

Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Sağlığı Elemanı

Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi olan Türkiye, 1978'de temeli atılan "Herkesin Sağlık Hedefleri ve Stratejileri"nin güncellenmesi ve 21. yy. hedeflerinin belirlenmesinde aktif rol almıştır. Ayrıca, 1998'de DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen "21. yüzyılda 21 Hedef"i benimsemiştir (Öztek, 2009). Türkiye bu hedefler doğrultusunda, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı'na uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001'de gerçekleştirmiş, 2003 yılında da "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) uygulamaya başlamıştır (SB, <http://www.saglik.gov.tr>; Akdağ, 2008).

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP) ÇERÇEVESİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN REFORMLAR

Sağlıkta Dönüşümün Amacı

SDP'nin amacı, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini *etkili, verimli ve hakkaniyetli* bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır (SB, <http://www.saglik.gov.tr>; Belek, 2004).

Etkililik

Uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyini yükseltilmesi amacıyla yapılmalıdır. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır.

Verimlilik

Kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynaklarla daha fazla hizmetin üretilmesidir.

Hakkaniyet

İnsanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır.

Sağlıkta Dönüşümün Temel İlkeleri

İnsan Merkezlilik

Hizmet sunumunda ve planlanmasında hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentileri esas alınmalıdır.

Sürdürülebilirlik

Sağlık sistemi, ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olmalıdır.

Katılımcılık

Sağlık sisteminin uygulanmasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerileri alınmalıdır.

Uzlaşmacılık

Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalar bulunmalıdır.

Gönüllülük

Hizmette arz ve talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranışları sağlanmalıdır.

Güçler ayrılığı

Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti öğreten güçler birbirinden ayrılmalıdır.

edilmesinin önünü açmaktadır (Pala, Sarısözen, Türkan ve ark., 2003). Sistemin hekim temelli işlediği görülmüş olup **aile sağlığı elemanının** sisteme güveni sağlanamamıştır. Bu bağlamda, hem merkezde hem de ilçelerde **aile sağlığı elemanlarının** eksikliği dikkat çekicidir (Elbek ve Adaş, 2009). Bu eksikliğin, hemşire/ebe dışındaki **sağlık elemanlarıyla** kapatılmaya çalışılması da birinci basamak sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir.

Aile hekimliği, ekip anlayışını yok etmektedir. Yönetmelikte aile hekimi ve diğerleri söz konusudur. Aile hekimi isterse **aile sağlığı elemanını** hemşire/ebe veya yönetmelik ile belirlenen diğer sağlık elemanları arasından seçebilir. Halbuki Temel Sağlık Hizmet kapsamında hemşirelerin sağlık ekibinde anahtar rol oynadığı herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Bu gerçeği görmemezlikten gelmek profesyonel hizmet verme kavramından da uzaklaşmak anlamına gelmektedir. Bu modelde hasta birey müşteriye, ASM'leri işletmeye dönüştürülmüştür. Hekime kayıtlı kişi sayısı gelir olarak görülen işletmenin devamı için esas alınmıştır.

Aile hekimliği sistemi ülkemizde uygulanmaktadır. Bu durum devam edecek bir sağlık sistemi gerçeğidir. Uygulamanın genişliği nedeni ile tüm illerden elde edilen veriler ile gerekli revizyonların yapılması ve mümkün olduğunca az sorunla uygulamanın yürütülmesi için gerekli düzenlemelerin ve eğitimlerin sürekli yapılması gereklidir. Şüphesiz yeni bir uygulama ve çalışma şekli, hem hekimler ve diğer sağlık personeli açısından, hem denetleme ile sorumlu sağlık otoriteleri açısından ve aynı zamanda hastalar açısından yeni ve değişik sorunları beraberinde getirecektir. Elde edilen veriler ile öngörülebilir sorunların giderilebilmesi için iyi uygulama örnekleri yaygınlaştırılmalı, öngörülemez sorunlarda ise cezalandırmak yerine yapıcı, etkili ve hızlı çözüm getirilmesi amacı ile ortak çaba gösterilmelidir (Aktaş ve Çakır, 2012).

Bütün var olan sıkıntıların giderilmesi için, yapılacak hizmet içi eğitimler ile hizmeti sunan hekim ve diğer sağlık çalışanlarının görev dağılımları, hizmetten beklentilerinin amaç ve hedeflerin planlanması, çalışanların iş doyumu ve motivasyonunu arttıracaktır. Yalnız iş yada sağlık hizmeti, kayıt altına alınması için yapılmayıp bir hedef doğrultusunda yapılmış olacak ve dolayısıyla hizmeti veren ve alanın memnuniyeti artacaktır. Böylece hizmete erişim, süreklilik, kapsamlılık, koordinasyon gibi temel ilkelere dayanan aile hekimliği daha kolay anlaşılır ve uygulanabilir olacaktır (Dikici ve Kartal, 2007).

Sonuç olarak, sağlık alanında yeniden yapılandırılmaya gidilen yasa veya yönetmeliklerde, hemşirenin evrensel Temel Sağlık Hizmet boyutundaki yeri asla unutulmamalı ve hemşirelik yasa/yönetmenliğinin korumaya, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında mutlaka

uygulanması sağlanmalıdır. Birinci basamak sağlık sisteminde, Aile Hekimliği hizmet boyutunda çalışacak **aile sağlığı elemanlarının**, mutlaka bu alanda çalışmaya uygun eğitim almış, hemşire/ebe meslek grubundan olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı (SB): Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (24.11.2004. Resmi Gazetede Yayımlandığı Tarih: 09.12.2004. Sayı:25665). <http://www.saglik.gov.tr>
2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB): Mevzuat:<http://www.aile.gov.tr/> mevzuat (10 Aralık 2013).
3. Akdağ R: *Türkiye sağıktadönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, 2008.
4. Aktaş EÖ, Çakır G: Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri. Bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 51(1); 021-029, 2012.
5. Belek İ: Sağlıkta dönüşüm. *Hekimden Hekime*, Kış; 23-28, 2004.
6. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, et al: Aile hekimliğinde kavramlar; görev tanımı ve disiplinin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J MedSci*, 27(3); 412-8, 2007.
7. Elbek O, Adaş BE: Sağlıkta dönüşüm eleştirel bir değerlendirme. *Türk Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1); 33-44, 2009.
8. Ergun AD, Gül SS: *Küreselleşme, ulus ötesi aktörler ve Türkiye'de sağlık hizmetinin piyasalaştırılması*. Aydın AH, Taş İE, Kılıç M, Gül Z, (editörler). *Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi ve Hizmeti*. Kahramanmaraş, Kahramanmaraş Sütçü İmam üniversitesi Yayın No: 136, 2010, s. 196-214.
9. Nahcivan N: *Sağlık bakım sistemi*. Aştı Atabek T, Karadağ A (editörler). Hemşirelik Esasları. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013, 37-55.
10. Öztekin Z: Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40; 6-12, 2009.
11. Pala K, Sarısözen D, Türkan A ve ark: Bursa Sağlık Ocaklarında Çalışanların Döner Sermaye ve Aile Hekimliği İle İlgili Düşünceleri. *Toplum ve Hekim*, 20(3); 177-185, 2003.
12. Sönmez MO, Sevidik F: Sağlıkta dönüşümün sağlık personeli üzerindeki etkisi: aile sağlığı elemanı olmak. *TAF Prev.Med.Bull*, 12(1); 43-48, 2013.
13. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A: Aile HekimliğiSisteminde Birinci Basamak Sağlık kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş doyumu (Eskişehir). *TAF Prev Med Bull*, 7(5); 377-384, 2008.