

Önyazı | Forewords

Dr. Yavuz AYHAN

‘Standartları Belirlemek İçin Uygulamaları Anlamak’

Sağlık sisteminde hizmet alanlara yönelik genel sağlık sigortası, devlet hizmet yükümlülüğü, tıp ve uzmanlık eğitimi kontenjanlarının arttırılması gibi düzenlemeler ile nüfus başına düşen uzman sayısında artış olduğu bildiriliyor (Atun ve ark. 2013). Sağlıkla ilgili şikayeti olan kişiler bugün Türkiye’nin bir çok yerinde Devlet Hastaneleri veya Eğitim Araştırma Hastaneleri’nde istedikleri birime başvurarak bir uzman doktor tarafından değerlendirilmeye alınabiliyorlar. Birçok kişi aile hekimlerinin sistemin düzenli işlemesi açısından yararlı filtresini aşarak bu seçeneği kullanılıyor.

Bazı parametreler söz konusu olduğunda sağlık sistemi açısından bu durum avantaj doğuruyor gibi görünebilir. Örneğin uzman hekim değerlendirmesi şart olan hastalar kısa zamanda hekime ulaşabiliyorlar. Uzman hekim değerlendirmesi direkt harcama açısından hastalara belirgin yük getirmiyor. Böylece derdine deva arayan bir insan gözü ile ‘karşılanabilir’ bir ücret karşılığında, o ücret hemen oracıkta tahsil edilmeden ve hemen hiç beklemeden, üstelik bir uzman tarafından bir çözüm yolu sunuluyor. İstatistik Kurumu verilerine göre sağlık alanında kişilerin memnuniyetinde kademeli artış gözleniyor (TÜİK 2013). Öte yandan, anketlerle belirlenen ‘hasta memnuniyeti’ verilen hizmetin niteliğini değerlendirmede ne kadar yeterli? [‘Psikiyatri hastaları’na memnuniyet anketi uygulanmamaktadır (SKADB 2012)] , Sağlık hizmetinin niteliği sağlık sistemimizde nasıl değerlendiriliyor?

Birçok hastanede uzman hekimlerin bir günde değerlendirdiği hasta sayısının hizmetin niteliğini bozacak ölçüde yüksek olduğu, meslektaşlarımızın yakınmalarını değişik platformlarda dile getirdiği bir konu (Şipal BM 2013). Ülkemizde branşımızı ilgilendiren geniş çaplı bir çalışma olmaması veriler ile konuşmamızı güçleştiriyor. Amerika Birleşik Devletleri’nde uygulanan bir ankete göre psikiyatrların %55’i haftada 50 hastadan az muayene ederken, haftada 100 hasta ve daha çok muayene eden psikiyatr oranı %10’un altında kalıyor (Medscape PCR 2013). Türkiye’de psikiyatri polikliniklerinde hekimler ortalama kaç hasta muayene ediyor, bu sayı örneğin üniversiteler, devlet hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, eğitim araştırma hastaneleri arasında ne kadar değişkenlik gösteriyor, bilmiyoruz. Amerika Birleşik Devletleri’nde bir psikiyatr muayenesi ortalama 35 dakika sürüyor ve diğer tıp branşları ile karşılaştırıldığında en uzun süreyi oluşturuyor (dahiliye branşında bu süre 22 dakika olarak bulunmuş) (CDC/NAMCS 2010). Ülkemizde tüm tıp branşları söz konusu olduğunda Sağlık Bakanlığı verilerine göre ortalama muayene süresinin 8 dakika 42 saniye olduğu tespit edilmiş (Mollaoğlu ve ark. 2013). Bu durumda bazı okuyucular psikiyatri söz konusu olduğunda 15 dakikanın dahi pratikte ‘iyi’ bir süre olduğunu duymaktan şaşırabilir. Ancak çok temel olan bu konuda dahi henüz elimizde bilimsel veri yok. Değerlendirme etkinliği söz konusu olduğunda ise, ‘kısa değerlendirme’nin nitelik açısından eksik olduğu düşüncesinin ne ölçüde önyargılı olduğunu bilmiyoruz. Yani tanı ve tedavi planı sonlanım noktası olarak kabul edildiğinde hastaların ne kadarında örneğin 50 dakikalık bir

ilk görüşme ile 15 dakikalık bir ilk görüşme, farklılık gösterecektir? ‘Kısa muayene’ nin ardından hastaların ne kadarı aynı şikayet ile başka bir doktora muayene oluyor? Başka bir doktor tarafından değerlendirilen hastalarda tanı tutarlılığı ne kadar? ‘Kısa muayene’ ile konulan tanıların uzun dönemde ne kadar aynı kalıyor? Önerilen ilaçlar ne kadar değişiyor? Muayene süresi ilaç uyumunu ne yönde etkiliyor? ‘Kısa değerlendirme’ akılcı olmayan veya gereksiz ilaç kullanımına, ilaca bağlı komplikasyonların artmasına yol açıyor mu? Belki hepimizin klinik tecrübelerimiz, mesleki bilgilerimiz dolayısıyla bu sorular ile ilgili fikirleri, sorulara hızla verebileceği yanıtlar var. Ancak günümüzde, ülkemizde bu soruların karşılığını sayısal olarak bulmakta zorlanıyoruz.

Sağlık sistemleri açısından da genel kabuller sorgulanabilir, uygulamalar değerlendirilebilir. Örneğin hasta başına düşen doktor sayısının düşük olması (Solak ve ark. 2010) kısa süreli muayeneler için istisna kabul etmeyen bir gerekçe midir? Kişi başına düşen psikiyatr sayısı az olduğu için bir psikiyatrden önce aile hekimleri tarafından depresyon tedavisi verilseydi, psikiyatr değerlendirmesinin niteliği artabilir miydi? Yanıtı muhtaç. Bu durumda toplumda ruhsal hastalık sıklığı ve hastalıkların düzelme hızında bir fark olacak mıdır? Veya psikiyatri hizmetlerinde basamaklandırmaya gidilse ve basamaklar esas alınarak psikiyatrik muayene için farklı değerlendirme ölçütleri geliştirilse az sayıdaki uzman gücü daha etkin kullanılabilir mi? Böyle bir düzenleme ile toplumdaki ruhsal rahatsızlıklar ve olumsuz etkileri açısından durum değişecek mi? Beklenmedik sonuçları olabilecek bu soruların sağlık sistemimizdeki yanıtı bilinmiyor. Sorular elbette her sağlık sisteminin kendi şartları göz önünde tutularak çeşitlendirilebilir/çoğaltılabilir, ancak yanıtlar ve elde edilecek yanıtların yol göstereceği dengeli bir sağlık organizasyonu için sistemli araştırmalara ihtiyaç var.

Elbette muayenelerin niteliği söz konusu olduğunda günümüzde üzerinde tartışılan ve karar alma mekanizmalarını etkileyen başka parametreler mevcut ve bu parametrelerin karar noktasında görelî öneminin farkında olmak gerekir. Örneğin Sigorta Kurumları, verilen hizmetin ana finansörü olarak günlük pratiğimizde aldığımız kararlarda önemli rol oynayabiliyor, bizler de, hayat standartlarımızı sürdürebilmek için uygulamalarımıza dahil edebiliyoruz. Ancak psikiyatrlar (ve hekimler) olarak tıbbi ilişkinin niteliği konusunda asli sorumluluk sahibi olduğumuz bir gerçektir. Branşımızın zengin tarihsel geleneği, farklı toplumlardaki uygulamalardan öğrendiklerimiz ve ülkemiz psikiyatrlarının düşünsel çabası psikiyatrik değerlendirme standartlarını ortaya koymak konusunda belirleyici olmuştur. Öte yandan, hastanın yararı en ön plana konularak oluşturulan bu standartları koruyabilmemiz veya daha üstün hale getirmemiz ve olumsuz olabilecek değişikliklere karşı belirlenen standartların uygulanması konusunda ısrarcı olabilmemiz; ancak ortaya konan uygulamaların, yani günümüzde ne yapılmakta olduğunun sonuçlarını sistemli şekilde araştırmamız, uygulama sonuçlarını karşılaştırılabilir verilere dökülebilmemize ve elde edilen neticeye göre revizyona açık olma esnekliğini gösterebilmemize bağlıdır.

Kaynaklar

- Atun ve ark. (2013) Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. Lancet 382:65-99.
- Centers for Disease Control and Prevention Web site (CDC). National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) 2010. Centers for Disease Control and Prevention: National Center for Health Statistics. 13 Ağustos 2013 tarihinde http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2010_namcs_web_tables.pdf adresinden indirildi.
- Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Alkan A ve ark. (2011) Toplumun Akılcı ilaç Kullanımına Bakışı. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı.
- Physician Compensation Report 2013 (PCR), Medscape. 13 Ağustos 2013 tarihinde <http://www.medscape.com/sites/public/physician-comp/2013> adresinden indirildi.
- Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (SKADB) (2012) Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı. 08/13/13 tarihinde http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/04_nisan_2011/memankreh.pdf adresinden indirildi.
- Solak M, Kapıcıoğlu S, Duman Ö ve ark. (2010) Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, YÖK Yayınları.
- Şipal BM (2013) Bir günde 200 hasta bakılır mı? Hekim postası 50:10.13 Ağustos 2013 tarihinde <http://www.hekimpostasi.org.tr/2013/03/13/bir-gunde-200-hasta-bakilir-mi/> adresinden indirildi.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2013) Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2012. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.
- TBMM Tutanakları, 13 Ağustos 2013 tarihinde <http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-13926sgc.pdf> adresinden indirildi.