



DEVLET HASTANELERİ ve İYİ HEKİMLİK

Tıbbın en temel kuralı sevgidir
Paracelsus (1493-1541).

Dr. Füsun SAYEK*

Evet, ancak sevgiyi yeşerterek hastalarımıza aktaracağımız çalışma ortamlarımız bu kuralı uygulamamız için ne kadar uygundur?

İstanbul Tabip Odası'nın 1995 Mart ayında gerçekleştirdiği "iyi hekimlik" konulu panele hazırlanırken, herşeye rağmen iyi hekimlik yapabileceğimizi düşünerek yola çıkmıştım. İyi hekimliğin ultramodern aygıtlarla donatılmış hastanelerde, insan onuru ve kişiliğinin ikinci plana itildiği insani özelliklerini yitirmiş sağlık kurumlarında yapılmadığını biliyordum. Ancak, verilerle çalışırken yine de altyapının iyi hekimlik yapabilmemiz için en önemli koşullardan biri olduğunu gördüm. Bu yazı bu konuda hastane dışı bir kişi gözüyle kısa bir değerlendirme, çözüm önerileri sunmadan ve her türlü eleştiriye açık olarak...

İyi hekimlik tanımı pek de kolay değil. Hekimin değişen görev tanımı ile birlikte değişiyor. Ayrıca herkesin iyi hekimlik tanımı da farklı olabiliyor. Dr. Ayşe için iyi hekimlik hastasını onu rahatsız etmeyecek sessiz ve yalnız kalabileceği bir ortamda görebilmek, muayene edebilmek, eğitebilmektir. Dr. Ayşe hastanenin aile planlaması biriminde görevlidir. Dr. Selçuk için iyi hekimlik hastasına "ameliyat için şu malzemeleri almanız" gerekir demeden ameliyatı gerçekleştirebilmektir. Dr. Selçuk bir devlet hastanesinde genel cerrahdır. Dr. Ertan için iyi hekimlik; hastasının memesinde bulunduğu kitlenin raporunu hasta için uykusuz geçecek gece sayısını en aza indirerek sonuçlandırmaktır. (Hastalar için iyi hekimliğin ne olduğuna başka bir yazıda değiniriz, belki de iğneyi kendimize batırırız. Zaten Can Gürses'in dediği gibi "Türkiye'de hasta olmak zor zanaattır"). Tüm bunların ortak noktası iyi bir altyapı gibi görünüyor. Tıpta çağdaşlık insan hakları ilkesini benimsemek, çağdaş bilimi sanatla birleştirerek uygulamaktır ancak bunun için çalışma or-

tamlarının iyi altyapıya ihtiyacı vardır. Artık iyi hekimlik için bir tanım yapmalıyız:

İyi hekimlik, hastalara (ve çağdaş tanımda da sağlıklı bireylere) en nitelikli hizmeti vermeye çalışmaktır. Bugün iyi hekimlik artık yalnızca geleneksel hasta tanı/tedavi eylemlerini içermemektedir. Artık, iyi hekimlik yapan hekim ekip yönetme, ekip üyelerini destekleme, halk eğitimi, diğer personelin eğitimi gibi yeni görev, sorumluluk ve becerileri de olan kişidir. İyi hekimlik yapılırken bazı ilkeler mutlaka gözetilmek durumundadır:

1. İnsan sağlığı ve yaşamını koruma
2. Hasta ve sağlam kişilere zarar vermeme
3. Hastalara ilgi, şevkat, saygı gösterme ve hasta haklarını koruma, kollama
4. Hekimliği ticari amaçla kullanmama gibi.

Hekimlik uygulaması yapılan kurumlar arasında "hastaneler" (Türkiye sağlık sistemi ne yazık ki "hastane ağırlıklı" olduğu için) önemli yer tutarlar. Hastanelerimizde iyi hekimlik yapabilmenin asgari koşulları nelerdir? Bunları bazı başlıklar altında inceleyelim:

1. Fiziki Koşullar: Öncelikle binalardan söz edelim. Bugün Türkiye'de 1037 hastane vardır. Bu hastanelerimizin bir kısmının tarihi 1550'lere gider, İstanbul Haseki (Kadınlar) Hastanesi gibi. 1923 yılında Cumhuriyet kurulduğunda 950 toplam yataklı 3 devlet hastanesi sayısı bugün 674'e ulaşmıştır. O yıllarda Sağlık Bakanlığı önceleri memleket hastaneleri denilen devlet hastaneleri için yoğun bir çalışma başlattı ve 1924 yılında Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas'ta Numune Hastanelerini açtı. Amaç örnek hastaneler oluşturmaktır. Ayrıca devlet hastaneleri açılmaya da devam ediliyordu. İlçelerde has-

* Sağlık Bakanlığı Eski Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

taların ilk muayene, tedavi ve doğum hizmetlerini yapacak ve muayene/tedavi görevinden daha geniş hizmet verecek sağlık merkezlerinin ilki; 1937'de Etimesgut/Ankara'da kuruldu. Özel dal hastaneleri, büyük il hastaneleri sayıları hızla artarak bugünkü sayıya ulaştı. Bu kurumların planlaması 5 Yıllık Kalkınma Planlarına yansıyan kararlarla belirlenmekte, ancak hastalık verileri (epidemioloji) toplumun gereksinmesi gibi somut veriler yerine planlamada, siyasal gerekler, toplumlar arası "rekabet" rol oynamaktadır. Bir kez planlanıp hizmet(?) sunmaya başlayan kurumların kapatılması ise, son derece zor olmaktadır. 1982 yılında 2005 yatak kapasiteli 183 sağlık merkezinin yataklı fonksiyonunun kaldırılması örneğine pek rastlanmayan bir uygulama olmuştur. Bugün küçük yatak kapasiteli kurumların maliyet yüksekliği nedeniyle etkin olmamasının bilinmesine karşın her geçen gün yenileri açılmaktadır. Sonuç olarak hastanelerin planlanması uygun şekilde yapılamamaktadır.

Bu kurumların yatak sayısı bugün Sağlık Bakanlığı'nda 78.253'dür. (Tüm Türkiye'de ise 152.152'dir). Yatakların dağılımında ise eşitsizlik söz konusudur. 10000 nüfusa düşen yatak sayısı 1923'de 5.1 iken, 1994'de 24.6'ya çıkmıştır (Uluslararası standartlarda düşük olmakla birlikte yeterlidir ve Kalkınma Planı Hedefi olan 26.0'ya çok yaklaşmıştır.. Son bir yıl içinde (1993-94) il hastane sayısı % 0.5, yatak sayısı %1.1, ilçe hastane sayısı %2.3 yatak sayısında da %4.5 oranında artmıştır. Dağılımdaki eşitsizliği ise şöyle gösterebiliriz:

Muş, Bitlis, Van, Hakkari illerinde 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı 9.2, Diyarbakır, Siirt, Mardin, Şanlıurfa, Batman, Şırnak'ta 11.5, Kırklareli, İstanbul, Edirne, Tekirdağ'da 33.4, Kastamonu, Çankırı, Ankara, Kırşehir, Yozgat, Nevşehir, Kırıkkale'de ise 32.4'tür. Bu tablo sağlık hizmeti ulaşma hakkı açısından düşündürücüdür. Hastanelerimizin planlamasının ve dağılımının pek de "adaletli" olmadığını ve bunun hastaların hizmete ulaşması gibi en temel haklarından biri için nasıl sorun yarattığını belirledik. Peki hastanelerimizin fiziki durumları nasıl? Pek çoğu bugünkü gelişmelere ayak uyduramayacak kadar eski ve yetersiz, bir kısmı da "vatandaş-devlet işbirliği" çerçevesinde doğru bir sağlık mimarisi uygulanmadan inşa edilmektedir. Bir sağlık kurumunun iyi sağlık hizmeti verebilmesi için çalışanı, hizmeti alanlar ve tüm toplum tarafından benimsenmesi gerekir. Daha başlarken bir sağlık kurumu olabilecek nitelikleri taşımayan binalarda iyi hekimlik yapılması mümkün müdür? Sağlık mimarisi kavramı gelişmemiştir, kullanıcı sağlık personelinin bu alana katkısı, azdır, çoğu zaman hibe ya da ucuz olması nedeniyle uygunsuz arsalarla (ulaşımı zor vs.) hastane binaları yerleştirilmektedir. Devlet ihale yasası ihaleyi en ucuz yapana vermeyi ge-

rektirmekte, denetim Bayındırlık Bakanlığı tarafından ancak iyi biçimde yapılmamaktadır. Binaların içinde yerleşim birimleri yetersizliği "iyi hekimlik" uygulamalarını doğrudan etkilemektedir. Örneğin gizlilik konusu. Eğer kişi bir poliklinik odasında hekimiyse yalnız değilse, gizlilik hakkı olmamaktadır. Hastanelerimizin mimarisi öylesine düşünülmeden gerçekleştirilmektedir ki; özürlüler için ayrı tuvaletler, kolay ulaşımı sağlayacak rampalar vs. yoktur. Bir gözmez, az gören kişinin göz kliniğine ulaşması sorundur. Ultrasonografi için litrelerce su içirdiğiniz hastanızın kolayca ulaşabileceği bir tuvalet bile yoktur. Tüm bunlar iyi hekimlik önündeki engellerdir.

Çalışma koşullarımız içinde teçhizat iyi hekimlik uygulaması ile çok ilgilidir. İyi laboratuvar olanakları, her girişim için standart araç/gereç sağlanması önemlidir. Çağdaş hekimlik sofistike olmasa da yeterli ve uygun teknolojiye mutlaka ihtiyaç gösterir. Burada, giderek medikalize olan, mekanikleşen, gereksiz tanı yöntemlerine dayalı bir hekimlikten söz etmiyoruz. Peki teçhizata baktığımızda Sağlık Bakanlığı hastaneleri ne durumda. Genel bütçe olanakları giderek küçülmekte. Teçhizat yatırımı için 1994 yılında 600 kaleminden 4 trilyon para talebi, 495 milyar lira olarak gerçekleşmiş. 1994 yılında 676 hastanemizde 1409 amaliyat masası, 1275 anestezi makinası, 3 tomograf, 1378 EKG, yalnızca 493 monitor, 212 canlandırma çantası, sadece 68 tane kan gazları cihazı ve ne yazık ki 77 tane bronkoskop olduğu saptanmıştır. (Sevcanlar ölmesin, doktorlar hasta aileleri ile birlikte ağlasın)¹.

Teçhizat ile ilgili tek sorun kaynak yetersizliği değil elbette. Bugün pek çok kurum döner sermaye gelirlerinden alet alımını yapabilmektedir. Ayrıca fonlardan da katkı olabilmektedir. (600 kaleminden ve 39/b'den bu alana ödenek tahsisi 608 milyar TL'dir). Bu yıl 470 milyar TL merkezi ödenek bu hedef için ayrılmıştır. Alımların merkezi düzeyde olması daha düşük maliyetli cihaz almamızı sağlayacaktır ancak sağlık Bakanlığı 1992 yılından bu yana merkezi alım yapmamıştır.

Varolan teçhizatın onarımı için ayrılan 41 milyar TL ödenek yeterli olamamaktadır. Teçhizatın planlamasından başlayarak hekimlerin sürece katılması gereklidir. Bu amaçla hekimlerin hastane konseylerinde etkin olmaları sağlanmalı, birim "şo-venizmi" yapmadan kurum gereksinmesi için ön-

¹Bu acıklı öykü Karadeniz kıyısında bir büyük ilçede geçer. Boğazına kaçan yabancı cisim araç gereç yokluğu nedeniyle çıkarılmadığından hekimin kollarında ölen Sevcan'a ağıt hem doktoru hem ailesi tarafından yakılır ve hasta ailesi sağlık yöneticilerine hastane donanımları ile ilgili görüşlerini içeren bir dilekçe ile başvururlar yıl 1994 ve "Sevcanlar Ölmesin, Doktorlar Ağlasın" diye seslenirler.

celikler belirlenmelidir. Biyomedikal alanda oluşturulan Daimi Özel İhtisas Komisyonunu önemli bir gelişme olarak görüyor ve ülke düzeyindeki teçhizat planlaması dolayısıyla doğru kaynak kullanımı yapılabilecektir diye umuyoruz. Hastane düzeyinde katılımın artırılması, bu alanda uzman personel yetiştirilmesi ve kurulların saydam biçimde çalışması gerekir.

Hastanelerimizin finans durumları tüm çalışma ortamını ilgilendirmektedir. Hizmetler için 1995 yılında yaklaşık 1 trilyon 200 milyar TL bütçeye ödenek olarak konulmuş, ancak bunun % 30'u serbestleşmiştir. Eğilim döner sermayesi olan hastane sayısını (1992'de 399 iken 1995'te 452 olmuştur) ve döner sermaye gelirlerinin yüzdesini de artırmaktadır. 1992 yılında 1.5 trilyon olan döner sermaye geliri 1994 yılında 7 trilyon olarak gerçekleşmiş bulunmaktadır. Neredeyse hasta tedavisi ile doğrudan ilişkili ilaç, tıbbi malzeme, cerrahi alet ve yiyecek alımlarının tümü döner sermaye gelirlerinden sağlanmaktadır ve 1985 yılında cari gider karşılama oranları %59 ve genel bütçe %41'i döner sermaye iken, 1994'de %12'si genel bütçe %88'i döner sermaye olarak gerçekleşmiştir. Kaynağın daha çok döner sermaye olması ücretsiz hasta bakımını azaltmakta, hastanelerde gereken malzeme bulunmasını güçleştirmektedir. Finansal zorlamanın en önemli nedeni ise devletin sorumluluk yüklediği yoksul kesimin tıbbi giderlerine yeterli fon ayrılmamış olmasıdır. Bu amaçla oluşturulan yeşil kart sahipleri ve sosyal güvenlikten yoksun ödeme gücü olmayan kişilerin sağlık harcamaları için tahmin edilen kaynak bütçeye konulmadığı için (4 trilyon tahmin edilen, 950 milyar bütçeye konulan) hastaneler finansal bir zorlukla karşılaşmışlardır.

Çalışma ortamlarımızın alt yapıların en son bölümü insan gücünün sayısal ve nitelik durumuyla ilgilidir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 1984'te 3300 hekim çalışırken bu sayı 1994'te 8951 olmuştur (1000 yatağa 1 hekim). Yine hastanelerimizde 1984 yılında 234 pratisyen hekim var iken, bu sayı 1994'te 4679 olmuştur. Dağılım yine bir sorun olarak karşımızdadır ve yanlış atama politikaları sonucu gereksinme ile kadro çakıştırılmamaktadır. Bunda bir diğer etken de standart kadro belirlemelerinin yerel düzeyde yapılabileceği bir mekanizmanın olmamasıdır.

Hemşire sayıları 1984'de 18565 iken, 1994'te 33601 olmuştur. yine gerek eğitim politikaları gerekse istihdam politikalarındaki olumsuzluklar nedeniyle ekibin önemli elemanı olan hemşire grubu nitelik ve nicelik olarak yetersizdir. Bunun iyi hekimlik yapmada bir sorun yarattığını düşünmekteyim.

İnsangücü planlamalarının yerel ge-

reksinmelere uygun yapılamaması, istihdam politikalarındaki olumsuzluklar, hizmetiçi eğitim alan hekimin eğitimine uygun işte çalışmaması sürekli eğitimin ödüllendirilmemesi, insangücü altyapısında yetersizlik iyi hekimlik yapmayı engellemektedir. İnsangücünden söz ederken çalışma saatleri ve bunun hizmet kalitesine iyi hekimliğe) etkisinden söz etmek iyi olur. Uzun çalışma saatleri, meslek stresi, algılama kapasitelerini azaltmaktadır. Bir çalışmada EKG'deki aritmileri saptama yeteneğinin, bir başka çalışmada da matematiksel becerilerin uzun çalışma saatleri sonucu azaldığı gösterilmiştir. Kronik uyku yoksunluğu, toplam çalışma saatlerinde artma, günlük çalışma programının sürekli değişmesi iyi hekimliği etkiler. Hekimleriyle konuşamamak hastaların en büyük yakınmasıdır. Bu olumsuz koşullar hekimlerin emosyonel izolasyonu (aile yaşantısından çekilme), sosyal izolasyonu (tıp dışındaki dünyadan kopma), mesleki sorunların inkarı ve giderek yabancılaşmayla sonuçlanır. Bu da bir kısır döngü şeklinde hekimin hastası ile ilişkisini bozar. İyi hekimlik yerine savunmacı (hata yapmamak için fazla tetkik gibi) hekimlik yapılmasına neden olur. Çözümü çalışma saatlerinin azaltılması, fazla çalışmanın adaletli biçimde ödüllendirilmesi olabilir (İcancı nöbetlerin ve 25 yatağın altındaki kurumlarda nöbetin ücretlendirilmesi gibi).

Çalışma ortamlarımızda iyi hekimlik için bir diğer ön koşul da "iyi yönetimdir". Demokratik katılımı bir yönetim çalışma koşullarını güzelleştirir, fiziki olumsuzlukları perdeler. Bugün sağlık kurumlarında demokratik, katılımı bir yönetimden söz etmek mümkün değildir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983)'nin belirlediği hastane konseyleri çalıştırılmamakta, pek çok eğitim hastanesinde EPK'ların oluşturulması demokratik yöntemle olmamaktadır. Tıp mesleği zaten kendi içinde otoriter bir meslektir, bu yönetimde daha belirginleşmekte ve demokratik katılımı yönetim önünde neredeyse engel olmaktadır. Önemli bir çözüm noktasının hekimlerin yönetim eğitimi almaları olduğu açıktır. Bu eğitim kademeli, modüler olarak tüm hekimler ve klinik sorumluları için uygulanmalıdır. Başhekimler içinse bir ön koşul olduğu bilinmeli ve yönetim sertifikası olmayan kişilerin başhekim olmaması ve başhekim olmayı kabullenen hekimlerin de klinik görevlerini bırakmaları gerekmektedir. Çağdaş yönetim becerisi almak (finans modülü de dahil) hekimlerin yönetimdeki ve günlük hekimlik uygulamalarındaki başarılarını artıracaktır. Bu konuda hekim örgütünün öncülük yapması gerektiği inancındayım.

Fiziki, finans, insangücü ve yönetim alt yapılarını incelediğimiz hastanelerimizde hizmete bir göz atalım:

1994 yılında hastanelerimizde 38 milyon poliklinik yapılmış, 400 bin (büyük + orta) ameliyat yapılmış, 776.542 doğum gerçekleşmiştir. Aynı yıl 26 milyon 423.494 biyokimya, 16 milyon 342.344 bakteriyoloji testi yapılmış, 7.279.606 x-ray, 1.382.657 EKG çekilmiştir. Bir başka deyişle her başvurudan (yatan 2 milyon 159 bin hasta dahil) 2 sine biyokimya testi, her 2 başvurudan 1'ine bakteriyoloji testi, her 6 başvurudan birine x-ray tetkiki yapılmıştır. Bu sayılar yetersiz değildir. Bunun ardından çeşitli nedenlerle hastalara yeterli süre ayrılmaması gerçeği vardır. Hastasıyla yeterince ilgilenemeyen hekim çok ve gereksiz laboratuvar hizmeti kullanmakta, sonuçta sağlık hizmeti pahalalanmaktadır. Bu durumun iyi hekimliğe bir diğer olumsuz etkisi de hastanın sonuç almasının sürekli ertelenmesi ve hekim/hasta ilişkisinin zedelenmesidir. (Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu'nun 1990'da yaptığı bir çalışmada Ankara'daki kurumlarda çalışan hekimlerden örnekler yoluyla seçilen 336 hekimin %52'sinin hastalarına 10 dakikadan az, %21'inin 10-20 dakika ayır-dığı gösterilmiştir).

Yine 1994 yılında yaklaşık 400 bin ameliyat (büyük ve orta) gerçekleştirilmiştir. Patoloji tetkik sayısı ise 250.000 dir. Bugün çağdaş hekimliğin en önemli uygulamalarından biri her tür ameliyatta, her spesimenin patolojik muayenesidir. Bizde bu sayı her iki ameliyattan birinde spesimen almak şeklinde olmuştur (Bu sayıya 48.000 endoskopik muayene de eklenirse % 50'den az olmaktadır). Oysaki doku tanıları iyi hekimlik denetiminde önemlidir.

Şimdiye kadar çalışma ortamlarımızın olanaklarını çok kaba bir şekilde gözden geçirdik. İyi hekimlik uygulaması ile nerelerde çakıştığına baktık. Peki eğer iyi hekimlik = çağdaş, kaliteli hekimlik ise kaliteyi somut biçimde nasıl tanımlayacağız?

Kaliteyi uygulama süreci açısından tanımlarsak;

- 1- Tedavinin etkinliği
- 2- Tedavinin uygunluğu (eş denetimler, tıbbi kayıtların incelenmesi yoluyla belirlenir)
- 3- Hasta memnuniyeti (anketler vs. ile belirlenir.)

Kaliteyi bir başka şekilde tanımlarsak;

1- Yapısal: hasta yatağı /hekim oranı

2- Tıbbi kayıtlar

3- Sonuç (Mortalite, enfeksiyon hızları gibi)

gibi göstergelerle değerlendirmemiz gerekir.

Biz bu tanımların bir kısmını irdeledik. Pek çok gösterge de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde (1983) var. Olanlara işlerlik kazandırması, kurum hizmet verilerini tüm ekibin birlikte tartışması, yorumlaması, olmayan denetim mekanizmalarının yaratılması (kan konseyleri, mortalite toplantıları gibi) hasta memnuniyet sorgulamalarının yapılması konusunda biz hekimlere önemli görevler düşmektedir.

İyi hekimlik için iyi çalışma ortamı gereklidir bunu yadsıyamayız ancak tıbbın en önemli kuralı sevgidir, hasta haklarına özen göstermektir.

Bu sevgiyi gösterebilmek için 2000 yılının hastaneleri, hastaları kadar personeline de özen gösteren² kurumlar olacaktır. Hastaneler personel, hastalar ve hasta yakınlarının aktif ve katılımcı rollerini geliştirecektir. Personelin yaşam koşullarını iyileştirecek, herkesin bilgilenme hakkına sahip çıkacak ve kurum içi iletişimi sağlayacaktır.

Çağdaş tıpta önemli bir yeri olan hastaneler ait oldukları toplumu tanıyarak, hem koruyucu, hem tedavi edici hem de rehabilite edici hizmetleri sunarak etkinliği sürdürecektir. Bu görevini yaparken toplumla bütünleşmemiş hastaneler yerlerini hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerde toplumun önderliğinde ve onun yönetiminde olan daha küçük ünitelere bırakacaktır.

EK: 1

Bu yazı hazırlanırken pek çok kaynak kullanıldı, bunlar arasında Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994, Sağlık Bakanlığı verileri, Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu 1990 Raporu, DSÖ Dökümanları (Analysis of the Support of First Referral Hospitals to Primary Health Care Services 1989 ve Interface Study on the Support of Hospitals to PHC-1989) DSÖ yayını "Geleceğin Hastaneleri-Tomorrow is Hospitals" sayılabilir.

²Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hastane Çalışanının İş Sağlığı Yönetmeliği yayınlanıp işlerlik kazanması bir adımdır. Sağlık personelinin de bu çalışmaya destek olması ve yönlendirmesi gereklidir.