

## KENT SAĞLIK OCAĞI

Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU\*

Birincil Sağlık Hizmeti (BSH), bireylere gereksindikleri yerde ve gereksindikleri ölçüde sağlık hizmeti sunan örgütlenme modelidir. Dayandığı temel prensipler şunlardır:

- i. Halka en yakın konumda yer alır
- ii. Ücretsiz hizmet sunar
- iii. Koruyucu/Geliştirici/İyileştirici/Esenlendirici hizmetleri bütün halinde ulaştırır
- iv. Ekip hizmeti sunar
- v. Sınırları belirli bir alandaki saptanmış bir popülasyondan sorumludur
- vi. Hizmet gerektiğinde evde ve alanda geçici olarak verilir
- vii. Herkese eşit, gerektiğinde özellikli, gerekenlere öncelikli hizmet sunulur.

BSH'nin temel özelliklerinden biri, yerel koşullara uyum sağlayacak esneklikte olmasıdır. Yukarıda sıralanan ilkelerin titizlikle korunması koşuluyla, uygulamada karşılaşılan sağlık gereksinimleri ve hizmet olanakları uyum içinde dengelenerek işlev oluşturulur. Kırsal alanda yer alan sağlık ocağında köy gezileri ve evde hizmet sunumuna yönelik planlamaya yönelinmesi beklenir. Kentsel kesimde ise nüfusun yoğun yerleşimi nedeniyle hizmetin ağırlığı sağlık birimine yönelik oluşturulur. Nüfusun yapısı ve özellikleri de hizmetin planlanmasında pay sahibidir. Yaşlı popülasyonun egemen olduğu bir yörede sağlık ocağında fizyoterapistlerce sürdürülen esenlendirme çalışmaları öncelik alabilir. Göçer işçilerden oluşan genç ve doğurganlığı yüksek nüfus gruplarında sağlık ocağı binası dışında, konut / çadır içinde aile planlaması eğitimi, RIA uygulaması gibi etkinlikler ağırlıklı olabilir. Nüfus yapısı ve sağlık sorunları ne tür yapılanmadaysa, sağlık hizmetinde amaçlar ve öncelikler o yönde oluşturulur, etkinlikler de bunlara uygun olarak geliştirilir.

### Kentsel Hizmet Gereksinmesi :

Ülkemizde değişen sosyal yapıyla birlikte, son yarım yüzyılda yerleşim birimlerinin özelliklerinde oluşan farklılaşma, sağlık gereksinmelerinde de gözlenebilir. 1960 yılında hazırlanan sosyalleştirme yasası gerekçesinde temel çıkış noktası, halkın yüzde sekseninin kırsal alanda yaşaması, bu alana sağlık hizmeti götürülmemesi, kırsal kesim insanların sağlık sorunlarının çözümü -o da hastalandıktan sonra- kentlere akın etmeleridir. Bu nedenle yasa, kentsel kesime sunulacak sağlık hizmetinde ayrıntıya girmemesine karşın, hizmetlerinin gelişmeme nedenleri

- i. serbest hekimlik uygulamalarının varlığı,
- ii. Halk Sağlığı'nın bilimselliğinin kabul edilmeyişi ve bu alanda personel yetiştirilmemesi,
- iii. Parasal yetersizlik,
- iv. sevk zinciri eksikliği,
- v. hastane ve hasta yatağı yetersizliği olarak belirtilmektedir. Bugün bu ölçütlerin ne denli geçerli olduğu tartışmalıdır.

Bugün gelinen yerleşim düzeyinde ülke nüfusunun yarıdan fazlasının kentlerde toplandığı görülür. Sağlık hizmetinin ulaştırılacağı popülasyon tanımlanırken her iki kişiden birinin kentte yerleştiği, bu yoğunluğun da giderek arttığı dikkate alınmalıdır.

Kentlere akan nüfus, sağlık normları açısından özellikler içermektedir. Genellikle genç, doğurgan, kırsal gelenek ve anlayışlarını sürdüren, geçen onyıllardakilerden farklı olarak bir ayağı içinden çıktığı köyde olmayan bir popülasyon söz konusudur. Bu popülasyonun sağlık sorunları ve gereksinimleri ayrıntısıyla irdelenebilmiş olmamasına karşın, temel nitelikleri bilinmektedir. Sunulacak sağlık hizmetinin bu nitelikler üzerine dayandırılması gerekir.

Kentlere akan nüfus "kentsel yaşam biçimi" içinde olmaktan çok, "ne köy ne kent" konumunda, kendine özgü koşulları ve sağlık sorunları olan bir ya-

\* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Prof. Dr.

\*\* Bu yazı Nusret Fişek Değerlendirme Günleri'94 için hazırlanan bir ön rapordur.

pıda yer almaktadır. Böylece öteden beri kentte yerleşik olan bir popülasyonun yanında, bir de özgün koşullarında yaşayan geçeköndü popülasyonunun sağlık hizmeti gereksinmesi gündeme gelmektedir.

Kırsal kesimin başta gezici hizmet olanakları olmak üzere acil gereksinimleri vardır, ancak bina ve kadro gibi temel taşları açısından büyük ölçüde yeterli konuma gelmiştir. Kırsal alanda son otuz yılda 4.000 dolayında sağlık ocağı ve 12.000 dolayında sağlık evi yapılarak sağlık yatırımlarının büyük ölçüde tamamlanması, kentsel alanda hizmet üretimine öncelik verilmesini gündeme getirmiştir.

#### **Nüfus :**

Kentsel sağlık ocağı (SO) olabildiğince küçük bir nüfusa yönelik hizmet vermelidir. Yasada 5-10.000 olarak belirlenen bu popülasyonun 5.000 ile sınırlandırılması bugün gerçekçi görülmektedir. Hizmet planlamasında temel olan hekim ve ebe-hemşire başına düşen nüfus hesaplanırsa, Türkiye'de bu konuda yeterli sağlık personeli bulunduğu ortaya çıkar (bk. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri).

#### **Bina :**

Düzensiz kent yapılanması, kent planlamasında SO için yer gösterilmemiş olması, kentiçi yüksek rant gibi nedenlerle SO'nun kendine ait bir yapıya yerleştirilmesi güç görülmektedir. Amaç olarak 5.000 kişiye bir SO binası kurulması hedeflenmelidir. Koşulların elverdiği ölçüde tasarımı yapılmış ya da planlanmış, bağımsız bir bina sağlanmaya çalışmalı, başarılamazsa bir apartman dairesi ya da benzeri, olabildiğince SO niteliğine dönüştürülerek satın alınmalı ya da kiralanmalıdır. Zorunlu durumlarda komşu iki ya da üç SO alanı bir binayı ortak olarak kullanabilir, ancak ön koşul olarak hizmet alanlarının ve personelin kesin çizgilerle birbirinden ayrılması gereklidir. Yani, aynı binayı da paylaşırsa, bir SO ekibi, yalnızca sınırları kesinlikle belirlenmiş bir alana ve bu sınırlanmış alanda tanımlanmış olan popülasyona hizmet vermelidir.

#### **Kadro ve Hizmet Sunumu :**

Tümelci bir yaklaşımla hizmet verilebilmesi için

her 2.000-2.500 kişiye bir hekim, hemşire/ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, diş hekimi, eczacı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, tıbbi teknolog, diyetisyen, şoför ve hizmetli bulundurulmalıdır.

Hizmetin niteliğini geliştirmek ve kalitesini yükseltebilmek için gerek ekip içi, gerek grup başkanlığı düzeyinde sürekli ve düzenli eğitim programları uygulanmalıdır. Bu süreç ileride hekimin Genel Pratisyenlik Uzmanlığı'na ulaşmasını sağlamalıdır.

Etkin bir sevk zinciri oluşturulmalı; hem hizmetin her basamakta akılcı kullanımı sağlanmalı, hem de hastane uzmanları aracılığıyla ekibin eğitimi sürdürülebilmelidir.

Çocuk, anne adayları ve süregen hastalığı olanlar başta olmak üzere evde; koruyucu, geliştirici ve esenlendirici hizmet sunumu esastır. İyileştirici (ve kısmen esenlendirici) hizmetin SO olanakları elverdiği ölçüde SO binasında sunulması uygun olabilir. Ancak bina içinde, yani SO'na davet ederek hizmet sunumunda, gelemeyenlerin, yani sosyal nedenlerle (çok çocukluluk, ilgisizlik/bilgisizlik, kayıvalide engeli...) evinden ayrılamayanların en yoğun risk grubu olduğu ve en çok bu grubun evde aranması gerektiği gözönünde bulundurulmalıdır.

#### **Teknoloji :**

SO gerekli ve çağdaş teknoloji ile donatılmalıdır. Apartman dairesi bile kiralanırsa, mutfak yeniden düzenlenerek mutlaka bir laboratuvar oluşturulmalı, gereksinmeye göre rutin kan ve idrar incelemeleri, kan biyokimyası, EKG, röntgen, ultrasonografi gibi temel tanı yöntemleri kullanılabilir.

#### **Sonuç :**

Ülkemizde yerleşim düzeni ve yaşam biçimi, oluşan sağlık sorunlarıyla birlikte giderek değişmektedir. Bu değişim sürecine uyum sağlayabilecek yapıda ve esneklikte bir sağlık hizmeti sistemi, ancak sağlıkta önem ve önceliklere yönelik oluşturulacak sağlık ocağı modeli ile sağlanabilir.