalıdır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi sağlanırken hasta ile ortak zemin bulmak gerekmektedir. Tüm bunları yaparken hasta-doktor ilişkisinin geliştirilmesi de sağlanmalıdır. Tesis edilecek güven tüm bireysel sağlık yönetiminin temelini oluşturmaktadır. Klinik yöntem tanımının son basamağında ise zaman, kaynaklar ve ekip çalışması konusunda gerçekçi olmak gelir ki, işte burası özellikle yapay zekâdan etkili bir şekilde yararlanılması gereken noktayı oluşturmaktadır.

Tıpta aşırı branşlaşma sonucu ortaya çıkan insanın sistemlerden oluşan bir makine olarak görülmesi ve “insanın” ihmal edilmesi ile sonuçlanan biyomedikal yaklaşım tehlikesi yapay zekânın yaygın olarak kullanıma sunulması sırasında da yeniden yaşanabilir. Bunun önüne geçmek için de Aile Hekimliği daha önce olduğu gibi, yine çok önemli bir pozisyon alacaktır. Ayrıca günümüzde “dördüncül koruma” denilen ve özetle “aşırı medikalizasyon karşısında hastayı koruma”yı hedefleyen yaklaşım Aile Hekimliği için daha da önem kazanacaktır.

Biyopsikososyal bir yaklaşım ile insanı bir bütün olarak ele alan, bireyin sadece söylediğini değil, hissettiklerini de değerlendiren, ona etki eden tüm faktörleri göz önünde bulunduran Aile Hekimliği disiplini, yapay zekânın getirdiği olanakları etkin şekilde kullanarak yine “insana” dokunmaya devam edecektir.

Kaynaklar

AI and robotics are transforming healthcare. <https://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/publications/ai-robotics-new-health/transforming-healthcare.html> (Erişim Tarihi: 25.07.2024).

Artificial Intelligence. https://en.wikipedia.org/wiki/Artificial_intelligence (Erişim Tarihi: 25.07.2024).

Chestlink-Radiology Automation. <https://oxipit.ai/products/chestlink/> (Erişim Tarihi: 25.07.2024).

GPT-4o. <https://openai.com/index/hello-gpt-4o/> (Erişim Tarihi: 25.07.2024).

Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., Brodersen, J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):106-111.

McWhinney, I.R., Freeman, T. Klinik Yöntem. “Aile Hekimliği” içinde. (çev.ed). Güldal D. Türkçe 1.Baskı. İstanbul, Medikal Akademi. 2012;140-192.

Med-PaLM: A Medical Large Language Model. Erişim adresi: <https://sites.research.google/med-palm/> (Erişim Tarihi: 25.07.2024).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın yeri

Doç. Dr. Süleyman Ersoy



İstanbul Tıp Fakültesinden 1994 yılında mezun oldu. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde almış olduğu Aile Hekimliği uzmanlık eğitimini 2000 yılında tamamladı. 2009 yılında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Fitoterapi Yüksek Lisans programından mezun oldu. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde 2010 yılına kadar Aile Hekimliği Uzmanı olarak hizmet verdi. 2010 yılında ülke genelinde Aile Hekimliği sistemine geçilmesiyle İstanbul Rami Aile Sağlığı Merkezine yerleşti ve 2017 yılına kadar birinci basamakta Aile Hekimi olarak çalıştı. 2017 yılında Karabük Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalına ardından da 2019 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalına Dr. Öğr. Üyesi olarak atandı. 2021 yılında Doçent oldu. Hâlen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği klinik eğitim sorumlusu ve GETAT merkezi sorumlu hekimi olarak vazife yapmaktadır.

Aile Hekimliğinin ihtisas olarak tanımlanmasının yaklaşık yüzyıllık bir mazisi vardır. 20. yüzyıla beraber hız kazanan hekimlikteki uzmanlaşma süreci aşırı uzmanlaşmanın hastaları ortada bıraktığına dair eleştirileri de beraberinde getirdi. Hekimlikteki bu dağılarak bölünme sürecini, ilk kez 1923 yılında tanımlayan Francis Weld Peabody “hızla genel tababete dönüşmesi” yönünde uyarıda bulunmuştur. Artan benzeri yöndeki eleştiriler ve hasta merkezli ve onları bütüncül olarak değerlendirecek bir uzmanlık dalına ihtiyacın farklı kesimlerce dillendirilmesi sonucu 1966’da Amerikan Tıp Birliği tarafından halkın bu yöndeki sağlık gereksinimlerinin karşılanması için ‘Aile Hekimliği’ olarak adlandırılacak yeni bir uzmanlık dalının kurulması gerektiği bildirildi. Takiben 1972 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği (Wonca) kuruldu. Wonca ilk icraatlarından biri olarak tüm dünyada kabul görmüş bir aile hekimliği tanımının yapılması gerekliliğini bildirmiş ve birinci basamak hekimliğinin, insanı organ veya sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğunu vurgulayarak Aile Hekimliği disiplini tarif etmiştir. Bugün de geçerli olan Wonca tanımına göre Aile Hekimi yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa

kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan lisanslı tıp doktorudur. Hastaların bakımı sırasında, sağlık ve hastalık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkileri dikkate alır ve bütüncülleştirir.

Geçtiğimiz yüzyılın sonlarına doğru sesleri daha yüksek çıkmaya başlayan, modern tıbbın ve aşırı ihtisaslaşmaya karşı çıkan bir diğer grup sağlık profesyoneli daha vardı. Alternatif tıpçı olarak kendilerini isimlendiren bu topluluk güncel tıbbi aşırı uzmanlaşmanın getirdiği tesisatçı anlayışından dolayı eleştiriyor, hastaları bir tesisatçı mantığıyla organlardan ibaret bir biyosistem olarak değerlendirmeyen tersine onlara bütüncül ve hasta merkezli yaklaşan bir tıp anlayışını savunuyordu. 2000’li yıllara gelindiğinde, güncel tıbbın yönelik bu eleştirel hareket, alternatif tıp yerine daha çok tercih edilen ismi ile tamamlayıcı tıbbın olan ilginin artmasına, bir dönem psödo bilim diye itham edilerek terk edilen geleneksel tıp uygulamalarının tekrar popülerite kazanmasına ve bir anlamda GETAT uygulamalarına olan ilginin patlamasına yol açtı. Öyle ki Dünya Sağlık Örgütü dahi bu gelişmelere kayıtsız kalamadı ve 2014 yılında DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi: 2014-2023 başlığı altında GETAT uygulamalarının güncel tıp ile entegrasyonunu hedefleyen bir bildiriye yayınladı. 2022 yılına gelindiğinde

ise DSÖ bünyesinde global geleneksel tıp merkezi kuruldu. Bu merkezin kuruluş amacı olarak ise DSÖ tarafından şunlar ifade edildi: Geleneksel uygulamalarla modern bilimi insanların ve dünyanın sağlığı ve refahı için bir araya getirmek, geleneksel tıbbın güncel tıbbın entegrasyonunu ve evrensel sağlığın kapsamlı ve sürdürülebilir gelişimine katkısını maksimize etmek.

Aynı zaman diliminde ülkemizdeki gelişmelere baktığımızda; Sağlık Bakanlığının, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programını” uygulamaya koyduğunu görürüz. Bu programda herkese sağlık başlığı altında temel prensipler belirlenmiş ve uygulama için bir takvime bağlanmış. Bunlar genel sağlık sigortası (GSS) kurulması, sağlık hizmet sunumu ile finansman fonksiyonlarının birbirinden ayrılması, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması yolu ile denetim ve planlama görevlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, hastanelere özerklik tanınması ve Aile Hekimliğinin kapsamının geliştirilmesi gibi temel konuları içermektedir. Dünya Bankası tarafından da 2003 tarihli raporunda ifade edildiği üzere Türk sağlık sistemi için Aile Hekimliği modeli önerilmiş ve desteklenmiştir. Sonuç itibarıyla ülke genelinde 2010 yılından itibaren Aile Hekimliği sistemine geçilmiş ve birinci basamak sağlık



hizmetleri büyük oranda Aile Hekimlerine teslim edilmiştir. Uygulamaya konulan modelde; birinci basamak sağlık hizmetleri, topluma yönelik ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Topluma yönelik sunulacak koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı merkezleri tarafından sunulurken kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği tarafından sunulacaktır. Bu tarihten birkaç sene sonra, 2014 yılında sağlık Bakanlığı tarafından GETAT yönetmeliği yayınlanmış ve ülkemizde GETAT uygulamalarının Sağlık Bakanlığı tarafından tanınması ve düzenlenmesinin önü açılmıştır.

Aile Hekimliği ve GETAT

Aile Hekimliği ve GETAT bağlamında dünya genelinde ve ülkemizde son 50 yıllık gelişmeleri özetlemeye çalıştık. Burada dikkatini çekmek istediğimiz nokta, tarihsel serüvenleri açısından bakıldığında bile Aile Hekimliği ile GETAT'ın birçok benzerlik içerdiği, benzer zaman dilimlerinde ve benzer saiklerle tıp tarihinde yerini aldıkları tabiri caizse benzer kaderi paylaştıkları gerçeğidir. Yalnızca tarihsel olarak değil, ilkesel olarak da her ikisi arasında birçok benzerlik olduğu, ilke ve esaslarının birçok noktada örtüştüğü aşikârdır. Öncelikle tarihçelerinde de ifade ettiğimiz üzere hem Aile Hekimliği hem de GETAT bütüncül bir bakış açısına sahiptir. Aile hekimliğinin olmazsa olmaz şartı, bu disiplinin orta-

ya çıkmasının ana saiki nasıl bütüncül yaklaşım ise GETAT uygulamalarının tamamında bütüncüllük ana esaslardandır. Hatta alternatif tıp tabirinin terk edildiği günümüzde GETAT için kullanılan farklı isimlerden biri de bütüncül tıptır.

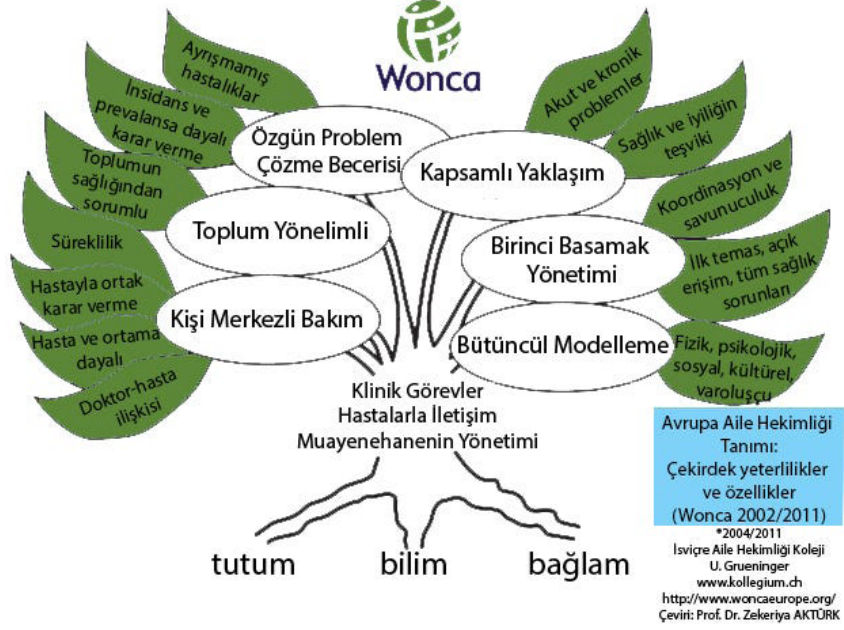
Wonca tarafından belirlenen aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri tüm dünyada aile hekimliği disiplinin ana esasları olarak kabul görmektedir. Bunlardan ilki ve önemlisi bütüncül modelleme olmakla beraber kişi merkezli bakım, birinci basamak yönetimi, toplum yönelimi, özgün problem çözüme ve kapsamlı yaklaşım diğer çekirdek yeterlilikleri oluşturmaktadır. Bunlardan bütüncüllük dışında en azından ikisi daha; kişi merkezli bakım ve birinci basamak yönetimi GETAT sistem ve uygulamalarının ana felsefesi ile örtüşmektedir. Geleneksel tıp sistemlerinden en bilinen üçü olan Geleneksel Çin Tıbbı (GÇT), Geleneksel Hint Tıbbı (GHT) ve ülkemizin içinde bulunduğu coğrafyada doğup gelişen, bu özelliği ile Geleneksel Anadolu Tıbbı (GAT) ismiyle de anılan Yunani tıpta kişiye özgü hasta bakımı ve tedavisi esastır. GAT'da buna mizaç tıbbı da denir. Bu esasa göre hekime başvuran her hasta bir değildir, doğuştan gelen farklı mizaçlara sahiptir. Dolayısıyla hem teşhislerinde bu mizaçları dikkate alınmakta hem de tedavileri mizaçlarından gelen özelliklere bağlı olarak farklılık arz etmektedir.

Bugün de geçerli olan Wonca tanımına göre Aile Hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan lisanslı tıp doktorudur. Hastaların bakımı sırasında, sağlık ve hastalık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkileri dikkate alır ve bütünleştirir.

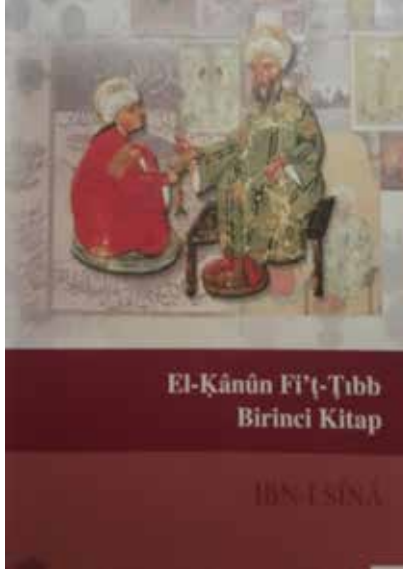
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve GETAT

Asıl dikkat çekmek istediğimiz nokta GETAT uygulamalarının da Aile Hekimliği gibi birinci basamak ağırlıklı olmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini diğer basamaklardan ayıran özellikler ne diye sorulsa şüphesiz ilk akla gelecek koruyucu sağlık hizmetleri olacaktır. Özellikle de sağlıklı bireylerin takibi, çocukların sağlıklı gelişimlerinin erişkinlerin sağlıklı yaşlanmalarının temini olarak özetleyeceğimiz primer korunma neredeyse tamamıyla birinci basamakta verilen bir sağlık hizmetidir. GETAT ve uygulamalarına baktığımızda da koruyucu hekimliğe atfedilen değer günümüz tıbbına kıyasla çok daha fazla olduğunu müşahade ederiz. Kendi geleneksel tıbbımızdan örnek verecek olursak; literatürde Yunani tıp olarak bilinen GAT ülkemiz coğrafyasında yaşamış kadim hekimler Hipokrat ile başlamış, Galen ile gelişmiş ve İbni Sina ile zirveye taşınmıştır. İbni Sina'nın en bilinen eseri Kanun Fit Tıbbın Avrupa'da 17. yüzyılın sonlarına kadar tıp fakültelerinde ana ders kitabı olarak okutulduğu bilinmektedir. Beş ciltten müteşekkil kanunun ilk cildinin neredeyse tamamını İbni Sina koruyucu hekimliğe ayırmıştır. Günümüz tıbbından çok daha kapsamlı olarak primer korunma burada detaylandırılmıştır. Öyle ki İbni Sina yenidoğandan yaşlıya kadar tüm sağlıklı bireylerin nasıl beslenmeleri gerektiğinden başlayarak, giyinme, spor yapma, temizlik, uyku ve benzeri günlük aktivitelerini, sağlıklarını muhafaza için gerekli yaşam tarzı değişikliklerini mesela mevsimlere göre nasıl hareket etmelerini kapsamlı şekilde tarif etmiştir. Yeri gelmişken birinci basamakta hizmet veren her hekimin Kanun Fit Tıbbın en azından birinci cildini edinmesini şiddetle tavsiye etmekte olduğumuzu ve hekimlik pratiklerine katkı açısından ciddi istifade edeceklerini ifade etmek isteriz.

Başta GÇT ve GHT olmak üzere diğer geleneksel tıp sistemlerinde de koruyucu hekimliğe verilen önem GAT'dan az değildir. Hastalık gelmeden sağlığın kıymetini bilmek gerektiği GAT kadar tüm GETAT branşlarında önde gelen kaidelerdendir. GETAT ve koruyucu hekimlik denilince akla gelen bir diğer husus ise şudur ki, GETAT uygulamalarının en itirazsız, en kabul gören



Şekil 1: 2023 yılı itibarıyla güncellenen Aile Hekimliği çekirdek yeterlilikleri ve özelliklerini tanımlayan Wonca (Dünya Aile Hekimleri Birliği) Ağacı



Şekil 2: İbni Sina'nın en önemli eseri 5 ciltlik El-Kanun Fit Tıbb'ın ilk cildi

kullanımı profilaktik maksatlı olanıdır. 2000'li yıllardan sonra DSÖ tarafından desteklenmesi, artan sayıda klinik ve prelinik çalışmalarla bu yöntemlerin etkinliğine dair kanıtların literatürde yer alması GETAT'a karşı olan ön yargıları azaltsa da hâlâ başta hekimler olmak üzere sağlık camiasının bir kısmının GETAT ve yöntemlerine şüphe ile yaklaşmakta olduğu muhakkaktır. Ancak onlar için bile GETAT yöntemlerinin sağlığın korunmasında istimal edilmesinde çok fazla itiraz edecek nokta bulunmamaktadır. Konuyu örneklendirecek olursak; ülkemizde geleneksel kullanımı en fazla olan GETAT yöntem-

lerinin başında fitoterapi, fitoterapinin de en sık kullanıldığı rahatsızlıkların başında kanser gelmektedir. Ancak çoğu zaman özellikle sağlık profesyoneli olmayan, maalesef bazen sağlıkçıların da aralarında bulunduğu etik değerlerden yoksun bir kısım tarafından kanser tanısı almış bu hastaların suistimal edildiği, sırf ticari maksatlarla bu hastalara bazı bitkisel ekstratlar ve karışımlar verilip umut tacirliği yapıldığı da bir gerçektir. Ekseriyetle içinde etken madde dahi bulunmayan ya da bulunsun da klinik etki göstermekten uzak bu bitkisel ilaçlar ile kendilerine umut dağıtılan hastaların tedavileri genelde hüsrana sonuclandırılmaktadır. GETAT ile alakadar hekimlerin fazlasıyla muzdarip oldukları bu tür suistimaller fitoterapi eşittir şarlatanlık ithamına varacak kadar istenmeyen ve telafisi güç sonuçlar doğurmaktadır. Fakat söz konusu koruyucu hekimlik olduğunda işin rengi birden değişmekte, kanser gibi suistimale en çok maruz bırakılan bir hastalığın profilaksisinde bile fitoterapi kullanımına itiraz yok denecek kadar az olmaktadır. Ülkemizde gıda olarak da tüketilen ve geleneksel kullanımı yüzyıllara uzanan iki tıbbi bitkiyi örnek vermek isteriz. Bunlardan ilki ülkemize endemik bir bitki olan safran'dır (*Crocus sativa*). Safranla yapılan prelinik çalışmalarda, tümör hücrelerine karşı selektif sitotoksik etki gösterirken sağlıklı hücrelere etki etmediği, kemopreventif etki gösterdiği, hücre proliferasyonunun engellediği ve apop-

tosisi uyardığı gözlenmiştir. Diğeri ise ülkemizde yetişmeyen Pakistan, Hindistan, Çin ve Bangladeş olmak üzere Asya'nın tropik bölgelerine endemik, GHT'de 2.500 yıldır kullanılan zerdeçaldır (*Curcuma longa*). Ülkemizde baharat yoluyla yüzyıllardır ithal edilip kullanılan bitkinin ilk olarak 1985'te Kuttan ve ark. antikanser özelliklerine işaret etmiştir. 1987'den bu yana ABD Ulusal Kanser Enstitüsü test ettiği bin ajandan umut verici 40 etken arasında zerdeçal etken maddesi "curcumin" de bulunmaktadır. Safrandan farklı olarak zerdeçalın kanserdeki etkinliğini gösteren kısıtlı sayıda da olsa klinik çalışmalar vardır. Bunlardan 126 kolorektal kanserli hastanın dâhil edildiği bir çalışmada hastalara zerdeçalın etken maddesi "curcumin" oral olarak verilmiş, preoperatif dönemdeki bu hastalarda kilo kaybının azaldığı, tümör dokusundaki apoptotik tümör hücrelerinin arttığı, serum TNF-a seviyelerinin azaldığı gösterilmiştir. Kolon kanseri tanısı almış 44 hastanın dâhil edildiği bir diğer klinik çalışmada ise hastalara günlük dört gr. "curcumin" 30 gün boyunca verilmiş ve lezyonların sayısında yüzde 40'lık bir azalma gözlenmiştir.

Her iki bitki de ülkemizde benzer şekilde başta çorba ve pilavlar olmak

üzere gıdalara tat, renk ve aroması için eklenmesi gelenekselleşmiş ve baharat olarak da kullanılmaktadır. Hatta gıdalara sarı renk vermesi noktasında safrana benzerliğinden dolayı ve nispeten daha ekonomik olması sebebiyle safran yerine tercih edilebildiği için zerdeçala verilen yerel isimlerden biri Hint safranıdır. Ülkemizde bu denli bilinen ve yaygın geleneksel kullanımı olan her iki tıbbi bitkinin kanserden korunmak maksadıyla birinci basamakta başta risk grubundakiler olmak üzere sağlıklı bireylere önerilmesi fitoterapinin koruyucu hekimlikteki kullanımına güzel bir örnek teşkil edeceği gibi bu hususta herhangi makul ve bilimsel bir itiraz da söz konusu olmayacaktır. Her iki bitki de rutin dozlarda kullanıldığında oldukça güvenli, hatta zerdeçal çok yüksek dozlarda dahi toksik etki göstermeyen bir bitkidir. Bu ikisi dışında da ülkemizde yaygın geleneksel kullanımı olan ve koruyucu hekimlikte güvenle kullanılacak onlarca tıbbi bitki bulunmaktadır. Kalp ve damar hastalıklarında oğulotu, alıç; diyabette tarçın, zeytin yaprağı; karaciğer hastalıklarında deve dikenini, kara hindibağ bunlardan bir çırpıda akla gelenlerdir.

GETAT yöntemleri arasında fitoterapiyi takiben bizde en fazla bilinen ve rağbet gören uygulama kupa tedavisidir.

İbni Sina yenidoğandan yaşlıya kadar tüm sağlıklı bireylerin nasıl beslenmeleri gerektiğinden başlayarak; giyinme, spor yapma, temizlik, uyku ve benzeri günlük aktivitelerini, sağlıklarını muhafaza için gerekli yaşam tarzı değişikliklerini mesela mevsimlere göre nasıl hareket etmelerini kapsamlı şekilde tarif etmiştir.



Kuru ve yaş kupa olarak ikiye ayrılmaktadır. Ülkemizde kuru kupa daha çok bardak çekme olarak bilinmekte iken yaş kupaya Arapça kökü hijamadan gelen hacamat ismi verilmektedir. Hacamat koruyucu hekimlikte müstesna yeri olan bir GETAT yöntemidir. Halk arasında dahi bu yönüyle öne çıkmış uygulamadır. Nitekim GETAT merkezlerinde vazife yapan hekimler, bu merkezlere başvuruların koruyucu maksatlı en sık müracaat ettikleri GETAT yönteminin hacamat olduğunu sıklıkla müşahade etmektedirler. Bunun muhtemel sebebi GAT'da bu yönüyle ele alınmış bir tedavi olmasıdır. Osmanlı tıbbi hekimlerinden Tabib İbn-i Şerif'in 15. yüzyılın başında yazdığı ve en eski Türkçe tıp metinlerinin arasında yer alan Yedigâr isimli eser Osmanlı Tıbbının üzerinde durduğu konuları ve tıp anlayışını bir bütün olarak ele almaktadır. Yedigârda Tabib İbn-i Şerif, döneminin tıbbında yaygın kullanılan bedensel arınma yöntemlerini istifra ismiyle zikretmekte ve tafsilatlı olarak anlatmaktadır. Nitekim kitabında vücutta fazla toplandığı ve imtila eserleri belirlediği zaman bedeni bu fazlalıklardan temizlemek lazımdır diyerek konuya giren İbni Şerif, istifra yöntemlerini üç ana başlık altında toplamıştır: Müshil kullanmak, kusmak, hacamat. Hacamat için Tabib İbni Şerif istifrağı külli tabirini kullanmakta ve bu tabirini şu şekilde izah etmektedir. "Kanın tüm hiltların karışımı olması sebebi ile kan aldırma istifrağı külli olarak anılır. Kan alındığı zaman hiltların her birinden bir miktar azalır. Bu sebepten hiçbir istifrağın fazileti kan aldırmanın (hacamatın) yerini tutmaz". Tabib İbni Şerif'in ifadelerinden de anlaşılacağı üzere günümüz Türkçesine tam detoks olarak tercüme edebileceğimiz istifrağı külli tabiriyle anılan hacamat, dönemin tıbbında hiltların dengesizliğini düzeltmenin dolayısıyla hastalıkların tedavisinin ve sağlığı korumanın ana yöntemi olarak kabul edilmiştir. Güncel literatürde sayıları sınırlı olsa hacamatın detoks etkisini kanıtlayacak çalışmalar mevcuttur. Bunlardan ikisi Karabük Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Sağlıklı bireylerde hacamatın ağır metal seviyeleri üzerine etkisinin araştırıldığı ilk çalışmada 13 farklı ağır metalin hacamat uygulama öncesi ve sonrası venöz düzeyleri kantitatif olarak ölçülmüş ve 10 ağır metal seviyesinde anlamlı düşüşler saptanmıştır. Çalışma-

nın sonucunda hacamat tedavisinin vücuttan ağır metalleri uzaklaştırmada etkili bir uygulama olduğu ifade edilmiştir. Aynı merkezde gerçekleştirilen diğer klinik araştırmada ise hacamat uygulaması ile oksidatif stresin anlamlı olarak azaldığı ve serbest radikallerin vücuttan etkili olarak uzaklaştırıldığı sonucuna varılmıştır. Ülkemizde gerçekleştirilen bu çalışmalar dışında hacamatın serbest radikalleri ve ağır metalleri vücuttan uzaklaştırdığına dair farklı klinik araştırmalar da literatürde kayıtlıdır. Sağlığın korunmasında vücut bağışıklığı ve savunma perspektifinden bakıldığında da hacamat tedavisinin immünoglobulinleri ve hemoglobini düzenlemede fonksiyonu ve çeşitli immünolojik etkilerinin mevcut olduğu görülmektedir. Hacamat tedavisinin immün sistemi üç yolla etkilemesi muhtemeldir. İlk olarak, hacamat immün sistemi tahriş ederek yerel bir inşamasyon yaratır. İkincisi, vücudun

tamamlayıcı ve onarıcı sistemini harekete geçirir. Son olarak interferon ve tümör nekrotizan faktör gibi bağışıklık ürünlerinin seviyesini artırır.

Şüphesiz koruyucu hekimlikte kullanılan GETAT yöntemleri fitoterapi ve kupa tedavisinden ibaret değildir. Başta akupunktur ve ozon terapi olmak üzere diğer GETAT yöntemlerinin de farklı oranlarda da olsa sağlığın korunmasında tercih edildiği bilinmektedir. Ayrıca GETAT'ın birinci basamakta kullanımı da koruyucu hekimlikten ibaret değildir. Başta birinci basamağa has ayrılmamış hastalıklarda, kış aylarında influenza, yaz aylarında diyareler gibi mevsimsel akut hastalıklarda, güncel tedavilerine destek olacak şekilde kronik hastalıklarda olduğu gibi farklı rahatsızlıklarda tedavi maksatlı olarak da GETAT yöntemlerine müracaat edilebilir.

Birinci Basamakta GETAT Uygulanmasının Önündeki Engeller

Sağlık Bakanlığının 2014 yılında çıkardığı GETAT uygulama yönetmeliği ve buna atıfla çıkarılan eğitim standartlarında birinci basamakta GETAT uygulamalarının kullanılmasını engelleyen bir madde bulunmamaktadır. Ancak sahadaki uygulamaya bakıldığında fiilen Aile Hekimlerinin Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) GETAT uygulaması yapması mümkün olmamaktadır. GETAT yönetmeliği ve eğitim standartları doğrultusunda herhangi bir GETAT yönteminin eğitimini alan ve sertifikası Sağlık Bakanlığınca onaylanan bir hekim kamu veya özel ayrımı olmaksızın çalıştığı sağlık kuruluşunda GETAT uygulaması yapmak için bulunduğu ilin Sağlık Müdürlüğüne müracaat ederek izin alabilmekte ve sorunsuzca hastalarına eğitimini aldığı GETAT yöntemini uygulayabilmektedir. Bunun tek istisnası ASM'lerdir. GETAT yönetmeliğini takiben binlerce Aile hekimi GETAT eğitimlerini başarıyla tamamlamış ve sertifikalarını almış olduğu halde çalıştıkları ASM'lerde bu yöntemleri uygulama imkânı bulamamıştır. Sağlık Müdürlüklerine başvuran birçok hekime mantıklı bir izah yapılmaksızın uygulama izni verilmemiştir. 2019 yılında Sağlık Bakanlığının düzenlediği GETAT kongresinde düzenlenen ve dönemin Halk Sağlığı Genel Müdürünün de panelist olduğu bir oturumun soru cevap

Sağlıklı bireylerde hacamatın ağır metal seviyeleri üzerine etkisinin araştırıldığı ilk çalışmada 13 farklı ağır metalin hacamat uygulama öncesi ve sonrası venöz düzeyleri kantitatif olarak ölçülmüş ve 10 ağır metal seviyesinde anlamlı düşüşler saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda hacamat tedavisinin vücuttan ağır metalleri uzaklaştırmada etkili bir uygulama olduğu ifade edilmiştir.

kısmında bu sıkıntı gündeme getirilmiş ve en yakın zamanda sorunun çözülmesine dair söz alınmıştır. Benzer şekilde farklı platformlarda bu sorun defaatle gündeme getirildiği halde bir çözüme kavuşturulmadığı gibi birinci basamakta çalışan hekimlerin GETAT eğitimi almasını da engellenmesi gibi tersine bir gelişme yaşanmıştır. Pandemi süresince kapatılan GETAT sertifikasyon eğitimleri yaklaşık 4 yıl aradan sonra içinde bulunduğumuz yıl açılmış ancak birinci basamakta hizmet veren hekimlerin GETAT eğitimi almak için Bakanlığa yaptıkları başvuruya olumsuz cevap verilmiştir. Sonuç itibarıyla birinci basamakta GETAT uygulamalarının önünün açılmasını beklerken, buralarda vazife yapan hekimlerin daha önce alabildikleri eğitim hakkının da engellenmesi gibi çok da hakkaniyetli olmayan bir durumla karşılaşmıştır.

Sağlık Bakanlığının yukarıda da ifade etmeye çalıştığımız üzere GETAT uygulamalarının entegrasyonu ile elde edilmesi muhtemel sayısız kazanımlara rağmen nasıl bir tasavvurla GETAT'ın birinci basamakta önünü kestiğini anlamak mümkün değildir. Burada gözle görülebilir tek muhtemel sakınca GETAT uygulamaları için SGK tarafından ödeme yapılmaması ve kamu kuruluşlarında yapılan uygulamalar için bakanlıkça belirlenen uygulama ücreti artı uygulama esnasında kullanılan malzeme ücretinin hastalar tarafından karşılanması gerektiğidir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hastaların bu ödemeyi yapabilecekleri dönem sermaye saymanlıkları bulunurken birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olduğu ülkemizde böyle bir ödemenin birinci basamakta yapılabilmesi hâlihazırda mümkün değildir. Ancak bu aşılması zor bir engel değildir. Öncelikle GETAT'a gönül vermiş birinci basamak hekimlerinin zaten bu işten maddi bir beklentisi yoktur ve büyük oranda GETAT'ı hastalarına ücretsiz uygulamaya dünden razıdır. GETAT uygulamalarında kullanılacak malzemelerin de hasta tarafından temin edilmesi cihetine gidilebilir. Nitekim kamudaki GETAT merkezlerinde yapılan uygulamalarda malzeme ücreti de ayrıca hastadan tahsil edilmektedir. Netice itibarıyla varsa ufak tefek diğer sorunlar da çözülebilir ve birinci basamak sağlık hizmetlerine GETAT implante edilebilir. Yeter ki bu hususta irade ve iyi niyet gösterilsin.

Sonuç

Ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmiş ülkelerde ve yeni gelişmekte olan ekonomilerde ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun genel nüfusa olan oranını arttırmış, kardiyovasküler hastalıklar, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, kanser, diyabet ve ruhsal bozukluklar gibi kronik, güçten düşürücü hastalık risklerinin artmasını da beraberinde getirmiştir. Dahası bu tür kronik hastalıkların görülme yaşı da gittikçe azalmaya başlamıştır. Yaşlı ve kronik hastalıklarla boğuşan nüfusun artması ülkelerin sağlık hizmetlerini birçok açıdan açmaza ve ekonomik olarak altından kalkılamayacak noktalara sürüklemektedir. Birinci basamağın ve dolayısıyla koruyucu hekimliğin güçlendirilmesinin bu hızla büyüyen sorunun çözümündeki ana çıkar yollardan biri olduğu konunun muhataplarının ortak kanaatidir. GETAT'ın koruyucu hekimlikte olduğu kadar bu tür kronik hastalıkların tedavisinde de önemli bir rol oynadığı kabul edilen bir gerçektir. Nitekim son yıllarda GETAT'ın birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu dünya genelinde destek görmeye başlamış ve bu entegrasyonun birinci basamağı güçlendireceği fikri hasıl olmuştur. Ülkemizde de dünyadaki bu gelişmelere uzun süre kayıtsız kalınmayacağı ve yakın gelecekte mevcut sıkıntıların aşılacak birinci basamakta GETAT kullanımının önünün açılacağı kanaatindeyiz. Yeter ki GETAT uygulamalarının birinci basamakta vazife yapan hekimlerin hastalarının sağaltımında ve sağlığının korunmasında engel oluşturmak bir yana ellerini güçlendireceği gerçeği idrak edilsin, konuya yapıcı ve destekleyici yaklaşım sergilensin.

Kaynaklar

Abdullaev F. I., Riveron-Negrete L., Caballero-Ortega H., Hernández J. M., Perez-Lopez I., Pereda-Miranda R. & Espinosa-Aguirre J. J. Use of *in vitro* assays to assess the potential antigenotoxic and cytotoxic effects of saffron (*Crocus sativus* L.). *Toxicology in vitro*, 2003; 17(5-6), 731-736.

Amin A., Hamza A. A., Bajbouj K., Ashraf S. S. & Daoud S. Saffron: a potential candidate for a novel anticancer drug against hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 2011; 54(3), 857-867.

Ataay F. Health reform and citizenship rights. *Journal of Public Administration*, 2008;41, 169-184.

Benli AR & Ersoy S. The effect of wet cupping therapy on heavy metal levels: a single-arm clinical trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2020; 22(4): e96348.

Çavmak Ş. & Çavmak D. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2017; 1(1): 48-57.

El Shanshory M., Hablas N.M., Shebl Y., Fakhreldin A.R., Attia M., Almaramhy H.H. & El Sayed S.M. Al-hijamah (wet cupping therapy of prophetic medicine) significantly and safely reduces iron overload and oxidative stress in thalassemic children: a novel pilot study. *Journal of Blood Medicine*, 2018;241-251.

Ersoy S., Altinoz E., Benli A.R., Erdemli M.E., Aksungur Z., Bag H.G. & Engin V.S. Investigation of wet cupping therapy's effect on oxidative stress based on biochemical parameters. *European Journal of Integrative Medicine*, 2019;30:100946.

Ersoy S., Benli A.R., Traditional detoxification method in ottoman medicine: regurgitation, *J. Med. Ethics* 26 (1) (2018) 45-47.

Kahya, E., *el-Kânûn fi't-Tıbb* 1. Cilt, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, Ankara 2018.

Kuttan R., Bhanumathy, P., Nirmala, K., & George, M. C. Potential anticancer activity of turmeric (*Curcuma longa*). *Cancer letters*,1985; 29(2), 197-202.

Payyappallimana U. Role of traditional medicine in primary health care: an overview of perspectives and challenging. *Yokohama journal of social sciences*, 2010;14(6), 57-77.

Peabody F.W. *The Care of the Patient*. *JAMA* 1927; 88:877-882.

Resmî Gazete. (2014, Ekim 27). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>.

Söylemez F., Güneş G. Aile sağlığı merkezine başvuran hastalarda geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ve etkileyen faktörler. *Kırıkkale Uni Med J*. 2023;25(3):421-30.

Tabib, İbn-i Şerif. *Yadigâr*. 1. Cilt. 1. Baskı. İstanbul: Merkez Efendi ve Halk Hekimliği Demeği Yayınları; 2003.

Umar N.K., Tursunbadalov S., Surgun S., Welcome M.O. & Dane S. The effects of wet cupping therapy on the blood levels of some heavy metals: a pilot study. *Journal of acupuncture and meridian studies* 2020;1(6):375-379.

Unlu A., Nayir E., Kalenderoglu M. D., Kirca O. & Ozdogan M. Curcumin (Turmeric) and cancer. *J buon*, 2016; 21(5), 1050-1060.

WONCA Europe. *History of FM/GP in Europe and WONCA Europe*. <https://www.woncaeurope.org/news/view/history-of-fm-gp-in-europe-and-wonca-europe>.

World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>.

World Health Organization. *WHO global traditional medicine centre*. <https://www.who.int/initiatives/who-global-traditional-medicine-centre>.

Yeşilada E. Kurkuminoitler ve Zerdeçal. *Türkiye Klinikleri Pharmacy Sciences-Special Topics*, 2021; 1(1), 45-50.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri GZFT analizi

Dr. Şeyma Handan Akyön



Şeyma Handan Akyön, 1994 yılında İngiltere/Cardiff'te doğdu. 2018 yılında Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2019-2023 yılları arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık eğitimini tamamlayarak Aile Hekimliği Uzmanı ünvanı aldı. 2023 yılından itibaren Bilecik Gölpaazarı İlçe Devlet Hastanesi 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde uzman doktor olarak görevine devam etmektedir. Ayrıca 2023 yılından beri EYFDM (European Young Family Doctors' Movement) Türkiye Etkinlikler Koordinatörü olarak görev yapmaktadır. EYFDM bünyesindeki özel ilgi gruplarından biri olan 'Digital Health & Artificial Intelligence'in kurucusu ve liderlerinden biridir.

Sağlık, insan yaşamının en temel unsurlarından biridir ve sağlık hizmetlerine erişim, bireylerin refahı ve toplumların gelişimi için olmazsa olmazdır. 1978 Alma Ata Deklarasyonu ile uluslararası sağlık eşitliği gündemine taşınan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH), Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "Herkes İçin Sağlık" hedefinin temel taşıdır. BBSH, bireylerin yaşamları boyunca ihtiyaç duydukları temel sağlık hizmetlerine eşit ve adil bir şekilde erişim sağlamayı hedefler. Bu kapsamda, toplumun sağlık ihtiyaçlarına odaklanan, koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkaran ve hastalıkları önlemeyi hedefleyen bir yaklaşım benimser. Güçlü bir BBSH altyapısının, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, maliyet etkinliği ve eşitlikliliği artırdığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır. DSÖ'ye göre, düşük ve orta gelirli ülkelerde birinci basamak (BB) sağlık müdahalelerinin yaygınlaştırılması, 2030 yılına kadar 60 milyon hayat kurtarabilir ve ortalama yaşam süresini 3.7 yıl artırabilir. Bu nedenle, sağlık sistemlerinde BBSH'ye yatırım yapmak hem bireylerin hem de toplumların refahı için büyük önem taşımaktadır.

Bu bölümde, dünyada BB sağlık kuruluşlarının mevcut durumunu ele alarak, BB sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yönlerini, fırsatları ve tehditleri GZFT analiziyle değerlendirecektir. Amacımız, BBSH'nin gelecekteki gelişimine yön verecek önemli noktaları ortaya

koymak ve sağlık sistemlerinin bu hizmetlere daha etkin bir şekilde entegre edilmesi için yol gösterici bilgiler sunmaktır.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Aile Sağlığı Merkezleri, bireylerin temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlar. Birleşik Krallıkta Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), Genel Pratisyenler aracılığıyla kapsamlı BB sağlık hizmetleri sunmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), 1920'lerde Kanada ve Birleşik Krallıkta yetersiz sağlık hizmeti alan nüfuslara yönelik olarak ortaya çıkmıştır. Zamanla; Afrika, Avustralya, Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika gibi birçok yerde kapsamlı ve entegre hizmetler sunan sağlık hizmeti sağlayıcıları olarak gelişmişlerdir. TSM'ler, bölgesel sağlık risklerini belirleyerek koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eder. Batı Avrupa'da, halk sağlığı hizmetleri ve aile hekimliği hizmetlerini bir arada sunan daha büyük ve bütünsel BB merkezlerin oluşturulması eğilimi vardır. Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), bireyleri sağlığa yönelik risklerden korumak ve sağlıklı yaşamı teşvik etmek amacıyla kurulmuştur. 2016'dan itibaren Norveç'te aktifleştirilen SHM'lerde yaşam tarzı değişiklikleri müdahaleleri olumlu sonuçlar vermiştir. Evde sağlık hizmetleri, hastaların kendi evlerinde tedavi ve bakım hizmetleri almasını sağlamaktadır. Dünya genelinde önemli bir sağlık ve sosyal hizmet sunum

modeli haline gelmiştir. Danimarka'da bu hizmetler tek bir belediye sistemi altında entegre edilirken, Almanya ve Hollanda'da sağlık ve sosyal bakım tek bir finansman kaynağı üzerinden yönetilmektedir. Türkiye, Fransa, İtalya, Portekiz ve İspanya gibi ülkelerde göçmen sağlığı merkezleri (GSM), göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri sunar. Kanada'nın "Benim Sağlık Ekiplerim" ve Avustralya'nın "Sağlık Bakımı Evleri" ile "Birincil Sağlık Ağları", ekip tabanlı bakımı vurgulayarak hastaların koordineli hizmetler almasını sağlar. Bu modeller, tıbbi ve sosyal hizmetleri entegre ederek kronik hastalıkların yönetimini ve yetersiz hizmet alan popülasyonlara erişimi iyileştirmeyi amaçlar. Dünya genelinde çeşitli yeni Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri modelleri bulunmaktadır. Bu hizmetlerin entegre edilmesi, çeşitli ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli iyileşmelere yol açmıştır.

Uluslararası Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırılması: GZFT Analizi

Güçlü Yönler

Elektronik Sağlık Kayıtları (EHR) ve Dijital Sağlık Teknolojilerinin Entegrasyonu: Dijital teknolojiler (e-sağlık), sağlık sonuçlarını ve faaliyetlerini desteklemek, verimliliği ve bakım kalitesini artırmak için önemlidir. 2013-2018 yılları arasında Avrupa'da yapılan bir araştır-



ma, 27 ülkenin tamamında e-sağlık kullanımının arttığını göstermiştir. Danimarka, Estonya, Finlandiya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık en yüksek uygulama düzeylerine sahipken, Yunanistan, Lüksemburg ve Slovakya'da benimseme oranı düşük kalmıştır. EHR sistemleri, özellikle Avustralya, Kanada, İsrail ve ABD'de iyi yapılandırılmış ve kronik hastalığı olan hastalar için önleyici ve sürekli bakım hizmetlerini izlemeye yardımcı olabilir. EHR, karmaşık sağlık ihtiyaçları olan bireyler için bakımın iyileştirilmesine katkıda bulunur, hastane yatış sürelerini azaltarak maliyetleri düşürür ve sağlık sonuçlarını iyileştirir. Elektronik reçete (e-reçete) sistemleri, yazılan reçetelerin elektronik olarak bir eczaneden alınmasını sağlar, ilaç kullanımını izler ve doğruluğu artırır. İngiltere'de "kağıtsız" sağlık hizmetine geçiş hızlanırken, Türkiye'deki e-nabız uygulaması sağlık okuryazarlığını artırarak bireylerin sağlık hizmetlerine katılımını teşvik etmektedir. E-sağlık, hasta yönetimi, hastalık takibi ve erişilebilirlik konularında önemli avantajlar sunarak BB sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır.

Kapsamlı Bakım ve Hizmet Sunumu: Hollanda'da hastaların yüzde 96'sı BB'de tedavi edilmekte ve sağlık

hizmetleri zorunlu sosyal veya sigorta katkısı ile finanse edilmektedir. Dijital sağlık kayıtları yaygın olarak kullanılırken, aile hekimliği geniş bir hizmet yelpazesi sunmaktadır. Belçika'da BB sağlık hizmetleri aile hekimleri ve genel pratisyenler tarafından sunulmakta olup, hastaların doğrudan uzman doktorlara erişimini sınırlayan bir kapı bekçiliği modeli uygulanmaktadır. Sağlık hizmetleri zorunlu sağlık sigortası tarafından finanse edilir ve hastalar küçük bir katkı payı öder. Finlandiya'nın sağlık sistemi, vergilendirme yoluyla finanse edilmesi ve kamu tarafından sağlanması bakımından diğer İskandinav ülkelere benzerdir. Kore'de ise eşitliği artırmak ve maliyetleri kontrol altında tutmak amacıyla yapılan reformlar, sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasını sağlamıştır. Bu reformlar, hem sağlık çalışanlarının daha etkili çalışmasını sağlamakta hem de hastaların kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini artırmaktadır, bu da sağlık sistemlerinin genel performansını ve hasta memnuniyetini artırmaktadır.

Toplum Yönelimli Olma: BBSH, sadece temel sağlık hizmetlerinden ibaret değildir; toplumun sağlığa yönelik bütüncül bir yaklaşımını ifade eder. Bu yaklaşım, çok sektörlü iş birliği, toplumun

güçlendirilmesi ve tüm sağlık hizmeti düzeylerini kapsayan entegre sistemleri içerir. BBSH, sağlık hizmetlerini ulaşılmayan kesimlere götürmenin en uygun maliyetli, adil ve erişilebilir yoludur. Başarılı BBSH modelleri, toplum sağlığı çalışanlarının katılımını ve yerel halkın sürece dahil olmasını teşvik eder. Kronik hastalık yönetimine odaklanması ve hasta/toplum katılımının güçlendirilmesi önemlidir. Örneğin kişi odaklı güçlü aile hekimliği hizmeti sunan Belçika ve ABD gibi ülkeler yerel nüfusun daha fazla katılımıyla daha disiplinler arası ve toplum odaklı bir BB sağlık ekibine olan ihtiyacı ve sektörler arası eylemin sağlık için faydalarını keşfetmiştir. Ayrıca Brezilya ve Kosta Rika'nın aile sağlığı ekipleri, sağlık çalışanlarıyla birlikte çok disiplinli ekiplerin sağlık sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğunu göstermiştir. ABD'de TSM'ler, özellikle tıbbi açıdan savunmasız olan şehir içi ve kırsal bölgelerdeki nüfuslara yönelik olarak kapsamlı, koordine edilmiş ve entegre sağlık hizmetleri sunmaktadır. Çin'de BBSH ana sağlayıcısı olan ve sağlığa erişimi artırmayı ve eşitliği teşvik etmeyi amaçlayan politikalarla desteklenen TSM'ler, Çin'in 2020 Sağlıklı Çin Planı kapsamında, tüm vatandaşlara güvenli, etkili, uygun ve erişilebilir temel sağlık hizmetleri sunmayı hedeflemektedir.

OECD verilerine göre, pandemi kanser tarama programlarını olumsuz etkileyerek tarama oranlarını düşürmüştür ve bekleme sürelerini daha da kötüleştirmiştir. Sağlık sistemlerinin sağlık krizlerine karşı dirençli olabilmesi için güçlü bir birinci ve toplum sağlığı bakımının gerekli olduğu anlaşılmıştır.

Zayıf Yönler

Kaynak Yetersizlikleri: Dünyada BB sağlık kuruluşlarının karşılaştığı zorluklar arasında sağlık çalışanlarının azalması ve iş yükünün artması önemli bir yer tutmaktadır. Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) ülkelerinde genel tıbbi pratisyenlerin oranı 2000 ile 2017 yılları arasında birçok ülkede yüzde 20'nin üzerinde azalmıştır. Bu durum, BB sağlık hizmeti sağlayıcılarının artan klinik ve idari iş yüküyle başa çıkmakta zorlanmalarına neden olmaktadır. Örneğin Avustralya, Birleşik Krallık, Danimarka, İsrail, Estonya ve İrlanda'da genel tıp pratisyenlerinin payı bu dönemde önemli ölçüde azalmıştır. Bu durum, BB sağlık ekipleri üzerinde hem klinik hem de idari iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Benzer şekilde, Kanada'da aile hekimleri haftada ortalama çalışma süresi Kanadalıların ortalama haftalık çalışma süresinden 14 saat daha fazladır. İngiltere'de NHS, genel pratisyenlerin zamanının yüzde 11'inin evrak işleriyle geçtiğini tahmin etmektedir. İngiltere'de, BBSH geniş kapsamlı olmasına rağmen, finansman sorunları ve sağlık personeli eksiklikleri zaman zaman ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, bazı bölgelerde hizmetlerin yeterin-

ce erişilebilir olmaması gibi sorunlar da yaşanabilmektedir. Benzer şekilde, ABD'nin de BB sağlık hekimlerinin çalışma gününün yarısından fazlasını EHR ile etkileşimde geçirdikleri bulunmuştur. Tayland'da yeterli doktor bulunmaması ve hastaların genellikle doğrudan hastanelere başvurması nedeniyle BB'de kalite sorunları yaşanmaktadır.

Sağlık Eşitsizlikleri: Erişilebilirlik, bir hastanın bir klinisyenle herhangi bir sorun için etkileşim başlatmasının ne kadar kolay olduğunu ifade eder. Aynı zamanda coğrafi, idari engeller, finansman, kültür ve dil gibi bariyerleri ortadan kaldırmayı da içerir. Sağlıkta eşitsizlikler, BBSH'ye erişimde belirgin bir sorun oluşturmaktadır. OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerine erişimdeki mali engeller, birçok birey için hala önemli bir sorun teşkil etmektedir. Örneğin düşük gelirli bir bireyin uzman bir hekime erişim olasılığı, yüksek gelirli bir bireye göre yüzde 12 daha düşüktür. Bu durum, sağlık sistemindeki eşitsizlikleri artıran bir faktör olarak öne çıkmaktadır. 2016 itibarıyla 32 OECD ülkesinin 12'sinde BB sağlık hizmetlerine erişimde kullanıcı ücretleri veya mali paylaşım düzenlemeleri bulunmaktadır. Finlandiya, İzlanda, Japonya, Letonya,

Tablo 1. Seçili Ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin GZFT Analizi

Ülke	Güçlü Yönler	Zayıf Yönler	Fırsatlar	Tehditler
Hollanda	Kapsamlı bakım, dijital sağlık kayıtları kullanımı	Coğrafi kısıtlamalar	Tele-sağlık uygulamaları, Performansa dayalı ödeme	Sağlık hizmetlerine talep artışı
Belçika	Kapsamlı bakım, toplum yönelimli olması	Yüksek maliyetler	Dijital sağlık çözümleri	Yaşlanan nüfus
Finlandiya	EHR kullanımı, kamu finansmanı, koruyucu hekimlik	Personel eksiklikleri	Dijital sağlık teknolojileri	Sağlık eşitsizlikleri
Türkiye	Sağlıklı Hayat Merkezleri, geniş hizmet yelpazesi, EHR kullanımı	Finansman ve kaynak yetersizlikleri	Dijital sağlık uygulamaları	Ekonomik zorluklar ve doğal afetler
İngiltere	Güçlü aile hekimliği sistemi, NHS kapsamı	Finansman kısıtlamaları, personel eksiklikleri	Dijital sağlık çözümleri	Brexit sonrası belirsizlikler
Kanada	Gelişmiş EHR kullanımı, kapsamlı sağlık hizmetleri	Uzun bekleme süreleri, personel eksiklikleri	Tele-sağlık gelişimi, e-Sağlık çözümleri	Sağlık maliyetlerinin artması
Almanya	Güçlü sosyal sağlık sigortası sistemi	Bölgesel erişim farklılıkları	Mobil sağlık klinikleri	Yaşlanan nüfus, artan sağlık harcamaları
Avustralya	Kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetleri, EHR kullanımı	Kaynak yetersizlikleri	Tele-sağlık gelişimi	Coğrafi izolasyon, yaşlanan nüfus
İsveç	Gelişmiş sağlık teknolojileri, yüksek sağlık standartları	Eşitsizlikler, bazı kırsal alanlarda sağlık erişimi	Dijital sağlık çözümleri, tele-sağlık	Ekonomik baskılar, sağlık maliyetlerinin artması
Amerika Birleşik Devletleri	Güçlü birinci basamak sağlık altyapısı, gelişmiş EHR kullanımı	Yüksek sağlık hizmeti maliyetleri, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler	Tele-sağlık ve e-sağlık çözümleri yaygınlaşması	Yüksek sağlık harcamaları, sağlık sigortası kapsamındaki belirsizlikler



Norveç, Portekiz, Slovenya ve İsveç'te hastalar, BB hizmetleri için kullanıcı ücretleri ödemektedir. Almanya, Fransa ve ABD gibi bazı ülkeler, COVID-19'a yanıt olarak hastalığın tanı testlerini kapsayacak şekilde özel önlemler almıştır. Sağlık hizmetlerine erişimi artırmak için, hemşire uygulayıcılar, toplum eczacıları ve toplum sağlığı çalışanlarının rolünü artırmak, dijital danışmanlıkları yaygınlaştırmak ve mobil sağlık hizmetleri sunmak gibi stratejiler önerilmektedir. Bu çabalar, sosyal ve ekonomik engelleri ele alarak hastaların sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmalarını sağlamayı amaçlamaktadır.

Koruyucu Sağlıkta Yetersizlikler: Koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirmeye yönelik çalışmaların eksikliği birçok ülkede BB sağlık sistemlerini olumsuz etkilemektedir. OECD ülkelerinde, diyabet, astım, KOAH, kalp yetmezliği ve hipertansiyon gibi önlenebilir hastalıklar nedeniyle hastaneye yatış süresinin yüzde 5,8'ini oluşturur ve 2016'da 21.1 milyar ABD doları maliyet yaratmıştır. OECD ve AB ülkelerinde kronik hastalığı olanların dörtte biri, son 12 ay içinde

önerilen koruyucu testleri yaptırmamıştır. Avustralya, Birleşik Krallık, Danimarka, İsrail, Estonya ve İrlanda'da genel tıp pratisyenlerinin oranı 2000-2017 arasında yüzde 20'den fazla azalmış, bu da önleyici bakıma ayrılan zamanın azalmasına neden olmuştur. Ayrıca, Norveç, ABD ve İsveç'te hastaların yüzde 45'ten fazlası, Almanya'da yüzde 29 civarında bakım koordinasyon sorunları yaşamaktadır. Kanser taramaları, kanseri erken aşamada tespit ederek tedavi başarısını artırır ve maliyetleri düşürür. Meme kanseri, OECD ülkelerinde kadınlar arasında en yüksek görülme oranına sahip kanserdir ve mamografi taraması erken teşhis için oldukça önemlidir. 2021'de en yüksek mamografi tarama oranları Danimarka, Finlandiya, Portekiz ve İsveç'te (%80 veya daha fazla) görülmüş, en düşük oranlar ise Meksika, Türkiye, Slovak Cumhuriyeti ve Macaristan'da (%30'un altında) kaydedilmiştir.

Fırsatlar

Tele-Sağlık Uygulamaları ve Mobil Klinikler: Dijital sağlık, temel sağlık hizmetlerinin kapsamını artırarak sağlık

sonuçlarını iyileştirir. DSÖ'nün Küresel Dijital Sağlık Stratejisi, bu amaçla dijital sağlık girişimlerine rehberlik eder. Tele-tıp, özellikle uzak bölgelerde yaşayan halkın sağlık sistemine erişimini artırır. Pandemi döneminde tele-tıp alanında gelişmelerin hızlanması ile telekonsültasyonlar artmış ve 2021 yılında tüm doktor konsültasyonlarının yüzde 19'unu oluşturmuştur. Kanada'da tele-tıp, uzak bölgelerdeki hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak eşitsizlikleri azaltır. Hollanda'da tele-tıp yaygın kullanılsa da kullanım düzeyi farklılık gösterir. Kanada ve ABD'de pratisyen hekimler, özellikle çevrim içi konsültasyonlar için e-sağlığı benimsemektedir. Brezilya'nın Minas Gerais eyaletinde tele-tıp, küçük ve uzak şehirlerde temel sağlık hizmetlerini destekler. Çin'in kırsal kesimlerinde "internet hastaneleri" yüksek kaliteli bakım sunar. OECD ülkelerinde, düşük gelirli ve azınlık grupları genellikle daha kötü sağlık durumuna sahiptir. Mobil sağlık klinikleri, özellikle şehir içi ve kırsal alanlarda engelleri aşarak savunmasız kesimlere hizmet sunar. ABD, Meksika, Almanya ve Portekiz'de kırsal bölgelerde mobil klinikler uygulanmakta, yeterli BB sağlık hizmeti sağlamak ve sağlık çalışanı yetersizliğini hafifletmek için kullanılmaktadır. Uluslararası deneyimler, mobil sağlık kliniklerinin savunmasız popülasyonların güvenini kazanabileceğini ve tarama hizmetlerine erişimi artırarak sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir.

Sağlıkta Yapay Zekâ Kullanımı: Yapay zekâ (YZ), aile hekimliğinde hasta triyajı yaparak, konsültasyonları hızlandırarak ve kronik hastalık yönetimini iyileştirerek doktorların hasta etkileşimlerine ve tıbbin sanatıyla ilgilenmelerine odaklanmalarını sağlayabilir. YZ, tıpkı stetoskop gibi tıbbi uygulamaları dönüştürebilecek potansiyele sahiptir ve doğru kullanıldığında daha verimli, doğru ve özelleştirilmiş bakım sunar. YZ, sağlık hizmetlerinde teşhis ve tedavi süreçlerini iyileştirme potansiyeline sahiptir. ABD, Çin, Singapur, Birleşik Krallık ve Kanada gibi ülkeler, YZ gelişimi ve uygulamalarında öne çıkan ülkeler arasında yer almaktadır. BBSH'de kullanılmak üzere geliştirilen yapay zekâ destekli araçlar son senelerde yaygınlaşmaya başlamıştır. Ancak, YZ'nin entegrasyonu sırasında önyargı, veri gizliliği ve sorumlu gelişim gibi zorluklar da ele alınmalıdır.

Biofilik Tasarım: Aile Sağlığı Merkezlerinin tasarımında biofilik yaklaşımlar benimsenebilir. Biofilik tasarım, doğal unsurları iç mekanlara entegre ederek hastaların ve personelin refahını artırmayı amaçlar. Doğal ışık, bitkiler ve su özellikleri gibi unsurların kullanımı, hastaların iyileşme sürelerini kısaltabilir, stres seviyelerini azaltabilir ve genel olarak iyileşme deneyimlerini iyileştirebilir. Araştırmalar, doğayla bağlantının hem hastalar hem de sağlık çalışanları üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Biofilik tasarımın benimsendiği sağlık merkezlerine örnek olarak Singapur'daki Khoo Teck Puat Hastanesi, İngiltere'deki Nuffield Sağlık Merkezi ve ABD'deki Cleveland Kliniği ile New York-Presbyterian Hastanesi verilebilir.

Tehditler

Ekonomik Zorluklar: Ekonomik koşullar, BB sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve erişilebilirliği açısından kritik bir öneme sahiptir. OECD ülkelerinde sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği, artan ekonomik zorluklar ve yüksek sağlık maliyetleri nedeniyle tehdit altındadır. Birçok ülke, BB sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasını ve bakım sürekliliğini teşvik etmek için daha fazla ekonomik teşvikler gerekmektedir. İsrail, Meksika ve Birleşik Krallık gibi 11 OECD ülkesi, bakım koordinasyonunu, önleme faaliyetlerini ve kronik hastalıkların aktif yönetimini teşvik etmek amacıyla 2018 yılında belirli ek ödemeler uygulamıştır. Ayrıca, Şili ve Hollanda gibi 15 ülke, BB sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ödeme yöntemlerini kullanmaktadır. Bu politikalar ve uygulamalar, sağlık harcamalarının artan yükü karşısında sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırmak için kritik öneme sahiptir.

Yaşlanan Nüfus: Yaşlanan nüfus ve artan sağlık talepleri, BB sağlık hizmetlerinin önemini artırmaktadır. OECD ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfus oranının 2017'de yüzde 17 iken 2050'de yüzde 28'e çıkması beklenmektedir. Bu nüfusun yüzde 40'a kadarı çoklu morbidite ile yaşamakta olup, yüzde 25'i üç veya daha fazla kronik hastalıktan mustariftir. Avrupa Birliği ülkelerinde yetişkin nüfusun yüzde 20'si kronik ağrı, yüzde 17'si ise anksiyete veya depresyon gibi ruh sağlığı sorunları yaşamaktadır. Karmaşık sağlık ihtiyaçlarına sahip küçük bir grup, sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır.



En yüksek maliyetli hastaların yüzde 10'u, sağlık harcamalarının yüzde 68'ini, yüzde 5'i yüzde 55'ini ve yüzde 1'i yüzde 24'ünü oluşturmaktadır. Sağlık ihtiyaçlarının artmasına karşın, kaynakların büyümesi sınırlıdır. Birçok ülke, sağlık harcamalarının hükümet bütçelerindeki payını artırmıştır. Ancak gelecekte artan taleplerle başa çıkmanın zor olabileceği öngörülmektedir. 65 yaş ve üzeri nüfusun artması, evde bakım hizmetlerinin önemini artırmaktadır. Bu hizmetler, hastaların evde sağlık bakımına erişimini sağlayarak hastane yatışlarını ve sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltır. Palyatif bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi de, terminal dönem hastalarının ve ağır kronik hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir.

Küresel Sağlık Tehditleri: COVID-19 pandemisi, birçok ülkede BB sağlık hizmetlerinde önemli zorluklara yol açmıştır. OECD verilerine göre, pandemi kanser tarama programlarını olumsuz etkileyerek tarama oranlarını düşürmüş ve bekleme sürelerini daha da kötüleştirmiştir. Sağlık sistemlerinin sağlık krizlerine karşı dirençli olabilmesi için güçlü bir birinci ve toplum sağlığı bakımının gerekli olduğu anlaşılmıştır. Pandemi sırasında, birçok ülkede aile hekimliği sistemlerinde önemli değişiklikler yapılmıştır. Örneğin Azerbaycan kırsal bölgelerde daha güçlü bir hizmet modeli geliştirmiş, Çekya çok disiplinli ekiplerle zihinsel sağlık hizmetlerini ev-

lere yakın sunmaya başlamış, Fransa çok disiplinli ekiplerle belediye sosyal hizmetleri arasındaki koordinasyonu güçlendirmiştir. Gürcistan, kapsamlı bir birincil sağlık reform sürecini hızlandırmış, İngiltere ise elektronik sağlık kayıtlarına erişimi ve telekonsültasyonları artırarak ilerleme sağlamıştır. Bu küresel örnekler, aile hekimliği sistemlerinin kriz durumlarında esneklik ve yenilikçi çözümler üretebildiğini göstermektedir.

Savaşlar ve Doğal Afetler: Büyük afetler, özellikle savaş ve depremler, BB sağlık merkezlerinin dayanıklılığını artırmayı zorunlu kılmaktadır. Bu merkezlerin dayanıklılığı, acil durumlarda toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için kritik öneme sahiptir. Yakın zamanda Ukrayna ve Gazze'deki çatışmalar, Türkiye'de 6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen deprem, sağlık altyapısının ciddi zarar görmesine ve BB sağlık merkezlerinin işlevlerini yerine getirememesine neden olmuştur. Bu durumlar, halk sağlığı hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak ve sağlık çalışanlarının güvenliğini korumak adına sağlık tesislerinin fiziksel olarak güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu kapsamda, BB sağlık tesislerinin bomba korumalı camlar, sığınaklar ve basınca dayanıklı kapılar gibi önlemlerle donatılması ve acil durum planlarının oluşturulması gerekmektedir. Bu hazırlıklar, afet durumlarında sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak ve toplumun sağlığını korumak için hayati öneme sahiptir.

Sonuç

Sonuç olarak, BBSH toplum sağlığının korunmasında kritik bir rol oynamaktadır. Hollanda, Belçika ve Türkiye gibi ülkelerdeki modeller, kapsayıcı bakım ve dijital sağlık teknolojileri entegrasyonunda önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Ancak ekonomik zorluklar, sağlık personeli eksiklikleri ve eşitsizlikler gibi zayıf yönler mevcuttur. Yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalık yükü, bu hizmetlerin önemini artırmaktadır.

Aile Sağlığı Merkezleri, bireylere ve toplumlara hizmet sunmak için dinamik ve adaptasyon yeteneği olan yapılar olarak şekillenmektedir. Sağlık sistemi dönüşümünde BBSH, toplum merkezli, engelleri azaltan, koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendiren ve dijital teknolojileri entegre eden bir yaklaşım benimsemelidir. Bu şekilde, herkes için daha adil ve erişilebilir bir sağlık sistemi hedeflenebilir.

Kaynaklar

- Akman, M. "Strength of Primary Care in Turkey." *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014; 18(2): 70-79.
- Akyon, S.H. "Telesaglık ve Uzaktan Hasta Bakim: Pandemiyle Başa Çıkmak için Teknolojik Yaklaşımlar." *Aile Hekimliğinde Pandemi Yönetimi*. Ankara: Hipokrat Yayınevi, 2024;1: 75-80.
- Allen, Luke, N., Pettigrew, L. M., Exley, J., Nugent, R., Balabanova, D., Villar-Urbe, M., Baatiema, L. et al. "The Role of Primary Health Care, Primary Care and Hospitals in Advancing Universal Health Coverage." *BMJ Global Health*. 2023; 8(12): e014442.
- Avery, D.M. "Factors Associated with Choosing Family Medicine as a Career Specialty: What Can We Use." *Am J Clin Med*. 2009; 6(4): 54-58.
- Bitton, A., Hannah, L.R., Veillard, J.H., Kress, D.H., Barkley, S., Kimball, M., Secci, F. et al. "Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of General Internal Medicine*. 2017; 32(5): 566-571.
- Çöme, O., & Mevsim, V. "E-Health Solutions in Primary Health Care." *The Journal of Turkish Family Physician*. 2023; 14 (1): 30-41.
- Evans, G. W. "The Built Environment and Mental Health." *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2003; 80(4): 536-555.
- Geneva: World Health Organization. "Global Strategy on Digital Health 2020-2025," 2021 <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gsd4hd2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Granja, C., Janssen, W. & Johansen, M.A. "Factors Determining the Success and Failure of EHealth Interventions: Systematic Review of the Literature." *Journal of Medical Internet Research*. 2018; 20(5): e10235.
- Health Systems in Transition. *United Kingdom: Health System Review 2022*; 42(1). ISBN: 1817-6119.
- Hobbs, F.D.R., Bankhead, C., Mukhtar, T., Stevens, S., Perera-Salazar, R., Holt, T., & Salisbury, C. "Clinical Workload in UK Primary Care: A Retrospective Analysis of 100 Million Consultations in England, 2007–14." *The Lancet*. 2016; 387(10035): 2323–2330.
- Kringos, D.S., van Riet Paap, J., & Boerma, W.G.W. "The Netherlands." In *Building Primary Care in a Changing Europe: Case Studies*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. PMID: 29064645.
- Lin, S., Sattler, A., & Smith, M. "Retooling Primary Care in the COVID-19 Era." *Mayo Clinic Proceedings*. 2020; 95(9): 1831–1834.
- Litsios, S. "On the Origin of Primary Health Care." In *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. NCBI Bookshelf. 2015. PMID: 26378335.
- Macinko, J., Starfield, B. & Shi, L. "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998." *Health Services Research*. 2003; 38(3): 831–65.
- Maeseneer, J. D., Moosa, S., Pongsupap, Y. & Kaufman, A. "Primary Health Care in a Changing World." *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 2008; 58(556): 806–809, i–ii.
- Moore, T.H.M., Kesten, J.M., López-López, J.A., Ijaz, S., McAleenan, A., Richards, A., Gray, S., Savovič, J., & Audrey, S. "The Effects of Changes to the Built Environment on the Mental Health and Well-Being of Adults: Systematic Review." *Health & Place*. 2018; 53: 237–57.
- Nagel, D.A., Keeping-Burke, L., & Shamputa, I. C. "Concept Analysis and Proposed of Community Health Center." *Journal of Primary Care & Community Health*. 2021, PMID: 34541950.
- OECD Indicators. "Health at a Glance 2023." OECD, November 7, 2023. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- OECD Legal Instruments. "Recommendation of the Council on Artificial Intelligence," 2024. <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0449>. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- OECD. "Making Reform Happen. Lessons from OECD Countries." OECD, May 26, 2010. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- OECD. "Realising the Potential of Primary Health Care." OECD, May 30, 2020. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Peeters, J. M., Krijgsman, J.W., Brabers, A.E., De Jong, J.D., & Friele, R.D. "Use and Uptake of EHealth in General Practice: A Cross-Sectional Survey and Focus Group Study Among Health Care Users and General Practitioners." *JMIR Medical Informatics*. 2016; 4(2): e11.
- Samdal, G.B., & Meland, E. "Ten Years' of Healthy Life Centers – Research and Directions for Future Work." *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022; 50(7): 1034–1038.
- Sevild, C.H., Niemiec, C.P., Bru, L.E., Dyrstad, S.M. & Lunde Husebø, A.M. "Initiation and Maintenance of Lifestyle Changes among Participants in a Healthy Life Centre: A Qualitative Study." *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 1006.
- Shi, L., Starfield, B., Xu, J., Poltzer, R., & Regan, J. "Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization Key Points." *Southern Medical Journal*. 2003; 96(8): 787-795.
- Sixty-second World Health Assembly. "Primary Health Care, Including Health Care Strengthening." *Resolution, 2009*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Soriano, M; Milena, R.M.F., Santos, J.P.A., Cardoso, C.S., Ribeiro, A.L., & Alkmim, M.A. "The Experience of a Sustainable Large Scale Brazilian Telehealth Network." *Telemedicine and E-Health*. 2016; 22(11): 899–908.
- Summerton, N., & Cansdale, M. "Artificial Intelligence and Diagnosis in General Practice." *British Journal of General Practice*. 2019; 69(684): 324–325.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. E-KUTUPHANE, 2012. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/453>. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Wang, H.H.X., Wang, J.J., Wong, S.Y.S., Wong, M.C.S., Mercer, S.W. & Griffiths, S.M. "The Development of Urban Community Health Centres for Strengthening Primary Care in China: A Systematic Literature Review." *British Medical Bulletin*. 2015; 116(1): 139–154.
- Winters, M., Rechel, B., De Jong, L., & Pavlova, M. "A Systematic Review on the Use of Healthcare Services by Undocumented Migrants in Europe." *BMC Health Services Research*. 2018; 18(1): 1–10.
- World Health Organisation (WHO). "Home Care in Europe: The Solid Facts," 2008. <https://iris.who.int/handle/10665/328766> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- World Health Organisation (WHO). "Primary Health Care," 2023. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/primary-health-care> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- World Health Organisation (WHO). *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century*, 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- World Health Organisation (WHO). *Primary Health Care: Making Our Commitments Happen: Realizing the Potential of Primary Health Care*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5173-44936-63926> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- World Health Organization. *Strengthening Health-System Emergency Preparedness*, 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/strengthening-health-system-emergency-preparedness> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Xie, X., Zhou, W., Lin, L., Fan, S., Lin, F., Wang, L., Guo, T. et al. "Internet Hospitals in China: Cross-Sectional Survey." *Journal of Medical Internet Research*. 2017; 19(7): e239.

Birinci basamak birincil meselemiz değil ki!

Dr. Sebahattin Işık



1959 yılında Bolu'da doğdu. Ailesinin göçü sebebiyle çok küçük yaşta İstanbul'a yerleşti. İlk, orta ve yüksek eğitimini İstanbul'da aldı. İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2023 yılında Tıbbi Mikrobiyoloji alanında doktorasını tamamladı. Anadolu'nun farklı yerlerinde pratisyen hekim, uzman hekim ve sağlık idarecisi olarak görev yaptı. Bir dönem mahalli bir gazetede köşe yazıları yazdı. Çalışmalarını sağlık politikaları üzerine yoğunlaştırdı. Farklı ülke sağlık sistemlerini yerinde analiz etmek üzere Küba'dan Finlandiya'ya kadar çok sayıda ülkeye inceleme gezileri yaptı. DSÖ çalışmalarına katıldı. Hâlen sağlık konularında danışmanlık yapmaktadır. Evli ve üç çocuk babasıdır.

Hükümet Tabipliklerinden Sağlık Merkezlerine oradan Sağlık Ocaklarına ve nihayet Aile Hekimliklerine geçerken hep birinci basamağın sağlık sistemi içindeki yerinin gerçekten birincil olmasını hayal ettik. Ne yazık ki hayalimiz hiç gerçeğe dönüşmedi. Cumhuriyetin ilk dönemini yaşayanlar hükümet tabipliklerine ve vakıf mirası hastanelerimize aşınadır. Sağlık yapılanmasında önce ademi merkezîyetçi olarak yola çıktık, sonra merkezîyetçi olduk. Bir hamle yapıp Millî Sağlık Planı hazırladık, yasalaşmasına bile fırsatımız olmadı.

Altmış darbesi sonrası Sağlıkta Sosyalizasyon hedefimizdi. Sunulan tasarrufların 5 maddesi çizik yemişti. Tasarıyı Millet'in Meclisinin engelli hâle getirdiğini hiç söylemedik. Sosyalizasyon 20 yılda küçük vilayetlerimizde oyalandı; sonra bir darbemiz daha doğdu. Seksen sonrası 20 yılda ise sosyalizasyon politikamızı emir komuta ile ülkeye yayma başarısını gösterdik ama sadece kâğıt üstünde. Örneğin İstanbul'da 10 bin değil, 75 bin kişiye bir sağlık ocağı açarak sosyalizasyon rüyasını kabusa dönüştürdük.

Sevki zinciri hep umudumuzdu. Uygular gibi olduk, hiç ama hiç başaramadık. Zorlanınca kurum hekimleri ve mu-

ayenehaneler gibi unsurlarla boşluk doldurduk. Gücü olan her kamu kurumu "kurum hekimi" adıyla kendi özel ocağını kurarken, hızımızı alamadık; kurumların tıp merkezleri ve hastaneleri ardından geldi. Sade vatandaşımız yine mahzun kaldı.

Yatay entegre örgütlenmeleri dikey programlarla karmaşık hâle getirdik; sıtmada, veremde, ana çocuk sağlığında çok büyük başarılar elde ettiğimizi sanırken ocaklarımızı boşalttık. Nüfus planlaması, doğum kontrolü, üreme sağlığı derken doğurganlıktan olduk. Ekonomik durum, şehirleşme, kadın istihdamı, aile kurumunun dönüşümü gibi daha bir sürü etken söz konusu iken tabii ki bu gidişatın faturasını sadece birinci basamağa çıkarmak haksızlık olur. Ancak her hâlükârda genç bir toplum olmaktan dolayı övünürken, hızla yaşlanan bir topluma dönüştük.

İki binlere geldiğimizde 6 bin sağlık ocağı sayabildik. Bunun iki katı kadar sağlık evi olduğu bize ezberletilmişti ama ara ki bulasın. Doktorsuz, hemşiresiz sağlık ocağı yapmayı siyasi başarı saydık. Büyük şehirlerimizdeki az sayıda sağlık ocaklarını da torpilli tayin depolarına çevirdik.

Birinci basamakta çalışmayı teşvik için ek ödemeler tasarladık. Çok sürmedi;

"ocakta yazar kasa istemeyiz," diyerek Anayasa Mahkemesi kapısına vardık. Çalışanları yine mağdur ettik.

Devir değişti, iktidarlar geldi geçti. Sağlıkta Dönüşüm adı verilen yeni bir elbise giydik. Sosyalizasyonun mimarı Nusret Fişek Hocamızın, "entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir," sözüne itibar edip Aile Hekimliği uygulamasına geçtik. Yetmedi, basit bir hizmet örgütlenmesini siyasal tartışma masalarına meze yaptık. Sosyalizasyondan açılıp Alma Ata'da karar kıldık; sosyalizmden girip liberalizmden çıktık. Kadeh tokuşturur gibi, düş, fikir, iddia, iftira ve sanrılarımızı tokuşturduk. Tüm bunlara rağmen birinci basamak yine mahzun kaldı.

Aile Sağlığı Birimi adını verdiğimiz doktor ve sağlık çalışanından oluşan çekirdek birimleri ülkeye homojen yaymaya çalıştık. Grup çalışmalarını teşvik için Aile Sağlığı Merkezi (ASM) adıyla yeni sağlık ocakları türedi. Buna bir de Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) eklendi. Güya bireysel koruyucu hizmetler ile toplumsal koruyucu hizmetlere ilişkin görev tanımları netleşecekti; herkes görev yetki ve sorumluluğunun sınırlarını bilecek ona göre hareket edecekti. Hekim olmayan ASM'leri TSM'den görevlendirmelerle doldurarak, yaptığımız görev ayrışmasını ka-





Sorunun kaynağı birinci basamağı sistemdeki listemizin birinci sırasına alamamak, yani gerçek “birinci basamak”

yapamamak. Ne yazık ki, sağlık tarihimizde bunu hiç başaramadık. Moralimizi bozmayalım, umudunuzu koruyalım; dijital çağda, yeni teknolojilerle ve yeni bir anlayışla yepyeni bir birinci basamak kurabiliriz.

maşa hâline soktuk. Birinci basamak hekimliği “bir uzman hekimliktir” düsturuyla yola çıkmıştık. Yeterli uzman hekim yetiştiremedik; yetiştirdiklerimizi de hastanelerde görevlendirdik. Aile hekimlerine “sen pratisyensin, pratisyen kal,” dedik.

Birinci basamağın itibarını artıracaktık. Hem vatandaş hem de çalışan nezdinde bu itibar artacaktı; bize öyle söylüyorlardı. İlk günlerde öyle olur gibiydi ama devam etmedi. Belli bir tarihten sonra nüfusa göre olan pozisyon açılması akamete uğradı. Sanal ASM gibi kavramlarla tanıştık; çok yer yine boş kaldı.

Aile hekimlerinin tutum ve davranışları geleneksel memur-amir kabulümüzü zorlar oldu. En azından bir kısmımız onları hor görmeye başladık. Onların da bir kısmı bunu fırsat bilip görev ihmalini ve istismarını olağan hâle getirdiler. Dernekler, federasyonlar kurduklar, eylemler yaptılar, her geçen gün halkın gözünde aile hekimliğini daha sevimsiz hâle getirmeyi başardılar. Belki de birlikte başardık.

Sistem tarafından gerçek sahiplenme ve denetim hak getire. Haksızlık etmeyelim; kapı, pencere, mekân denetimleri yapılıyor ancak verilen hizmetin sorgulanması konusunda belirsizliklere teslim olunuyordu. Kapıdan çevrilen vatandaşlara, yerine uğramayan aile

hekimlerine, nöbetleşe mesai yapanlara, randevusuz hastasını kapı dışarı edenlere şahit olduk. Denetimsiz, başıboş ancak sadece idealist hekimlerin görevini hakkıyla yaptığı bir yola girdik. Neyse ki onlar her zaman var oldu.

Bu arada Genel Sağlık Sigortasını kurmuş ve tüm vatandaşlarımızı sınırsız bir sağlık güvencesi altına almıştık. Bu sınırsızlığın ne demek olduğu tartışmalı; söylenecek çok şey var ama konumuz bu değil. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sağlık sistemimizin âdeta patronu olmuştu. Kamu hastanelerinden götürü hizmet alırken, özel hastanelerle sözleşme yapıyordu. Aile Hekimliğini ise görmezden geldi. Kanunlar birinci basamakla sözleşmesini öngörse de buna yanaşmadı ve Sağlık Bakanlığı aracılığıyla usulen yapılan sözleşmeler devreye girdi. Kim bilir belki doğrusu da buydu.

SGK Faaliyet Raporunda yıllık sağlık harcamalarına bir bakalım. Hastane, ilaç ve malzeme harcamaları, neredeyse yekün oluşturuyor. Yasal görevi olmasına rağmen birinci basamak hizmetlere, koruyucu hizmetlere kaynak ayırmadığı anlaşılıyor.

Bağışıklama ve gebe takibi gibi temel görevleri unutalım. “Aile hekimleri ilaç yazmaktan başka bir şey yapmıyor” şikâyetlerini duyar olduk. SGK ise aile

hekimlerinin birçok ilacı reçete etmelerine kısıtlama getirerek âdeta bu işlevi de çok gördüğünü gösterdi. Bu arada raporlu raporsuz sadece ilaç yazdırmak için hastaneleri dolduran kronik hastaları da poliklinik sayısına ekleyip, kişi başı doktora baş vuru sayımızı abartacak bir bahane daha bulmuş olduk.

Doktora başvuru sayımızdaki hızlı artış hep dile getirilir. Aslında doktora başvuru değil, hastaneye başvuru konusuna eğilmek daha doğru olmaz mı? Doktora başvuru, danışmanlık anlamında Google'a başvurudan daha iyi değil mi? Burada bu amaçla başvurulacak herhangi bir doktor mu olmalı, aile hekimi mi olmalı, aile sağlığı çalışanı ya da başka bir sağlık profesyoneli mi olmalı? Aynı bir konu. Önemli olan doğru bilgiye ve doğru rehber ulaşmak. Bu hususta büyüklerimiz bir öngörüsü vardır herhâlde.

Buna rağmen bugün biz hastaneye başvuruyu artırmak için akla hayale gelmedik yollar buluyoruz. Yüzlerce, hatta binlerce konuda sağlık raporu talep ediyor, sağlam insanlarımızı hastalar arasında günlerce sıralara sokuyoruz. Evde bakımı üstlenip hastaneye yönlendiriyoruz, Sağlıklı Yaş Alma deyip, hastaneye yönlendiriyoruz. Şu ilacı, alan uzmanı yazabilir, şu ilaç için üçlü imza gerekir, şu ilaç için heyet raporu gerekir kabilinden bir sürü reçete mağdurlarını hastane önlerine yığıyoruz. Pandemi döneminde aşı kampanyalarını bile birinci basamaktan önce hastanelerde başlattık.

Evinden çıkamayan hastalarımıza hizmet götürmek için "Evde Bakım" ekipleri kurduk. Aile hekimliğinin gezici hizmetini yok edip bu işlevi hastanelere taşıdık. Böylece eve mahkûm olan hastasını takip edemeyen aile hekimleri icat ettik. Son günlerde "Yaşlı Bakımı" hususunda da Bakanlığın projelerinden haberdar oluyoruz. Bu da hastaneler eliyle yapılır ve yaşlı nüfusundan da kopuk aile hekimleri oluşturulursa dünya da eşi, benzeri görülmemiş bir modele sahip oluruz. Sanırım yöneticilerimiz bu ilişkiyi kuracak bir yapı tasarlamışlardır.

Aile hekimliğinin yukarıda sözü edilen çekirdek biriminin günümüz şartlarında birey bazında da olsa koruyucu hizmetler, sağlık okuryazarlığının ar-

tırılması, sağlıklı yaşamın teşviki gibi sağlığın geliştirilmesini sağlayacak birikim, kapasite ve kadroya sahip olmadığı aşikârdır. Tasarlayanlar da bunun farkında olmalı ki aile hekimlerinin arka bahçesi olacak Sağlıklı Hayat Merkezlerini açmışlar. Yazıldığına göre, hastalığa değil, sağlığa yatırım anlayışını önemseyen Sağlık Bakanlığı, Sağlıklı Hayat Merkezleriyle; ülke genelinde aile hekimliği hizmetlerini desteklemeyi ve güçlendirmeyi, birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (diyetisyenlik hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, fizyoterapi, çocuk gelişimine yönelik hizmetleri gibi) erişimi kolaylaştırarak hastaneye yığılmanın önüne geçmeyi, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi; hâlihazırda sağlık beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadele etmeyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmayı amaçlamıştır. Biraz uzun oldu ama ne yapayım? Bakanlık böyle diyor. Gerçek misyonlarını üstlenip üstlenmedikleri bir yana, bu merkezler de sosyalizasyondaki gibi kaplumbağa hızıyla ilerliyor. Yoldan geçen vatandaşlara bu merkezlerin ne olduğunu ve nerede olduğunu sorsak eminim, "O ne ki?" diyeceklerdir. Bence bu soruyu sağlık yöneticilerimize de sormayalım.

Aslında SGK ya da Sağlık Bakanlığına sitem ederken acaba haksızlık mı ediyoruz, diye düşünüyorum. Son günlerin sağlıkta top trend sağlık sorunu, Merkezi Hekim Randevu Sisteminden (MHRS) randevu alamamak. Nereden randevu alınamıyor? Tabii ki hastaneden. Yani vatandaşın ve siyasetin gündeminde sorun odağı hastaneler. Birinci basamak birincil meselemiz değil, hatta hiç olmadı ki. Hizmet makamında olan kurumlarımız da doğal olarak gündemdeki alana odaklanıyorlar. Bizler hastanelere odaklandıkça hastaneler bizi hasta ediyor, sistemimiz hastalıktan kurtulamıyor.

Birinci basamak bize sağlık sisteminin "giriş kapısı" diye tanıtılmıştı. Ancak sistemde pencerelerimiz açık, duvarlarımız yıkık, her yer yol geçen hanı. Kapı ne yapsın? Yeise gerek yok; yine de sağlık sistemimiz tüm gücüyle ayakta.

Galiba sorunun kaynağı birinci basamağı sistemdeki listemizin birinci sırasına alamamak, yani gerçek "birinci basamak" yapamamak. Ne yazık ki, sağlık tarihimizde bunu hiç başaramadık. Moralimizi bozmayalım, umudunuza koruyalım; dijital çağda, yeni teknolojilerle ve yeni bir anlayışla yepyeni bir birinci basamak kurabiliriz. Yeter ki önceliğimiz bu olsun.

Kaynaklar

Aydın, S. (2007). *Aile Hekimliği: Sağlık sisteminde merkezi role talip olmak. Aile Hekimliği Dergisi, Cilt 1, Sayı 3.*

Aydın, S., Tokaç, M. (2015). *Cumhuriyet Döneminde İstanbul'da Sağlık Hizmetleri. Antik Çağ'dan XXI. Yüzyıla Büyük İstanbul Tarihi. sf. 152-162.*

Demirel, H. (2008). *1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları.*

Evrensel. (2005, Ağustos 20). *Sağlık ocağına yazar kasa girince.*

Fişek, N. (1985). *Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Yayınları, Ankara.*

Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2023). *Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM) konulu genelge (2023/5).*

Sağlık Bakanlığı. (2023, Haziran 2). *Evde sağlık hizmeti sunumu hakkında yönetmelik. Resmî Gazete (Sayı: 32209).*

Sağlık Bakanlığı. *Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHYM). <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html> (Erişim Tarihi: 5 Ağustos 2024).*

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2022). *2021 faaliyet raporu (sf. 63). Strateji Geliştirme Başkanlığı.*

Türkiye Büyük Millet Meclisi. (1961). *24 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun, genel gerekçe metni. TBMM Arşivi.*

Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2004, Kasım 24). *5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu. Resmî Gazete (Sayı: 25665).*

Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2006, Mayıs 31). *5510 sayılı sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanunu. Resmî Gazete (Sayı: 26200).*

Evrensel Sağlık Kapsamı: Türkiye'nin evrensel sağlık kapsamına ulaşma hedefleri ve stratejileri

Prof. Dr. Seçil Günher Arıca



1978 yılında Eskişehir'de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Eskişehir'de tamamladı. 2002 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aile Hekimliği uzmanlığını 2007 yılında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaptı. 2013'te doçent, 2018'de profesör oldu. Hâlen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanı olup; İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu olarak çalışmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı "sadece hastalıklardan korunma değil; fiziki, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hâli" olarak tanımlar (WHO, 2014-2019). Sağlık, insan varlığı için temel bir unsurdur; hem bireylerin hayatta kalması hem de insan soyunun devamı için gereklidir. Diğer canlılar içgüdüsel davranışlarla sağlıklarını korurken, insanlar tedavi süreçlerine ihtiyaç duyar.

Evrensel Sağlık Kapsamı (ESK), sağlık hizmetlerinin tüm bireyler için erişilebilir, uygun maliyetli ve kaliteli olması hedefini taşır. Bu hedef, sadece hastalıkların tedavisini değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin tüm alanlarını kapsar. Ülkemizde, sağlık sisteminin etkinliğini artırmak, eşitliği sağlamak ve toplumsal sağlık standartlarını yükseltmek için çeşitli stratejiler geliştirilmiştir. 2015 yılında belirlenen "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri", sağlık başta olmak üzere temel alanlardaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Bu hedeflerin üçüncüsü, Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı'na ulaşmaktır. Bu yazıda, Türkiye'nin evrensel sağlık kapsamına ulaşma hedefleri ve bu hedeflere yönelik stratejilerin detaylı bir şekilde ele alınması amaçlanmıştır.

Türkiye'nin Evrensel Sağlık Kapsamı Hedefleri

1- Sağlık Hizmetlerine Erişimin Artırılması: a) Kapsamlı Sağlık Sigortası: Türkiye'nin sağlık sisteminin en önemli hedeflerinden biri, toplumdaki tüm bireylerin genel sağlık sigortası kapsamına alınmasıdır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi, ülkemizde 2012 yılında uygulanmaya başlamıştır. **b) Coğrafi erişim:** Aile Hekimliği uygulamaları ile birlikte kırsal ve dezavantajlı bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim artırılmıştır. Bu bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilebilmesi için birinci basamağın altyapı ve donanım olarak güçlendirilmesi gereklidir.

2- Kaliteli Sağlık Hizmetlerinin Sunulması: a) Standartların yükseltilmesi: Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için, uluslararası standartlara uyum sağlamak ve kalite iyileştirmeleri yapmak gerekli ve önemlidir. Toplumun rahat ulaşabildiği birinci basamağın güçlendirilmesi, aile hekimlerinin ilaç reçeteleme ve tetkik yetkisinin genişletilmesi gerekmektedir. **b) Hizmet çeşitliliği:** Hem acil hem de kronik hastalıkların tedavisinde kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması, birinci basa-

makta yapılan koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi ve aile hekimlerinin desteklenmesi (ilaç yazımı, riskli bireylere öncelikli yeşil alan açma yetkisi) sağlık sisteminin etkinliğini artırır.

3- Sağlık Harcamalarının Şeffaflığı ve Etkinliği: a) Finansal yönetim: Sağlık harcamalarının şeffaf bir şekilde yönetilmesi ve kaynakların etkin kullanımı, sistemin sürdürülebilirliğini sağlar. **b) Bütçe ve kaynak yönetimi:** Sağlık bütçesinin etkili yönetimi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin desteklenmesi ile sağlanabilir.

4- Sağlık Bilgilerinin ve Verilerinin Kullanımı: a) Veri yönetimi: Sağlık verilerinin etkili bir şekilde toplanması ve analiz edilmesi, sağlık politikalarının geliştirilmesinde ve hizmetlerin iyileştirilmesinde önemli rol oynar. E-nabız da hastane ve aile hekimliği bilgi sistemlerine ait veriler zamanında entegre edilmelidir. Muayene eden hekim ya da kişinin kendi aile hekimi e-nabızda kişiye ait geçmiş sağlık bilgilerini filtresiz görebilmelidir. **b) Araştırma ve Geliştirme:** Sağlık bilgileri ve araştırmaların desteklenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına katkıda bulunur. Özellikle halkın sağlığı

ğını geliştirmeye yönelik çalışmalar öncelikli olarak desteklenmelidir. Birinci basamakta yapılacak çalışmalar için online başvuru oluşturulmalıdır.

Stratejiler ve Politika Önerileri

1- Sağlık Altyapısının Güçlendirilmesi:

a) Yeni sağlık tesisleri: Kırsal ve şehir merkezlerinde yeni sağlık tesislerinin inşası, mevcut tesislerin yenilenmesi ve sağlık altyapısının genel olarak güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu hem fiziksel sağlık altyapısını hem de teknik donanımı içerir. **b) Mobil sağlık araçları:** Özellikle ulaşım sorunu yaşayan bölgelerde, mobil sağlık araçları ve kliniklerinin kullanımı, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak için etkili bir çözüm sunmaktadır.

2- Sigorta ve Finansman Modellerinin İyileştirilmesi:

a) Genel Sağlık Sigortası: Vatandaşlarımızın sağlığı ülkemizde genel sağlık sigortası ile güvence altına 1/1/2012 tarihinden itibaren alınmıştır. Birinci basamakta sağlık hizmeti toplumdaki tüm bireylere ücretsiz olarak verilmektedir. Bu bağlamda birinci basamağın alt yapı ve sağlık personeli ile güçlendirilmesi gerekmektedir. **b) Kapsayıcı finansman modelleri:** Kamu ve özel sektör iş birlikleri ile sağlık hizmetlerinin finansmanının çeşitlendirilmesi, mali kaynakların etkin kullanımı için önemli bir stratejidir. Ayrıca, devlet destekli sağlık sigortası sistemlerinin yanı sıra, özel sağlık sigortalarının da desteklenmesi düşünülebilir.

3- Sağlık Profesyonellerinin Eğitimi ve Dağılımı:

a) Eğitim ve sertifikasyon: Sağlık profesyonellerinin sürekli eğitim ve sertifikasyon süreçlerinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için önemli bir adımdır. Meslek içi eğitimlerin düzenli olarak yapılması ve yeni tıp bilgilerine ulaşmanın sağlanması gerekmektedir. **b) Kadro dağılımı:** Sağlık personelinin ülke genelinde daha dengeli bir şekilde dağıtılması, özellikle kırsal bölgelerdeki sağlık personeli açıklarının kapatılması, hizmet kalitesinin artırılmasında önemli rol oynar.

4- Teknolojinin Entegre Edilmesi:

a) Dijital Sağlık Sistemleri: Elektronik sağlık kayıtları, tele-tıp ve diğer dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve eri-

şilebilirliğini artırır. **b) Veri Analitiği:** Sağlık verilerinin analizi ile sağlık politikalarının ve hizmetlerinin iyileştirilmesi, karar alma süreçlerini destekler ve hizmet kalitesini artırır.

5- Halk Sağlığı ve Önleyici Hizmetler:

a) Aşı programları: Ulusal aşı programlarının etkinliğinin artırılması ve aşı kapsamının genişletilmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde önemli bir adımdır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de aşı kararsızlığı giderek artmaktadır. Aşı kararsızlığını önemli ölçüde azaltmak için sosyal medyada konusunda uzman sağlık profesyonelleri tarafından programlar hazırlanmalıdır. **b) Sağlık eğitimi ve farkındalık:** Bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmalarına destek olmak, sağlık okuryazarlığını artırmak için sağlık eğitimi programları düzenlenmelidir. Gelecek nesilimiz için sağlık dersi ilk-orta ve lise ders programlarına entegre edilmeli ve Sağlık TV sağlık profesyonellerinin desteği ve denetimiyle Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu tarafından açılmalıdır. Bu programlar; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve hastalıkların erken teşhisi gibi konuları kapsamalıdır.

Sonuç

Türkiye'nin evrensel sağlık kapsamına ulaşma hedefleri, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, kalitesini ve etkinliğini artırmaya yönelik kapsamlı bir strateji gerektirir. Sağlık altyapısının güçlendirilmesi, sigorta ve finansman modellerinin iyileştirilmesi, sağlık profesyonellerinin eğitim ve dağılımının optimize edilmesi, e-nabızda hasta konsültasyon notlarının hekimler arasında etkin bir şekilde kullanılabilmesi ve halk sağlığı stratejilerinin uygulanması, bu hedeflere ulaşmanın anahtar unsurlarıdır. Türkiye'nin sağlık sistemindeki bu reformlar ve stratejik adımlar, toplumsal sağlık hizmetlerini daha kapsayıcı, etkili ve sürdürülebilir bir hâle getirebilir.

Sonuç olarak; sağlık, bireylerin yaşam kalitesi ve toplumların sürdürülebilirliği için hayati öneme sahiptir. Türkiye, Evrensel Sağlık Kapsamı hedeflerine ulaşmak için çeşitli stratejiler geliştirmiştir. Bu stratejiler, sağlık hizmetlerine ulaşım ve eşitliği artırarak, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltma-

yı hedeflemektedir. Bu adımlar, daha sağlıklı bir gelecek için önemli bir katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

Aydın, N. (2022). *Historical Perspective on the Health Transformation in Turkey*. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(1), 188-193.

Castañeda-Vasquez, D. E., Ruiz-Padilla, J. P., & Botello-Hernandez, E. (2021). *Vaccine hesitancy against SARS-CoV-2 in health personnel of Northeastern Mexico and its determinants*. *Journal of occupational and environmental medicine*, 63(8), 633-637.

de Santana, W. K. F., Canto, E. A. A., de Oliveira, L. C., da Silva, F. J. A., Dos Santos, R. M. F., Lucena, J. B., Augusto, P. S., de Almeida Faria, C., Schon, G., & de Menezes, A. (2022). *Sobre Atenção Básica à Saúde e Letramento Docente: Profissionais da Ciência e da Educação em Formação*. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science*.

Dixit, P. (2023). *Nutrition Education and Behaviour Change Strategies, Effectiveness, and Implications for Promoting Healthy Eating Habits*. *Journal of Sports Science and Nutrition*, 4(2), 127-132.

Erus, B. (2020). *Out of pocket health expenditures in Turkey following introduction of co-payments along with improved primary care services*. *Int J Health Plann Manage*, 35(2), 433-440.

Esra, K. (2022). *Ekonomik Büyüme ile Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarını Artırılabilir miyiz? Türkiye Örneği*. *EKOIST Journal of Econometrics and Statistics*(36), 137-152.

Ooms, G., Brolan, C., Eggemont, N., Eide, A., Flores, W., Forman, L., Friedman, E. A., Gebauer, T., Gostin, L. O., & Hill, P. S. (2013). *Universal Health Coverage Anchored in the Right to Health*. In (Vol. 91, pp. 2-2a): *SciELO Public Health*.

Pınarbasi, S. & Piyal, B. (2022). *Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi Üç'ün Sağlık Kapsayıcılığı İşlevi*. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 7(2), 379-391.

Sparkes, S. P., Atun, R., & Bärnighausen, T. (2019). *The impact of the Family Medicine Model on patient satisfaction in Turkey: Panel analysis with province fixed effects*. *PLoS one*, 14(1), e0210563.

Wang, C., Zheng, Y., Luo, Z., Xie, J., Chen, X., Zhao, L., Cao, W., Xu, Y., Wang, F., Dong, X., Tan, F., Li, N., & He, J. (2024). *Socioeconomic characteristics, cancer mortality, and universal health coverage: A global analysis*. *Med*, 5(8), 926-942.e923.

World Health Organization. (2014). *Twelfth general programme of work 2014-2019*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112792/GPW_2014-2019_eng.pdf (Erişim Tarihi: 17 Ekim 2024).

Yardim, M. S., Cilingiroglu, N., & Yardim, N. (2014). *Financial Protection in Health in Turkey: the Effects of the Health Transformation Programme*. *Health policy and Planning*, 29(2), 177-192.

Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve yönetimin iyileştirilmesi

Dr. Erdoğan Öz



1995 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1998 yılında başladığı Aile Hekimliği ihtisasını 2002'de tamamladı. Adıyaman'da 2003'ten 2006'ya kadar AÇSAP'ta, 2006-2015 arasında Merkez 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimi olarak çalıştı. 2015-2017 yıllarında Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, 2017-2023 arasında Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü görevlerini yürüttü. Ağustos 2024'ten itibaren Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı olarak görevine devam etmektedir.

Birçok ulusal ve uluslararası anlaşmayla garanti altına alındığı üzere, sağlık hakkı ya da daha kapsayıcı bir ifadeyle sağlıklı yaşama hakkı, tüm canlıların nesillerini devam ettirebilmesi için devletçe korunması gereken en temel değerlerin başında gelir. Sağlık hakkı, sadece bireylerin hastalık ve rahatsızlıklardan korunmasını değil; aynı zamanda onların fiziksel, ruhsal ve zihinsel sağlığının da sürekli olarak desteklenmesini içerir. Bu kapsamda, devletlerin, vatandaşlarına sağlıklı bir yaşam sürmeleri için gerekli koşulları sağlamaları ve bu hakları koruma altına almaları hayati önem taşır (1, 2).

Fiziksel sağlık, bireylerin günlük yaşamlarını sorunsuz bir şekilde sürdürebilmeleri için gerekli olan temel şartlardan biridir. Yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişim, fiziksel sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde kritik rol oynar. Ruh sağlığı ise, bireylerin stres, anksiyete ve diğer psikolojik sorunlarla başa çıkabilmeleri, yaşamdan zevk alabilmeleri ve topluma olumlu katkılarda bulunabilmeleri açısından kritik bir öneme sahiptir. Ruh sağlığının korunması, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve erişilebilir ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasıyla mümkündür. Zihinsel sağlık da bireylerin bilişsel işlevlerini sürdürebilmeleri ve öğrenme, düşünme ve problem çözme becerilerini koruyabilmeleri için esastır. Zihinsel sağlığın desteklenmesi, eğitim imkanlarının ar-

tırılması ve bilişsel uyarıcı faaliyetlerin teşvik edilmesi ile sağlanabilir (3).

Ulusal ve Uluslararası Boyut: Sağlık Politikalarının ve Sağlık Hakkının Evrensel Olarak Tanınması

Sağlık hakkının korunması ve desteklenmesi, ulusal sağlık politikalarının yanı sıra, uluslararası iş birliği ve standartların belirlenmesi ile de yakından ilişkilidir. Birleşmiş Milletler (BM), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer uluslararası kuruluşlar, sağlık hakkının evrensel olarak tanınması ve uygulanması için önemli çalışmalar yürütmektedir. Bu kuruluşların belirlediği norm ve standartlar, ülkelerin sağlık politikalarının şekillendirilmesinde rehberlik etmektedir (4, 5, 6).

Sağlık Politikalarının Sürekli İyileştirilmesi ve Uygulanması

Değiştirilemez ve ötelenemez bir hak olarak sağlık, bireylerin insan onuruna yakışır bir yaşam sürmelerini sağlayan temel unsurlardan biridir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin sunulması kadar, bu hizmetlerin güncel ve bilimsel gelişmelerle uyumlu olması da zorunludur. Bu zorunluluk, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için de ikinci ve üçüncü basamaklar kadar geçerlidir. Güncel sağlık hizmetleri, modern tıbbın sunduğu en yeni teşhis ve tedavi yöntemlerini içermeli, bireylerin ihtiyaçlarına hızlı ve etkili çözümler sunmalıdır. Ayrıca, sağlık politikalarının ve uygulamalarının sürekli olarak gözden geçirilmesi ve iyileştiril-

mesi, toplumun değişen ihtiyaçlarına ve sağlık tehditlerine proaktif bir şekilde yanıt verebilmek için gereklidir. Devletler, bu bağlamda, sağlık hizmetlerine erişim konusunda eşitlik ilkesini gözetmeli ve tüm vatandaşlarına, cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum ya da etnik köken ayrımı yapmaksızın, kaliteli ve ulaşılabilir sağlık hizmetleri sunmalıdır (7).

Tüm yönleriyle ele alındığında, sağlık politikası araştırmacıları tarafından dünyada sorunsuz işleyen bir sağlık sistemi olmadığı yönünde genel bir kanı mevcuttur. Bu durum, sağlık sistemlerinin karmaşıklığı ve sürekli değişen ihtiyaçlar göz önüne alındığında oldukça anlaşılirdir. Sağlık hizmetleri, toplumun demografik yapısındaki değişiklikler, teknolojik ilerlemeler, ekonomik dalgalanmalar ve küresel sağlık tehditleri gibi birçok faktörden etkilenir. Bu sebeple, baştan beri var olan veya sonradan ortaya çıkan sorunların tespit edilmesi ve bu sorunların çözümüne yönelik yeni politikaların geliştirilmesi kaçınılmazdır (8, 9, 10).

Sağlık Yönetimi: Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik

Sağlık yönetiminin hem hiyerarşik düzen içerisinde hem de ondan bağımsız olarak koordineli ve kalıcı şekilde iyileştirilmesi, sorunların giderilmesinin önünü açar. Hiyerarşik düzen içerisinde, sağlık hizmetlerinin en üst düzeyden en alt düzeye kadar uyumlu ve etkili bir şekilde sunulması sağlanmalıdır. Aynı zamanda, yerel yönetimler ve sağlık hizmet-

sunucuları arasında bağımsız fakat koordineli bir çalışma düzeni oluşturulmalıdır. Adil sağlık hizmetleri, toplumun her kesiminin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde tasarlanmalı ve sağlık hizmetlerine erişimde fırsat eşitliği sağlanmalıdır. Sürdürülebilir sağlık hizmetleri ise mevcut ve gelecek nesillerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde planlanmalı ve kaynakların verimli kullanımı gözetilmelidir (11, 12).

Burada unutulmaması gereken en önemli nokta, sağlık politikalarının sadece sağlık kurumlarını değil, bir şekilde sağlıkla ilişkilendirilebilecek tüm kurum ve kuruluşları kapsaması gereken karmaşık bir süreç olduğudur. Eğitim kurumları, sosyal hizmetler, çevre ve iş sağlığı gibi alanlar da sağlık politikalarının kapsamına dahil edilmelidir. Sağlıkla ilgili tüm paydaşların, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasında aktif rol alması, bu politikaların etkililiğini artırır (13, 14). Sağlığa ayrılan kaynaklar sürekli olarak artmasına rağmen, doğumda beklenen yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin de artmasıyla belirginleşen toplumsal ihtiyaçların değişmesi ve yoğunlaşması, sağlık sistemini sürekli olarak zorlayan bir etkidir. Modern tıbbın ve teknolojinin ilerlemesi, sağlık hizmetlerine erişimin artması ve toplumların genel refah seviyesinin yükselmesi, yaşam süresini uzatırken, kronik hastalıkların ve yaşlı nüfusun artmasına da neden olmuştur. Bu durum, sağlık sistemlerinin üzerinde ek bir yük oluşturmakta ve kaynakların etkili ve verimli kullanımını zorunlu kılmaktadır. Aynı zamanda, yeni sağlık tehditleri ve pandemiler gibi beklenmedik durumlar, sağlık sistemlerinin esneklik ve adaptasyon kapasitesini test etmektedir (9, 15, 16). Buradan yola çıkarak, iyi bir sağlık sistemine sahip olmak için atılacak ilk adımın, sağlıkla ilgili irili ufaklı tüm sorunların tespit edilmesi olduğu kolaylıkla anlaşılır. Bu sorunların tespiti, yalnızca mevcut sorunların belirlenmesiyle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda potansiyel risklerin ve gelecekte ortaya çıkabilecek zorlukların da öngörülmesini içermelidir (3, 11).

Sorunların ortadan kaldırılmalarını sağlayacak politikaların geliştirilmesi, bu sürecin bir diğer önemli adımıdır. Sağlık politikalarının bilimsel veriler ve kanıta dayalı yaklaşımlar ışığında etkin bir şekilde oluşturulması, etkililiklerini artırır. Ayrıca, bu politikaların kararlılıkla uygu-

lanması ve sahada kabul görebilmesi için iyi bir yönetim anlayışının ortaya konulması gerekir. İyi bir yönetim anlayışı, tüm paydaşların katılımını teşvik eden hesap verebilir bir yönetim modeli sunmalıdır. Bu sayede, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği artırılırken, toplumun sağlık düzeyi yükseltilir (13, 14).

2003 yılı başında Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla geliştirilen ve birçok ülkenin dikkatini çekecek şekilde başarılı şekilde uygulanan sağlık politikaları incelendiğinde merkezine aldığı bazı ilkeler oldukça dikkate değerdir. Yeni politikalar geliştirilirken hâlâ gücünü, etkinliğini koruyan bu ilkeler şunlardır (17):

İnsan Merkezli Yaklaşım: Sağlık politikası planlaması ve hizmet sunumunda, hizmet alıcılarının ihtiyaçlarını, taleplerini ve beklentilerini temel almak oldukça önemlidir. Bu yaklaşım, bireylerin sağlık hizmetlerinden maksimum faydayı sağlamalarını ve kişisel memnuniyetlerinin artırılmasını hedefler. Sağlık hizmetleri, sadece hastalıkların tedavisi ile sınırlı kalmamalı, aynı zamanda bireylerin genel sağlığını koruma ve iyileştirme amacını da taşımaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanması, hastaların sesine kulak verilmesi ve onların sağlık kararlarına aktif katılımının sağlanması büyük önem taşır. Ayrıca, hastaların sağlık hizmetlerine kolay erişimini sağlamak, tedavi süreçlerini daha etkili ve verimli hâle getirmek için çeşitli destek mekanizmaları oluşturulmalıdır. Bu mekanizmalar, hastaların bilgilendirilmesi, sağlık hizmetleri hakkında farkındalıklarının artırılması ve gerektiğinde onlara rehberlik edilmesi şeklinde olmalıdır. Aynı zamanda, hasta geri bildirimleri düzenli olarak toplanmalı ve bu geri bildirimler doğrultusunda hizmetlerde sürekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Sürdürülebilirlik-Yeterlilik: Ülkenin sosyoekonomik yapısı ve gücüne uygun şekilde, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması, kaynakların yeterli ve verimli kullanılması ile mümkündür. Bu bağlamda, ekonomik kaynakların israf edilmemesi, çevresel sürdürülebilirlik ilkelerine uyulması ve gelecek nesillerin ihtiyaçlarını da göz önünde bulunduracak şekilde planlama yapılması gerekmektedir. Ayrıca, sağlık sisteminin kendi kendine yeterliliği sağlanmalı ve dışa bağımlılık en aza indirilmelidir.

Kalite-Denetim: Sağlık hizmetlerinin kalitesi, denetim ve istatistiksel verilerle desteklenen sürekli niteliksel değerlendirme süreçleri ile sağlanmalıdır. Hizmet sunumunun her aşamasında kalite kontrol mekanizmaları kurulmalı, sağlık çalışanlarının eğitimi ve gelişimi sürekli olarak desteklenmelidir. Hasta güvenliği, tedavi etkinliği ve memnuniyet gibi kalite göstergeleri düzenli olarak izlenmeli ve iyileştirme alanları tespit edilmelidir.

Katılımcılık-İstişare: Sağlık hizmetiyle ilgili tüm kişi, kurum ve kuruluşlardan oluşan paydaşların görüş ve önerilerinin yer aldığı ortak bir payda oluşturulması, hizmetlerin etkinliği ve kabul edilebilirliği açısından kritik öneme sahiptir. Toplumun tüm kesimlerinin sağlık politikalarına dahil edilmesi, ihtiyaçların doğru tespit edilmesi ve uygulanabilir çözümler üretilmesi açısından önemlidir.

Uzlaşmacılık-İş Birliği: Farklı çıkar gruplarının hepsinin yarar sağlayacak şekilde anlaşabileceği çözümler ortaya koyabilmek, sağlık politikalarının başarısı için gereklidir. Bu yaklaşım, çeşitli sağlık aktörlerinin bir araya gelerek, ortak hedefler doğrultusunda iş birliği yapmalarını sağlar. Sorunların çözümünde uzlaşma sağlamak, sağlık sisteminin bütünlüğünü ve işlerliğini korur.

Gönüllülük-Teşvik: Tüm paydaşların daha iyi bir sağlık hizmeti sunma konusunda cesaretlendirilmesi, teşvik edilmesi ve gönüllü olmalarının sağlanması, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır.

Güçler-Dengeler Ayrılığı: Sağlık hizmet planlayıcısı, uygulayıcısı, denetleyicisi ve finansörlerinin birbirinden ayrı şekilde çalışmasının mümkün hâle getirilmesi, sağlık hizmetlerinde hesap verilebilirliği ve şeffaflığı artırır. Bu düzenlemeler, sağlık sisteminin farklı bileşenlerinin bağımsız ve etkili bir şekilde çalışmasını sağlar, böylece sağlık hizmetlerinin toplumsal güvenilirliği artar.

Yerelleşme-Özerklik: Taşradaki sağlık yönetiminin merkeze bağımlılığını azaltacak şekilde idari ve mali yönden özerk hâle getirilerek güçlendirilmesi, yerel sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve erişilebilirliğini artırır. Bu yaklaşım, yerel ihtiyaçlara daha hızlı ve etkili çözümler üretilmesini sağlar, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerine katılımını ve sorumluluğunu artırır.

Hizmette Rekabetçilik: Hem kamu hem de özel sağlık tesislerinin hizmet açısından birbiriyle rekabet içerisinde olması sağlanarak daha kaliteli sağlık hizmeti sunulması teşvik edilmelidir. Rekabet, inovasyonu teşvik eder ve hasta memnuniyetini artırır.

Adil Şekilde Kapsayıcılık: Yaygın ve eşit sağlık güvencesi altyapısına sahip olmak, toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerine erişimini garanti altına alır. Sağlık hizmetlerinin adil ve kapsayıcı olması, sosyal eşitsizliklerin azaltılmasına katkı sağlar ve toplumsal sağlık düzeyini yükseltir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, fiziksel, ruhsal ve zihinsel olarak toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi açısından hayati bir öneme sahiptir. Bu hizmetlerin etkin bir şekilde sunulabilmesi için sağlık politikalarının dikkatli bir şekilde geliştirilmesi ve yönetimin sürekli olarak iyileştirilmesi gerekmektedir. Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve yönetiminin iyileştirilmesi konusundaki temel yaklaşımlar ve stratejiler şunlardır:

Sağlık Politikalarının Geliştirilmesi

Veri Tabanlı Karar Alma: Günümüzde sağlık politikalarının oluşturulmasında veri analitiği ve büyük veri kullanımı giderek önem kazanmaktadır. Dijital sağlık kayıtları, epidemiyolojik veriler ve hasta geri bildirimleri gibi kaynaklar, politika yapıcıların daha bilinçli ve etkili kararlar almasına yardımcı olmaktadır. Örneğin elektronik sağlık kayıtlarının analizi, halk sağlığı tehditlerini erken tespit etmeye ve kaynakları daha etkin bir şekilde dağıtmaya olanak tanır. Bu sayede, sağlık sisteminde proaktif yaklaşımlar benimsenerek, hastalıkların önlenmesi ve erken müdahale edilmesi sağlanabilir (18).

Katılımcı Yaklaşım: Sağlık politikalarının başarılı olması için toplumun ve sağlık profesyonellerinin karar alma süreçlerine dahil edilmesi büyük önem taşır. Toplumun ihtiyaç ve beklentilerinin dikkate alındığı, tarafsız ve katılımcı bir yaklaşım, politikaların kabul edilebilirliğini ve etkinliğini artırır. Özellikle yerel düzeyde yapılan danışma toplantıları ve anketler, politika geliştirme süreçlerine önemli katkılar sağlayabilir. Bu tür katılımcı süreçler, toplumun çeşitli kesimlerinin sesini duyurmasına olanak tanır ve politikaların daha kapsayıcı ve

adil olmasını sağlar. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin bilgi ve deneyimlerinden faydalanmak, politika yapıcıların daha gerçekçi ve uygulanabilir stratejiler geliştirmesine yardımcı olabilir (19).

Küresel Sağlık Politikalarından Öğrenme: Farklı ülkelerde uygulanan başarılı sağlık politikalarının incelenmesi ve bu politikaların yerel ihtiyaçlara uyarlanması, politika geliştirme sürecinde önemli bir strateji olabilir. Türkiye'deki gibi yenilikçi yaklaşımlar ve başarılı uygulamalar, gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere dünya genelindeki tüm ülkeler için değerli dersler sunabilir. Bu sayede, ülkeler kendi sağlık sistemlerini iyileştirirken, küresel sağlık sorunlarına karşı da daha dayanıklı hâle gelebilirler (20).

Yönetimin İyileştirilmesi

Post modern yönetim, özünde örgütsel anlamda baştan sona tüm süreçlere odaklı ve gerektiğinde köklü bir yaklaşım değişikliğine gidilebilen dinamik bir yaklaşım ortaya koymaktadır. Farklı özellikleri içermesi açısından diğer sektör ve hizmetlerden ayrılan sağlık kurumlarındaki personel çeşitliliği, işletme maliyetlerinin yüksekliği, hiyerarşik ve yatay organizasyonel yapıda ve yönetimde etkinliği elde etme adına farklı yönetim uygulamalarının ve yaklaşımlarının önemini ortaya koymaktadır. Bu sebeple, Toplam Kalite Yönetimine ek olarak süreç yaklaşımına önem veren diğer yönetim uygulamalarının da sağlık yönetiminde kullanılması günümüz dünyasında bir ihtiyaç haline gelmiştir. Burada amaç, stratejik hedeflerin belirlenmesi ve bu hedeflere ulaşma sürecinin takibiyle birlikte, personel kaynağını ve tıbbi sarfiyatını ve verimli kullanarak süreçlerdeki israfı azaltmak ve kaliteyi artırmak yoluyla hem sağlık çalışanı hem de vatandaş memnuniyetini en üst düzeye taşımaktır. Sağlık kurumlarında süreç yönetimi uygulamaları, iş akışlarının daha verimli hâle getirilmesi ve hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi için kritik öneme sahiptir (21).

Sağlık Yönetimi Eğitimleri: Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yönetilmesi için sağlık yöneticilerinin güncel ve etkili yönetim teknikleri konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Liderlik becerilerinin geliştirilmesi, stratejik planlama ve yenilikçi yönetim stratejilerinin benimsenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırabilir. Bu eğitimler, sağlık yöne-

ticilerinin hem teknik bilgi hem de yönetim becerileri kazanmalarını sağlayarak, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine katkıda bulunur. Ayrıca, sürekli mesleki gelişim programları ve liderlik eğitimleri, yöneticilerin değişen sağlık ihtiyaçlarına hızlı ve etkili bir şekilde yanıt vermesini sağlar (22).

Teknoloji Entegrasyonu: Teknolojinin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, hizmet sunumunun kalitesini ve erişilebilirliğini artırabilir. Tele-sağlık hizmetleri, uzaktan hasta takibi ve yapay zekâ destekli tanı ve tedavi yöntemleri, sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde sunulmasına katkıda bulunur. Özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde, teknoloji kullanımı sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırabilir. Ayrıca, elektronik sağlık kayıtları ve sağlık bilgi sistemleri, sağlık verilerinin daha etkili yönetilmesine ve analiz edilmesine olanak tanıyarak, sağlık politikalarının geliştirilmesine de katkıda bulunur (9).

Verimlilik ve Etkililik: Kaynakların verimli kullanımı ve hizmet kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşır. Sağlık hizmetlerinin performans ölçümleri ve kalite iyileştirme çalışmaları, hizmet sunumunun etkililiğini artırabilir. Bu bağlamda, sürekli eğitim programları ve kalite kontrol mekanizmaları önemli bir rol oynar. Sağlık kurumlarında genel ve özeldir uzmanlaşma belirgin olduğu için sağlık profesyonelleri, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere yönelmektedir. Bunun doğal sonucu olarak otoriteye paralel ikinci bir otorite hattı oluşmakta, bu durum ise iç ve dış birimler arasında çatışmaya sebep olarak koordinasyon zafiyetine yol açıp, denetimi güçleştirmektedir. Bu düzen kayması diye de adlandırabileceğimiz karmaşa, kurum içi koordinasyon ve kurumlar arası iş birliğinde aksaklıklara yol açmaktadır. Bu tür karmaşalar, hastaların bakım sürecinde gecikmelere, bilgi akışında kopukluklara ve genel olarak hizmet kalitesinde düşüşe neden olabilir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının iş yükü ve stres seviyelerini artırarak, onların iş memnuniyetini ve motivasyonunu olumsuz yönde etkileyebilir. Bu olumsuz durumun üstesinden gelebilmenin tek yolu ise sahada çalışanlarla diyalogun, empatinin öne çıktığı, iletişim kanallarının sürekli açık tutulduğu dinamik bir yönetim modelinin uygulanmasıdır. Dinamik yönetim modelleri, sağlık kurumlarının hızla de-

ğişen ihtiyaçlarına ve koşullarına uyum sağlamlarına olanak tanır. Bu yaklaşım, sağlık çalışanlarının görüş ve önerilerinin dikkate alındığı, açık ve güvenilir bir iletişim ortamının oluşturulmasını teşvik eder (23).

Sağlık Politikalarının Geleceği

Toplumda uzun yaşam süresi ve kaliteli yaşam beklentisinin bir sonucu olarak yirmi birinci yüzyılın başlamasıyla birlikte sağlık kuruluşlarının tanı ve tedavi hizmetleriyle birlikte eğitim ve araştırma hizmetlerini de aksatmadan yürütmesi konusunda beklenti, belirgin derecede artmıştır. Bu beklenti, sağlık hizmetlerinin sadece hasta tedavisi ile sınırlı kalmaması gerektiğini, aynı zamanda sağlık eğitimine ve araştırmalara da yeterli kaynak ve zaman ayrılması gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık hizmeti, çoğu zaman acil ve ötelenemez bir ihtiyacı karşıladığından 7 gün 24 saat kesintisiz devam eder ve hizmet sunumunun aksaması sadece bilimsel yönden değil idari ve hukuki yönden de mümkün değildir. Uygulama ve zamanlama açısından telafisi mümkün olmayan hata ihtimaline karşın, sağlık hizmeti mümkün olan en kısa sürede ve en doğru şekilde sunulmalıdır. Bu hizmetlerin kesintisiz ve doğru bir şekilde sunulması hem hasta güvenliği hem de sağlık sisteminin bütünlüğü açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sonuçları bazen kısa sürede gözlemlenebilse de özellikle birinci basamağın üstlendiği koruyucu sağlık hizmetlerinin çıktısı, daha uzun sürede alınabilir. Ancak bu uzun sürede alınan ve aile hekimlerinin baş rol oynadığı kararlar oldukça etkili, kalıcı ve maliyet-etkindir. Bu sebeple, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve yönetimin iyileştirilmesi safhaları dinamik ve tutarlı olmalı, kesintiye uğramadan devamlılık arz etmelidir.

Önleyici Sağlık Hizmetleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde önleyici sağlık hizmetlerinin önemi giderek artmaktadır. Sağlık politikalarının, hastalıkların önlenmesi ve erken teşhis edilmesi yönünde geliştirilmesi, toplum sağlığını korumak açısından kritik bir rol oynar. Aşılama programları, sağlık taramaları ve eğitim kampanyaları gibi önleyici sağlık hizmetleri, uzun vadede sağlık maliyetlerini azaltabilir (24).

Eşitlik, Hakkaniyet ve Erişilebilirlik: Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin ve

en nihayetinde hakkaniyetin sağlanması, sağlık politikalarının temel hedeflerinden biri olmalıdır. Kırsal ve dezavantajlı bölgelerde hizmetin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişim konusundaki adaletsizlikleri azaltabilir. Bu anlamda, sağlık altyapısının güçlendirilmesi ve sağlık profesyonellerinin dağılımının hakkaniyete riayet edecek şekilde dengeli hâle getirilmesi önemlidir (25).

Sonuç

Sağlık hizmetlerinin geleceği, etkili sağlık politikalarının geliştirilmesi ve yönetiminin sürekli olarak iyileştirilmesi ile şekillenecektir. Veri tabanlı karar alma, katılımcı yaklaşımlar ve küresel sağlık politikalarından öğrenmeyi içeren dinamik yönetim anlayışı, bu süreçte önemli stratejiler olarak öne çıkmaktadır. Sağlık politikalarının başarıya ulaşmasında, verilerin doğru analiz edilerek politika yapım sürecine entegre edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, merkezine hakkaniyeti alan eşitlik ve erişilebilirlik konusundaki çabalar, kırsal ve dezavantajlı bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim konusundaki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik stratejiler geliştirilmesi ve sürdürülebilirlik odaklı yaklaşımlar, sağlık politikalarının gelecekteki başarısını belirleyecektir. Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve yönetiminin iyileştirilmesi sürecinde bu stratejilerin benimsenmesi, toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Kaynaklar

- 1) United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> (Erişim Tarihi: 11.07.2024).
- 2) WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution> (Erişim Tarihi: 11.07.2024).
- 3) Kaplan, G. A. (2006). *Social Determinants of Health*, M Marmot and R Wilkinson (eds). Oxford: Oxford University Press, 2006, pp. 376, \$57.50.
- 4) Gostin, L. O., Sridhar, D., & Hougendobler, D. (2015). *The normative authority of the World Health Organization*. *Public Health*, 129(7), 854-863.
- 5) Frenk, J., & Moon, S. (2013). *Governance challenges in global health*. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936-942.
- 6) United Nations. (2015). *Sustainable Development Goals. Goal 3: Good Health and Well-being*. <https://sdgs.un.org/goals/goal3> (Erişim Tarihi: 11.07.2024).
- 7) İleri, H., Seçer, B., & Ertaş, H. (2016). *Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi*. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186.

8) WHO. (2020). *World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005105> (Erişim Tarihi:11.07.2024).

9) Indicators, O. E. C. D., & Hagvisar, O. E. C. D. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.

10) Eke, E. (2022). *Sağlık Politikası Süreci*. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 3(3), 41-67.

11) Bodenheimer, T. S., & Grumbach, K. (2004). *Understanding health policy: A clinical approach 4th edition*. New York, NY: McGraw-Hill Companies, Inc.

12) Marmot, M., & Bell, R. (2019). *Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action*. *Bmj*, 364.

13) Kickbusch, I., Lister, G., Told, M., & Drager, N. (Eds.). (2013). *Global health diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases*. New York: Springer.

14) Frenk, J., & De Ferranti, D. (2012). *Universal health coverage: good health, good economics*. *The Lancet*, 380(9845), 862-864.

15) Memişoğlu, D., & Kalkan, B. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim, İnovasyon ve Türkiye*. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 645-665.

16) WHO. (2021). *World Health Statistics 2021: Monitoring Health for the SDGs*. Web erişim: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053> (Erişim Tarihi: 11.07.2024).

17) Başol, E., & Işık, A. (2015). *Türkiye'de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler*. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 2(2), 1-26.

18) Greenhalgh, T. (2007). *Primary health care: theory and practice*. John Wiley&Sons.

19) Harrington, C., & Estes, C. (Eds.). (2008). *Health policy: Crisis and reform in the US health care delivery system*. Jones & Bartlett Publishers.

20) Holtz, N. (2020). *Global Major Neurological Issues*. *Global Health Care: Issues and Policies: Issues and Policies*, 189.

21) Kılıç, Ş., & Aydınlı, C. (2015). *Sağlık kurumlarında süreç yönetimi uygulamaları*. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7(3), 143-172.

22) World Health Organization, 2. (2016). *Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals*. (human resources for health observer, 17).

23) World Bank (2018). *The World Bank Annual Report 2018*. The World Bank. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/630671538158537244/the-world-bank-annual-report-2018> (Erişim Tarihi: 11.07.2024).

24) UN (2017). *Sustainable Development Goals Report*. United Nations. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2017/> (Erişim Tarihi: 11.07.2024).

25) TÜSEB (2020). *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Raporu*. TÜSEB Yayınları. <https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/kurumsal/faaliyet-raporlari/20220930151257-zjZoYOZatGix-.pdf> (Erişim Tarihi: 11.07.2024).

Hastanelerdeki yoğun bakım üniteleri depreme hazır mı?

Prof. Dr. Serdar Epözdemir



1966 yılında Diyarbakır'da doğdu. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1991'de mezun oldu. 2005 yılında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamladı. 2019 yılından beri Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik ve Çamlıca SUAM hastanelerinde çalışan, Türk Yoğun Bakım Derneği Salgın Hastalıklar Afetler Çalışma Grubu Başkanı olan Epözdemir edebiyat, müzik, felsefe ve doğaseverdir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) afeti; bir topluluğun veya toplumun işleyişinde ciddi bir bozulmaya neden olan, etkilenen topluluk veya toplumun kendi kaynaklarını kullanarak baş etme kabiliyetini aşan, yaygın insani, maddi, ekonomik veya çevresel kayıplara neden olan her türlü doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar şeklinde tanımlamıştır (1).

Bir olayın afet olarak tanımlanabilmesi için olağan yaşamın kesintiye uğraması ve toplumun olayla başa çıkma kaynak kapasitesinin aşılması gerekmektedir. Zaman içerisinde insanların afetlere bakış açısı insan yaşamına verilen önemin artması, teknolojik ve bilimsel gelişmelere bağlı olarak değişmiş, gerekli önlemler alındığı takdirde afetlerin önlenebileceği veya en az zararlarla atlatılabileceği görülmüştür (2).

21. yüzyılda hem risklerin hem de kırılganlığın artmasına bağlı olarak afetlere neden olabilecek 10 etmen bulunmaktadır. Bunlar; nüfus artışı, çevrenin bozulması, küresel ısınma, orman kaybı, bulaşıcı hastalıklar, tehlikeli maddeler, kimyasal savaş, nükleer maddeler, ekonomik eşitsizlik ve etnik veya dinsel ayrımcılıktır (3).

Öte yandan afete dirençlilik açısından en önemli etmen olan kalkınmışlık pek çok ülke için henüz çok uzaktır. Ülkeler arası zenginlik makası giderek açılmakta, yoksul ülkeler daha da yoksullaşmaktadır. Uzmanlara göre her ne kadar doğal olaylar insanlardan bağımsız gelişiyor olsa da bunların bir afete yol açıp açmayacağı toplum tarafında belirlenir. Bir tehlikeden kimin ne kadar zarar göreceği gücün ve kaynakların o toplum içindeki dağılımına bağlıdır. Afetlerden her zaman en büyük zararı yoksullar görürler (4).

Depremler

Depremler dünyada en sık görülen ve en öldürücü afet türüdür. Deprem ölümlerinin en büyük nedeni binaların oturduğu zeminlerin gevşek olması ve binaların sarsıntılara dayanıklı olmamalarıdır. Yerleşim yerlerini bilinçli seçen, kentleri planlı olan, binaları depreme dayanıklı inşa edilen gelişmiş ülkelerde deprem zararları azdır. Depremlerde erken uyarı süresi kısa olduğu için fay kırılması olduktan sonra yapılabilecekler sınırlıdır. Bunun yerine depreme hazırlık yapmak ve binaları uygun yerlere ve sağlam olarak inşa etmek gerekmektedir. Bu işe çeşitli yönetim sorunları yaşayan, kay-

nak sıkıntısı çeken yoksul ülkeler ve bu ülkelerin yoksul vatandaşları için güç olmaktadır. Yapılan analizlere göre gelecekte artan nüfus, kentlere akın ve plansız kentleşme depremden ölümlerin ve maddi kayıpların daha büyük olmasına yol açacaktır (5).

Depremler gerçekleştiği alan içerisinde tüm toplum üzerinde etki göstererek eşitlikçi bir görünüm sergilese de sonuçları açısından oldukça ayrımcıdır. Büyük oranda yoksulları ve dezavantajlı grupları çok daha fazla etkiler. Depremin afete dönüşmesindeki en önemli kriter insan ölümleri ve yaralanmalarıdır. Deprem ve afet yönetimi konusunda her türlü sorumluluk devlet ve iktidarlarda da olsa bu toplumun ve bireylerin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. Çünkü afet yönetiminde sorumluluk yalnızca devlete ve iktidarlara bırakılmayacak kadar önemlidir. Toplum ve bireyler üstlerine düşen sorumlulukları almak, sürecin takipçisi olmak ve gerektiğinde toplumsal gücünü, olanaklarını kullanmak zorundadır. Sivil Toplum Kuruluşlarına (STK) önemli sorumluluklar ve görevler düşmektedir.

Türkiye tektonik açıdan hâlâ aktif bir ülkedir. Türkiye'deki üç ana fay hattının (Kuzey Anadolu Fay Hattı, Doğu



Anadolu Fay Hattı, Batı Anadolu Fay Sistemi) geçtiği yerler ile bu yerlerin yakın çevresi I ve II. dereceden deprem kuşağı içerisinde yer almaktadır. Aktif fay kuşağı olarak adlandırılan bu kuşak, ülkemiz yüz ölçümünün yüzde 66'sını oluşturmaktadır ve Türkiye nüfusunun yüzde 71'i bu kuşakta yaşamaktadır (6).

Şubat 2023 depremleri 11 ili etkilemiştir. Etkilenen nüfus ülke nüfusunun yüzde 16,43'üne tekabül etmektedir. Resmî rakamlara göre 50.783 insan hayatını kaybederken yaralı sayısı ise 107.703'tür. Şubat 2023 depremleri 11 ilde ülke nüfusunun yüzde 16,43'üne etkilerken İstanbul depremi yalnızca İstanbul ili (2022-15.907.951 kişi) açısından ülke nüfusunun (2022- 85.279.553 kişi) yüzde 18,65'ini etkileyecektir. Diğer etkilenecek illerle birlikte hesaplandığında ortaya çıkan rakam yüzde 28,1'dir. Bu oldukça ürkütücüdür. Ayrıca 2021 yılına göre Türkiye genelinde nüfus yoğunluğu (bir kilometrekareye düşen kişi sayısı) ortalaması 111 kişi iken, İstanbul'da bu sayı 3062 kişidir. Olası İstanbul-Marmara Depremi'nin

etkileyeceği nüfus ve alanın büyüklüğü Şubat 2023 depremlerinin etkilediği alan ve nüfustan çok daha büyük olacağı göz önüne alınırsa yaşanan olumsuzlukların çok daha fazlasının yaşanacağı tahmin edilebilir. Kuzey Anadolu Fayı'nın batı kısmında, 1999 Marmara Depremi'nden sonra, önmüzdeki 30 yıl içinde yüzde 62±12 olasılıkla en az 7 şiddetinde bir deprem beklenmektedir (7).

Yoğun Bakım Üniteleri

Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ); hayatı tehdit eden, kritik bir hastalık varlığında hastaların yakın takip ve tedavilerinin yapıldığı özel ünitelerdir. Solunum yetmezliği, şiddetli infeksiyonlar (ağır pnömoni, menenjit vb. gibi), kalp krizi, ani gelişen kalp ritmi bozuklukları, koma, şok, ciddi travma ve kazalar, zehirlenmeler ve ameliyat sonrası dönemde yakın izlem gerektiren özel durumlar en sık yoğun bakım ünitesine yatırılma nedenleri olarak sayılabilir. Tıbbi müdahale gerektiren depremler sağlık çalışanları ve hastaneler için dü-

Bir olayın afet olarak tanımlanabilmesi için olağan yaşamın kesintiye uğraması ve toplumun olayla başa çıkma kaynak kapasitesinin aşılması gerekmektedir. Zaman içerisinde insanların afetlere bakış açısı insan yaşamına verilen önemin artması, teknolojik ve bilimsel gelişmelere bağlı olarak değişmiş, gerekli önlemler alındığı takdirde afetlerin önlenebileceği veya en az zararlarla atlatılabileceği görülmüştür.



Depremler dünyada en sık görülen ve en öldürücü afet türüdür. Deprem ölümlerinin en büyük nedeni binaların oturduğu zeminlerin gevşek olması ve binaların sarsıntılara dayanıklı olmamalarıdır. Yerleşim yerlerini bilinçli seçen, kentleri planlı olan, binaları depreme dayanıklı inşa edilen gelişmiş ülkelerde deprem zararları azdır. Depremlerde erken uyarı süresi kısa olduğu için fay kırılması olduktan sonra yapılabilecekler sınırlıdır.

şük olasılıklı fakat yüksek oranda tehdit oluşturan durumlardır. Depremler sırasında yoğun bakım üniteleri normalde olduğu gibi sağlık durumu kritik olan hastalara tıbbi bakım sunmaktadır (8).

Türkiye genelinde toplamda yoğun bakım yatak sayısı 48.753'tür. Bunun yüzde 35'i özel sektör, yüzde 15'i üniversiteler ve yüzde 50'de Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunmaktadır. Marmara Bölgesi içinde yer alan dokuz ilde toplamda 14.508 yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Bu oran Türkiye genelinin yüzde 29,75'ine tekabül etmektedir. Bölgede en fazla yoğun bakım yatağına sahip il İstanbul'dur. Ancak İstanbul en fazla yatağa (9.587) sahip olmasına rağmen 10.000 kişiye düşen yatak sayısı oranına göre İstanbul ili (6,1) Yalova (6,7) ve Edirne (6,6) illerinin gerisindedir.

Anestezi ve Yoğun Bakım Uzmanları depreme karşı bilgi ve becerilerini güncel tutmalı, bu bilgi ve becerilerini nasıl uygulayacaklarına aşina olmalıdırlar. Gerek ilk müdahale gerekse

yaralıların hastane sürecinde ameliyat edilmesi ve yoğun bakım takipleri gibi depremin tüm aşamalarında etkin görev almaktadırlar. Krizin yönetilmesi sürecinde yoğun bakım ünitelerinin kapasite arttırımına, malzeme ve personelin daha verimli kullanımına yönelik hazırlıktan; ventilatör, infüzyon pompaları gibi temel ekipmanların hızlı ve verimli bir biçimde kullanıma hazırlanması sürecinde de yer alırlar.

Deprem sonrası süreçlerde yoğun bakım üniteleri ağır hastalara tıbbi bakım sunmaktadır. Tıbbi kaynakların arz-talep dengesi normalden farklı olmaktadır. Yoğun bakımçı çok sayıda ciddi yaralı hastaya yanıt verirken yaşam ihtimali yüksek ve en yüksek yarar sağlanabilecek hastalara eğilim göstermesi kaçınılmazdır. YBÜ doktorları olası bir felaket senaryosunda hastanenin konumunu ve toplumun kaynaklarını göz önünde bulundurmalıdır (9). Sınırlı derecede bulunan yoğun bakım kaynaklarının dağıtımı ve paylaşılması yasal, etik ve duygusal yönden karmaşıktır. Yıkıcı bir olay olması duru-

munda, bu konulara yönelik bir planın olmaması, kaynakların haksız paylaşımı algısı ile sonuçlanacak ya da fiili adaletsizlik meydana gelebilecektir. Sınırlı kaynakların optimal dağıtımı kitlesel zayıflık olaylarında halk sağlığı yetkililerinin, hükümet yetkililerinin, kurumsal liderlerin, sağlık çalışanlarının ve halkın bireyden toplum temelli bakıma geçişi benimsemesine bağlıdır (10).

Planlama

1-) Kritik bakım yeteneklerinde önemli büyüme gerektirir.

2-) Bu taleplerin karşılanması için normalde kritik bakım sağlamayan sağlık çalışanların da bunu yapması beklenir.

3-) Bu bakımı sağlamak için ileri teknoloji içeren tıbbi cihazların yeterli kullanılabilirliği ve gerekli tüm malzemelere erişim önceden planlanmış olmalıdır çünkü hastaneler bir felaket durumunda aynı hizmeti veya memnuniyeti vermeyi gerçekleştiremeyecektir.

4-) Çoğu hastane tarafından, YBÜ'nün dışında kritik bakım sağlayacak alan belirlenmemiştir.

5-) Afet bakımını sağlayacak sağlık profesyonellerinin eğitimi çoğu hastanede yetersizdir.

6-) Sağlık çalışanlarının korunması için izolasyon ve kişisel ekipmanın doğru kullanımı ile ilgili iyi bir eğitim gerekmektedir.

7-) Hastanelerin sadece tesis planları olması gerekmez, aynı zamanda topluluklar içinde, personel ve kaynakları paylaşmak için fonksiyonel özel düzenlemeler de olmalıdır. Bu yazılı uzlaşma metinlerinin çok ötesine uzanmalı ve titiz bir çalışma sürecinden geçen kesin, özel planları içermelidir (11).

Çoklu kayıpların olduğu deprem durumlarına hazırlanmak için YBÜ'de yetkin bir yöneticinin yazılı ve kapsamlı bir protokolü olmalıdır (12-14). YBÜ sorumlusunun bir deprem durumunda yapması gereken ilk yaklaşımlardan biri; yoğun bakım ünitesinde bulunanlar ve yeni deprem kurbanları dâhil en kritik hastalara yönelik yatakların tahsis edilmesidir. İkinci olarak bu has-

talar için hemşireler ve hekimler görevlendirilmelidir. Yoğun bakımın çok sayıda ciddi yaralı hastaya müdahale ederken yaşama ihtimali yüksek olanlara ve en yüksek yarar sağlanabilecek hastalara yönelmesi sağlanmalıdır (15). YBÜ'lerin depremzedelerin hayatta kalmalarını en üst düzeye çıkarmak ve önlenebilir ölümleri en aza indirmek için çeşitli afet durumlarında sınırlı kaynaklarını (yatak, ventilatör, hemşire, doktor) nasıl kullanacakları konusunda istisnai bir yargıda bulunmaları gerekecektir. Hasar kontrol felsefesi, kitle kazaları olaylarının alan triaji resüsitatif ve operatif fazları için savunulmakta ve kabul edilmektedir (16).

Sonuç

Depremlerde yoğun bakım konusunda tıp literatüründe ortak bir uzlaşma olmadığı görülmektedir. Planlamaların yapılmasında ve yoğun bakımların hazırlanmasında risk analizi, eğitim, organizasyon, yoğun bakım öncesi sağlık hizmetleri ile entegrasyon temel basamakları oluşturmaktadır. Bu şekilde yapılacak bir planlamadan sonra gerek tatbikatlarda gerekse de yaşanan gerçek olaylarda planlamanın sınanması, tespit edilen eksiklikler ve edinilen deneyimlerin dokümantasyonu ve bunlarla planlamanın olgunlaştırılması bize ideal plana giden yolu gösterecektir. Çoklu kayıp senaryolarında amaç mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır. Depremlerde mortalite kaçınılmaz olabilir fakat uygun bir hazırlık ile azaltılabilmektedir. Yoğun bakım hekimi triaj, stabilizasyon, klinik yönetim, ekip çalışması liderliği ve hastane kaynaklarının yönetimi için hazır olmalıdır. Mevcut hazırlık seviyemizi anlamak, personele afet durumlarında göstermeleri gereken reaksiyonları öğretmek ve beklenmeyen durumlar için hazırlıklı olmak için mutlaka tatbikat oturumları yapılmalıdır. Doğru işi, doğru kişi doğru zamanda gerçekleştirmelidir.

Cengiz Aytmatov Toprak Ana'da diyor ki:

“Bir ananın mutluluğu da halkın mutluluğuyla beslenir. Halkın yüzü gülmezse ananın yüzü de gülmez. Çok acı çekmeme, nice sıkıntıya katlanmama karşın bu inancımın bir an olsun şaşmadım. Halkın sağlığı benim sağlığım demektir.”

Kaynaklar

- 1) Lam C.M., Murray M.J. *The multiple casualty scenario: role of the anesthesiologist. Curr Anesthesiol Rep.* 2020;1-9.
- 2) Işık O., Aydınlioğlu H., Koc S., Gündoğdu O., Korkmaz G., Ay A. *Disaster management and disaster oriented health services. Med J Okmeydanı Train Res Hosp.* 2013;28 (Ek Sayı 2):82-123.
- 3) Arnold J.L. *Disaster medicine in the 21st century. Prehospital and Disaster Medicine.* 2002;17(1):3-11.
- 4) Wisner B., Blaikie P., Cannon T., Davies I. *At Risk: Natural hazards, people's vulnerability and disasters.* London, New York: Routledge; 2004. p. 7.
- 5) *Global Facility for disaster reduction and recovery. Aftershocks: Remodeling the past for a resilient future.* Washington; 2018. p. 63.
- 6) AFAD. *Deprem bölgeleri haritası.* <https://deprem.afad.gov.tr/deprem-bolgeleriharitasi> (Erişim Tarihi: 23.04.2018).
- 7) *İstanbul Valiliği, İstanbul proje koordinasyon birimi.* <https://www.ipkb.gov.tr/tr/#amacimi> (Erişim Tarihi: 24.04.2018).
- 8) Shimada J., Tase C., Tsukada Y., Hasegawa A., Iida H. *Early Stage Responses of Intensive Care Units During Major Disasters: From the Experiences of the Great East Japan Earthquake. Fukushima J. Med Sci.* 2015;61(1):32-7. 1.
- 9) Roccaforte J.D., Cushman J.G. *Disaster preparation and management for intensive care unit. Cur Op Crit Care.* 2002; 8:607-15.
- 10) Brannigan M. *Deciding what is fair. Pract Bioethics.* 2007; 2:1-2.
- 11) Farmer J.C., Carlton P.K. *Providing Critical Care During a Disaster: the Interface Between Disaster Response Agencies and Hospitals. Crit Care Med.* 2006;34(3):56-9.
- 12) Halpem N.A., Pastores S.M., Greenstein R.J. *Critical Care Medicine in the United States 1985-2000: an analysis of bed numbers, use, and costs. Crit Care Med.* 2004; 32:1254-9.
- 13) Halpem N.A., Pastores S.M., Thaler H.T., Greenstein R.J. *Changes in Critical Care Beds and Occupancy in the United States 1985-2000: differences attributable to hospital size. Crit Care Med.* 2006; 34:2105-12.
- 14) Rubinson L., Branson R.D., Pesik N., Talmor D. *Positive-pressure ventilation equipment for mass casualty respiratory failure. Biosecur Bioterror.* 2006; 4:183-94.
- 15) Mahoney E.J., Biffi W.L., Cioffi W.G. *Mass-Casualty Incidents: How Does an ICU Prepare? J Intensive Care Med.* 2008;23(4):219-35.
- 16) Holcomb J.B., Helling T.S., Hirshberg A. *Military civilian, and rural application of the damage control philosophy. Mil Med* 2001; 166:490-3.

Yenidoğan taramalarında bireysel ve toplumsal boyut

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesini 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 Fakültesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. Sağlık Kurumları İşletmeciliği ile İş İdaresi Yüksek Lisans programı ile Tıp Hukuku yüksek lisans programlarını bitirdi. 2008-2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyesi, 2006-2016 arasında Adli Tıp İhtisas Kurulu üyesi görevinde bulunan Dr. Ovalı hâlen İstanbul Medeniyet Üniversitesi öğretim üyesi olup aynı zamanda İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı görevini de sürdürmektedir. Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi, editörlüğünü yaptığı 10'dan fazla tıp kitabı ve bir kısa film senaryosu mevcuttur.

Hekimlerin başlıca görevleri, hastalıkların tanı, tedavi ve yönetimi olarak belirtilse de koruyucu tıp yaklaşımları çok daha önemlidir. Bu bağlamda, hekimlerin koruyucu görevleri üç başlık altında incelenebilir: Tarama, danışma ve bağışıklama (kemoprofilaksi). Tarama kavramı yerine tanı, erken tarama, kitle taraması, rutin tarama, bireysel tarama, vaka arama gibi farklı terimler de kullanılabilir. Genel anlamıyla tarama, asemptomatik bireylerde yapılan laboratuvar testleri, fizik muayene veya radyolojik incelemeler yardımıyla subklinik hastaların ortaya çıkarılması süreci olarak tanımlanabilir. Tanı; semptomatik bir bireydeki hastalığın ortaya konması anlamına geldiği için kavramsal olarak taramadan farklıdır.

Yenidoğan Taramaları Nedir, Ne Değildir?

Yenidoğan tarama programı, erken tanı ile tedavi edilebilen hastalıkların doğumdan sonraki pre-semptomatik dönemde saptayarak uygun tedavilerin başlanması, böylece uzun dönemde ortaya çıkabilecek sakatlıkların veya erken ölümlerin önlenmesini amaçlayan toplumsal temelli bir programdır. 1960'lı yılların başlarında ilk kez Prof.

Robert Guthrie tarafından fenilketonüri hastalığının taranmasıyla başlayan süreç diğer hastalıkların da eklenmesiyle genişlemiş ve günümüzde tüm gelişmiş ülkelerde devlet tarafından uygulanan bir program hâline gelmiştir. Yenidoğan tarama programında yalnızca doğumsal metabolik hastalıklar değil; kistik fibroz, ağır kombine immün yetmezlik, spinal müsküler atrofi gibi birçok başka hastalık da yer almakta olup ülkelerin finansal durumları, hastalık yükleri ve sağlık politikalarına göre taranan hastalık sayıları 1 ila 40 arasında değişmektedir.

Hangi hastalıkların taranabileceği konusunda genellikle Wilson ve Jungner tarafından ortaya konan ilkeler kabul edilir. Bu ilkeler şunlardır: 1) Taranan hastalık, önemli bir sorun oluşturmaktadır (mortalite ve morbidite). 2) Taranan hastalığın prevalans ve insidansı taramayı gerektirecek kadar sık olmalıdır. 3) Taranan hastalığın asemptomatik latent bir fazı veya erken öncü belirtileri olmalıdır. 4) Taranan hastalığın kabul edilebilir bir tedavi olanağı olmalıdır. 5) Uygun bir test veya tanı yöntemi olmalıdır (Test doğru sonuç vermeli, duyarlık, özgüllük ve prediktif değeri yüksek olmalıdır.). 6) Tarama testinin maliyeti, muhtemel hastalığın global tedavi maliyetlerine düşük olmalıdır (sağlık ve finansal riskleri ve maliyetleri). 7) Tarama testi, hastalar ve

toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır. 8) Taramalar sürekli olmalı, yalnızca bir kere yapılmamalıdır.

Dolayısıyla, ideal bir tarama testinin sık görülen ancak tedavi edilebilen ve tedavi edilmediği takdirde mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalığı ucuz, non-invaziv, duyarlık ve özgüllüğü yüksek bir test yardımıyla ortaya çıkarması beklenir.

Tarama testi yapıldıktan sonra 4 muhtemel sonuç ortaya çıkabilir: **1) Gerçek pozitif sonuç:** Tarama testi hastalık varlığını tespit etmiştir; doğrulayıcı tanı ve tedavi testleri yapılır. **2) Gerçek negatif sonuç:** Tarama testi hastalığın olmadığı tespit etmiştir. Hasta normal hayatına devam eder. **3) Yalancı pozitif sonuç:** Tarama testi hatalı olarak hastalığın bulunduğu tespit eder. Kişide ilave testler yapılır. Ancak bu durum ilave maliyet ve endişe yaratır. **4) Yalancı negatif sonuç:** Tarama testi hatalı olarak hastalığın bulunmadığını tespit eder. Hastada yalancı bir güven duygusu ortaya çıkar; tanı ve tedavi gecikir.

Bu koşullar altında, örneğin prevalansı yüzde 0,5 olan bir hastalık, duyarlık ve özgüllüğü yüzde 95 olan bir test ile taranıyor ise, 1 milyon kişide ortaya çıkacak durum Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu

nedenle, kullanılan testin özelliklerinin iyi bilinmesi, şüpheli durumlarda hastanın diğer klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi önem kazanır.

Bazı hastalıklar nispeten nadir olmasına rağmen etkilenen çocukta ciddi sağlık sorunlarına yol açtığı için önemli kabul edilirken daha az ciddi etkileri olan ama daha yaygın olan hastalıklar da tarama programlarına alınabilir. Yenidoğan tarama programlarına yeni hastalıkların eklenmesi, yeni bir tarama başlatılmasından daha kolaydır. Zira kan örneğinin alınması, transportu ve bilgilendirme gibi lojistik konular zaten çözümlenmiş durumdadır. "Tedavi" kavramı da bazı yenidoğan hastalıklarında gerçek bir tedaviden ziyade, hastalık semptomlarının ve sekellerinin ortaya çıkmasını önleyen/geciktiren koruyucu önlemlerin alınmasından ibarettir. Bu tedavi girişimlerinin etkili ve güvenli olması beklenir. Ayrıca bu girişimlerin bireysel ve toplumsal faydaları da ortaya konmalıdır. Yenidoğan tarama programlarının etkili olabilmesi için göz önüne alınması gereken faktörler şunlardır: 1) Yeni taranmak istenen hastalıklar, kanıta dayalı olarak seçilmeli, süreçler standardize edilmeli ve sonuçlar eleştiriye açık olmalıdır. 2) Hastalıklar hakkındaki bilgiler aileler ile paylaşılmalı ve pozitif sonuçlarda neler yapılacağı anlatılmalıdır. 3) Taranan bozuklukların özellikleri belirtilmelidir. 4) Taramalar, uluslararası standartlara uygun akredite edilmiş laboratuvarlarda yapılmalıdır. 5) Laboratuvarlar performans kriterlerini belirlemelidir. Bunlar arasında kan örneklerinin alınması, transport koşulları, kan damlasının kalitesi, sonucun çıkma zamanı ve pozitif sonuçların bildirilme zamanı yer alır. 6) İlgili kliniğe sevk edilen hastaların ailelerine bilgi verilmeli; bu bilgiyi deneyimli bir hekim vermeli ve ailelere gerekli desteği ve genetik danışmayı sunabilmelidir. 7) Doğrulayıcı testler belirlenmiş en kısa zamanda yapılmalı

ve ailelerin sıkıntı ve endişeleri azaltılmalıdır. 8) Uzun vadeli değerlendirme planları bulunmalı ve sonuçlar bildirilmelidir. 9) Negatif tarama sonuçları tüm ailelere bildirilmeli ve çocukların sağlık dosyalarında yer almalıdır. 10) Kullanılmayan kan örneklerinin saklanması ve tekrar kullanılması ile ilgili politikalar belirlenmeli, takip edilmeli ve tarama programlarının ulusal düzeyde sürekliliği sağlanmalıdır.

Tarama programlarının bazı istenmeyen etkileri söz konusu olabilir. Özellikle yanlış pozitif sonuçların ailelerde yarattığı endişe ve korku bunların başında gelir. Bazı şüpheli durumlarda gereksiz tedavilerin başlanması ve daha sonra hastalığın olmadığı anlaşıldığında tedavinin kesilmesi de tarama programlarına karşı olumsuz bir yaklaşım içine girilmesine yol açabilir. Bu olumsuz etkileri ortadan kaldırmak için tarama programları ile ilgili aydınlatma ve bilgilendirmeler dikkatli bir şekilde yapılmalı, ailelere gerekli destek verilmeli, tarama programının yalnızca basit bir laboratuvar testi değil, bütüncül bir sistem olduğu unutulmamalıdır.

Kanıtlanmış faydalarına rağmen bazı durumlar yenidoğanlarda tarama yapılmasını engellemekte veya azaltmaktadır. Genel olarak bu faktörler şu şekilde sıralanabilir:

A) Hastaya ait engeller: 1) Sosyal ve kültürel normlar 2) Hastalık algısı 3) Hastalık korkusu 4) Hastalığın maliyetine ilişkin endişeler 5) Davranış değişikliğinin yapılamaması (Örneğin; diyete uyulmaması) 6) Aydınlatma ve rıza zorluğu, hukuki altyapı

B) Sağlık sistemine ait engeller: 1) Nüfus hareketliliğine bağlı olarak takip zorlukları 2) Tarama maliyetleri 3) Zaman kısıtlılıkları (hekim ve hastalarda) 4) Kayıt zorlukları/eksiklikleri

C) Hekimlere ait engeller: 1) Tıp eğitiminde koruyucu tıbbın yeterli önem verilmemesi 2) Tıbbi literatürde koruyucu tıbbın yeterli önem verilmemesi 3) Koruyucu tıbbın etkisinin gözlenememesi 4) Değişik kurumların tarama önerilerinin farklı olması

Yenidoğanlarda Taranan Hastalıklar

Yenidoğanda en sık taranan hastalıklar, doğumsal metabolik hastalıklardır. 1960'larda fenilketonüri taraması ile başlayan süreç daha sonra eklenen biyotinidaz eksikliği, konjenital hipotiroidi ve diğer hastalıklar ile devam etmiş, daha sonra bu hastalıklara kistik fibroz, konjenital adrenal hiperplazi ve spinal müsküler atrofi gibi diğer genetik hastalıklar eklenmiştir. Tandem-mass spektrometri yönteminin yaygınlaşması ile birçok gelişmiş ülkede taranan hastalıkların sayısı 40'ı geçmiştir. Bu hastalıklar arasında organik asidemiler, yağ asidi oksidasyon bozuklukları, üre siklüs bozuklukları ve aminoasidopatiler bulunur. Örneğin; fenilketonüri hastalığı fenilalanin hidroksilaz enziminin eksikliği sonucunda vücutta fenilalanin birikmesi sonucu ortaya çıkan ve geri dönüşümsüz zekâ geriliğine yol açabilen ağır bir hastalıktır. Erken tanı konulduğu takdirde uygulanan fenilalaninden fakir diyet sayesinde hastaların normal bir gelişme göstermeleri mümkündür. Benzer bir durum tiroid hormonunun eksikliği ile ortaya çıkan konjenital hipotiroidi ve biyotinidaz enziminin eksikliği için de söz konusudur. Taranan hastalıkların sayısı ve niteliği, hastalığın insidansına göre ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilir. Metabolik hastalıkların büyük bir çoğunluğu otozomal resesif kalıtımla geçtiği için akraba evliliklerinin sık olduğu Türkiye gibi ülkelerdeki insidans daha fazladır. Genetik olarak hastalık yükünün fazla olduğu hemoglobinopatiler, orak hücre anemisi veya glukoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği gibi bazı hastalıklar Akdeniz ülkelerinde, bazı hastalıklar ise siyah ırkta daha sık olduğu için bu hastalıklar da bazı ülkelerde taranmaktadır.

Yenidoğan Taramalarında Dünyadaki Durum

ABD'nin hemen tüm eyaletlerinde tarama programları 1960'lı yıllardan beri yürürlüktedir ve günümüzde tandem-mass spektrometri ile tarama yapılmaktadır. Başlıca taranan hastalıklar arasında

Tablo 1: Hastalık Prevalansının Tarama Testine Etkisi

	Hastalık var	Hastalık yok	Toplam
Test pozitif	4.750	49.750	54.500
Test negatif	250	945.250	945.500
Toplam	5.000	995.000	1.000.000

aminoasidopatiler, yağ asidi oksidasyon defektleri ve organik asidemiler yer almaktadır. Ayrıca son yıllarda işitme taramaları ile konjenital kalp hastalıkları da hemen tüm eyaletlerde taranmaktadır. New Jersey, İllinois ve Missouri gibi eyaletlerde ilaveten glikojen depo hastalıkları, lizozomal depo hastalıkları ve mukopolisakkaridozlar da tarama programında yer almaktadır. Kanada'nın hemen tüm bölgelerinde de 1960'lı yılların ortalarından itibaren başlanan benzer tarama programları mevcuttur.

Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde ulusal yenidoğan tarama programları mevcuttur. Arnavutluk ve Kosova'da program yeni başlamış iken Azerbaycan'a ait veri bulunmamaktadır. Bu ülkelerin 45'inde konjenital hipotiroidi, 41'inde fenilketonüri, 22'sinde aminoasidopatiler, 16'sında kistik fibroz, 19'unda konjenital adrenal hiperplazi, 17'sinde yağ asidi oksidasyon defektleri taraması yer almaktadır.

Asya ülkelerinde de tarama oranları çok heterojendir. Avustralya, Japonya, Yeni Zelanda, Singapur ve Tayvan'da tarama kapsamı yüzde 99'dan fazla iken Çin'de yüzde 87, Malezya'da yüzde 95, Tayland'da yüzde 94'tür. Buna karşılık Bangladeş, Kamboçya, Vietnam, Hindistan, Endonezya gibi ülkelerde taranan bebek sayısı yüzde 5'in altındadır. Buralarda en sık taranan hastalıklar sırasıyla konjenital hipotiroidi, fenilketonüri, akçaağaç şurubu hastalığı, galaktozemi, konjenital adrenal hiperplazi ve glukoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliğidir.

Latin Amerika ülkelerinin bir kısmında yüzde 90'dan fazla tarama yapılmakta iken tarama oranı Meksika, Panama, Nikaragua, Venezuela ve Brezilya'da yüzde 70-80 oranında; Bolivya ve Peru'da yüzde 20 oranındadır. Honduras, Haiti ve El Salvador'a ait veri bulunmamaktadır. Bu ülkelerde en sık taranan hastalıklar konjenital hipotiroidi, fenilketonüri ve galaktozemi.

Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinin büyük kısmında yenidoğanların yüzde 90'dan fazlasında konjenital hipotiroidi taraması yapılmaktadır. Tandem-mass ile tarama birçok ülkede selektif olarak yapılmakta veya hiç yapılmamaktadır. Katar ve Birleşik Arap Emirlikleri'nde ise tarama tüm yenidoğanları (yüzde 100) kapsamaktadır. Libya, Somali, Suriye, Tunus, Yemen ve Filistin'de yenidoğan

tarama programı bulunmamaktadır. Cezayir'de isteğe bağlı olarak yapılmaktadır.

Ülkemizde yenidoğan taramaları ilk kez 1983 yılında Hacettepe Üniversitesinde TÜBİTAK desteği ile fenilketonüri taramaları ile başlamış, 1993 yılında tüm illere yayılmış ve 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından tüm Türkiye'de zorunlu hâle getirilmiştir. Konjenital hipotiroidi 2006, biotinidaz eksikliği ile konjenital sağırılık (işitme) 2008 yılında, kistik fibroz 2015 yılında, konjenital adrenal hiperplazi ile spinal müsküler atrofi 2022 yılında taranmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı rakamlarına göre ülkemiz yenidoğan tarama programı ile her yıl yaklaşık 4.500 çocuğun erken tanısı ve tedavisi sağlanarak sakat kalmaları önlenmektedir.

Yenidoğan Taramalarında Etik ve Yasal Boyut

Tarama ile ilgili etik sorunların başında, tarama kararının hasta tarafından değil, sağlık otoritesi tarafından verilmesi gelir. Bu da hasta özekliği ve hukuki anlamda kişinin bedenine yapılacak müdahale sorununu gündeme getirir. Ancak, tarama kavramı genellikle bir "program" adı altında gerçekleştirilir ve bir "hedef kitle" de yapılır. Bu kitlede yapılacak tarama programları ile elde edilecek faydanın, yapılan masrafa değecek şekilde olması gerekir. Yine, yalancı negatifler ile yalancı pozitiflere uygulanacak eksik tedavi veya fazla tedavi maliyetlerinin düşük olması beklenir. Yalancı pozitiflik ve negatiflik, ilgili test için kabul edilen "normal" ve "patolojik" eşik değerler ile ilişkilidir. Daha yüksek bir eşik değere yanlı pozitiflik oranını azaltırken yanlı negatiflik oranını artırır. Dolayısıyla burada ortaya çıkan soru şudur: Hedef, gereksiz endişe ve yan etkileri azaltmak mı yoksa hastalığın insidansını ve etkilerini azaltmak mı olmalıdır?

Yasal anlamda tarama testlerinin zorunlu veya gönüllü olması önemli bir sorundur ve ülkeden ülkeye farklı uygulamalar mevcuttur. Ülkemizde, Anayasamızın 17/2 maddesine göre "*Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.*" Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre tıbbi müdahale, "*Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan sağlığı koruma,*

hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülüklerin ve standartlara uygun olarak tıbbin sınırları içinde gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişim" olarak tanımlanmıştır. Kısaca belirtmek gerekirse, "insan üzerinde tıp biliminin uygulanması ile bağlantılı olarak yapılan her türlü müdahale tıbbi müdahaledir." Bu müdahale kavramı içine tanı, tedavi, korunma, tarama testleri, ilaç yazılması, tahlil, estetik cerrahi, psikiyatrik müdahale, adli muayene de girmektedir. Dolayısıyla tıbbi müdahalenin hukuka uygun sayılması için gerekli şartlar şunlardır: 1) Tıp mesleğini uygulamaya kanunla yetkili kılınmış kişiler tarafından gerçekleştirilmesi 2) Bireyin sağlıklı olma halini sağlaması, koruması ve geliştirilmesi amacıyla (endikasyon) Güncel tıp biliminin kural ve standartlarına uygun ve tıp biliminin sınırları içinde uygulanması. 3) Hastanın aydınlatılmış rızasının alınması.

Bu koşullar dışında kişilere yapılabilecek tıbbi müdahale ancak kanunla belirlenmiş durumlarda zorunlu olarak yapılabilir. Dolayısıyla, yenidoğanlara tarama yapılabilmesi ve bu amaçla kan alınabilmesi için yukarıda belirtilen (C) maddesine göre bebeğin velisinin aydınlatılmış rızasının alınması veya konu hakkında zorlayıcı bir kanun maddesi bulunması gerekmektedir. Konuyla ilgili olarak; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 3/1-1 bendinde, "*yenidoğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır*" denmektedir.

Yenidoğan tarama testlerinin reddedilmesi günümüzde önemli bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. Etik açısından ele alındığında; yapılacak herhangi bir tıbbi müdahalenin fayda/zarar dengesi için iki eşik aşamadan söz edilebilir. Birinci eşikte, yapılması planlanan tıbbi müdahalenin beklenen faydalarının muhtemel risklerinden daha fazla olması söz konusudur. Bu durumda tıbbi müdahale standart bakımın bir parçası olduğu için ebeveyn önerilir rızası istenir. Eğer yeterli bilgilendirme ve aydınlatma yapılmazsa rağmen ebeveyn rıza vermek istemez ise bu karar saygı ile karşılanır ve müdahaleden vaz geçilir. İkinci eşik aşamada ise yapılacak tıbbi müdahalenin faydaları çok daha fazla olup yapılmaması halinde ciddi sonuçlar doğuracağı öngörüldüyse (çocuk hayatı risk taşıyor ise) artık müdahalenin "öne-

rilmesi” söz konusu olmayıp etik olarak zorunludur ve bu durumda velinin ter-
cihinden ziyade çocuğun üstün yararı,
zarardan korunması ve bunun için he-
kimin gerekli önlemleri alması ön plana
çıkır. Eğer ebeveyn bu tıbbi müdahale-
leyi reddediyor ise, savcılığa müracaat
edilerek çocuk koruma tedbiri isten-
mesi uygundur. Anayasa mahkemesi,
açılan bir dava sonucunda, yukarıdaki
kanun maddesine dayanarak bebekler-
den topuk kanı yardımıyla tarama testi
yapılmasını uygun bulmuştur.

Bazı ailelerin tarama programı hakkında
yeterli bilgi sahibi olmadıkları veya bazı
kanıta dayanmayan bilgilere, hurafelere
ve temelsiz inançlara sahip oldukları
düşünülrse konuyla ilgili bilgilendir-
menin doğumdan önceki dönemde
başlanması ve toplumun bütününü
bilgilendirmeye yönelik yöntemlerin
uygulanması yerinde olur. Yenidoğan
taramaları bir devlet politikası olduğun-
da toplumun da bu taramalara ayrılan
kaynakların doğruluğu konusunda ay-
dınlatılması ve bu iş için ayrılan fonların,
elde edilen faydaya “değdiğinin” anla-
tılması gerekir. Taramaların, sosyoeko-
nomik durumlarından bağımsız olarak
tüm yenidoğan bebeklere yapılması
adaletin bir gereği olduğu gibi tarama
kavramına da tam olarak uygundur.
Kitle iletişim araçlarında sürekli olarak
sağlığı korumaya yönelik çeşitli diyet,
spor, davranış, tarama önerilerinin yer
aldığı bir ortamda yenidoğan taramaları
gibi çocuklarımızın ve toplumun gele-
ceğini doğrudan ilgilendiren bir konuda
çekingenlik gösterilmesi ve taramalar-
dan kaçınılması “çocuklarını çok seven”
bir toplumun davranış şekli olmamalıdır.
Teorik olarak başka amaçlar için kulla-
nılması mümkün gözükmele birlikte,
ülkemizde yenidoğan taramaları için
alınan kan örnekleri saklanmakta ancak
tarama haricinde başka bir amaç için
kullanılmamaktadır.

Yenidoğan Taramalarının Geleceği

Önümüzdeki dönemde tandem-mass
spektrometre ile taranan hastalık sayısı-
nın artırılması ve insidansı çok daha na-
dir olan lizozomal depo hastalıkları gibi
hastalıkların taranması gündeme gele-
bilir. Tarama yöntemlerinin geliştirilerek
yalancı pozitifliklerin ve yalancı negatif-
liklerin azaltılmaya çalışılması ve doğru-
layıcı testlerin güvenilirliğinin artırılması
da önemlidir. Yenidoğan taramalarının
genomik testler ile zenginleştirilmesi

söz konusu olabilir. Ancak bu şekilde-
ki taramanın da ortaya çıkaracağı ciddi
etik sorunlar olduğu muhakkaktır. Tara-
ma ilkelerinin birincisi, yukarıda da be-
lirtildiği gibi hastalığın önemli bir sağlık
sorunu olmasıdır. Bu hastalıklar her ne
kadar az sayıda bebekte görülse de
ortaya çıktığı çocuk ve aile için önemli
bir sağlık sorunudur. Sağlık hizmetleri-
nin ve kaynaklarının daha sık görülen
hastalıklara ayrıldığı ve nadir görülen
hastalıkların “yetim” kaldıkları bilin-
mektedir. Ancak toplumsal adalet ilkesi
gereği, bu hastaların da kaynaklardan
diğer hastalar kadar eşit yararlanma
hakları vardır. Diğer yandan, gelişen
teknoloji ile birlikte daha önce tedavisi
olmadığı düşünülen birçok hastalık gü-
nümüzde tedavi edilebilir hâle gelmiştir.
Bu durum da dördüncü ilkenin geçerli
olduğu hastalık sayısının artması de-
mektir. Kaldı ki hastalığın bilinmesi (tanı
konulması) ailenin hastalığı öğrenmesi
ve eğer bebek ölmüş ise ölüm nedenini
bilmeleri açısından önemlidir. Ayrıca bu
ailelerde ilerideki gebeliklerde prenatal
tanı olanaklarının kullanılması söz konu-
su olabilir. Dolayısıyla taramanın fayda-
sı yalnızca hasta bebeğe değil, aile ve
topluma da yayılmış olur. Tandem-mass
yöntemi ile hastalıkların bazı hafif form-
larının da tanısı mümkün olduğundan
bu hastaların da tedavi edilmeleri ve
sakatlıklarının azaltılması mümkün olur.
Alınan örnekler çok uzun süre sakla-
nabilir. Böylece, şüpheli durumlarda
testlerin tekrarlanması mümkün olduğu
gibi DNA analizi de yapılabilir. Bu du-
rum veri güvenliği sorununu gündeme
getirdiği için konuyla ilgili gerekli yasal
düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
Gelecekte, hastalık veri tabanlarının
geliştirilmesi ve tüm ülkeler için ortak
tarama ilkelerinin geliştirilmesi hedef-
lenmektedir.

Sonuç

Hekimlerin başta gelen görevi, kişilerin
ve toplumun sağlığının korunmasıdır.
Bunun için yapılması gereken temel
uygulamalar koruyucu hekimlik uygu-
lamaları olup tarama programları ile
hastalıkların ve/veya hastalık risklerinin
erken tanınması ve zamanında gerekli
önlemlerin alınması, tedavilerin baş-
lanması büyük önem kazanmaktadır.
Maliyet-etkinlik açısından yenidoğan
tarama programları tüm koruyucu ve
tedavi edici programlar arasında en et-
kin olanıdır. Zira yenidoğan döneminde
yapılan girişimler, kalite-ayarlı yaşam

yıllarının çok daha fazla olmasına yol
açmaktadır. Ülkemizde ortalama yaşam
süresinin 77 yıl olduğu dikkate alındı-
ğında bu sürenin ne kadar uzun ve ka-
zanılan yılların ne kadar anlamlı olduğu
daha iyi anlaşılır.

Tarama programlarının sürekli olarak
izlenmesi ve en son teknolojik ve tıbbi
bilgilerin uygulanması gerekir. Ayrıca
tarama programları toplumun değişen
yapısı ve isteklerine göre de şekillen-
dirilmelidir. Hastalıkların değişen insi-
dansları, tanı kriterleri ve tedavi yön-
temleri ve bunlarla ilgili olarak ortaya
konan görüşler, itirazlar veya endişeler
programlarda değişiklikleri zorunlu kıla-
bilir. Hepsinden önemlisi, tarama prog-
ramlarının önemi topluma sürekli anlatıl-
malı ve gündemde tutulmalıdır. Böylece
hem bireylerin hem ailelerin hem de
toplumun sağlığı korunmuş, gereksiz
masraflardan da kurtulmuş olunur ve
hayata yeni bir birey kazandırılmış olur.

Kaynaklar

- Anayasa Mahkemesi. AYMBB 29.06.2016,
2014/4077.
- Berry S. A.; Lloyd-Puryear, M. A.; Watson, M. S.
Long-Term Follow-Up of Newborn Screening Pati-
ents. *Genet. Med.*, 2010, 12 (Suppl 12), s.267-268.
- Hakeri H. *Tıp Hukuku* (23. baskı). Seçkin Yayıncılık,
2021 İstanbul.
- Levy H. L. *Newborn Screening Conditions: What
We Know, What We Do Not Know, and How We
Will Know It. Genet. Med.*, 2010, 12 (Suppl 12),
s.212-214.
- Nielsen C.&Lang R. S. *Principles of screening. Med
Clin North Am*, 1999; 83(6): 1323-1337.
- Nijsingh N., Juth N. & Munthe C. *Ethics of screening.
In: Quah, S.R. & Cockerham, W.C. (Eds.), The
International Encyclopedia of Public Health* (2nd
ed., Vol. 3, pp. 28-35). Oxford: Academic Press.
- Scarpa M., Bonham J. R., Dionisi-Vici C., Prevot
J., Pergent M., Meyts I., et al. *Newborn screening
as a fully integrated system to stimulate equity in
neonatal screening in Europe. Lancet*, 2022; 13
February; 100311.
- Sharrard M.&Pollitt R. *Metabolic screening in
children: Newborn screening for metabolic diseases
past, present and future. Paediatrics and Child
Health*, 2007; 17(7), 273-278.
- Singh R. H.&Hinman A. R. *Newborn Dried Bloodspot
Screening: Long-Term Follow-Up Activities and
Information System Requirements. Genet. Med.*,
2010, 12 (12), s.261-266.
- Solomon B. D., Pineda-Alvarez D. E., Bear K. A.,
Mullikin J. C.&Evans J. P. *Applying genomic analysis
to newborn screening. Mol. Syndromol.*, 2012; 3
(2), 59-67.
- Therrell B. L., Padilla C. D., Loeber J. G., Kneisser
I., Saadallah A., Borrajo G. J. C.&Adams J. *Current
status of newborn screening worldwide: 2015. Semin
Perinatol*, 2015; 39: 171-187.
- Waisbren S. E., Albers S., Amato S., et al. *Effect
of expanded newborn screening for biochemical
genetic disorders on child outcomes and parental
stress. JAMA*, 2003; 290: 2564-72.

Yaşlılarda en önemli kırılma nedeni; sarkopeni

Prof. Dr. Şafak Sahir Karamehmetoğlu



1956 yılında İstanbul'da doğdu. Paşabahçe ve Halide Edip Adıvar ilkokullarında başladığı eğitimi Galatasaray Lisesi ve 1982 yılında mezun olduğu İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde sürdürdü. Mecburi hizmetini Ağrı, Doğubayazıt'ta tamamladıktan sonra, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalında uzmanlık aldı. Aynı bölümde öğretim üyesi olarak çalışmaya devam eden Karamehmetoğlu, 2016'da profesörlükten emekli oldu. 2009-2012 yıllarında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi başhekimisi, 2012-2016 arasında ise İstanbul Üniversitesi rektör yardımcılığı yaptı. Hâlen Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği üyesi ve Robotik Rehabilitasyon Çalışma Grubu Başkanı olarak görev yapmaktadır. Özel ilgi alanları arasında omurilik yaralanmaları sonrası rehabilitasyon ve robotik rehabilitasyon yer almakta olup, şu anda Özel Gebze Merkez Hastanesinde çalışmaktadır.

Dr. Hasan Hüseyin Gökpinar



1984 yılında İzmir'de doğdu. İlkokulu Kütahya Atatürk İlkokulunda, ortaokulu Kütahya Ali Güral Anadolu Lisesinde ve liseyi Eskişehir Fen Lisesinde okudu. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesinden 2008 yılında mezun oldu. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalından 2014 yılında uzmanlığını aldı. 2015-2019 yılları arasında Kütahya Yoncalı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı ve son iki yıl aynı hastanede başhekim olarak görev yaptı. 2019-2024 yılları arasında Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesinde Dr. Öğretim Üyesi olarak akademik çalışmalarda bulundu. Hâlen Özel Gebze Merkez Hastanesinde çalışmaktadır. Ultrasonografik görüntüleme eşliğinde girişimsel işlemler, spastisite ve ağrı tedavileri, pediatrik ve nörolojik rehabilitasyon, romatolojik hastalıklar, spastisitenin nörotoksin ve ortezler ile yönetimi, hareketin mekaniği ve yürüme bozuklukları özel ilgi alanlarıdır.

Sarkopeni Yunanca'da, sarx "kas" ve penia "kayıp" anlamlarına gelen kelimelerin birleşmesi ile oluşan; kas kaybı, kas azalması anlamlarına gelen bir sendromdur. En sıklıkla, fizyolojik olarak yaşlılarda meydana gelir (1). Sarkopeni kelimesi ilk olarak Rosenberg tarafından önerilmiş, vücut kompozisyonunda ve işlevinde önemli bir değişiklik olarak tanımlanmıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sarkopeniyi bir hastalık olarak kabul etmiş ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasına (ICD) M62.8 kodu ile dâhil etmiştir (3). Sarkopeni, "Yaşlılarda Sarkopeni Avrupa Çalışma Grubu" (EWGSOP, the European Working Group on Sarcopenia in Older People) tarafından iskelet kas kütlesi ve fonksiyonunun yaşa bağlı kaybı olarak tarif edilmiştir (4). Asya Çalışma Grubu da, 2014 yılında Avrupa Çalışma Grubu ile aynı tanımları kabul etmiştir (5). Sekiz sene sonra EWGSOP tekrar bir araya gelerek sarkopeni tanımını

güncellemiş ve yeni tanımında azalmış kas kuvveti, azalmış kas kütlesinden daha önemli görülerek birincil parametre olarak tanımlanmıştır (4). Sarkopeni, iskelet kas kütlesinde yaşa bağlı bir azalma olarak ifade edilmesinin yanında çok faktörlü patofizyolojiye sahip bir hastalıktır (5, 6). Bu faktörler genetik, yaşam tarzı (egzersiz eksikliği, hareketsizlik, düşük proteinli/yüksek yağlı diyet), endokrinolojik (hormon ve sitokin değişiklikleri), metabolik (anabolik direnç) ve nöromüsküler (motor ünitenin yeniden şekillenmesi) şeklinde sıralanabilir (6).

Kadın cinsiyeti, düşük doğum ağırlığı, yatak istirahati, immobilizasyon, beslenme yetersizliği, sigara ve alkol tüketimi sarkopeni oluşumu için risk faktörleridir. Bunların yanında hormonal bozukluklar, kas hücre sayısında azalma gibi yaşlanma ile görülen değişiklikler, organ yetmezlikleri ve psikiyatrik bozukluklar gibi kronik sağlık sorunları da sarkopeni için risk oluşturur (7).

Elli yaşından sonra, ortalama olarak, her yıl kas kütlesinin yüzde 1-2 kadarını kaybedilmekte, 80 yaşında bu oran toplam olarak yüzde 50'ye kadar ulaşabilmektedir (5, 7, 8). Bu nedenle, 40 yaşından önce kas kütlesini artırmak ve sonrasında olabildiğince korumak sağlıklı yaşlanma için çok önemli görülmektedir (9). Yapılan bir çalışmada, 60 yaş ve üzerindeki 4.900 kişide, sarkopenik olanların yaş ortalaması, erkeklerde 70.5 yıl, kadınlarda 71.6 yıl bulunmuştur (10). Sarkopeni prevalansı 65 yaşından sonra katlanarak (65 yaşında %9.6, 75 yaşında %25.9 ve 85 yaşında %48.6) artmaktadır (11). Erkeklerde, genç yaşlarda daha yüksek olan kas kütlesi ileri yaşlarda kadınlara göre daha hızlı kaybedilmektedir (8). Erkeklerde ve yaşlılarda gözlenen yüksek sarkopeni prevalansı etnik kökene göre de farklılık göstermektedir. Asyalılarda daha yüksek sarkopeni prevalansı gözlenirken koyu ten rengine sahip olanlarda daha düşük olarak gözlenmektedir (12).



Sarkopeni, yüksek morbidite ve mortalite riski, bilişsel bozukluklar, cerrahi komplikasyonların daha sık olması ve daha uzun hastanede kalış süreleri ile de ilişkili bulunmuştur (13). İskelet kasında azalma oranını değerlendirmek için 63 hastada yapılan bir çalışmada, hastaneye yatırıldıktan 10 gün sonra kas kütlelerinde ortalama yüzde 18 azalma olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar hastalığın ve hastaneye yatışın iskelet kas kaybını hızlandırdığını göstererek erken teşhis ve tıbbi beslenme tedavisi ihtiyacına dikkat çekmektedir (9). Tüm bu saydığımız nedenlerle sarkopeniye karşı etkili yöntemlerin geliştirilmesi ve uygulanması bir halk sağlığı önceliği hâline gelmiştir (14).

Sarkopeni, tanı ve tedavisi için yayınlanan ilk EWGOP kılavuzunda geriyatrik sendrom olarak değerlendirilmiştir (4). Yaşlılarda daha yaygın görülmesi, gerektiği gibi beslenememe, yatak istirahatlerinin artması, hareketsiz yaşam tarzı, kronik hastalık mevcudiyeti ve bazı ilaçların kullanımları gibi birden çok faktöre bağlı olarak gelişmesi, bireylerin hareket kısıtlılıkları, düşme ve kırık risklerinin artması, günlük yaşam faaliyetlerini yapmakta sıkıntı ve beraberinde gelişen bağımsızlık kaybı hatta artan ölüm riski ile ciddi bir sağlık sorunu olarak belirlenmiştir. İyi beslenememe (malnütrisyon), azalmış fiziksel

aktivite, enfeksiyon ve diğer komorbiditelere de bağlı olarak görülebilen (15) sarkopeni, birincil sarkopeni (yaşa bağlı sarkopeni) ve ikincil sarkopeni (aktivite, hastalık veya beslenme ile ilgili sarkopeni) olarak iki kategoriye ayrılmıştır (4). Şiddetine göre ise 1) Presarkopeni (azalmış kas kütle), 2) Sarkopeni ve 3) Ciddi sarkopeni (azalmış kas kütlelerine ek olarak azalmış kas kuvveti ve fiziksel performans) olarak üç kategoriye ayrılmaktadır (3).

EWGOP 2018'de 1) Akut, 2) Kronik sarkopeni, 3) Sarkopenik obezite, 4) Kırılganlık ve malnütrisyon ile ilişkili sarkopeni şeklinde sarkopeni kategorilerine yenilerini eklemiştir. Akut sarkopeni altı aydan kısa sürede oluşur ve genellikle akut hastalık veya yaralanma ile ilişkilidir. Kronik sarkopeni ise altı ay veya daha fazla sürede oluşur ve kronik durumlar ile ilişkili olup ölüm riskini artırmaktadır. Bu nedenle, EWGOP risk gruplarına periyodik olarak sarkopeni taraması yapılmasını önermektedir (4). Tarama hem yaşlılar hem de fiziksel yaşamı önemli ölçüde kısıtlayan hastalıkları olan kişiler için önerilmektedir (15).

Sarkopenik obezite hem azalmış kas kütleli olan sarkopeniyi hem de artmış vücut yağını (obezite) birlikte bulunduran durumu ifade etmek için kullanılan

Elli yaşından sonra, ortalama olarak, her yıl kas kütlelerinin yüzde 1-2 kadarı kaybedilmekte, 80 yaşında bu oran toplam olarak yüzde 50'ye kadar ulaşabilmektedir. Bu nedenle, 40 yaşından önce kas kütlelerini artırmak ve sonrasında olabildiğince korumak sağlıklı yaşlanma için çok önemli görülmektedir.

bir terimdir (16). Sarkopeni fiziksel aktivitenin azalması ile birlikte enerji harcamasının azalmasına ve obezite riskinin artmasına neden olur. Ayrıca, iç organ yağlanmasının artması da sarkopeni gelişimine neden olabilecek inflamasyonu tetikler (17). Sarkopenik obezite, hastaneye yatış, düşme ve mortalite artışı gibi olumsuz sonuçlar ile ilişkilidir (18). Düşme ise yaşlılarda mortalite ve morbidite riski ile hastaneye yatırılma olasılığını artıran önemli bir sağlık sorunudur. Yaş ortalaması 82 olan toplam 358 kişide yapılan araştırmada yüzde 43,9 düşme bildirilmiştir (19).

Sarkopeni ile kas kütlesi kaybı görülmesi açısından benzer bir durum olan kaşeksi hastalıkların ilerlemesi sırasında ortaya çıkan, inflamasyonun eşlik ettiği, morbidite ve mortalite ile ilişkili olan istemsiz vücut ağırlığı kaybıdır. Kaşekside obezite söz konusu değildir (20). Evans ve ark. göre kaşeksi tanısı için 12 ay veya daha az süre içinde en az yüzde 5 ağırlık kaybı ve belirlenen beş kriterden (yorgunluk, anoreksi, kas kuvvetinde azalma, azalmış kas kütlesi ve anormal biyokimya) üçünün varlığı gereklidir (21). Hastanede yatan 905 yaşlı birey ile yapılan çalışmada, sarkopeni hastalarının yaklaşık yarısında kaşeksi, kaşeksisi olan hastaların yaklaşık üçte birinde sarkopeni olduğu gösterilmiştir (22).

Yaşlanma ve yetersiz beslenme ile birlikte iskelet kasının aminoasit duyarlılığındaki azalma kas kütlesinde azalmaya neden olabilir. Özellikle immobilizasyon durumunda ve travma sonrasında yaşlılarda sarkopeniye yatkınlık artar. Sarkopeni gelişiminde çok sayıda risk faktörü söz konusudur (6, 7) (Tablo1).

Sarkopeni Tanı Yöntemleri

Baumgartner ve ark., sarkopeniyi (osteoporoz benzer bir şekilde) iskelet kası kütlesinin boyun karesine bölünmesi ve elde edilen değerlerin genç erişkin değerleriyle kıyaslanması sonucunda iki standart deviasyondan

fazla sapması olarak tarif etmiştir (23). Buna karşın, Jansen ve ark. tüm vücut kasının tüm vücut ağırlığına bölünmesi ile elde edilen değerlerin genç erişkin değeri ile karşılaştırılması sonucunda bir standart deviasyondan fazla sapması olarak değerlendirmiştir (24). Sarkopeni tanısı için, iskelet kası kütlesinin radyolojik ölçümleri yapılıp, hareketlilik ve kuvvet fiziksel ve matematiksel olarak değerlendirilir (25). EWGSOP 2010 yılında yayınlanan kılavuzunda sarkopeni tanısı için kullanılan testleri temel olarak kas kütlesi, kas kuvveti ve fiziksel performans ölçümüne dayandırmıştır. Kas kütlesi ölçümü için manyetik rezonans görüntüleme (MRI), bilgisayarlı tomografi (BT), çift enerjili X-ışını absorpsiyometrisi (DXA), biyoimpedans analizi (BIA) ve antropometrik ölçümler (baldır çevresi, uyluk çevresi, üst kol ortası çevresi), kas kuvveti ölçümü için sandalye otur-kalk testi ve el dinamometresi kullanılarak el kavrama gücü; fiziksel performans ölçümü için ise kısa fiziksel performans kuvveti, zamanlı kalk-yürü testi, merdiven çıkma kuvveti testi, yürüme süresi ve yürüme hızı gibi ölçüm yöntemleri önerilmiştir (4).

Fiziksel performansın değerlendirilmesinde kullanılan testler arasında; kısa fiziksel performans bataryası, genel yürüme hızı, altı dakika yürüme testi ve merdiven tırmanma kuvveti testi yer almaktadır. Bunlar kişinin günlük yaşamındaki bağımsızlık seviyelerini belirleyen fonksiyonel aktivitelerdir.

1) Kısa fiziksel performans bataryası; denge, yürüme, kuvvet ve dayanıklılığı ölçer. Balance test, yürüme hızı testi ve sandalye otur-kalk testi sırasıyla uygulanır. Belli bir pozisyonda, en az 10 saniye durabilme esasına dayanır. Yürüme hızı testinde; hastanın dört metrelik bir mesafeyi beş saniyeden daha kısa sürede yürümesi beklenir. Sandalye otur-kalk testinde; kişinin her iki kol çapraz şekilde omuzdan kavranarak hiç durmadan sandalyeye oturup kalkması gözlenir. 2) Genel yürüme hızı değerlendirilmesinde yürüme hızının ≥ 0.8 m/sn. olması beklenir. 3) Zamanlı kalk ve yürü testi; Üç metrelik bir mesafeyi ≤ 10 sn. de gidip gelebilmesi beklenir. Bu süre ≥ 14 sn. ise düşmeleri engellemek amacıyla ev düzenlemeleri önerilir. Süre ≥ 20 sn. ise artık ciddi bir denge bozukluğu vardır ve yürürken baston, yürüteç vb. destekleyici aletlere gereksinim vardır. 4) Merdiven tırmanma kuvveti testi; özellikle bacaklardaki kas kuvveti yetersizliklerinde kullanılan bir testtir. Klinik pratikte sarkopeni saptanması için European Working Group on Sarkopenia (EWGOS) bir algoritma geliştirmiştir. Buna göre 65 yaş üstü kişilerde sarkopeni tanısı için öncelikle fiziksel performans değerlendirilmelidir. Eğer yürüme hızı 0.8 m/sn.'den az ise ve el sıkma testi ile kas kuvvetinin azalmış olduğu saptanırsa kas kütlesi ölçümü yapılır.

Sarkopeni tanısı uygulanan teste ve testin uygulandığı bireylere göre farklılık gösterdiği için yüzde yüz spesifik bir yöntem yoktur (3). Sarkopeninin değerlendirilmesi ve tedavisinde hastanın kuvvet, yürüme yeteneği, sandalyeden kalkma, merdiven çıkma ve düşmelerine sebep olan kısıtlılıklara dayanan SARC-F anketi vakaların bulunması için bir yol olarak önerilmiştir (4). EWGSOP2 algoritmasına göre anket sonucunun pozitif çıkması sonrası kas kuvveti ile hastalık değerlendirilmekte, kas kütlesi ile onaylanmakta ve son olarak fiziksel performans testleri ile hastalığın şiddeti belirlenmektedir (4). Kas kuvveti; el sıkma kuvveti testi, dinamometre ve kas testi ile belirlenebilir.

Malnütrisyon

Yaşlılarda görülebilen, vücut ağırlığı kaybı morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilen katabolik olaylar zincirinin başlangıcıdır (26). Bunun yanı sıra yaşlılarda yetersiz beslenme bağışıklık sisteminin

Tablo 1. Sarkopeni Risk Faktörleri

Risk Faktörleri	Yaşlanma Süreci Sonuçları	Kronik Sağlık Problemleri
Yapısal <ul style="list-style-type: none"> Kadın cinsiyet Düşük doğum ağırlığı Genetik 	Artmış Kas Döngüsü Katabolik situmulus ve protein yıkımı artmış, anabolik stimulus ve protein sentezi azalmıştır.	Psikiyatrik sorunlar <ul style="list-style-type: none"> Kognitif bozukluk Duygudurum bozuklukları
Yaşam Tarzı <ul style="list-style-type: none"> Malnütrisyon Düşük protein alımı Alkol, sigara Fiziksel inaktivite 	Kas Hücre sayısında azalma <ul style="list-style-type: none"> Miyostatin artışı Apoptoz artışı 	Organ Yetmezlikleri <ul style="list-style-type: none"> Kalp yetmezliği Karaciğer yetmezliği Böbrek yetmezliği Solunum yetmezliği
Yaşam Koşulları <ul style="list-style-type: none"> Yetersiz beslenme Yatak istirahati İmmobilité, kondisyon kaybı 	Hormonal deregüstasyon Testosteron ve östrojen azalır, Tiroid fonksiyonları, İnsülin direnci artar, GH azalır.	Kronik Hastalıklar <ul style="list-style-type: none"> Diyabetes mellitus Osteoartrit Kr. Ağrı Obezite
	Nöromusküler değişiklikler <ul style="list-style-type: none"> SSS inputunda azalma Nöromusküler ayrışım 	İlaçların katabolik etkileri
	Mitokondriyal Disfonksiyon Periferel vasküler akımda azalma	

zayıflaması, enfeksiyon riskinin artması, yara iyileşmesinin gecikmesi ve kas kuvvetsizliği nedenli düşme ve kırıkların oluşması gibi çeşitli sağlık sorunlarıyla ilişkilidir (27). Ayrıca bilişsel fonksiyonları tehlikeye sokan çok faktörlü sendromlar olarak bilinen geriatrik sendrom gelişimine yatkın hâle getirir (26).

Yeterli beslenme vücudun ihtiyacı olan günlük besin öğelerinin ve enerjinin gerekli miktarda alınmasıdır (28). Vücudun günlük alması gereken enerji ve besin öğelerinin alınmaması nedeniyle vücut kompozisyonunun değişmesi, özellikle yağsız kütle azalması, vücut ağırlığı kaybı, fiziksel ve zihinsel işlevin azalması ve hastalık kaynaklı olarak klinik durumun bozulması malnütrisyon olarak tanımlanmaktadır (33). Malnütrisyon ile benzerlik taşıyan kaşekside de benzer klinik tablo görülür, kaşekside kronik enflamasyon da vardır (36). Yaşlılarda malnütrisyon besinlerin mideye alınması, emilimi veya sindirimindeki sorunlar sebebiyle yetersiz besin alımı, iştah kaybı, sarkopeni, vücut ağırlığı kaybı (6-12 ayda %5'in üzerinde), enfeksiyonlara duyarlılığın yükselmesi ve yara iyileşmesinin gecikmesi ile belirti göstermektedir (18).

Ekonomik sıkıntılar, yalnızlık, depresyon, çığneme sorunları ve yutma güçlüğü gibi durumlar malnütrisyon ve dolayısıyla kırılabilirliğe yol açabilir (33). Bollwein ve ark. çalışmasında kırılabilirlik ve malnütrisyon arasında güçlü bir ilişki olduğu ve kırılabilirlik görülen yaşlı bireylerin yarısının malnütrisyon riski altında oldukları görülmüştür. Malnütrisyonlu yaşlıların da yüzde 90'ından fazlasının kırılabilir veya kırılabilirlik öncesi olduğu bulunmuştur. Kırılabilir olduğu belirlenen 65 yaş üstü hastalardan yüzde 64'ünün beslenme durumunun kötü olduğu bulunmuştur. Beslenme kırılabilirlik için değiştirilebilir bir risk faktördür ve bu nedenle kırılabilirliğin hem önlenmesi hem de tedavisi için önemlidir. Sağlıklı beslenme modelleri (Akdeniz beslenmesi) ve bazı besinlerin (protein) daha düşük kırılabilirlik riskiyle ilişkili olduğu görülmektedir.

Malnütrisyon tek bir nedenden olabileceği gibi birkaç nedenden de kaynaklanabilir (29). Malnütrisyon nedenleri, tıbbi (işahsızlık, enfeksiyonlar, duyu kayıpları, disfaji), yaşam biçimi, sosyoekonomik (sosyal izolasyon, yalnızlık, ekonomik zorluklar) ile psikolojik (de-

mans, anksiyete, yas) olarak üç ana başlıkta incelenebilir (30). Tıbbi nedenlerden biri olan disfaji ya orofarenks, nazofarenks ve/veya özofagusun bir bölümünü etkilemekte ve bireyin yiyecek ve içecek yutmasını zorlaştırmakta ya da yutulduktan sonra yiyeceklerin geri gelmesine neden olmaktadır. Bu durum yetersiz beslenme riskini artırmaktadır (31). Yapılan bir çalışmada toplum içinde yaşayan yaşlı bireylerde disfaji prevalansının yüzde 11.4 - yüzde 38.0, huzurevi sakinlerinde ise yüzde 40.0 - yüzde 68.0 olduğu bildirilmiştir (32).

Malnütrisyonun Tanısı

Beslenmenin önemini vurgulamak, klinik bakımı iyileştirmek ve bilimsel beslenme için malnütrisyon tanı kriterlerini belirlemek önemlidir (33). Bu nedenle ESPEN Konsensüs Beyanı ile malnütrisyon temel tanı kriterleri tanımlanmıştır (34). Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition), malnütrisyonu en doğru şekilde yansıtacak tanı kriterlerini vücut ağırlık kaybı, azalmış Beden Kütle İndeksi (BKİ) ve düşük yağsız vücut kütlesi olarak belirlemiştir. Tanı için bakılması gereken verileri ise beslenme değişiklikleri, vücut kompozisyonu, biyokimyasal parametreler ve yeme davranışıyla ilgili bilgiler şeklinde kategorize etmiştir (33). Tanı kriterlerini belirlemek için Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) ve Beslenme ve Diyetetik Akademisi'nin bir çalışma grubu tarafından da benzer bir yaklaşım tanımlanmıştır (34).

Malnütrisyon tanısı için iki aşamalı (ilk aşama risk altındaki hastaları tanımlamak, ikinci aşama ise şiddeti belirlemek) bir süreç izlenmeli ve tanı için en az bir fenotipik kriter ve bir etiyolojik kriter aranmalıdır (34).

Yaşlılarda malnütrisyon genelde enerji ve kas metabolizmasının yapı taşları olan proteinin yeterli miktarda alınmamasıyla bağlantılıdır (8). Bununla beraber uzun süreli malnütrisyon durumunda mikro besin öğesi eksikliklerini takip etmek ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları önlemede faydalı olacaktır (33).

Yaşlı bireylerde beslenme sorunları erken dönemde belirlenip tedavi edilmezse, yaşlıların tedavi maliyetlerinin

ve mortalite oranlarının artabileceği belirtilmiştir (18). Bu nedenle hastalar hastaneye başvurdukları zaman sağlığın iyileştirilmesi ve ölüm oranının düşürülmesi için doğru tarama yöntemleri ile hızlı bir malnütrisyon değerlendirmesi yapılması önemlidir (36). Malnütrisyon riskini, tarama yöntemi ile ortaya koymak için hasta, hasta yakını ve sağlık personeli tarafından uygulanabilir olan hızlı ve kolay bazı testler kullanılmaktadır (35). Tarama araçlarının güvenilirlik, geçerlilik, özgüllük ve duyarlılık göstergeleri değerlendirme için önemlidir (36). Yapılan bir çalışmada, hastaların yüzde 57.0'sinin malnütrisyonlu olmasına rağmen sadece yüzde 4.0'üne malnütrisyon taraması yapıldığı bildirilmiş ve tarama testlerinin önemi vurgulanmıştır (39). Kullanılan test popülasyona göre farklılık gösterdiğinden altın standart olarak kabul görmüş bir test bulunmamaktadır (35). Hangi tarama yöntemlerinin en etkili olduğu konusundaki belirsizliğe ek olarak beslenme durumunun taranma zamanı ve dolayısıyla olası zamanlama hatası söz konusu olabilmektedir. Ölüm oranındaki artış, enfeksiyon, iyileşmenin gecikmesi, uzun hastanede kalış süresi ve artan sağlık bakım maliyetleri hatalı taramayla ilişkili olumsuz faktörlerdir (40).

Nutrisyonel Risk Tarama-2002 testi (NRS-2002), Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı'nı (MUST), Mini Beslenme Değerlendirmesi-Kısa Form (MNA-SF), Geriatrik Beslenme Risk Endeksi (GNRI) ve Malnütrisyon Tarama Aracı (MST) yaygın olarak kullanılan malnütrisyon tarama araçlarıdır (38). ESPEN yaşlılar için Mini Beslenme Değerlendirmesi-Kısa Form'unun (MNA-SF) kullanılmasını önermektedir (33).

Sarkopenide Tedavi

Sarkopeniden korunma ve tedavi yaklaşımları; primer (hastalık oluşmadan alınacak önlemler), sekonder (erken tanı konularak, belirgin semptomlar oluşmadan tedavi), tersiyer (hastalıktan etkilenmiş kişilerin hayat kalitesini iyileştirmek) ve kuaterner (kanıtlanmamış tedavilere karşı hastaları uyarmak) olarak sıralanmaktadır (1). Sarkopeninin tüm korunma ve tedavi basamaklarında egzersiz, malnütrisyonla korunma, yeterli ve dengeli beslenme en önemli etkenlerdir. Sağlıklı yaşam davranış şekilleri, uygun beslenme tedavileri ve doğru egzersiz programları ile kişi tedavinin

her aşamasında desteklenmeli ve doğru yönlendirilmelidir (7). Kas kütlesi, kas protein sentezi ve bozulması arasındaki fark olan, net protein dengesine bağlıdır. Net protein dengesi pozitif olduğunda (yemek yedikten sonra) protein birikimi artarak kas hipertrofisi, negatif olduğunda (açlık) protein birikimi azalarak kas atrofisi meydana gelmektedir (3). Dali zincirli amino asit olan lösin, önemli bir anabolik uyarıcı olarak kabul edilmektedir ve kas protein sentezinin düzenlenmesinde görev almaktadır (41). Vücuda beslenme ile alınan proteinin yeterli olmaması durumunda vücudun protein ihtiyacının karşılanması için kaslardaki proteinler parçalanmakta ve bu durum ciddi sağlık sorunlarına yol açabilecek kas kaybına neden olmaktadır (14). Sonuçta, sarkopenik yaşlılarda diyet protein miktarının ve kalitesinin artırılması mantıklı bir tedavi yaklaşımıdır. Yaşa bağlı sarkopenisi olan 65 yaş üstü hastalarda önerilen günlük protein alımı 0.8 g/kg/gün yerine 1 ila 1.3 g/kg/gün'dür (3). İnaktivite dönemlerinde ise günlük protein alımında 1.5 g/kg'a çıkılması önerilmektedir (7, 16).

Kas sağlığı için makro besin olan proteinin yanı sıra mikro besin öğeleri magnezyum (kas gevşemesi ve kas fonksiyonu), çinko (kas atrofisini geciktirir), kalsiyum, potasyum ve sodyum gibi mineraller önemlidir. Ayrıca fiziksel performans düşüklüğü, kas kuvvetsizliği ve kas hastalıkları demir, fosfor ve selenyum gibi bazı minerallerin düşük seviyede olması ile ilişkilidir (14). Hastalık varlığında iskelet kasını korumada, tek başına besinlerle zorlanması durumunda protein ihtiyacını karşılamak için oral beslenme takviyeleri verilmekte veya enteral tüple beslenme yapılabilmektedir. Oral beslenme takviyelerinin, besin alımını azaltmadan toplam enerji ve protein alımını artırabileceğini ve yaşlılarda vücut ağırlığı kaybını önlediği hatta ağırlık artışına yardımcı olduğu gösterilmiştir (15).

Yaşlılarda beslenme ile ilgili problemler yaygındır ancak yaşam tarzı değişiklikleriyle etkili bir şekilde tedavi edilebilir olmasından dolayı malnütrisyon yaşlılar için kaçınılmaz değildir (15). Hem yatan hem de ayakta tedavi gören hastalarda hastalıkla ilişkili malnütrisyonu önlemek ve tedavi etmek için doktor, diyetisyen, hemşire, fizyoterapist, psikolog ve klinik eczacıdan oluşan çok disiplinli bir beslenme destek ekibine



ihtiyaç vardır (33). Malnütrisyon nedenleri karmaşık ve çok faktörlü olduğundan önce sebebi belirlenmeli ve ona uygun bir tedavi protokolü düzenlenmelidir (15). Tanı konmuş hastanın yaşı gereği fizyolojik ve metabolik değişiklikleri göz önüne alınarak ihtiyacına ve beslenebilme durumuna uygun tıbbi beslenme tedavisi, besin takviyesi, enteral veya parenteral beslenme olarak hazırlanmalıdır (33). Yaşlı bireyin enerji ve besin ögesi ihtiyacına uygun bir beslenme programının hazırlanmasının yanı sıra beslenme ihtiyaçlarının karşılandığını doğrulamak ve hastaların doğru süre boyunca beslenme desteği almalarının sağlanması için uygun beslenme izlemi başlatılmalıdır (15).

Egzersiz, yaşlanan iskelet kasının diyetteki amino asit ve proteine duyarlılığını artırabilir ve bu nedenle iskelet kasının protein birikimini teşvik etmede önemli bir potansiyele sahiptir (39). Aerobik egzersiz kas protein sentezinin ve kas kalitesinin düzelmesine yardımcı olur ve haftada 2-3 kez 30 dakikalık orta şiddette yapılması önerilmektedir. Direnç egzersizleri ise hem kas kesitsel alanında hem de kas kuvvetinde artış sağlamaktadır. Her iki egzersiz çeşidi de sarkopeni oluşmasını önlemede etkin rol oynamaktadır. Haftada 2-3 defa düzenli olarak direnç egzersizi yapan ve beslenme tedavisi uygulayan bireylerde kas kuvveti, kas kütlesi ve fiziksel

performanslarında anlamlı bir artma görülmüştür (7). Sarkopeninin tedavi edilmemesi, yaşlıların günlük yaşam faaliyetlerini azaltmakta, kişisel, sosyal ve ekonomik yüklerini artırmaktadır. Gecikmiş tedavi hastaneye yatışları ve dolayısıyla maliyeti önemli ölçüde artırmaktadır (8). Kas kalitesinin azalması, kemik kalitesinin azalmasıyla ilişkilidir. Sarkopeni veya kas kuvvetsizliği, kırıklığın artışı ve düşük kemik yoğunluğu ile ilişkilidir. Bu ilişki kas geliştirme tedavilerinin kemik sağlığını da olumlu etkileyeceğini ve sarkopeni tedavisinin osteoporoz tedavisini destekleyeceğini göstermektedir (5).

Sonuç

Yaşam süresinin artışı, 20. yüzyılda kaydedilen en önemli gelişmelerden biri olarak tanımlanmaktadır ve bu eğilim 21. yüzyılda da devam etmektedir. Dünya nüfusu, doğum oranındaki azalma ve beklenen yaşam sürelerindeki artış sonucu her geçen yıl giderek artmaktadır. Yaşlılarda görülen sarkopeni nedenlerinin başında yaşlanma gelse de fiziksel aktivite azlığı, bazı hastalıklar ve beslenme yetersizlikleri de önemli rol oynamaktadır.

Malnütrisyon nedeni olan psikolojik ve sosyal sorunlar da dolaylı olarak sarkopeniye sebep olmaktadır. Malnütrisyon ayrıca yaşlılarda sık görülen kırıklık

için de bir risk faktörüdür. Bu nedenle birbiriyle ilişkili olan bu hastalıklar için hastalığın iyi taranması, hastalığın nedeninin doğru belirlenmesi ve hızlı bir şekilde tanı konularak tedaviye başlanması gerekmektedir. Tanı için belirlenmiş kriterler ışığında bazı testlerin kullanılması hastanın daha çabuk değerlendirilmesine ve tedavisinin başlamasına olanak sağlamaktadır. Malnütrisyon ve sarkopeni sonucunda ciddi kas kayıplarının ve ölümlerin yaşanabileceği düşünüldüğünde, bu hastalıkların önlenmesi veya geciktirilmesinin ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Sağlıklı yaşam tarzı, uygun beslenme yöntemleri ve doğru egzersiz programları ile kişide davranış değişikliği oluşturulmalı ve bu uygulamaların sürekliliği sağlanmalıdır. Sarkopeninin önlenmesi ve tedavisinde yapılması gerekenler; 1) Aktif, dinamik hareketli bir yaşam tarzı 2) Günde 5.000 – 10.000 adım atacak şekilde yürüyüş 3) Kasları dirence karşı çalıştıracak aerobik egzersizler 4) Yüksek kaliteli protein alınması (1.2 – 1.3 gr/kg/gün) 5) D vitamini takviyesi (700 – 800 IU/gün) 6) Mg, Ca, Na, çinko, potasyum benzeri minerallerde eksiklik varsa tamamlanması 7) Sigara, nargile vb. bütün ürünlerinin içilmemesi 8) Alkol alınmaması 9) Risk faktörlerine sahip olanların sarkopenik olup olmadıklarının tespiti 10) 65 yaş üstü herkesin sarkopeni açısından tetkik edilmesi.

Kaynaklar

- 1) Wiktionary. The free dictionary. En.wiktionary.org/wiki/sarcopenia. (Erişim Tarihi: 08.11.2024).
- 2) Rosenberg I.H. Sarcopenia: origins and clinical relevance. *The Journal of nutrition*, 127:5, 990-1. 1997.
- 3) Tournadre A., Vial G., Capel F. et al. Sarcopenia. *Joint bone spine*, 86:3, 309-14. 2019.
- 4) Cruz-Jentoft, A.J., Bahat G., Bauer J et al. European working group on sarcopenia in older people: Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European working group on sarcopenia in older people. *Age Ageing*, 1:48(1):16-31. 2019.
- 5) Chen L.K., Woo J., Assantachai P et al. Sarcopenia in Asia: Concensus report of the Asian Working Group for sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 15(2):95-101. 2014.
- 6) Yuan S., Larsson S.C. Epidemiology of sarcopenia: Prevalence, risk factors, and consequences. *Metabolism*. 144:15-55. 2023.
- 7) Sökmen Ü.N., Dişçiğil G. Yaşlılıkta sarkopeni. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8:2, 49-54. 2017.
- 8) Sieber C.C. Malnutrition and sarcopenia. *Aging clinical and experimental research*, 31:6, 793- 98. 2019.

- 9) Landi F., Camprubi-Robles M., Bear D. e al. A. Muscle loss: The new malnutrition challenge in clinical practice. *Clinical nutrition*, 38:5, 2113-20. 2019.
- 10) Batsis J.A., Mackenzie T. A., Lopez-Jimenez F. et al. Sarcopenia, sarcopenic obesity, and functional impairments in older adults: National Health and Nutrition Examination Surveys 1999-2004. *Nutrition research*, 35:12, 1031-9. 2015.
- 11) Kamo T., Ishii H., Suzuki K. et al. Prevalence of sarcopenia and its association with activities of daily living among Japanese nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 39:5, 528-33. 2018.
- 12) Beaudart C., Rizzoli R., Bruyère O. et al. Sarcopenia: burden and challenges for public health. *Archives of public health*, 72:1, 1-8. 2014.
- 13) Blanquet M., Ducher G., Sauvage A. et al. Handgrip strength as a valid practical tool to screen early-onset sarcopenia in acute care wards: a first evaluation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 76:1, 56-64. 2022.
- 14) Landi F., Calvani R., Cesari M. et al. Sarcopenia: an overview on current definitions, diagnosis and treatment. *Current Protein and Peptide Science*, 19:7, 633-8. 2018.
- 15) Roberts S. B., Silver R. E., Das S. et al. Healthy aging—nutrition matters: start early and screen often. *Advances in Nutrition*, 12:4, 1438-48. 2021.
- 16) Hsu K.J., Liao C.D., Tsai M.W. Effects of exercise and nutritional intervention on body composition, metabolic health, and physical performance in adults with sarcopenic obesity: a meta-analysis. *Nutrients*, 11:9, 21-63. 2019.
- 17) Wannamethee S.G., Atkins J.L. Muscle loss and obesity: the health implications of sarcopenia and sarcopenic obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 74:4, 405-12. 2015.
- 18) Hoogendijk E.O., Afilalo J., Ensrud K.E. et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394:10, 1365-75. 2019.
- 19) Magnuszewski L., Swietek M., Kasiukiewicz A. Health, functional and nutritional determinants of falls experienced in the previous year—a cross-sectional study in a geriatric ward. *International journal of environmental research and public health*, 17:13, 47-68. 2020.
- 20) Ferrer M., Anthony T.G., Ayres J.S. et al. Cachexia: A systemic consequence of progressive, unresolved disease. *Cell*, 186:9, 1824-45. 2023.
- 21) Evans W.J., Morley J.E., Argiles J. Cachexia: a new definition. *Clinical nutrition*, 27:6, 793-9. 2008.
- 22) Fujimoto Y., Maeda D., Kagiya N. et al. Prevalence and prognostic impact of the coexistence of cachexia and sarcopenia in older patients with heart failure. *International Journal of Cardiology*, 381, 45-51. 2023.
- 23) Baumgartner R.N., Koehler K.M., Gallagher D. et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol*. 147:755-63. 1998.
- 24) Jansen I., Baumgartner R.N., Ross R.R. Skeletal muscle cutpoints associated with elevated physical disability risk in older men and women. *Am J Epidemiol*. 159:413-21. 2004.
- 25) Jones A.J., Campiti V.J., Alwani M. Sarcopenia is associated with blood transfusions in head and neck cancer free flap surgery. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 6:2, 200-10. 2021.
- 26) Norman K., Haß U., Pirlich M. Malnutrition in older adults—recent advances and remaining challenges. *Nutrients*, 13:8, 27-64. 2021.

- 27) Amarya S., Singh K., Sabharwal M. Changes during aging and their association with malnutrition. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6:3, 78-84. 2015.
- 28) Merdol T. Beslenmeye Bağlı Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Yeterli, Dengeli ve Sağlıklı Beslenmenin Önemi ve Temel İlkeler. E. T. Alphan (Ed.). *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi 3-31*. Ankara, Hatipoğlu Yayınları. 2014.
- 29) Cederholm T., Barazzoni R., Austin P. et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition*, 36:1, 49-64. 2017.
- 30) Baz S., Ardahan M. Yaşlılarda malnütrisyon ve hemşirelik yaklaşımları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5:3, 147-53. 2016.
- 31) Taylor C. Dysphagia And Malnutrition in Older Adults. *British Journal of Community Nursing*, 24:7, 26-28. 2019.
- 32) Wakabayashi H., Sakuma K. Comprehensive approach to sarcopenia treatment. *Curr Clin Pharmacol*. 9:2: 171-80. 2024.
- 33) Cederholm T., Bosaeus I., Barazzoni R. et al. Diagnostic criteria for malnutrition—an ESPEN consensus statement. *Clinical nutrition*, 34:3, 335-40. 2015.
- 34) Cederholm T., Jensen G., Correia M. et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition—a consensus report from the global clinical nutrition community. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 10:1, 207-17. 2019.
- 35) Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. A. Baysal ve ark. (Ed.). *Diyet El Kitabı*. 67-142. Ankara. Hatiboğlu Yayınevi. 2018.
- 36) Pelà G., Tagliaferri S., Perrino F. et al. Determinants of cardiac structure in frail and sarcopenic elderly adults. *Experimental Gerontology*, 150:51. 2018.
- 37) Cascio B.L., Logomarsino J.V. Evaluating the effectiveness of five screening tools used to identify malnutrition risk in hospitalized elderly: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 39:1, 95-102. 2018.
- 38) Rahman A., Jafry S., Jeejeebhoy K. et al. Malnutrition and cachexia in heart failure. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 40:4, 475-86. 2019.
- 39) Mitchell M.A., Duerksen D.R., Rahman A. et al. Are housestaff identifying malnourished hospitalized medicine patients? *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 39:10, 1192- 5. 2016.
- 40) Baysal A. Beslenme. Ankara. Hatipoğlu Yayınları. 2017.
- 41) Duan Y., Li F., Li Y. The role of leucine and its metabolites in protein and energy metabolism. *Amino Acids*. 48(1):41-51. 2016.

Türkiye ve dünyada sağlık insan gücü sayısal durumu

Dr. Mustafa Kosdak



1974 yılında Afyonkarahisar'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini burada tamamladıktan sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1998 yılında mezun oldu. 1998-1999 yıllarında Konya Doğanhisar Merkez Sağlık Ocağında, 2000-2006 yılları arasında İzmir Foça Sağlık Grup Başkanlığında çalıştı. 2006 yılında göreve başladığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcılığı görevini 2011 yılına kadar yürüttü. Bu dönem içinde Bakanlığın sağlık istatistik yıllıklarının yayımlanması, sağlık insan gücü planlama çalışmalarının yürütülmesi, sağlık personeli ve hasta memnuniyet araştırmalarının yürütülmesi başta olmak üzere pek çok konuda çalışma fırsatı buldu. 2012-2015 yılları arasında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde tabip kadrosunda çalışan Kosdak, hâlen aynı genel müdürlükte Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve sistematik bir şekilde sürdürülebilmesi için gereksinim duyduğumuz en önemli öge sağlık insan gücüdür. Değişen ve gelişen dünyada sağlık alanında bilim ve teknoloji açısından yaşanan gelişmelere rağmen sağlık insan gücü önemini korumaya devam etmektedir. Sağlık insan gücünün varlığı o kadar önemlidir ki, sağlık sistemi içerisinde diğer faktörlerin olmadığı düşünülse bile sağlık sistemi varlığını devam ettirebilirken; sağlık insan gücünün olmadığı bir sağlık sisteminden bahsetmek mümkün değildir.

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve sunulan hizmet kalitesinin artırılması

noktasında önem taşıyan sağlık insan gücü planlaması; doğru sayıda sağlık çalışanının, doğru beceri, motivasyon, tutum ve davranışlara sahip bir şekilde doğru yer ve doğru zamanda istihdam edilmesi şeklinde ifade edilebilir. Sağlık insan gücü planlamasının en temel amacı; gelecekte oluşacak insan gücü arzı ile ihtiyacını dengede tutmaya çalışmaktır. Ülkemizin ihtiyaçları doğrultusunda yeterli nicelik ve nitelikte uygun donanıma sahip sağlık insan gücünün yetiştirilmesi sırasında arz fazlalığının oluşmaması da sağlanmalıdır.

Yapılan planlama çalışmaları ve gerekli düzenlemelerle birlikte son yıllarda sağlık insan gücü sayımızda yaşanan artış hızlanmıştır. Bu artışın mevcut ivmeyle devam etmesi hâlinde

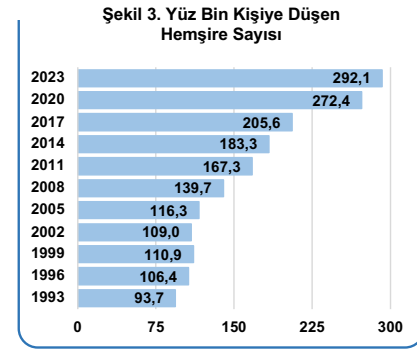
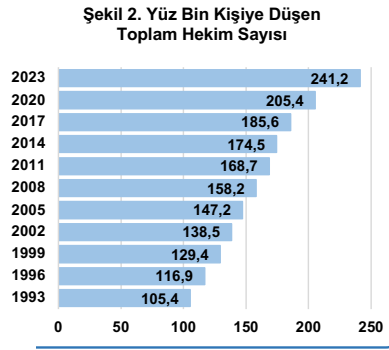
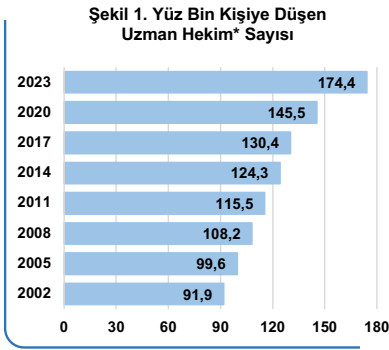
Türkiye'nin ilerleyen yıllarda uluslararası düzeyde daha iyi konuma gelmesi beklenmektedir. Sağlık insan gücü sayısının yeterli ve mevcut insan gücünün ülke genelinde dağılımının dengeli olması ülkelerin sağlık durumunu etkileyen en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Yıllar içerisinde bu kapsamda yapılan düzenleme ve planlama çalışmalarıyla insan gücünde yaşanan niceliksel artışla birlikte bu insan gücünün ülke içerisinde daha dengeli bir şekilde dağılması sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sürdürülmesinde sağlık insan kaynağının temini son derece önemli bir konudur. Türkiye'de sağlık alanında toplam çalışan sayısı son 10 yıl içerisinde 2 kat artarak, 1 Aralık 2023 tarihinde yaklaşık 1.420.000'e ulaşmıştır (1). Sağlık alanında çalışan kişilerin (1.423.810); yüzde 60,9'unu (867.570) toplam sağlık hizmetleri sınıfı (SHS) çalışanları, yüzde 17,5'ini (249.091) hemşireler, yüzde 14,4'ünü (205.680) hekimler, yüzde 4,2'sini (59.887) ebeler, yüzde 3,2'sini (45.196) diş hekimleri ve yüzde 2,9'unu (40.886) ise eczacılar oluşturmaktadır [Tablo 1 (1)]. Toplam hekimlerin (205.680); yüzde 50,4'ü uzman hekim, yüzde 27,7'si pratisyen hekim ve yüzde 21,9'u ise uzmanlık öğrencisi hekimlerden oluşmaktadır (1).

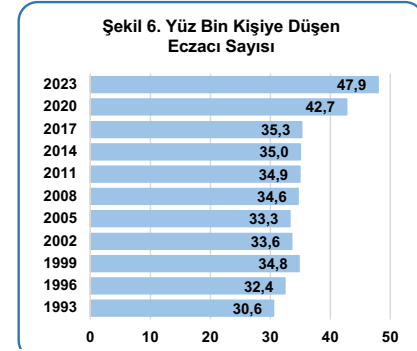
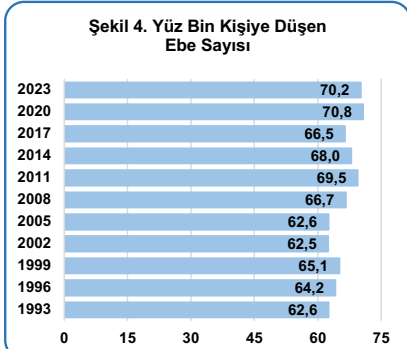
Tablo 1. Temel Meslek Gruplarında Sektörlere Göre Sağlık Çalışanı Sayıları

Temel Meslek Grupları	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Hekim	126.029	42.835	36.816	205.680
Hemşire	177.881	37.263	33.947	249.091
Ebe	56.332	1.009	2.546	59.887
Diş Hekimi	12.774	5.889	26.533	45.196
Eczacı	5.108	754	35.024	40.886
Toplam SHS Çalışanı	567.065	112.035	188.470	867.570
Toplam Çalışan	855.955	183.060	384.795	1.423.810

(Tablo 1: Veriler 1 Aralık 2023 yılına aittir.)



*Uzman hekim sayısına asistanlar da dâhil edilmiştir.



Türkiye'de yıllar içerisinde hekim sayısı nüfusun büyüklüğünden daha hızlı artış göstermiştir. Böylelikle Türkiye'de yüz bin kişiye düşen uzman hekim sayısı 2002'de 91,9 iken 2023'te 174,4'e, toplam hekim sayısı ise 1993'te 105,4 iken 2023'te 241,2'ye yükselmiştir. Hekim sayılarında yıllar içerisinde gözlenen artışın süreklilik arz eden bir artış olduğu dikkat çekmektedir [Şekil 1 (2), Şekil 2 (3)].

Türkiye'de 1993 yılında yüz bin kişiye düşen hemşire sayısı 93,7, yüz bin kişiye düşen ebe sayısı ise 62,6 iken

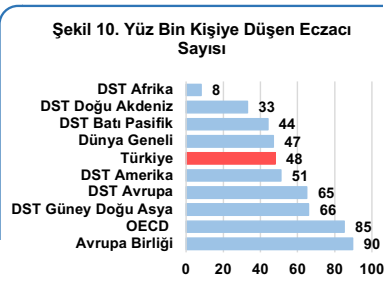
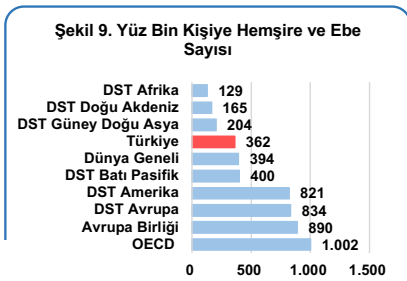
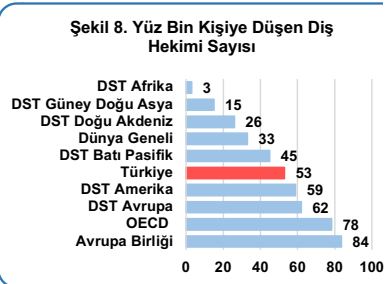
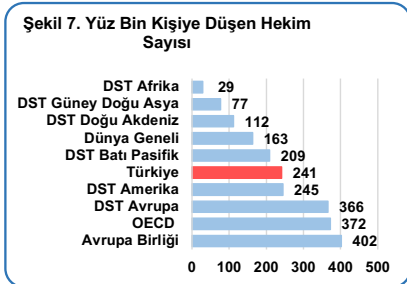
2023 yılında hemşire sayısı 292,1'e ebe sayısı ise 70,2'ye yükselmiştir [Şekil 3 (3), Şekil 4 (3)]. 1993 yılında Türkiye'de yüz bin kişiye düşen diş hekimi ve eczacı sayısı sırasıyla; 19,1 ve 30,6 iken bu sayılar 2023 yılında 53'e ve 47,9'a yükselmiştir [Şekil 5 (3), Şekil 6 (3)].

Yüz bin kişiye düşen toplam hekim ve diş hekimi sayısı açısından ülkemiz dünya geneline göre daha iyi durumda olmakla birlikte, Avrupa Birliği (AB), Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Dünya Sağlık Teşkilatı (DST)

Avrupa Bölgesi ve DST Amerika Bölgesinde bulunan ülkelerin ortalamalarından daha düşük seviyededir [Şekil 7 (4), Şekil 8 (4)]. Hemşire ve ebe ile eczacı sayısında ise Türkiye ortalaması dünya ortalamasına yakın bir seviyededir [Şekil 9 (4), Şekil 10 (4)].

Türkiye'de yüz bin kişiye düşen hekim sayısı OECD ortalamasına göre hâlen düşük olmakla birlikte hekim sayısındaki artış hızı OECD ülkelerine göre çok daha yüksektir. Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı OECD ülkelerinde 2012 yılından 2021 yılına kadar yüzde 17 artarken, Türkiye'de 2012 yılından günümüze kadar yaklaşık yüzde 40 artmıştır (5). Daha sonra da göreceğimiz üzere bu belirgin artış hızlanarak devam edeceğinden Türkiye ile OECD ortalaması arasındaki farkın hızlı bir şekilde kapanması beklenmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri sınıfı çalışanlarının yaklaşık yüzde 64'ünü kadınlar, yüzde 36'sını ise erkekler oluşturmaktadır. SHS toplamının büyük bir kısmının kadınlardan oluşması, hemşirelerin niceliksel olarak fazla olması ve hemşirelik meslek seçiminin ağırlıklı olarak kadınlar (%80,6) tarafından tercih edilmesinden kaynaklanmaktadır. Hekimlerin yüzde 43,2'sini, diş hekimlerinin yüzde 51,7'sini ve eczacıların da yüzde 58,7'sini kadınlar oluşturmaktadır [Tablo 2 (6)].



(Şekil 7,8,9 ve 10: Türkiye verisi 1 Aralık 2023 yılına ait olup diğer veriler 2021 yılı ya da en yakın yıla ait verilerdir.)

SHS çalışanlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, en fazla çalışanın 35 yaş altı grupta olduğu görülmektedir. Toplam SHS çalışanlarının yüzde 53,8'i, diş hekimlerinin yüzde 50,7'si, eczacıların yüzde 53,6'sı ve hemşirelerin yüzde 60,7'si 35 yaş altı grupta yer almaktadır. Sağlık alanında çalışanların yoğun olarak bulunduğu bir sonraki yaş grubu ise 35-44 yaş grubudur [Şekil 11 (6)].

Türkiye'deki hekimlerin; yüzde 21,5'i 35 yaş altı kadın ve yüzde 20,5'i 35 yaş altı erkek olmak üzere toplamda yüzde 42'si 35 yaşın altındadır. Bu oran için OECD ülkeleri ortalaması ise toplamda yüzde 23,2'dir. Bu da Türkiye'deki hekimlerin OECD ortalamasına göre daha genç yaşta olduğuna işaret etmektedir [Şekil 12 (7)]. Tıp fakültelerindeki kontenjan artışı ve buna bağlı mezun sayılarında yaşanacak artışlarla birlikte önümüzdeki yıllarda hekimler içerisindeki genç yaş grubunun daha da artacağı beklenmektedir.

Uluslararası boyutta hemşire hekim oranını açısından OECD ülkeleri ortalaması 2,5 olup bu oran Türkiye'de 1,2'dir (8). Türkiye'de hemşire hekim oranı yıllara ve sektörlere göre son yıllarda gelişim

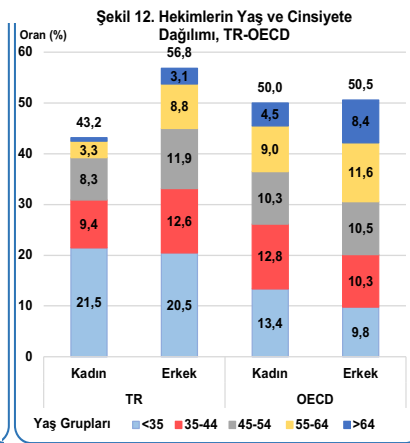
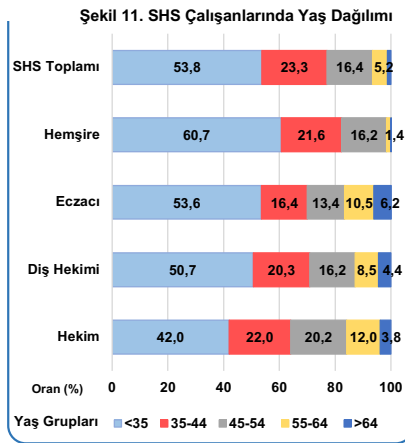


göstermiştir. 2002 yılından 2023 yılına kadar olan süreçte hemşire hekim oranı; Sağlık Bakanlığında 0,9'dan 1,4'e, üniversitede 0,4'ten 0,9'a, özelde 0,6'dan 0,9'a ve toplamda ise 0,8'den 1,2'ye yükselmiştir (9). Bu konuda son yıllarda gelişim sağlanmış olsa da özellikle özel sektör ve üniversiteler için hemşire hekim oranının düşük olduğu görülmektedir. Tıp fakültelerinden mezun sayılarının giderek artması ve bunların tamamının istihdam edilmesiyle birlikte hem hemşire sayımızın daha fazla artırılabilmesi hem de hemşire hekim oranının beceri birleşimi açısından

olumsuz etkilenmemesi adına hemşire istihdamının da artırılması gerekli olacak gibi görünmektedir.

Türkiye'de sağlık insan gücünün sayısal olarak artırılabilmesi adına sağlık meslek mensubu yetiştiren okullara alınan öğrenci ve dolayısıyla mezun sayılarında son yıllarda önemli bir artış görülmüştür. 2010 yılı ve 2022 yılında mezun sayıları sırasıyla; tıp fakültesinde 5.074'ten 14.506'ya, diş hekimliğinde 950'den 4.607'ye, hemşirelikte 4.007'den 14.864'e, eczacılıkta 815'ten 2.707'ye ve ebelikte ise 1.262'den 3.170'e yükselmiştir (10). Türkiye'de yüz bin kişiye düşen tıp fakültesi mezun sayısı OECD ortalamasından 1,22 kat, diş hekimliği fakültesi mezun sayısı ise 1,98 kat fazladır. Yüz bin kişiye düşen hemşirelik ve eczacılık mezunlarında ise Türkiye, OECD ortalamasının altında yer almaktadır [Şekil 13 (10)].

Türkiye'de yüz bin kişiye düşen hekim sayısı henüz arzu ettiğimiz düzeyde olmamakla birlikte hekim başına düşen yıllık müracaat sayısı da OECD ortalamasının 2,8 katıdır. Hekim başına düşen yıllık müracaat sayısı Türkiye'de 4.367 iken OECD ortalaması ise 1.562'dir (11).



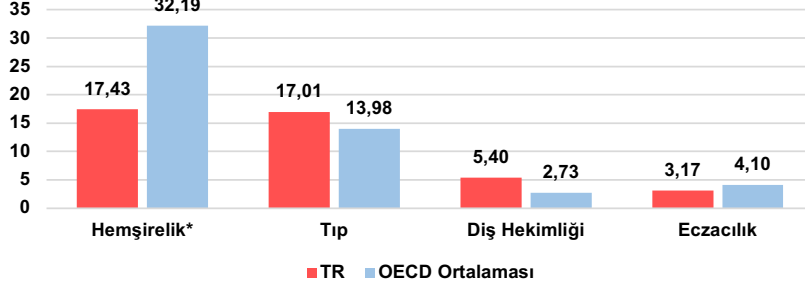
Tablo 2. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sınıfı Çalışanlarının Yaş ve Cinsiyete Dağılımı

	KADIN					TOPLAM	ERKEK					TOPLAM
	<35	35-44	45-54	55-64	>64		<35	35-44	45-54	55-64	>64	
Hekim	21,5	9,4	8,3	3,3	0,7	43,2	20,5	12,6	11,9	8,8	3,1	56,8
Diş Hekimi	29,4	10,4	7,9	3,3	0,7	51,7	21,3	9,9	8,3	5,1	3,7	48,3
Eczacı	25,2	11,1	10,0	6,5	5,9	58,7	28,4	5,3	3,4	4,0	0,3	41,3
Hemşire	46,3	18,2	14,7	1,4	0,1	80,6	14,4	3,4	1,5	0,0	0,0	19,4
SHS Toplamı	36,3	15,4	10,2	2,0	0,3	64,2	17,5	7,9	6,3	3,2	1,0	35,8

(Tablo 2 ve Şekil 11: Veriler 1 Aralık 2023 yılına aittir.)

(Şekil 12: Türkiye verisi 1 Aralık 2023 yılına ait olup OECD ortalamasına ilişkin ülke verileri 2021 ya da en yakın yıla ait verilerdir. OECD ülke verilerinin değerlendirilmesi aşamasında 2021 yılı ya da en yakın yıl yaklaşımından ve yuvarlamadan dolayı kadın ile erkek OECD ortalaması toplamda 100'ü vermemektedir.)

Şekil 13. Türkiye ve OECD Ülkelerinde Yüz Bin Kişiye Düşen Mezun Sayısı



*Hemşirelik bölümü mezun sayıları; örgün öğretim ve ikinci öğretim toplamına aittir. (Şekil 13: Türkiye mezun verisi 2022 yılına ait olup OECD ortalamasına ilişkin ülke verileri 2021 yılı ya da en yakın yıla ait verilerdir.)

Bu durum kısmen hekim sayımızın henüz arzu ettiğimiz seviyede olmamasına bağlanabilir de Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin son yıllarda önemli düzeyde artması ile yakından ilişkilidir. Kişi başı hekime müracaat sayısı OECD ülkelerinde 5,8 iken Türkiye'de 10'dur (OECD ülkelerinde hekim başına düşen yıllık müracaat sayısı, kişi başı hekime müracaat sayısı ve bin kişiye düşen hekim sayısı verilerinden hesaplanmış olup; Türkiye verisi 2022 yılına ait olup OECD ortalamasına ilişkin ülke verileri 2021 yılı ya da en yakın yıla ait verilerdir.) (11).

Türkiye'de sağlık insan gücünün sayısal durumunun kısaca incelendiği ve dünya verileriyle karşılaştırıldığı bu çalışmada; sağlık insan gücü sayımızın OECD ortalamasıyla kıyaslandığında henüz arzu ettiğimiz seviyede olmadığı bununla birlikte son yıllarda gerek mezun sayılarının gerekse buna paralel olarak istihdamın artırılması neticesinde büyük bir gelişim gösterdiği gözlenmektedir. Önümüzdeki yıllarda mezun sayılarının daha da artması ile birlikte OECD ülkeleri ile Türkiye arasındaki fark giderek daha hızlı kapanacaktır. İnsan kaynağı sayımızın giderek artması sağlıkta hizmete erişimi kolaylaştırmış olup kişi başı hekime müracaat sayısı da artmıştır. Bu durumun hizmete erişimin kolaylaştırılması yanında sağlık okur yazarlığı açısından da dikkate alınması önemlidir. Türkiye'de hemşire hekim oranının henüz istenilen seviyede olmaması hemşire istihdamının daha da artırılması gerektiğine işaret etmektedir. Son olarak sağlık insan gücümüzün OECD ortalamasına göre çok daha genç olması ve ülkemizde verilen kaliteli eğitim sağlık insan gücümüzün uluslararası hareketliliğini iyi yönetmemiz gerektiğine işaret etmektedir.

Sağlık alanında sunulan hizmetlerin kalitesini ve ulaşılabilirlik seviyesini arttırmak için yapılan düzenleyici ve geliştirici çalışmalar ile birlikte sağlık insan gücü planlama çalışmaları sadece Türkiye'nin değil, tüm dünyanın gündeminde olan ve olmaya da devam edecek ehemmiyetteki konular arasındadır.

Kaynaklar

- 1) 2013 Yılı Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- 2023 Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Aralık 2023 Entegre Kurumsal İşlem Platformu (EKİP) Ham Verisi.
- 2) Sağlık Çalışanı Verileri: 2002, 2008, 2011, 2014, 2017 ve 2020 Yılı Verileri: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- 2023 Yılı Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Aralık 2023 EKİP Ham Verisi.
- Nüfus Verileri: 2002 ve 2020 Yılları da Dahil Aradaki Yılların Nüfusları: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Nüfus Tahminleri, 2000-2006, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS), 2007-2020. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 19.08.2021).
- 2022 Yılı Nüfusu: TÜİK ADNKS Sonuçları, 2022. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- 3) Sağlık Çalışanı Verileri: 1993, 1996 ve 1999 Yılı Verileri: T.C. Sağlık Bakanlığı, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı (APK) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2000. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84960/arastrima-planlama-ve-koordinasyon-kurulu-baskanligi-2000-yili-istatistik-yilligi.html> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- 2002, 2008, 2011, 2014, 2017 ve 2020 Yılı Verileri: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- 2023 Yılı Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Aralık 2023 EKİP Ham Verisi.
- Nüfus Verileri: 1993, 1996 ve 1999 Yılı Nüfusları: TÜİK, Yıl Ortası Nüfus Tahminleri ve Projeksiyonları, 1986-2025. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 19.08.2021).
- 2002 ve 2020 Yılları da Dahil Aradaki Yılların Nüfusları: TÜİK Nüfus Tahminleri, 2000-2006,

ADNKS, 2007-2020. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 19.08.2021).

2022 Yılı Nüfusu: TÜİK ADNKS Sonuçları, 2022. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).

4) Türkiye: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Aralık 2023 EKİP Ham Verisi.

DST Bölgeleri: World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/> (Erişim Tarihi: 01.01.2024).

OECD: OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 26.09.2023).

AB: Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/> (Erişim Tarihi: 26.09.2023).

5) Türkiye: Sağlık Çalışanı Verileri: 2012 Yılı Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- 2023 Yılı Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Aralık 2023 EKİP Ham Verisi.

Nüfus Verileri: 2012 Yılı Nüfusu: TÜİK Nüfus Tahminleri, 2000-2006, ADNKS, 2007-2020.

Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 19.08.2021).

2022 Yılı Nüfusu: TÜİK ADNKS Sonuçları, 2022. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).

OECD: OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 26.09.2023).

6) Sağlık Çalışanı Verileri: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Aralık 2023 EKİP Ham Verisi.

7) Türkiye: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Aralık 2023 EKİP Ham Verisi.

OECD: OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 27.12.2023).

8) Türkiye: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Aralık 2023 EKİP Ham Verisi.

OECD: OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 26.09.2023).

9) 2002 Yılı Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

<https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).

2023 Yılı Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Aralık 2023 EKİP Ham Verisi.

10) Türkiye: Nüfus Verisi: TÜİK ADNKS Sonuçları, 2022. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 02.01.2024).

Mezun Verisi: Yükseköğretim Kurulu (YÖK), Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi. <https://istatistik.yok.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 01.01.2024).

OECD: OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 26.12.2023).

11) Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı: Türkiye: 2022 Yılı Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2022 Haber Bülteni. <https://www.saglik.gov.tr/TR-99900/haber-bulteni-2022.html> (Erişim Tarihi: 10.01.2024).

OECD: OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 21.12.2023).

1.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı: Türkiye: 2022 Yılı Verisi: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Ocak 2023 EKİP Ham Verisi.

OECD: OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 26.09.2023).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Dünya Sağlık Örgütü bakış açısı

Doç. Dr. Harun Kırılmaz



1978 yılında Konya'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da tamamladı. 2000 yılında Selçuk Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümünden mezun oldu. 2012 yılında Sakarya Üniversitesi Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalında doktorasını tamamladı. 2018 yılında Kamu Yönetimi alanında doçent unvanı aldı. 2001-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığında çeşitli kademelerde görev yaptı. Sağlık hizmetlerinde performans, hasta memnuniyeti, sağlık politikaları, hasta hakları ve etik konularında çalışmaları olan Kırılmaz, 2012 yılından bu yana Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve tecrübelere dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. Diğer bir ifadeyle, modern tıbbi destekleyici ve tamamlayıcı yöntemlerdir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbin temel amacı; kanıta dayalı olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıbbin, modern tıp ile entegre bir şekilde kullanılmasına hizmet etmek suretiyle, bozulan insan sağlığının düzeltilmesine ve insan sağlığının korunmasına, iyileştirilmesine, rehabilite edilmesine ve geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, sağlık hizmetlerinin önemli ve çoğu zaman dikkate alınmayan bir parçası olup; bazı ülkelerde geleneksel tıp, konvansiyonel olmayan tıp veya tamamlayıcı tıp olarak adlandırılabilir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, sağlık bakımı ve özellikle de kronik hastalıklar için hastalık önleme ve tedavide uzun bir kullanım geçmişine sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü 2014-2023 dönemine ilişkin geleneksel ve tamamlayıcı tıp stratejisi geliştirmiştir. Bu strateji, üye

ülkelerin proaktif politikalar geliştirmelerine ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirme süreçlerinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının oynadığı rolü güçlendirecek eylem planlarına destek olmayı amaçlamaktadır.

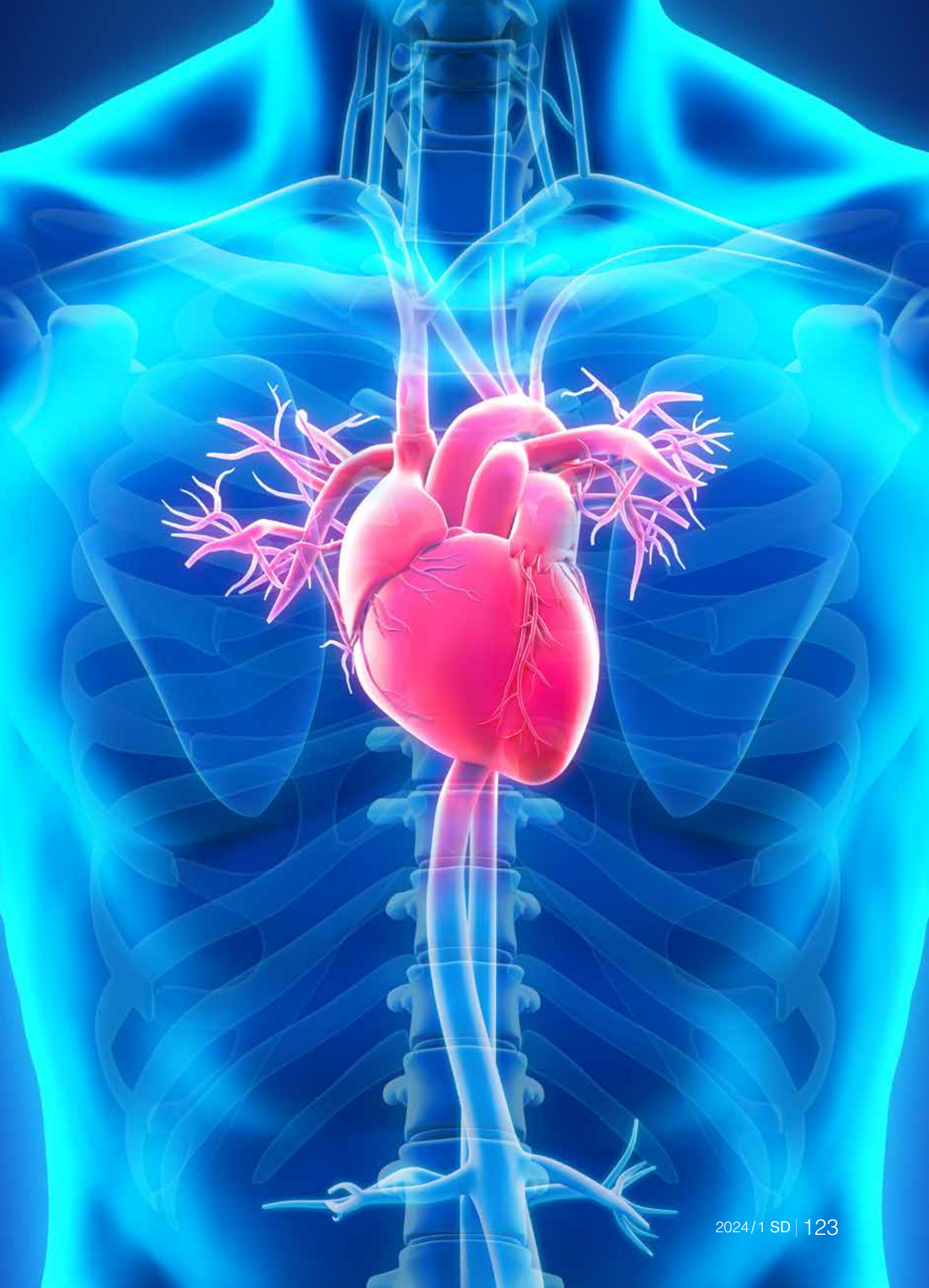
Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Stratejisinin temel amaçları üye ülkeleri şu konularda desteklemektedir: 1) Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sağlık ve insan odaklı sağlık hizmeti sunumunda potansiyel katkısını kullanmak, 2) Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve uygulayıcıları hakkında gerekli düzenlemeler ve araştırmalar sonucunda sağlık sistemlerine entegre ederek, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının güvenli ve etkin kullanımını teşvik etmek.

Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Stratejisi üye ülkeler için aynı zamanda dört boyutta temel hedefler ortaya koymaktadır: i) Politika (geleneksel ve tamamlayıcı tıp politikalarını ve programlarını geliştirerek ve uygulayarak, mümkün olduğunda ulusal sağlık hizmetleri sistemlerine entegre etmek), ii) Güvenlik, etkinlik ve kalite (bilgi tabanını genişleterek ve hizmet kalite standartları konusunda rehberlik sağlayarak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının güvenliğini, etkinliğini ve kalitesini arttırmak),

iii) Erişim (düşük gelirli vatandaşların sağlık hizmetine erişimine vurgu yaparak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanılabilirliğini ve erişilebilirliğini arttırmak), iv) Rasyonel kullanım (hizmet sunucular ve tüketiciler açısından geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının tedavi amaçlı kullanımını teşvik etmek).

Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Stratejisinin dünya çapında uygulamasında önemli ilerleme kaydedilmesine rağmen, üye ülkelerin aşağıdaki konularda birtakım zorluklar yaşamaya devam ettiği de görülmektedir:

- Politika ve düzenlemelerin geliştirilmesi ve uygulanması
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine entegre etmek için stratejileri ve kriterleri belirlemek ve değerlendirmek
- Güvenlik ve kalite, özellikle ürün ve hizmetlerin değerlendirilmesi, hizmet sunucuların niteliği, uygulamaların etkinliğini değerlendirmek için kriterler ve metodoloji
- Tanıtım, reklam ve talepleri kontrol etme ve düzenleme
- Araştırma ve geliştirme
- Hizmet sunucularının eğitim ve öğretimi





Geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitime yönelik üç farklı alternatifin öne çıktığı görülmektedir: 1) Geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitiminin modern tıp eğitime entegre edilmesi, 2) Modern tıp eğitiminden bağımsız geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitimi ve 3) Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik sağlık eğitimi.

- Politikalar, düzenlemeler, hizmet profilleri ve araştırma verileri hakkında bilgi paylaşımı veya tüketiciler için güvenilir objektif bilgi kaynakları edinme gibi konularda bilgi ve iletişim

Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Stratejisi söz konusu zorlukları aşmayı amaçlamaktadır. Bu noktada üye ülkelerin faaliyetlerini aşağıda belirtilen stratejik alanlarda yoğunlaştırmaları durumunda söz konusu zorlukları ortadan kaldırmaları mümkün olabilmektedir:

- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının rolünü ve potansiyelini anlayan ve tanıyan politikalar aracılığıyla, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının aktif olarak yönetilmesini sağlayacak bilgi tabanını oluşturmak.
- Eğitim ve öğretim, ürünler, hizmetler ve hizmet sunucular hakkında yapılacak düzenlemelerle geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kalite güvencesini, güvenliğini, uygun kullanımını ve etkinliğini güçlendirmek.

- Sağlık hizmetlerini ve sağlık çıktılarını iyileştirmek için potansiyel katkılarını değerlendirilerek ve kullanıcıların sağlık bakımı hakkında bilinçli seçimler yapabilmelerini sağlayarak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını sağlık hizmeti sunumuna entegre etmek.

Bu çerçevede Dünya Sağlık Örgütü ve üye ülkelerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve hizmet sunucularının eğitimi ile ilgili büyük ölçüde değişiklik yapmaları gerekmektedir. Özellikle eğitim, akreditasyon ve regülasyon alanlarında önemli adımların atılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Diğer taraftan araştırma ve geliştirme çalışmalarına ağırlık verilmesi; bu kapsamda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sağlık hizmetlerine entegre edilmesi için teknik standartların ve kılavuzların geliştirilmesi önem arz etmektedir.

2002-2005 döneminde ortaya konan Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Stratejisi kapsamında, birçok ülke geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını sağlık

sistemlerine entegre etme için büyük çaba sarf etmiştir. Bu kapsamda son yıllarda üye ülkelerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının güvenli ve etkin kullanımını teşvik etmek için çeşitli düzenlemeleri ve politikaları oluşturduğu ve hayata geçirdiği görülmektedir. Diğer taraftan Dünya Sağlık Örgütü de bu süreçte üye ülkeleri desteklemek amacıyla standartlar geliştirmiş, teknik kılavuzlar yayınlamış, eğitimler ve çalıştaylar düzenlemiştir. Bu gelişmelerin sonucu olarak 1999 yılında 25 olan geleneksel ve tamamlayıcı tıp politikasında sahip olan sağlık stratejisi sayısı, 2003 yılında 39'a, 2005 yılında 45'e, 2007 yılında 48'e ve 2012 yılında 69'a yükselmiştir. Benzer şekilde bitkisel tedavi içerikli geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları sayısı 1999 yılında 65 iken, 2003 yılında 82'ye, 2005 yılında 92'ye, 2007 yılında 110'a ve 2012 yılında 119'a çıkmıştır.

Bu doğrultuda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını güvenli ve nitelikli hâle getirmek amacıyla, mevcut hizmet sunucular da dâhil olmak üzere, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulayıcıları için nicelik, kalite, akreditasyon ve eğitim konularında birçok ülkede çeşitli düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Söz konusu düzenlemeler neticesinde konu ile ilgili önemli ilerleme kaydedilmiştir. Üniversite düzeyinde lisans, yüksek lisans ve doktora derecelerinde üst düzey geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitimi programına sahip ülke sayısı 39'a yükselmiştir. Örneğin Hindistan'da resmi olarak tanınan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları eğitim sisteminde yer almaktadır. 508 okulda yıllık 26 bin civarında lisans öğrencisine ve 117 okulda yıllık yaklaşık 2.500 lisansüstü öğrencisine geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitimi verilmektedir. Ayrıca bazı ülkelerde sağlık meslek mensuplarının eğitim müfredatlarına geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları eklenmiştir. Diğer taraftan, dünya genelinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanında araştırma enstitüleri kurulmasında ilerleme kaydedilmiş, bu alanda araştırma enstitüsüne sahip ülke sayısı önemli ölçüde artmıştır. 1999 yılında 19 ülkede geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanında araştırma enstitüsü varken, bu sayı 2003 yılında 56'ya, 2012 yılında ise 73'e yükselmiştir.

Konu ile ilgili gelişmelerden yola çıkarak, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulayıcılarının bilgi ve becerilerini edinme yöntemleri ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitim programı oluşturulmuş ve hizmet sunucuların bu eğitim ve öğretim programını tamamlamaları şartı getirilmiştir. Örneğin birçok Avrupa ülkesinde ve Kuzey Amerika'da geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulayıcılarının üniversite düzeyinde programlarda eğitim almaları gerekmektedir. Benzer şekilde Çin, Kore, Hindistan ve Vietnam'da geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanmak üzere hekimlerin spesifik bir üniversite eğitimi almaları zorunludur. Eğitim ve öğretim programlarına ek olarak birçok ülke, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulayıcıları için çeşitli düzenlemeler yapmıştır.

Bununla birlikte gelişmekte olan birçok ülkede, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları nesilden nesile sözlü olarak aktarılmakta ve bu durum, söz konusu alanda nitelikli uygulayıcıların tanımını ve bu uygulamaların kurumsallaşarak sağlık sistemine entegre edilmesini zorlaştırmaktadır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütüne üye ülkelerin yaklaşık yarısında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulayıcıları ile ilgili herhangi bir düzenlemenin olmadığı görülmektedir. Bu doğrultuda, ülkelerin mevcut durumlarını göz önünde bulundurarak konu ile ilgili önceliklerini ve ihtiyaçlarını belirlemeleri, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri arasında gerekli işbirliğini sağlamaları gerekmektedir. Bu kapsamda eğitim ve öğretim başta olmak üzere, kurumsal yapılanma ve yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi neticesinde, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sağlık sistemlerine entegre edilmesine öncelik verilmelidir.

Sonuç olarak Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Stratejisi çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün hedefleri ve uygulamaları ile üye ülkelerin uygulamaları dikkate alındığında uygulamaya yönelik aşağıdaki hususların öne çıktığı görülmektedir:

- Uygun ulusal politikalar aracılığıyla geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın aktif yönetimi için bilgi tabanı oluşturmak.

- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp ürünlerini, uygulamalarını ve uygulayıcılarını düzenleyerek geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kalite güvencesini, güvenliğini, uygun kullanımını ve etkinliğini güçlendirmek.
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp hizmetlerini sağlık hizmeti sunumuna ve sağlık hizmetlerine entegre ederek evrensel sağlık kapsamını teşvik etmek.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitimi-ne yönelik ise üç farklı alternatifin öne çıktığı görülmektedir: 1) Geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitiminin modern tıp eğitimine entegre edilmesi, 2) Modern tıp eğitiminden bağımsız geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitimi ve 3) Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik sağlık eğitimi.

Bu makalede, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın tanımı, sağlık sistemlerindeki önemi ve DSÖ'nün stratejileri ele alınarak politika, eğitim ve entegrasyon eksiklikleri vurgulanmıştır. Bir sonraki sayıda, "Uygulama ve Eğitime İlişkin Mevcut Durum Analizi" detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

Kaynaklar

Bodeker, G.&Ong, C. K. (2005). *WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine (Vol. 1)*. World Health Organization.

World Health Organization. (2002). *Traditional medicine: growing needs and potential (No. WHO/EDM/2002.4)*. World Health Organization.

World Health Organization. (2002). *WHO traditional medicine strategy: 2002-2005*. World Health Organization.

World Health Organization. (2005). *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey*. World Health Organization.

World Health Organization. (2005). *WHO guidelines for quality assurance of traditional medicine education in the Western Pacific Region*. WHO Regional Office for the Western Pacific.

World Health Organization. (2012). *The regional strategy for traditional medicine in the Western Pacific (2011-2020)*. World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *Traditional and complementary medicine in primary health care (No. WHO/HIS/SDS/2018.37)*. World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization.

Dünya Sağlık Örgütü bakış açısıyla karayolu trafik güvenliği

Yavuz Mehmet Konaş



1958 yılında Trabzon'da doğdu. Öğrenimine Ankara-Bahçelievler ilk ve ortaokulunda başladı, lise öğrenimini Cumhuriyet Lisesinde tamamladı. 1982 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyoloji Bölümünden ve 1992 yılında Nottingham Üniversitesi Sosyal Kalkınma Politikaları Bölümünden mezun oldu. 1986-2008 yıllarında Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Planlama Genel Müdürlüğünde Planlama Uzmanı ve Daire Başkanı olarak çalıştı. 2002-2004 yılları arasında Birleşmiş Milletler Türkiye Ofisinde HIV/AIDS danışmanı ve 2004-2016 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi Başkanı ve Türkiye Temsilci Yardımcısı olarak çalıştı. Emeklidir.

Bu çalışma, karayollarında trafik güvenliğinin yeterince sağlanamaması sebebiyle kaybedilen canların, çekilmek zorunda kalınan sağlık sorunlarının ve bunlar yanında ortaya çıkan ekonomik zararların azaltılmasına katkıda bulunmak amacıyla hazırlanmıştır. Karayolları trafik güvenliği yeni ortaya çıkmış, ülkemize özgü bir sorun değildir. Dünyanın hemen her köşesinde gözlenen bu soruna, kimi ülke yönetimleri aldıkları etkili kararlar ve tedbirlerle önemli ölçüde çare bulmayı, böylece trafik kazaları sebebiyle ölüm ve yaralanmaları azaltılmayı büyük ölçüde başarmışlardır. Buna karşın pek çok ülke yönetimi trafik güvenliği sorununun önlenmesi için yeterli ve etkili karar ve önlemleri almakta geri kalmışlardır. Birden çok sektörün kararlı ve güçlü iş birliğini gerektiren karayolları trafik güvenliği konusuna uluslararası perspektiften bakmanın, yetkili ve ilgililerin dikkatini çekmek bakımından yararlı olabileceği düşünülebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) karayollarında trafik güvenliğini "küresel bir halk sağlığı sorunu" olarak ele almaktadır (1). Bu noktadan hareketle karayollarında trafik güvenliğinin artırılması suretiyle trafik kazalarının sebep olduğu yaralanma ve ölümleri azaltmak temel amaçtır.

2021 yılında küresel ölçekte tahminen 1,2 milyon karayolu trafik kazaları kaynaklı ölüm olayı yaşanmıştır. Bu oran 100.000 nüfus başına 15 karayolu tra-

fik ölümüne karşılık gelmektedir (2). Karayolu trafik kazalarının sebep olduğu maddi kayıplar ise pek çok ülkede gayri safi yurt içi hasılanın (GSYİH) yüzde 3'üne ulaşmaktadır. Trafik kazaları, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek ölüm oranlarına neden olmaktadır. Bu ülkelerde trafik kazalarına bağlı ölümler, yüksek gelirli ülkelere kıyasla üç kat daha fazladır. Karayolu trafik kazaları sebebiyle ölümlerinin yüzde 79'u düşük-orta gelirli ülkeler (yüzde 44) ile üst-orta gelirli (yüzde 35) ülkelerde meydana gelmekte, düşük gelirli ülkelerin ölümler payı ise yüzde 13'ü bulmaktadır (3).

Trafik kazaları can ve mal kayıplarının yanı sıra yaralanma ve kalıcı sakatlanmalara sebep olmakta, dolayısıyla ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Küresel düzeyde karayolunda meydana gelen trafik kazaları, tüm yaş grupları için (12. sırada) önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Özellikle 5-29 yaş arası çocuk ve gençlerde karayolu trafik kazaları en önde gelen ölüm nedenidir (Tablo 1).

Karayolu trafik ölümlerinin yarısından fazlası yayalar, bisikletliler ve motosikletliler de dâhil olmak üzere "korunma-

Tablo 1 - Tüm Yaşlar ve 5-29 Yaş Arası Önde Gelen Ölüm Nedenleri, 2019

Sıralama	Tüm yaşlar	5-29 yaş arası
1	İskemik kalp hastalığı	Yol Yaralanması
2	İnme	Tüberküloz
3	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	İshal hastalıkları
4	Alt solunum yolu enfeksiyonları	Kişilerarası şiddet
5	Yenidoğan koşulları	Kendine zarar verme
6	Soluk borusu, bronş, akciğer kanserleri	HIV/AIDS
7	Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar	Alt solunum yolu enfeksiyonları
8	İshal hastalıkları	Anne hastalıkları
9	Diyabet mellitus	Boğulma
10	Böbrek hastalıkları	Karaciğer sirozu
11	Karaciğer sirozu	Sıtma
12	Yol yaralanması	Meningit

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Yol Güvenliği Durum Raporu, 2023. (<https://www.who.int/publications/item/9789240086517>)

sı az yol kullanıcılarıdır". Dünya genelinde karayolu trafik kazaları kaynaklı ölümlerin yüzde 30'unu dört tekerlekli araç yolcuları, yüzde 23'ünü yayalar, yüzde 21'ini motorlu iki ve üç tekerlekli araç kullanıcıları, yüzde 6'sını bisikletliler ve yüzde 3'ü ise skutrlar gibi mikro-mobilite araçlarının kullanıcıları oluşturmaktadır.

Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Karayolları Trafik Güvenliği Konusunda Çabaları

Dünya nüfusu artarken, nüfusun hareketliliği ve ulaşım aracına olan talebi de artmakta, böylece yolların tüm kullanıcıları için güvenli olmasını sağlamak daha da önemli hâle gelmektedir. Karayolu trafiğinde meydana gelen ölümler ve yaralanmalar, küresel sağlık ve ekonomi açısından önemli bir sorun olmayı uzun zamandır sürdürmektedir.

Ölümlerin önde gelen nedeni ve engelliliğin en önemli nedeni olan karayolu trafik yaralanmaları aynı zamanda ülkelere çok büyük bir ekonomik maliyet getirmektedir. Bazı tahminler, karayolu trafik yaralanmalarının küresel makroekonomik maliyetinin 1,8 trilyon ABD dolarını bulduğunu, bunun kabaca küresel gayri safi yurt içi hasılanın (GSYİH) yüzde 10-12'sine eş değer olduğunu ortaya koymaktadır (4).

Çok sayıda insan kaybı ve yaralanmasının yanı sıra ciddi ekonomik kayıplara sebep olan trafik sorunu, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerin kalkınma çabalarına engel oluşturmaktadır. Bu durumun uluslararası düzeyde yanıkı bulması sonucu, Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulunun (Mart 2010 tarihli 64/2551 sayılı) kararı ile 2011-2020 yılları arasındaki dönem Karayolu Güvenliği Eylem 10 Yılı ilan edilmiştir.

Bu 10 yıllık dönem içinde hükümetlerden; karayolu ölümlerini azaltmayı hedefleyen birer Ulusal Eylem Planı hazırlamaları istenmiş, bu eylem planları çerçevesinde karayolu trafiğinde güvenliği artırıcı faaliyetlerini artırmaları, böylece bölgesel ve küresel düzeylerde belirlenen hedeflere ulaşabilmesine katkıda bulunmaları taahhüt altına alınmaya çalışılmıştır.

Ayrıca BM'nin 2011-2020 dönemi için hazırladığı ve hükümetlerin ulusal dü-

Tablo 2 - Temel Risk Faktörüne İlişkin Yasal Mevzuat için Dünya Sağlık Örgütü'nün En İyi Uygulama Kriterleri

Risk Faktörleri	DSÖ'nün En İyi Uygulama Kriterleri
 Hızlı Araç Kullanımı	Ulusal yasa mevcuttur. Şehir içi yollarda hız sınırı 50 km/saat veya daha düşük olarak belirlenmiştir. Yerel yönetimler bu sınırı değiştirebilme yetkisine sahiptir.
 Alkollü Araç Kullanımı	Ulusal yasa mevcuttur. Alkol seviyeleri BAC tarafından tanımlanmaktadır. Yetişkin sürücü için alkol limitleri $\leq 0,05$ g/dl ve acemi sürücüler için $\leq 0,02$ g/dl'dir.
 Motosikletlerde Kask Kullanımı	Ulusal yasa mevcuttur. Kask kullanımı tüm yol türlerindeki tüm motor sürücülerini kapsamaktadır. Kasklar standart nitelikte olup, çene altından bağlanmıştır.
 Emniyet Kemerini Kullanımı	Ulusal yasa mevcuttur ve araçlardaki tüm oturma pozisyonlarının emniyet kemeri kullanması gerekmektedir.
 Çocuklar için Koruyucu Sistem Kullanımı	Ulusal yasa mevcuttur. Belirli bir yaş/boydaki çocukların ön koltuklarda oturmasının yasaklanmasına ek olarak, 10 yaşına kadar veya 135 cm boyunda olan çocuklar için standartlara uygun bir çocuk emniyet sistemi kullanılmalıdır.

Kaynak: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>

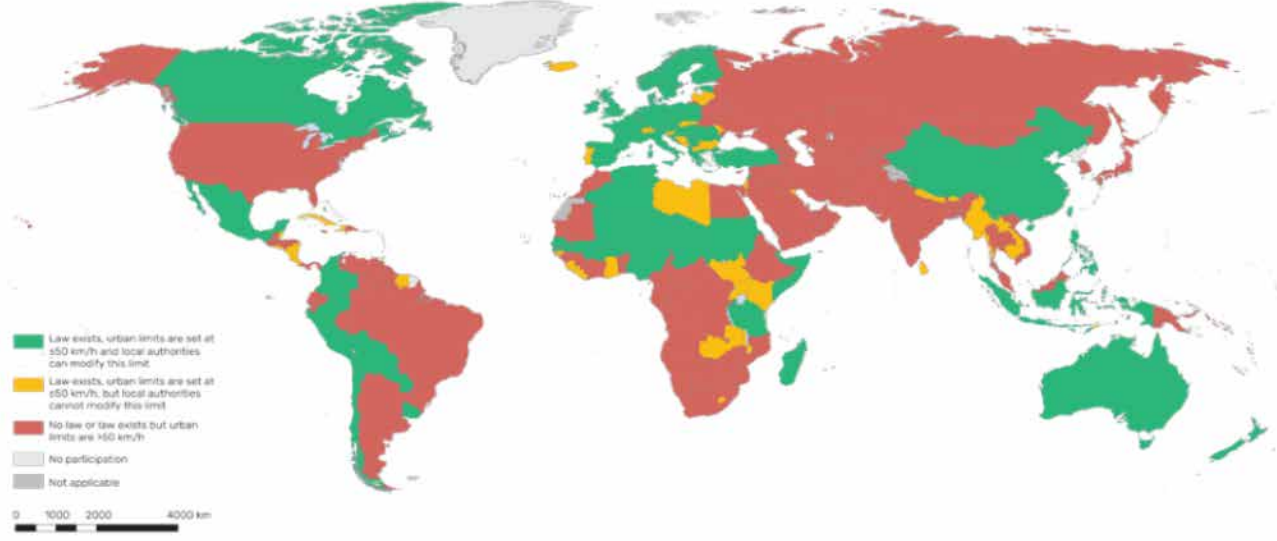
zeyde uygulanması konusunda taahhütte buldukları Karayolu Güvenliği için 10 Yıllık Eylem Planı'nda; trafik ölümlerini 2020 yılına kadar 2010'daki sayının yarısına indirilmesi küresel hedef olarak belirlenmiş ancak 2021 yılı sonunda yapılan değerlendirmede küresel hedefe ulaşamadığı görülmüştür. Sadece 10 ülke, büyük olasılıkla COVID-19 pandemisinin de etkisiyle, karayollarında trafik ölümlerini yarıya indirmeyi başardığını bildirmiştir. Bu ülkeler; Beyaz Rusya (Belarus), Brunei Sultanlığı, Danimarka, Japonya, Litvanya, Norveç, Rusya Federasyonu, Trinidad ve Tobago, Birleşik Arap Emirlikleri ve Venezuela'dır.

BM'nin uluslararası düzeydeki çabalarına, DSÖ öncülüğünde hazırlanan Karayolu Güvenliği Küresel Durum Raporları temel teşkil etmektedir. DSÖ Küresel Karayolu Güvenliği Raporları 2009, 2013, 2015, 2018 ve 2023 yıllarında yayımlanmıştır. Küresel raporların hazırlanması sürecinde üye ülkelerin katkıları resmî olarak talep edilmekte, istenen bilgi ve veriler, hükümetlerin belirlediği ulusal kuruluşlar veya temsilciler tarafından katılımcı ülkeler adına rapor edilmekte, derlenen bilgileri içeren küresel rapor taslağı yayımlanmadan önce ilgili hükümetin onayına sunulmakta, raporlar üye ülkelerin onayını takiben yayımlanmaktadır. 2023 Küresel Durum Raporu'nda,

dünya nüfusunun yüzde 97'sinin yaşadığı 170 ülkeden toplanan resmî bilgi ve veriler kullanılmıştır. Raporun ilk bölümünde, küresel gelişmelere ilişkin değerlendirmelere yer verilmiş, bunu takiben trafik kazalarından kaynaklanan ölüm ve yaralanmaların azaltılması için dikkate alınması istenen müdahale alanları sıralanmıştır. 2023 Küresel Raporu, bu serinin beşinci raporu olup, raporda 2010 ile 2021 yılları arasındaki dönemdeki ilerleme irdelenmekte, karayolu trafiği ölümlerinin boyutunu ve bunları azaltmaya yönelik yasaların, stratejilerin ve eylemlerin geliştirilmesinde kaydedilen ilerlemeler ayrıntılarıyla değerlendirilmektedir. Rapor ayrıca, 2021-2030 dönemini içine alan BM Kara Yolu Güvenliği için On Yıllık Eylem Planı'nın karayolu trafik ölümlerini ve yaralanmalarını 2030 yılına kadar yarıya indirme hedefi için bir temel oluşturmaktadır.

DSÖ 2023 Karayolu Güvenliği Küresel Durum Raporu'nda; karayolu trafiğinde meydana gelen yaralanmalar ve ölümlerin, rastgele, öngörülemez ve önlenemez "kazalar" niteliğinde olmadığı; risk faktörleri, öngörücüleri ve belirleyicileri olan "önlenemez vakalar" olduğunun altı çizilmektedir. Rapor da, trafik kazalarından kaynaklanan ölüm ve yaralanmaların azaltılması için, kara yollarında "güvenli sistemler" yaklaşımı önerilmektedir. Güvenli

Harita 1 - Ülkelerin Hız Sınırı Yasalarının Durumu, 2022



Kaynak: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>

sistemler yaklaşımı Hollanda ve İsveç gibi Avrupa ülkelerinde uygulanmaktadır. Beyaz Rusya (Belarus), Norveç ve Birleşik Arap Emirlikleri güvenli sistemler yaklaşımının bazı unsurlarını benimseyerek 2020 yılına kadar trafik kazalarının sebep olduğu ölümleri yüzde 50 azaltan az sayıda ülke arasında yer almıştır. İnsanları ve güvenliği ulaşım sistemlerinin merkezine koyan güvenli sistem yaklaşımı; insan vücudunun yaralanmalara karşı son derece savunmasız olduğunu ve insanların hata yaptığını kabul eder. Ancak daha güvenli yollar, daha güvenli araçlar ve daha güvenli yol kullanıcıları oluşturmak gibi bir dizi tamamlayıcı müdahale ve uygun önlemlerin alınması ile daha güvenli karayolu trafiğinin sağlanabileceği prensibine dayanır.

Karayolu Güvenliği 2023 Küresel Durum Raporu'nda dünyada hemen her ülkede karayolu trafiğinde güvenlik açısından en yaygın beş risk faktörü sıralanmıştır. Bunlar; aşırı hız, alkollü araç kullanımı, bisiklet/motosiklet kullanırken kask takmama, araç seyir hâlinde iken emniyet kemeri bağlanmaması ve çocuk koruma sistemleri kullanılmamasıdır. Raporla, ayrıca bu beş risk faktörünü ortadan kaldırmayı amaçlayan bir dizi en iyi uygulama (best practice) örnekleri sıralanmıştır (5).

2022 yılı itibarıyla, Küresel Durum Raporu'na katkıda bulunan 170 ülkeden 140'ında; bu beş temel risk faktöründen en az biri için DSÖ'nün en iyi uygulamalar olarak tanımlanan uygulamalara denk düşen mevzuat bulunduğu ancak en iyi uygulama

ölçütlerini tam olarak karşılayan mevzuatın yalnızca altı ülkede bulunduğu görülmüştür.

Küresel Raporla Önerilen Müdahale Alanları ve Bunlara İlişkin Değerlendirmeler

Güvenli yol altyapısı: Güvenli yol altyapısı trafikte güvenliğin anahtarıdır. Yolların güvenliği sadece dört tekerlekli motorlu araçlar için değil; yayalar, bisikletliler ve motosikletliler için yeterli altyapının ve tesislerin bulunması ile sağlanabilir. Dolayısıyla yollar, tüm yol kullanıcılarının güvenliği dikkate alınarak tasarlanmalıdır.

Küresel Raporla, yol güvenliğinin bu şekilde tanımlanmasına karşın; Uluslararası Yol Değerlendirme Programı

Tablo 3 - Ülkelerin Gelir Gruplarına Göre "Temel" Araç Güvenliği Standartlarına İlişkin Mevzuatı Olan Ülke Sayısı, 2022

	Ülke Gelir Düzeyi				
	Toplam	Yüksek Gelirli	Üst Orta Gelirli	Düşük Orta Gelirli	Düşük Gelirli
	N=170	N=51	N=43	N=46	N=27
Araç Güvenlik Akipmanları					
Ön ve yan darbe korumasına ilişkin ulusal yasa	52	39	9	4	0
Emniyet kemeri ve emniyet kemeri bağlantılarına ilişkin ulusal yasa	88	44	21	16	7
Elektronik stabilite kontrolüne ilişkin ulusal yasa	49	39	8	2	0
Yaya korumasına ilişkin ulusal yasa	44	35	7	2	0
Fran sistemlerine ilişkin ulusal yasa	56	38	11	6	1
Periyodik araç muayenesini/değerlendirmesi gerektiren ulusal yasa	131	46	30	35	20

Not: Rapor kapsamındaki üç ülke gelir grubu bilgileri bulunmadığından tabloya dâhil edilmemiştir.

Kaynak: Küresel Yol Güvenliği Raporu 2023 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>



(iRAP) tarafından yapılan değerlendirmelere göre, yaya ve bisiklet yollarının sadece 1/5'i kabul edilebilir niteliktedir. Uluslararası Yol Değerlendirme Programı (iRAP) tarafından 82 ülkeden toplanan verilere dayalı olarak yapılan çalışmada, farklı kullanıcılara tahsis edilmiş yollar ayrı ayrı değerlendirilmiş; yayalara ve motorlu iki ve üç tekerlekli araçlara ait yolların sadece yüzde 21'inin, bisiklet yollarının yüzde 23'ünün; binek araç yollarının ise yüzde 40'ının "kabul edilebilir minimum derecelendirme" basamağında veya üstünde derecelendirilebildiği ortaya çıkmıştır. Ülkelerin pek çoğunda yolların, sayıları her gün artan motorlu araçlar için yapıldığının altı çizilmektedir. Örneğin 170 ülkeden sadece 35'inde 140.000 km uzunluğunda bisiklet yolları mevcuttur, bu yolların uzunluğu küresel karayolu yol ağının binde 2'sidir. Sadece bu bilgi dahi neden daha fazla bisikletçinin trafik kazaları sebebiyle hayatını kaybettiği sorusuna cevap niteliğindedir.

Ek olarak, DSÖ Yol Güvenliği Küresel Raporu için bilgi veren ülkelerden 50'si resmî karayolu güvenliği değerlendirmesi yaptığını bildirmiş, bunların çoğu da ülkelerindeki yolların yüzde 20 ila yüzde 50 oranında karayolu güvenliğine uygun olduğunu bildirmişlerdir.

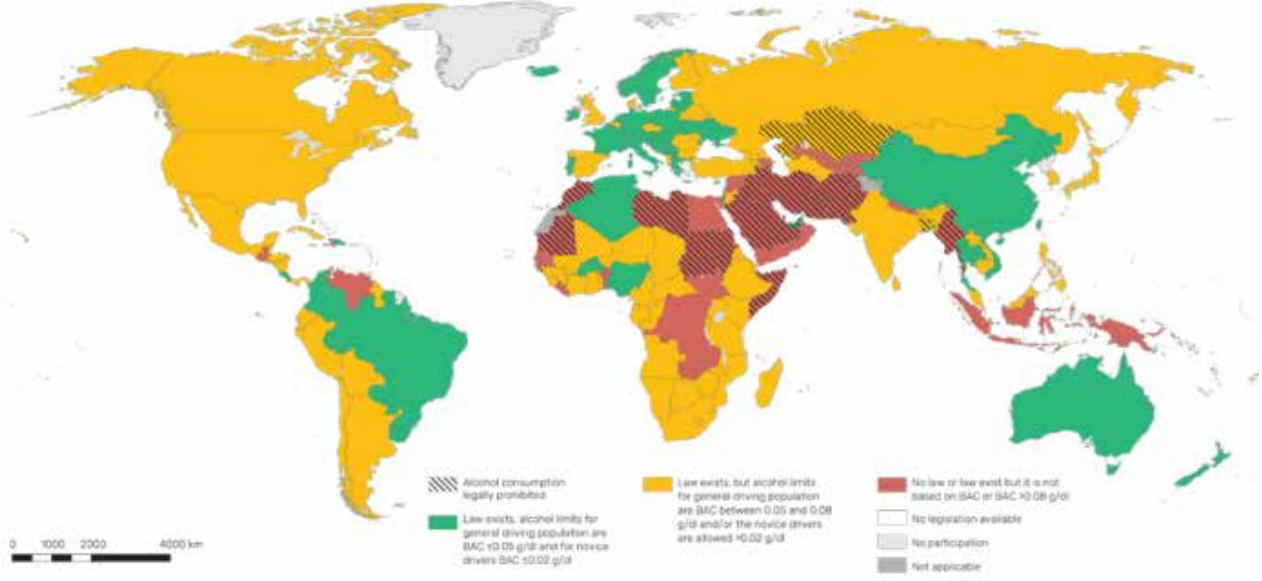
Kısaca, dünyanın pek çok ülkesinde kara yollarının büyük bölümünün güvenli yol altyapısına sahip olmadığı söylenebilir.

Güvenli araçlar: Küresel raporda, araç güvenliğine ilişkin olarak imalat ve üretim standartları ve bunlarla bağlantılı bir dizi uluslararası düzenleme bulunduğu belirtilmektedir. Bunlar arasında; araç üreticilerinin önden ve yandan darbe yönetmeliklerine uyma zorunluluğu, araçlara elektronik stabilite kontrolünün dâhil edilmesi, tüm araçlarda her koltuk için hava yastıkları ve emniyet kemerlerinin bulunmasının sağlanması vb. gibi önlemler sayılmaktadır. Ayrıca bu temel standartlar olmadan, bir kaza hâlinde hem araç içindekiler hem de araç dışındakiler açısından yaralanma riskinin önemli ölçüde arttığı vurgulanmaktadır. Küresel rapor kapsamında bilgi alınan 170 ülke arasında "temel" araç güvenliği standartlarına ilişkin mevzuatı tam olan ülke bulunmamaktadır.

Hız yönetimi: Küresel raporda, karayolu güvenliği uygulayıcılarının dünyanın hemen her köşesinde karşılaştıkları en büyük zorluklardan birinin hız yönetimi olduğu belirtilmekte ve bunun uzun süreli, koordineli ve çok sektörlü çalış-

Trafik kazaları can ve mal kayıplarının yanı sıra yaralanma ve kalıcı sakatlanmalara sebep olmakta, dolayısıyla ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Küresel düzeyde karayolunda meydana gelen trafik kazaları, tüm yaş grupları için önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Özellikle 5-29 yaş arası çocuk ve gençlerde karayolu trafik kazaları en önde gelen ölüm nedenidir.

Harita 2 - Ülkelerde Alkollü Araç Kullanma Yasalarının Durumu, 2022



Kaynak: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>

ma gerektirdiğinin altını çizilmektedir. Hız yönetimi konusunda son derece önemli bir başka husus ise şu şekilde ifade edilmekte: bir madde kullanımı sürücünün dikkatini azaltmaktadır. Alkollü araç kullanılması durumunda trafik kazası riski, kandaki alkol konsantrasyonunun (BAC) düşük düzeylerinde başlamakta ve sürücünün BAC'si $\geq 0,04$ g/dl olduğunda önemli ölçüde artmaktadır. Tablo 5'te, Türkiye dâhil sarı renkle taralı pek çok ülkede alkollü araç kullanmada yasal BAC sınırı 0,05 ila 0,08 g/dl arasındadır. Yeşil renkle taralı ülkelerde yasal BAC sınırı 0,05 g/dl'dir.

Araç kullanımında kaza riski oluşturan birçok dikkat dağıtıcı unsurdan biri de cep telefonu kullanımıdır. Küresel raporda, cep telefonu kullanan sürücülerin kazaya karışma olasılığının, cep telefonu kullanmayan sürücülere göre yaklaşık 4 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir.

Motosiklet kaskı kullanımı: Tüm karayolu kazalarından kaynaklanan ölümlerinin yaklaşık yüzde 21'ini motosikletler, skutırlar, mopedler veya motorlu bisikletler gibi iki ve üç tekerlekli motorlu taşıtları kullananlar oluşturmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde motorlu iki ve üç tekerlekli araçların kullanımının artmasına karşın güvenilir kaskların kullanımı aynı hızla yaygınlaşmamıştır. Oysa baş bölgesinden yaralanmalar motosiklet kazalarında ölümlerin temel sebebidir. Güvenli kasklar ölüm riskini altı kez,

beynin zarar görmesi riskini yüzde 74 oranında azaltmaktadır (6).

Harita 3'te de görüleceği, Türkiye dâhil sarı renkle taranmış bir kısım ülkede kask standardı yoktur ve kaskın çene altından bağlanması zorunlu değildir.

Kaza sonrası müdahale ve sağlık bakımı: Bir trafik kazası sonrasında hayatta kalma olasılığının artırılması zamana son derece duyarlıdır ve birçok sektör arasında koordinasyonu gerektirmektedir. Zamanında ve doğru müdahale kazazedenin hayatta kalmasını sağlamak, yaralanmaların uzun vadeli etkilerini azaltmak ve yaşam boyu engelli kalma gibi durumları önlemek için kritik öneme sahiptir (7).

Küresel raporda;

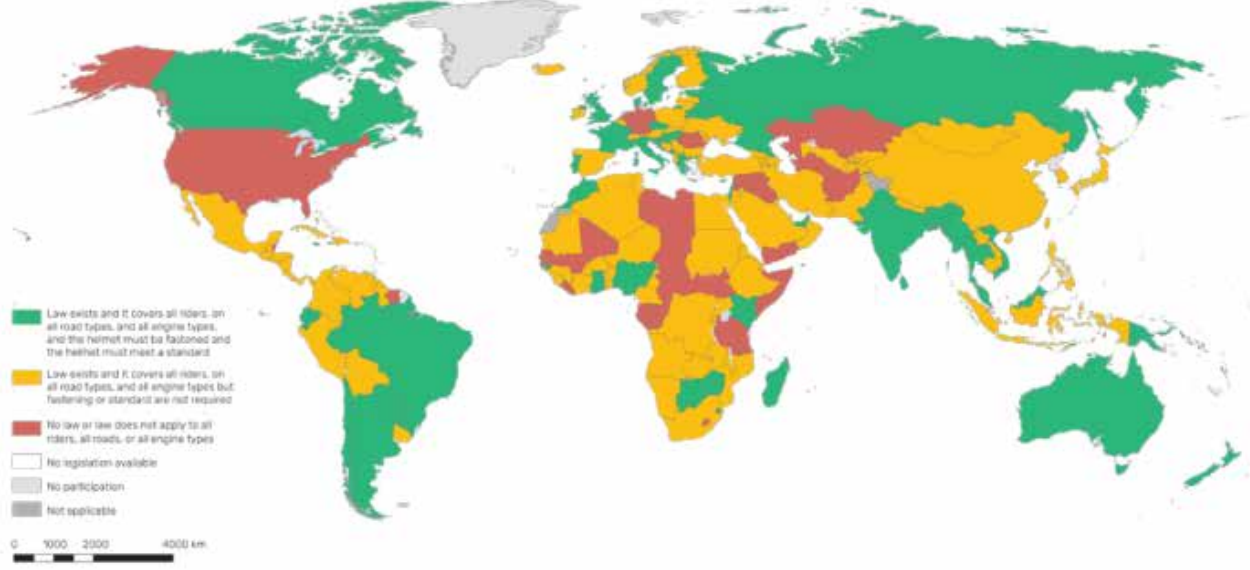
- Trafik kazalarında acil çağrının ülke genelinde tek telefon numarasından yapılması,
- Tek merkez tarafından acil çağrıya cevap vermesi,
- Acil çağrı sisteminin ambulans ve en yakın sağlık kuruluşunu harekete geçirmesi,
- Gerek ambulans gerekse hastane acilinde kazazedelere müdahale edecek yetkin personelin bulunması gibi faktörlerin trafik kazalarına karışmış bireylerin yaşama şansını arttırmakta olduğunun altı çizilmektedir.

Kaza sonrasında çevrede bulunan kişiler tarafından yapılacak acil müdahalelere sıklıkla ihtiyaç duyulmakta ve bu müdahaleler bazen hayat kurtarıcı olabilmektedir. Acil yardım eğitiminin yaygınlaştırılması ve acil yardım konusunun değişik seviyelerde eğitim programlarının bir parçası hâline gelmesi gerekmektedir.

Küresel raporda, trafik kazalarında yaralananların hastane bakımı ve rehabilitasyonunu sağlayacak hizmetlerin kapsamının 170 ülkeden yalnızca 25'inde yüzde 75 düzeyinde tatmin edici olduğu rapor edilmiştir. Rapor da, ayrıca pek çok ülkede bu hizmetlerin gerçekten mevcut olup olmadığı, varsa kapsamının ne olduğunun büyük ölçüde bilinmediğine işaret edilmektedir (8).

Trafik kurallarının uygulanması: Karayolu trafiğinde güvenliğin temeli, kazaya sebep olabilecek risk faktörlerini önlemeyi amaçlayan yasal trafik kurallarının katı biçimde uygulanmasıdır. Trafik kuralları uygulanmazsa veya uygulanıyormuş gibi davranıldığı (!) algılanırsa, büyük olasılıkla bunlara uyulmayacak ve dolayısıyla hatalı davranışları etkileme ve engelleme şansı az olacaktır. Türkiye'nin aralarında yer almadığı 48 ülkede ESRA "yol kullanıcılarının yaptırım algısı" araştırmasında sürücülerin neredeyse yüzde 50'si yerleşim yerleri dışında hız sınırını aştığını kabul etmiş, bunların yüzde 30 ila yüzde 46'sı hız ihlali ne-

Harita 3 - Ülkelerdeki Motosiklet Kaskı Kullanımına İlişkin Yasalarının Durumu, 2022



Kaynak: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>

deniyle cezalandırılma olasılıklarının farkında olduklarını ifade etmişlerdir.

Eğitim ve farkındalık: Sürücüler ve yayaların trafik güvenliği konusundaki farkındalığının artırılması, kazaların önlenmesinde önemli bir faktördür. Sürücü eğitimleri dâhil temel eğitim programları içinde trafik güvenliği konusuna yer verilmesi, kamu spotları kullanılarak toplumun genelinin bilgi ve farkındalığının artırılması bu konuda iyileşme sağlanmasına yardımcı olabilir.

Siyasi irade, sektörler arası iş birliği ve koordinasyon: Karayolu güvenliği öncelikle hükümetlerin sorumluluğundadır (9). Siyasi iradenin, karayollarında trafik güvenliği krizinin boyutuna ve aciliyeti konusunda farkındalığı ve hassasiyetini artıracak çalışmalar yapılmalıdır. Hükümetler, doğru ve güvenilir verilere dayanan, güçlü yasalar ve fonlarla desteklenen ve ilgili tüm sektörleri kapsayan stratejilere öncülük etmelidir. İş dünyası – özel sektör trafikte güvenlik ve sürdürülebilirliği değer zincirlerinin merkezine koymalıdır. Akademi ve sivil toplum kanıt üretmeli ve liderlerin bu konudaki çalışmalarının takipçisi olmalıdır.

Karayolu güvenliği ile ilgili alanlardaki liderlerle daha güçlü koordinasyon sağlanması bunların destekleri ile toplam etkinin artmasına, kilit karar vericiler arasında karayolu güvenliği krizi konusunda farkındalığın artma-

sına ve ulaşımda güvenliği ön planda tutan ve insanlar için tasarlanmış taşıma sistemlerine daha fazla yatırım yapılmasına yardımcı olabilir.

Motorlu taşıtlar ve motorlu taşıtlara dayalı ulaşım sistemlerindeki artış, sürdürülebilirlik konusunda ciddi sorular ortaya çıkarmaktadır. Küresel ve kentsel nüfus arttıkça mobilite talebi, ağırlıklı olarak özel araçlara dayanan sistemlerin kapasitesinin artmasına sebep olurken artan sera gazı emisyonları, küresel iklim hedeflerine ulaşma çabalarını da zorlaştırmaktadır. Savunmasız yol kullanıcılarının güvenliğine öncelik veren bütüncül bir mobilite yaklaşımı, diğer birçok önemli sorunun çözümüne de yardımcı olabilir. Örneğin yürümenin ve bisiklete binmenin teşvik edilmesi bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıkların yükünü azaltabilir, hava ve çevre kirliliğinin önlenmesine katkıda bulunabilir, iklim değişikliğiyle mücadelede daha başarılı sonuçlar alınmasını sağlayabilir (10).

DSÖ, güvenli sistemler yaklaşımını esas alarak, hızla büyüyen ve giderek kentleşen küresel nüfusun ulaşım ihtiyacının karşılanması için toplu taşımayı önermektedir. Ayrıca ulaşım sistemlerinin verimli ve sürdürülebilir bir karışımının, başta yayalar, bisikletliler ve diğer savunmasız yol kullanıcıları olmak üzere tüm yol kullanıcılarının güvenliğinin sağlanmasında kritik öneme sahip olduğunun altını çizmektedir.

Kaynaklar

- 1) World Health Assembly, Resolutions and Decisions, WHA57 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R10-en.pdf.
- 2) DSÖ, Karayolu Güvenliği 2023 Küresel Durum Raporu, <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/global-status-report-on-road-safety-2023>; s.4. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>.
- 3) DSÖ, Karayolu Güvenliği 2023 Küresel Durum Raporu.
- 4) Chen, S., Kuhn, M., Prettnner, K., Bloom, D. The global macroeconomic burden of road injuries: estimates and projections for 166 countries. The Lancet Planetary Health; 2019; s.390–398.
- 5) DSÖ, Karayolu Güvenliği 2023 Küresel Durum Raporu; 2023; s.33.
- 6) Helmets: A Road Safety Manual for Decision Makers and Practitioners, Second Edition. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/366578>).
- 7) DSÖ, Karayolu Güvenliği 2023 Küresel Durum Raporu. 2023. s. 36. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>.
- 8) DSÖ, Karayolu Güvenliği 2023 Küresel Durum Raporu. 2023. s.38 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>.
- 9) Political Declaration of the High-Level Meeting on Improving Global Road Safety "The 2030 horizon for road safety: securing a decade of action and delivery" <https://www.un.org/pga/76/wp-content/uploads/sites/101/2022/06/23-June-Political-Declaration-on-Road-Safety.pdf>.
- 10) DSÖ, Karayolu Güvenliği 2023 Küresel Durum Raporu. 2023. s. 49 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>.

Sosyal medya ve hekimlik

Prof. Dr. Alper Şener



1972 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu, ilk ve orta öğrenimini Kahramanmaraş'ta, liseyi İzmir'de tamamladı. Tıp Fakültesini 1996 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesinde bitirdi. Sağlık Bakanlığında pratisyen hekimlik (Kumru-Ordu, Gökçen-İzmir) yaptı. İhtisasını 2004 yılında Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji alanında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesinde tamamladı. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurucu öğretim üyesi olarak yardımcı doçent (2006-2014), doçent (2014-2020), profesör (2020-2021) olarak çalıştı ve çeşitli idari görevlerde bulundu (başhekim yardımcılığı, dahili bilimler bölüm başkanlığı, kan merkezi müdürlüğü vb.). Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu üyeliği yaptı. 2021 yılından beri İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde profesör olarak çalışmaktadır. Alanında özel ilgi alanları; kronik yara bakımı, HIV ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, hastane enfeksiyonları, kuduzdur.

Dünyada her geçen gün internete ulaşım imkânları arttıkça, sosyal medya kullanımı da doğru orantılı olarak artmaktadır. 2024 yılı istatistiklerine göre dünyada 5.2 milyar kişi (%62) sosyal medya kullanıcısıdır. Bu platformlarda üye sayısı sıralamasında ilk üç; Facebook (3.06 milyar), YouTube (2.5 milyar) ve Instagram (2 milyar) şeklindedir. Sosyal medyada geçirilen zaman da her geçen gün artmaktadır. Son değerlendirmelere göre dünyadaki sosyal medya kullanıcıları her gün ortalama 2 saat 23 dakikayı sosyal medyada geçiriyorlar. İnternet ve sosyal medya kullanıcılarına ne amaçla kullandıkları sorulduğunda en çok bilgiye ulaşım yanıtı alınmıştır (%60.9) (1). Türkiye İstatistik Kurumu 2023 verilerine göre, ülkemizde internet ulaşımı artışı ile birlikte sosyal medya kullanımı da artmaktadır. Türkiye'de ise bu platformlara üye sayılarına bakıldığında ilk üçte; YouTube (57.5 milyon), Instagram (57.1 milyon), TikTok (37.7 milyon) yer alır. Türkiye'de ise sosyal medyada geçirilen süre 2 saat 44 dakika ile dünya ortalamasının üstündedir. İnternet Türkiye'de farklı olarak daha çok alışveriş için kullanılmaktadır (2). Yoğun internet kullanımı ve sosyal medya platformlarının kullanıcı sayılarının neredeyse dünya nüfusunun üçte ikisine ulaşması doğal olarak sorunları, soruları ve tehditleri beraberinde getirmiştir.

Dünyada olası risklerin değerlendirildiği 2024 Dünya Ekonomik Forumu Raporu'na göre, mevcut riskler analiz edildiğinde sırası ile; ekstrem hava olayları (%66), yapay zekâ kökenli yanlış bilgilendirme (%56), sosyal ve politik kutuplaşma (%46), yaşam maliyetleri krizi (%42), siber güvensizlik (%39) durumları beklenmektedir. Görüldüğü gibi bu olası tehditlerin üçü sosyal medya ile direkt ilişkilidir. Daha ilginç olan durum ise önümüzdeki iki yıl içinde yanlış bilgilendirme birinci sırada, sosyal kutuplaşma üçüncü sırada, siber güvensizlik ise dördüncü sıraya geçerek dünyada risk sıralamasında kademe atlaması beklenen durumlardır. Aynı rapora göre önümüzdeki 10 yıl boyunca da yanlış bilgilendirme, sosyal kutuplaşma, siber güvensizlik beklenen ilk 10 global risk listesinde yerini koruyacaktır (3). Sosyal medya beklenen olası tehditler arasında; savaş, açlık-kıtık, salgın hastalık ve olağan dışı hava olayları gibi bilinen ve daha önce deneyimlenen klasik tehditlerin önüne geçmiş görünmektedir.

Sosyal medyanın bilgiye ulaşım açısından hızı teknik olarak kulağa hoş gelebilir ama aslında özellikle sağlık okuryazarlığı gibi kritik öneme haiz durumlarda hasta sağlığı ve güvenliği açısından çok büyük sıkıntıları barındırmaktadır. Çünkü sosyal medyanın hâlen bir gerçekliğin kontrolü veya bir bariyeri olmadığı gibi, bunu uygulamaya çalışanlar sansürcü

olarak etiketlenmektedir. Hangisi daha etik sorusunu ile kimse sormaya cesaret edemiyor, önümüzdeki yıllarda belki en çok tartışacağımız konu; 'yanlış bilginin yayılmasına sessiz kalmak mı, yoksa buna engel olmak mı daha erdemlidir' olacaktır.

Sosyal ağların yaygın kullanımı ve doğru ya da yanlışlığına bakmadan yayılmasına filtrasyon uygulanmaması en çok COVID-19 sürecinde bilimi tehdit etmiştir. Özellikle devam eden salgın sürecinde sosyal medyada hemen herkes hastalık, tedavi metotları, korunma yolları ve aşı ile ilgili bilgi arayışları içerisinde filtre edilmemiş bilgi havuzu içerisinde kaybolmuş, bir kısmı ise bu bilgileri derleyen güvenilir olduğunu düşündükleri 'sağlık profesyonelleri'nin önerileri ile dünya sağlık otoritelerini şaşırtan uygulamalar ile karşı karşıya kalmışlardır. Korona sürecinde artık şunu çok net biliyoruz ki, sağlık okuryazarlığı gelişmiş toplumlarda aşı kabulü ve uygulamasının kabulü daha yüksek olmuş, dolayısı ile ölüm daha az görülmüştür (4). Sonuçta yanlış bilgi ölüme kadar devam eden beklenmedik sonuçlar doğurmaktadır. Sosyal medyada hızlı yayılan bilgi kirliliğinin getirdiği kutuplaşma her toplum için en önemli sonuçtur. Sosyal medya bir klasik ödüllendirme sistemi ile kişileri kendine bağımlı hâle getirmektedir. Bu çoğunlukla beğeni veya takipçi sayısı ile ölçülebilir olmakta, eğer bu sayılar ye-

terli rakamlara ulaşır ise reklam iş birliği ile ticarileşmektedir. Sosyal medya üzerinden 'sağlık' adı altında yapılan bazı faaliyetler, hekimler açısından sağlığın ticarileşmesinin bir diğer önemli ve tehlikeli boyutunu oluşturmaktadır. Hâlbuki ülkemizde sağlık hizmeti ağırlıklı olarak devlet tarafından ücretsiz sunulmaktadır. Bu mecrada en çok dikkati çeken durum ise, ürüne dönüşen, tedavi ediciliği tartışmalı 'alternatif tıp' karışımlarının veya yöntemlerinin hasta kullanımına sunulabilme serbestliğidir. Mevcut sistem içinde 'gıda takviyesi' adı altında Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığından alınan izinler ile kullanıma sunulan ve satışı yapılan ilacısız ürünlerin en yaygın tanıtıldığı ve satıldığı alan sosyal medya platformlarıdır. Aslında bu tip ürünlerin beşerî ürün sınıfında olmaları sebebi ile sadece eczanelerde satılması ve kontrole tabii olması gerekli iken, bu ürünler çok çeşitli mazeretler ile hastalara sunulmaktadır. Maalesef bu tarzda ürün ve uygulamalardan doğan zararın, sadece hasta şikâyeti ile incelemeye tabii olması ve sonuçları kestirilemeyen bu durumların takibinin zorluğu ise Türkiye için başka bir önemli sorundur.

Türkiye'nin 'tele-tıp' uygulamasına geçiş ile sosyal medya hekimliği toplum nazarında kabul görmesi süreci hızlanmıştır. Ama aslında işin bilimsel boyutu bir grup sorunu beraberinde getirmektedir. En temel sorun aslında tele-tıp uygulamasının henüz her branş için uygun platform olmadığı gerçeğidir. Tele-tıp korona pandemisi sırasında tüm dünyada yaygın kullanılmıştır. Özellikle psikiyatri gibi tanı, tedavi ve takip süreçleri uzaktan erişim ile yapılabilen uzmanlık alanları için tamamen tele-tıp uygulamasına geçiş tartışılır hâle gelmiştir. Hastaneye ulaşım sorunu olan kronik ve yatağa bağımlı hasta gruplarında da gerek hekimler arası konsültasyon işlemleri gerekse evde uzaktan erişim ile hastanın yönlendirilerek kendi yapabileceği yara pansumanı vb. işlemlerin tele-tıp ile yapılmasının mümkün olduğu pandemi sürecinde zorunluktan deneyimlenmiştir. Radyoloji gibi bazı branşlarda birden çok yere maliyet etkin hizmet sunumu için uzaktan erişim ile tanı artık rutine binmiştir. Tıbbi alanda giyilebilir teknolojiye yapılan yatırımların artması ile hastanın koluna taktığı saat ile kalp ritmi takibi ve gerekli durumda acil sağlık hizmetlerinin veya hekiminin bilgilendirilmesi gibi uygulamaları gündelik hayatımızda bile artık ulaşabiliyoruz. Tüm bu gelişmelere rağmen,

tıp hâlen fiziki muayene ve kan almaya dayalı laboratuvar testlerinden bağımsız bir tanı veya tedavi şablonu çıkarmaya yetkin değildir. Bu tip uygulamalar daha çok tanısı konulmuş kronik hastaların takibi, tetkik aşamasının planlanması ve hasta yükünün azaltılması veya hastane ziyaret süresinin kısaltılması için ülkemiz şartlarında uygulama alanı bulmaktadır. Giyilebilir teknolojilerin yaygın kullanıma girmesi, hatta bunların yapay zekâ algoritmaları ile entegrasyonu ve uzaktan erişim ile yapılabilecek laboratuvar ve görüntülemelerde teknolojik olarak yaygınlaşması ile gerçek anlamda tele tıp uygulamalarına ulaşabileceğiz. Bu artık hayalde değil, sandığımızdan çok yakın gelecekte hemen herkesin ulaşabileceği kolaylıkta hasta hizmetine sunulabilecek gibi görünüyor. Uzaktan erişim ile yapılan robotik cerrahi ameliyatları bunun ilk örnekleri olarak uygulamaya şimdiden girdi bile...

İyi hekimlik uygulamaları hastayı şifaya ulaştıran sürecin dışında etik kurallara bağlı çalışmayı zorunlu kılar. Bu kuralları aslında ilk olarak Hipokrat tanımlamıştır ve sonrasında 1948'de Dünya Tabipler Birliğinde kabul edilmiş ve bir metin şeklinde her hekimin mezuniyet yemini haline almıştır (5). Bu metinde '*Tıbbi bilgimi hastaların yararı ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için paylaşıcağım*' diye yemin edilir. Mesleğin deontolojik kriterlerine bakıldığında ise; yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı, adalet temel yapıtaşlarıdır (6). Bu temel kriterlere bakıldığında günümüzdeki sosyal medya platformları üzerinden yapılan sonuçta öyle veya böyle ticarileşen 'sosyal medya hekimliği'nin 'bilgi' ve 'yararlılık' kavramları boşluktur. Bilgide özellikle dikkat edilmesi gerekli olan uzmanlığı kavramı ise artık tamamen gündem dışıdır. Yararlılık ise; mutlak faydası gösterilmiş bilginin uygulanmasıdır. Ama sosyal medya üzerinden yapılan bu hekimlik uygulamalarında faydanın izlenmesi, gözlenmesi her zaman ihmal edilmektedir. Çünkü bu ancak hasta takibi ile yapılabilecek bir uygulamadır. Günümüzde sağlık alanında sosyal medya aslında sadece tavsiye seviyesinde hekimlik yapmak iddiası olan kişilerin platformu olmuştur. O yüzden de çoğu platformda 'danişan' terminolojisi ile hasta-hekim ilişkisi sözleşmesi askıya alınmakta ve yasaları boşluğa düşürme gayreti söz konusudur. Buradaki bir diğer boşluk ise tavsiyeler manzumesinin reel olarak kişiye hiçbir sorumluluk yük-

lememesidir ve hukuki olarak boşlukta olmasıdır. Bu boşlukları gidermek için sağlık bakanlığı bilgilendirme ve tanıtım yönetmenliği yayınlanmıştır (7). Bu yönetmenliğe göre '*Sosyal paylaşım ve İnternet siteleri üzerinden yapılan sağlıkla ilgili tanıtım ve bilgilendirmelerde insan sağlığını tehlikeye düşüren veya tanı ve tedavi sürecini olumsuz olarak etkileyen veya bu süreci engelleyici nitelikte suç unsurunun bulunduğu tespit edilen ilgililer hakkında 4/5/2007 tarihli ve 5651 sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun hükümleri uyarınca ilgili içeriklerin erişime engellenmesi için suç duyurusunda bulunulur.*' denilmektedir. Görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı da bu 'masum' bilgilendirmeleri aslında bir tanıtım ve reklam faaliyeti olduğunu ve hukuki boşluklarını gidermeye çalışmaktadır.

Sonuç olarak sosyal medya ve hekimlik arasında bir doku uyumsuzluğu söz konusudur. Çünkü sosyal medya doğası ve çalışma prensipleri gereği bilginin filtre edilmeden yayıldığı sadece hızlı tüketim, ticarileşme prensipleri ile popüler olanın ayakta kaldığı bir mecradır. Hekimlik ise bir zanaattır. Deneyim ve maharet gerektirir. Evrensel ilkeleri ve katı kuralları vardır çünkü bunlar hoşumuza gitmese bile acı-tatlı deneyimler ile yoğurularak konulmuştur. Bu doku uyumsuzluğu devam edecektir ama organ kaybı ile sonuçlanmaması yine iyi hekimlik uygulamaları ile mümkün olacaktır.

Kaynaklar

- 1) We Are Social. Digital 2024: 5 Billion Social Media Users. <https://wearesocial.com/uk/blog/2024/01/digital-2024-5-billion-social-media-users/> (Erişim Tarihi: 26.11.2024).
- 2) Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması 2023. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2023-49407](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2023-49407) (Erişim Tarihi: 26.11.2024).
- 3) World Economic Forum. The Global Risks Report 2024. https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Global_Risks_Report_2024.pdf (26.11.2024).
- 4) Fenta E.T., Tiruneh M.G., Delie A.M., Kidie A.A., Ayal B.G., Limenh L.W., Astatkie B.G., Workie N.K., Yigzaw Z.A., Bogale E.K., Anagaw T, F. Health literacy and COVID-19 vaccine acceptance worldwide: A systematic review. *SAGE Open Med.* 2023 Oct 9;11:20503121231197869.
- 5) Hipokrat Yemini. Wikipedia. https://tr.wikipedia.org/wiki/Hipokrat_Yemini (Erişim Tarihi: 26.11.2024).
- 6) Aydın E, Tıp etiğinde temel ilkeler. I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı. 12-13 Kasım 2001 ODTÜ, Ankara.
- 7) Resmî Gazete. Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Tebliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/07/20230729-29.htm> (Erişim Tarihi: 26.11.2024).

Şiir gibi sağlık!

Züleyha Abdülbakioğlu



1983 yılında doğdu. İşletme lisans eğitiminin ardından sağlık yönetimi yüksek lisansını tamamladı. Çeşitli özel sağlık kurumlarında yöneticilik yaptı. Sağlık Bakanlığına bağlı Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketine (USHAŞ) Tanıtım ve Pazarlama Müdürü olarak çalıştı. Hâlen özel bir sağlık grubunda yöneticilik yapmaktadır.

Kendimi bildim bileli okur, kalem bulduğum yerde yazarım. Bazen bu eylemler, belli bir amaç taşımadığı gibi estetik kaygı da barındırmaz. Zamandan, mekândan, hâletiruhiyeden bağımsız; ana dilde, çeviriyle veyahut anlamsız...

Ne türü önemlidir okuduklarımın ne de yazdıklarım kategorize edilebilir bir sınıfta... Belki Kartal sahilinde çimenlere uzanmışken yüzümü koruyorumdur kitabımla, belki de yolculuğumun saatini bekliyorumdur başkent'in gürültülü garında. En sevdiğim romanın ilk cümlesini besmele gibi başlık yapabilirim bir toplantı notuna ya da günlük tutarım iyi gelecekse, telefonumun klasörlerine...

Ama şiir mi? Yok! Değil yazmaya cüret etmek, yazılanı okuyabilmek bile destur işidir bilirim. Kimden diye sormayın, şairi dahi cevap veremez!

Hadi okuması yazması bu denli alengirli, tanımlaması peki? Elbette onu da beceremem! Başka kaç kavram vardır dünya üzerinde, bunca fazla tanımlı olsun da her biri diğerinden azade? Ben bu konuda anca sığınabilirim 1044 yaşındaki ulu "Şeyh el-Reis'e":

"Şiir muhayyel sözdür."
"Şairler söz sultanlarıdır,
Hekimler saltanatlarını vücut üzerinde kurarlar;
Şairlerin dil güzelliği ruha zevk verir,
Hekimlerin özverileri hastaları iyileştirir."

İbn-i Sina (980-1037)

Avrupa'nın Avicenna'sı, 57 yıllık yaşamının daha yarısını bile görmemişken dünyanın en iyi doktoru kabul edilen, tıbbın yapıtaşlarından "El-Kanun fi't Tıp" adlı kitabın ve bilinen 276 yazılı eserin sahibi; felsefe, geometri, kimya, astronomi, fizik, matematik bilimlerinde de çağdaşlarının "Büyük Üstadı"; "Hayatın genişliği, uzunluğundan daha önemlidir." diyebilen, 11. yüzyıldan bugünü görebilen İslam tıp bilgini İbn-i Sina tanımlamışken şiiri, ben ne diyebilirim ki?

Ama diyenlerden ilham alarak, döner "zayıf karnımızdan" işlerim kelimeleleri: sağlığın ve hastalığın şairlere eser olduğu yerden... Tıbbın şiire esaretinden...

İfade sanatlarının en dik başlısı olan şiir, efendilerinin tıp karşısında da asiliğine geniş bir olanak tanımış. Ne kural bilir ne gerçeği tanır ne de sınır sever şairler... Mürekkebinin muhayyilesine gönüllü köle kılmış şair mi dinleyecek bilimi? 18. sonesinde William Shakespeare sevgilinin güzelliğini, yaşlılığa, ölüme meydan okuyarak aktarmış, her güzelin er geç solacağını usulca kabullenip, bir sevdiğini ayrı tutmuş biyolojik gerçeklikten. Öyle emin ki satırlarının gücünden... Uğruna şiir yazılmış sevileni teğet geçecektir ölüm onun nazarında:

"Gölgesindesin diye ecel caka satamaz, sen çağları aşarken bu ölmez satırlarda..."

Arjantinli şair Jorge Luis Borges "85'im-deyim ve ah... Yeniden başlayabilseydim yaşamaya" diye hayıflanırken hekim öğütlerine kafa tutar: "Dondurma yerdim doyasıya ve daha az bezelye." Farkında mısınız der bilmem, yaşam tam olarak böyle bir şey aslında. Kardiyologlar aşkı över, aşığın hormonları hekimlerin yüzünü güldürürken "Bir tek aşk yoktur acıya gark etmesin, bir tek aşk yoktur kalpte açmasın yara." der sürrealist Fransız Louis Aragon.

Ama gelin biz bu isyankârlığı anadilimizden irdeleyelim artık. Zira "biz" in ifadesi, sanatların en yücesi. Türkçeye "Mutlu Aşk Yoktur" diye çevrilen Aragon şiirine tek bir satır yeter kendi kültürümüzden:

"Gel gör beni, aşk neyledi..."

Yunus Emre

Cumhuriyet sonrası Türk Edebiyatı'nın önemli isimlerinden Atilla İlhan, lisede bir kız arkadaşına dönemin yasaklı ismi Nazım Hikmet'ten şiir yazdığı için tutuklanmış ve Manisa Akıl Hastalıkları Hastanesi'nde bir süre gözetim altında kaldıktan sonra, cezası yaşının küçüklüğünden dolayı ertelenmiş. Hatta bu "suç" tan ötürü "Türkiye'de okuyamaz!" diye fişlendiği bir dönem geçirmiş.

"Birkaç litre kan, bir hayli kemik, epeyce korku

Kestiremedik ne yaptığımızı kim olduğumuzu" diyesi bundan ötürüdür belki, "Ağır Kan Kaybı" şiirinde...



Yaşamını, fitratı ve dünya görüşünün buyurduğunca sade, halkın içinde, sıradan bir şekilde süren Attila İlhan, yoğun entelektüel birikimine rağmen halkın konuştuğu dili şiirlerine ustaca yansıtabilen şairlerimizdendir. Onun bu görkemli sıradanlığını 'hastalıklı' satırlarında da rahatlıkla okuyabiliriz. Şair son dönem şiirlerinde biyolojik yaşlanmayla oluşan vücut değişimlerini, yalnızlığı ve ölümü hem fiziksel hem ruhsal gelişmeleriyle kaydeder:

*"Yanlı bir mıknaş fırtınası içindeyim
Şişe yeşili şerare atlamaları
Şurup kırmızısı çakıntılar
Sağım solum her tarafım elektrik
Korkuyorum
Korktuğumun bilincindeyim
Birileri
Şalteri indirdi indirecek
İşim bitik."*

Bir tür nevralsi ve tanatofobi şüphesiyle tanı ve tedaviye odaklanmak mümkün değil mi? Ne yazık ki gerek yok. Şairimizi 2005'te kalp kriziyle kaybettik. Belki bundandır 2002 basımlı son şiir kitabında bolca sağlık terimleri kullanması ve *"Sevmek için geç, ölmek için erken"* çığılığı...

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesini yarıda bırakan bir diğer asimiz Bedii Faik, insanın sağlık arzusunu en yalın anlatan isimlerimizden. Hekim olmayabilir ama

hiç hasta da olmamış değil ya!

*"Güzel şey sıhhatli olmak
Fosur fosur cigara içmek
Yorgun geceler geçirip
Sabahleyin diri diri kalkmak
Tükürmek dağa, taşta, denize...
Ama kırmızı değil
Hâsılı kardeşim, sen gibi olmak
Ben gibi değil."*

Şiirlerinde sıklıkla çocukluk temalarını işleyen, yayımlanan ilk şiir kitabının adı *"Bir Çocuk Bahçesinde"* olan edebiyatımızın "çocuklar şairi" Ceyhun Atuf Kansu ise yaşamı boyunca aktif çalışmış idealist bir hekimdi. Evet, tahmin edileceği üzere kendisi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı idi. Şairimizin bir meslektaşı, geçtiğimiz aylarda internette kendisinden şöyle bahsetmiş: *"Kızamık Ağıtı adlı şiirini gözlerimde yaşla okurken, aşı karşıtı çokbilmişlerin de gözüne sokma hissime engel olmadım."*

Ülkemiz için dönüm noktası tarihlerden 1919'da İstanbul'da doğan Kansu, 1,5 yaşında annesini kaybeder. Bu ölüm şairin kaderini başka şehre taşır. Günümüzde adı verilmiş bir caddesi bulunan, babasının izinden giderek Çocuk Psikiyatristi olan kızı Prof. Dr. Bahar Gökler'in de yaşadığı ve Doktor Bey'in henüz 59 yaşında hayata gözlerini yummuş olduğu şehre, Ankara'ya... Hekim olduğunda ise kendi isteğiyle Turhal'a

gider. O dönem hekimliğine daha çok ihtiyacı olan, daha az gelişmiş Tokat'a. Ülkemizde 14 Mart'ın Tıp Bayramı olarak kutlanmasının onur kaynağı Tıbbiyeli meslektaşları gibi, yüreği vatan ve halk sevgisiyle dolu şairimiz için çocuklar bambaşkadır. Dünyanın çiçekleri dediği çocukların desteğe muhtaçlığı, doktor şairimizin korumacı, nahif ruhunun adeta kırmızı çizgisidir. Ulusalılığıyla birlikte evrenselliği de kendine şiar eden Kansu, din, dil, ırk gözetmeksizin, tüm kültürlerle saygılı, barışçıl bir yaşam sevdalısıdır. Tıpkı hekimlik mesleğinin düsturları gibi...

Anadolu köyünün çetin kışında kızamık salgını ile mücadele ederken 23 kayıp veren Dr. Kansu, bunca çabaya rağmen kurtaramadığı çocuk hastalarının ölümünden öyle sarsılır ki acısını meşhur *"Kızamık Ağıtı"* şiirinde iliklerimize kadar yaşarız. Sadece acısını da değil, dönemin koşullarındaki çaresizliği, devlet yetkililerinden yeterli desteği göremediğinin öfkesini... 2024 yılında başka bir Çocuk Hastalıkları Uzmanının *"Okurken ağladım"* dediği bu şiir, hekim olmasa da aynı hassasiyete sahip yürekler için böylesine çarpıcıdır işte.

*"Habersiz hepsi, kızamıktan ve ölümden,
Kirlili yüzlerinde açan ölümden habersiz,
Ve düşmüş bir gül oluyorlar birden,
Bebekler ölüyor, ölümden habersiz."*

Bundandır uluorta şiir okumaya cesaret edemeyişlerimiz... Bu satırları yazarken bile molaya ihtiyaç duyduğumuzu...

Müsaadelerinizle... Edebiyatımızın toplumcu gerçekçi sağlık şiirleri yerine, artık salgın hastalık tehditlerini başarıyla bertaraf ettiğimiz resmî raporları okuyup; bilimin, tıbbın özverisinin bebek bedenlerini güneş gibi aydınlatan ışığını minnetle anıp biraz ferahlayalım ve kalamız sağlıcakla.

Kaynaklar

Ank, G. (2019). "Attila İlhan'ın Son Dönem Şiirlerinin Söz Varlığı", *Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:5, s. 01-22.

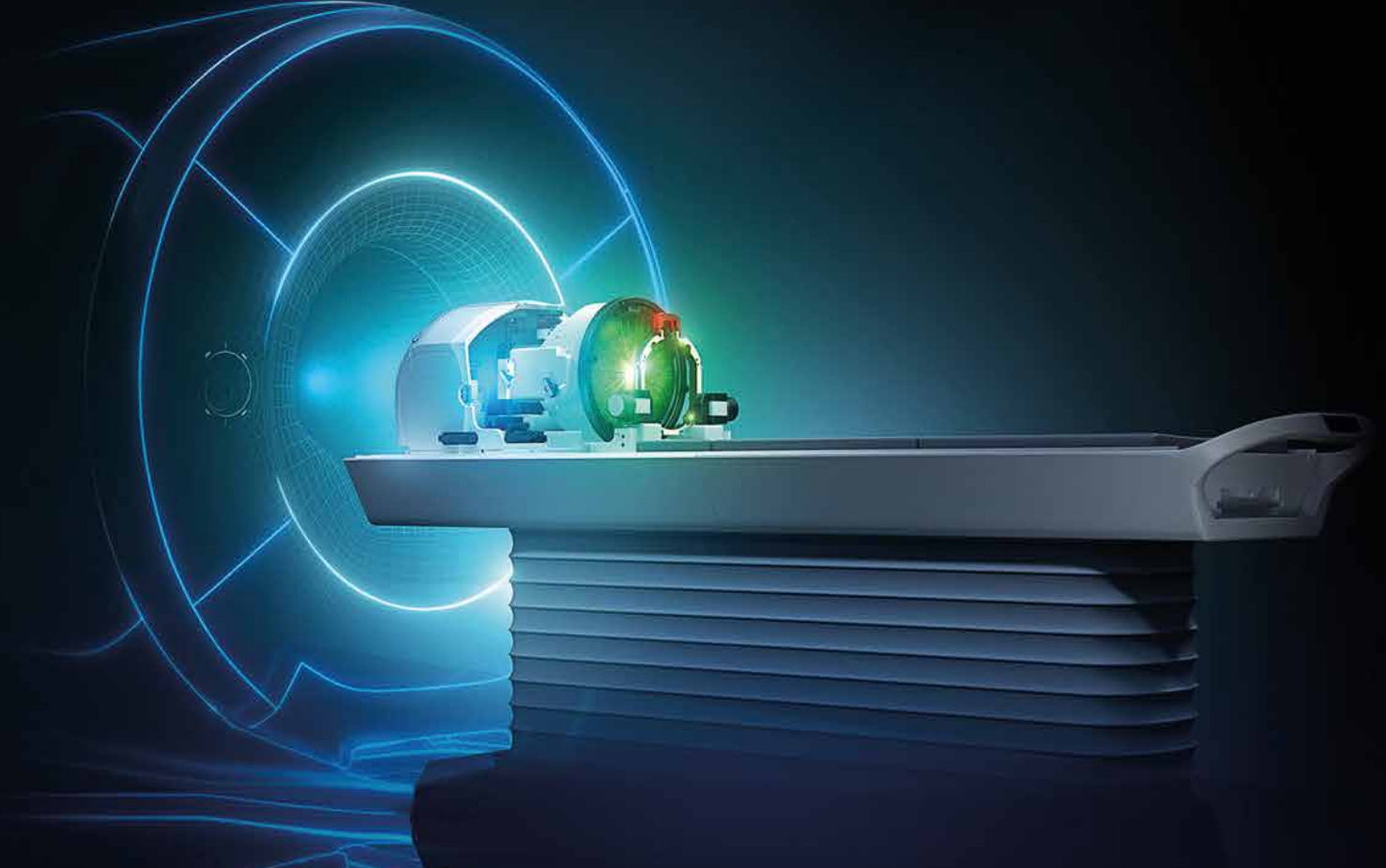
Aydemir, M. (2014). "Ceyhun Atuf Kansu'nun Şiir Sanatı ve Şiirinde Çocuk", *A. Ü. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi* 51, s.211-218, Erzurum.

Çelik, F. (2003). "Çağdaş Türk Tıp Şiirleri Seçki", *Türk Tabipleri Birliği*, Ankara.

Uğurlu, M.C. (1995). "Tıp ve Şiir", *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi*, Cilt:28, Sayı:329, s.70, Ankara.



P A R M E R
P A R K İ N S O N H A S T A L I Ğ I V E
H A R E K E T B O Z U K L U K L A R I M E R K E Z İ



MR kılavuzluğunda odaklanmış ultrason:

MRgFUS

Gelecek burada

Yüksek yoğunluklu, güvenli,
hedef odaklı, akıllı ses dalgalarıyla
esansiyel tremor hastalığından kaynaklanan
titremenin tedavisi.





Kanseri hedef alan yüksek teknoloji

Radyasyon onkolojisi teknolojisi, kanseri hedef alan yüksek bir teknolojidir. Her hastaya özel olarak uyarlanabilen tedavi planlarıyla kişiselleştirilmiş bir süreç sunmakta, hedefe göre doz verilmesini kolaylaştırmakta ve yapay zeka destekli güvenli doz ayarlaması ile tümörün yakınındaki sağlıklı dokuları koruyarak daha az yan etkiyle önemli bir tedavi sağlamaktadır.