

Salgın dönemi alışkanlıklarımızı hastane başvurularında avantaja çevirmek

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Sakarya, Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevini üstlendi. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

COVİD-19 salgını esnasında alınan tedbirler ve vatandaşlarımızın bu tedbirlere verdiği reaksiyon neticesinde hastanelerimizde göğüs hastalıkları, enfeksiyon klinikleri ve yoğun bakım servisleri dışında hasta sayısı önemli oranda düştü. Elektif vakaların ertelenmesine yönelik Bakanlık tebliğine ilave olarak vatandaşlarımızın çoğunluğu zorunlu olmadıkça hastaneye gitme davranışını kazanmış oldu. Acil servislerimizde ise COVID-19 şüpheli vakalar dışında belirgin bir azalma oldu.

Bilhassa acil servis başvurularının çoğunun, acil olmayan hastalardan oluştuğu bilinmektedir. Bu dönemde COVID-19 hastaları nedeniyle acil servislere yeni başvurular olmasına rağmen toplam hasta sayısında düşüş yaşanmıştır. Gerçek acil hastanın hastaneye gelişinde hiçbir engel bulunmamaktadır. Dolayısıyla şu anda acil servislerimizde sadece gerçek acil hastaların bulunduğu düşüncesini desteklemektedir.

Özetlersek, acil servis, poliklinik ve kliniklerin iş yükünün azalmasında iki temel faktör var. Birincisi elektif vakaların

ve ertelenebilir hastalıkların etkisi, diğeri ise "mecbur olmadıkça hastaneye gitme davranışının" kazanılması. Bildiğimiz gibi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte bir yandan hastanelere erişilebilirliğin artması, diğer yandan performansla göre teşvik verilmesi hastanelerin hasta yükünü o oranda artırmıştır. Bugün unutulmaya başlayan hastane kuyruklarının azaltılması için ortaya konan bu politikalar çok etkili olmuş ve hedefine ulaşmıştır. Bugün için abartılmış hastane başvurusu olarak yeni bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu sorunun üstesinden gelmek, krizi fırsata dönüştürmekle mümkün olabilir. Şöyle ki, bugünlerde geçici olarak kazanılmış olan "mecbur olmadıkça hastaneye gitme davranışının" kalıcı hale getirilmesine yönelik tedbirler geliştirebiliriz. Bunu başarabilmek için detaylı bir politika oluşturularak hayata geçirmek gerekebilir. Ama elimizde böyle bir fırsat olduğu, bunu kaçırmamız gerektiği de açıktır. Davranış değişikliği kazanmak çok zordur. Kural değiştirmekle erişkin davranışlarında değişiklik kolayca ortaya çıkmamaktadır. Detaylı bir politika, kapsamlı bir eylem planı, politikaya uygun teşvik tedbirleri ve bü-

tün iletişim kanallarını kullanarak geniş bir bilgilendirme yaparak bunu başara-

Bu arada sokağa çıkma kısıtlaması sonrasında insanların alışverişe hücum etmesi gibi, salgın sonrası hastanelere de hücum beklenmelidir. Buna fırsat vermemek için şimdiden tedbirler almalı ve beklentilerin bir kısmını karşılamalıyız.

Böyle bir politika için anahtar söylem "mecbur olmadıkça hastaneye gitme", veya olumlu bir ifadeyle "sadece mecbur kaldığında hastaneye git" olabilir. Sorunun en fazla olduğu eğitim hastanelerinden başlayabiliriz. Politikayı kademeli olarak ortaya koymak öğrenme eğrisini yavaşlattığından etkili olmamaktadır. Onun için tam bir reform paketi şeklinde bütün tedbirleri bir arada uygulamak daha etkili olabilir.

Önerilerimizi şöyle sıralayabiliriz:

Bu dönemden başlamak üzere, hastane polikliniklerinde sadece MHRS randevulu hastalara bakılacaktır. Ancak MHRS randevu alternatifleri artırılarak hastalara kolaylık sağlanacaktır. Vatandaşın doğrudan aldığı MHRS randevu



programı 20 dakika aralarla planlanacaktır. Buna dış MHRS randevusu diyelim. 6 saatlik bir yoğun poliklinik hizmeti planlarsak, günde bu yolla 18 hasta randevu alabilecektir. Bu randevu alanların hepsi hastaneye gelmediğine göre bu aralar fiiliyatta daha geniş olacaktır. Zaten önemli oranda hasta yanlış branşı tercih etmektedir. Burada beklenen sonuç randevu alabilme sürelerinin uzamasıdır. Bu dış MHRS randevusu, doğrudan alınabileceği gibi, sistem gelişince, önce “Neyim var” uygulamasına girilip doğru branşı belirlendikten sonra randevu alınmasını teşvik edici tedbirler de geliştirilebilir.

Yukarıda tanımladığımız her iki MHRS randevusu arasında bir hasta için boş randevu pozisyonu açık tutulacaktır. Yine 6 saatlik bir yoğun poliklinikte bu aralarda 18 hastaya daha randevu verilebilecektir. Bunu da iç MHRS randevusu olarak adlandırabiliriz. İç MHRS randevularının daha erken dönem verilmesi beklenir. Bu açıdan hasta açısından avantaj oluşturacaktır. Mesai dışı poliklinik uygulaması yapılan hastanelerde bu randevu saatlerine mesai dışı çalışma saatleri de eklenebilir. Hastaların mesai dışı muayene taleplerinin bir karşılığı olması gerekir. Mesela muayene katkı payı artırılabilir.

İç MHRS randevusu sadece belli kişiler tarafından verilebilecektir. Bunlar 1-klinik telefon nöbetçi hekimleri, 2-aile hekimleri ve 3-polikliniklerde kontrol muayene görevlileri olacaktır.

Klinik telefon nöbetçi hekimleri, her eğitim kliniği ihtiyaca göre bir veya 2 doktorunu (uygulamada asistan olacaktır) mesai günlerinde telefon nöbetine koyacaktır. Bugün için doktorla başlanır. Sistem gelişince yetişmiş sağlık personelleri çağırılı karşılayabilir. Ancak gerekli olduğunda doktor devreye girer. Bu nöbetçi doktor, kendisine telefonla ulaşan hastalara cevap verecektir. Bu bir uzaktan tıbbi konsültasyon değildir. Belki tıbbi danışma diyebiliriz. Dolayısıyla malpraktis vb. tartışmalara kurban edilmemelidir. Bugün için branşla ilgili şikayeti olup gelemeyen veya daha önce tedavi almış olup kontrole gelme noktasında sorusu olan kişiler başvuracaktır. Nöbetçi doktor, bu kişiler için uyarısı varsa yaparak, tereddüdü halinde hastaneye gelmesini isteyecektir. Bu durumda iç MHRS randevusu verebilecektir. Klinik telefon nöbeti, hastaneye gereksiz gelen önemli sayıda hastanın gelişini engelleyecektir.

Hastaların doğrudan klinikleri araması zor olabilir, istismarlar bulunabilir. Bu uygulama bir çağrı merkezi aracılığıyla yürütülüp ilgili klinikle bağlantı kurmak şeklinde tasarlanabilir. Doğrudan MHRS çağrı merkezi bu işi üstlenebilir. Bu durumda ek bir yatırım gerekmez.

Klinik telefon nöbeti, teknoloji desteğiyle geliştirilerek bir tele sağlık hizmetine de dönüştürülebilir. Hastanın sahip olduğu mobil cihazlar, veri aktarımı ve görüntü iletimi sayesinde gittikçe gelişen bir alan haline alacaktır.

Aile hekimleri doğrudan iç MHRS randevusu verebilir. Kendi gördüğü hastasını hastaneye yönlendiren aile hekimi, zorlayıcı istisnaları olsa da bir triyaj yapmış olacaktır. Yani en olumsuz senaryoda dahi “Neyim Var” uygulamasını fiilen gerçekleştirmiş olacaktır. Bu yolla randevu almayı tercih eden hastanın aile hekimine uğramayı alışkanlık haline getirmesi bile bir kazanımdır.



Pandemi dönemindeki alışkanlıkları olumlu yönde değerlendirip hastanelerimizin kullanımında akılcı bir yöne çevirebiliriz. Kapsamlı bir program, yaygın bir kampanya ile bunu başarabiliriz. Bu yöndeki başarı hem hastalarımızı hem gereksiz yüke maruz bırakılan doktorlarımızı rahatlatacaktır.

Aile hekimleri doğrudan iç MHRS randevusu verebilir. Kendi gördüğü hastasını hastaneye yönlendiren aile hekimi, zorlayıcı istisnaları olsa da bir triyaj yapmış olacaktır. Yani en olumsuz senaryoda dahi "Neyim Var" uygulamasını fiilen gerçekleştirmiş olacaktır. Bu yolla randevu almayı tercih eden hastanın aile hekimine uğramayı alışkanlık haline getirmesi bile bir kazanımdır. Kaldı ki, bu yolla hastaneye doğrudan gitmesi muhtemel önemi sayıda hasta engellenecektir.

Hastanede yatış sonrası taburcu edilerek veya polikliniklerde muayene edilip fiili olarak kontrole çağrılan hastalara hastaneden çıkmadan görevliler tarafından kontrol muayenesi randevusu verilecektir. Bu hastaların fiili muayene gerekmeyen kontrollerinin telefonla yapılabileceği yukarıda belirtilmişti. Bu ayırım konusunda hastanelerimizde titiz bir eğitim/bilinçlendirme gerekmektedir.

Aslında telefon nöbetçi hekimleri dışında iç MHRS randevu sisteminin alt yapısı bugün mevcuttur. Ancak yeterli teşvik ve yönlendirme olmadığı için yeterince uygulanmamaktadır. Hastaların doğrudan müracaatının engellenmesi ve iç MHRS randevusunun daha erken alınabilmesi gibi hususlar daha sık kullanılmasını teşvik edecektir. Bu uygulamayı teşvik edici başka yöntemler de bulunabilir.

Böylece;

a) Servis telefon nöbetçilerinin çağrılara verdikleri cevaplarla önemli oranda hastanın hastaneye gelmesi engellenecek.

b) Dış MHRS randevusu devam ettirilerek hastaların bugün sahip oldukları avantaj korunacak,

c) İç MHRS randevu sistemiyle telefon

başvurusu ve aile hekimi başvurusu teşvik edilecek, buralarda önemli oranda hasta elenecek,

d) Kontrol hastaları telefon ve fiili kontrol olarak ayrılacak, fiili kontrol iç MHRS randevuları verilerek kolaylık sağlanacak. Hastaneye gelen kontrol hastası sayısı azalmış olacak.

e) Eğitim hastanelerinin normal polikliniklerinde randevusuz hasta kabul edilerek hastane içi düzen sağlanacak, belli saatlerde aşırı yığılmalar olmayacak,

f) Toplamda bir poliklinikte 36-48 hasta bakılacak. Hastalar süzülerek geldiği için bunlar önemli oranda gerçek hasta olacak. Salgın öncesi hastane polikliniklerimizde yüze yakın hasta görülmüş olmasına rağmen, bu basamağa başvurması gereken hasta bu sayıyı çok geçmemektedir.

Hastanelerimizde yaygın olan kanaate göre, daha çok poliklinik hastası baktıkça, daha fazla gelirleri olmaktadır. Global bütçelemenin olduğu bu dönemde bu doğru olmayan bir kanaattir. Ancak bireysel performansta hasta muayenesi önemli bir yer tuttuğundan, doktorlarımız bir yandan şikayet etmekte, diğer yandan daha fazla poliklinik hastası kaydetmek için yarışmaktadır. Burada işin uygulanışı gereği, kliniklerdeki hocalar fazla bakılmasını istemekte, asistanlar ise şikayet etmektedir. Bireysel performans uygulamasını kaldırırsak, İç MHRS randevusu engellenir. Dolayısıyla bireysel performansı koruyup hasta sayısına tavan koyarak (tam gün poliklinik başına 50 hasta gibi) bu sorunu aşabiliriz.

SUT'ta muayene fiyatı bir paket olarak yer almaktadır. Fiyatın bugünkü gerçek maliyetle hiç ilgisi olmadığı bilinmektedir. Toplam hasta sayısı düşürülürse, bütçe bütünlüğü bozulmadan birim muayene fiyatı artırılabilir. Global bütçelemede bunun çok önemi bulunmuyor. Ayrıca SUT'ta hastayı hastaneye gitmeye mecbur bırakan birçok hüküm vardır. Raporlu ilaç yazdırma, uzman hekim reçetesi vb. Bu hükümler elden geçirilip yarar ve zarar hesaplaması yapılarak ciddi bir ayıklamayla hastaneye yönlendirilen hasta sayısı düşürülebilir.

Neticede bu uygulamaları hayata bir paket olarak geçirmek gerekir. Bu paketin yoğun bir kampanyası yürütüle-

bilir. Hem sağlık personeli hem de vatandaşlarımızda bu hususta farkındalık artırılabilir. “Sadece mecbur olunca hastane”, “hasta muayenesinde kalite”, “işimiz hastayı görmek değil, kaliteli muayene” gibi vurgular yapılabilir. Bu konuda profesyonel bir kampanya işimizi kolaylaştıracaktır.

Acil servis başvuruları için de bazı tedbirler almamız mümkündür. Kendisinin acil hasta olduğuna inanan bir kişinin acil olmadığına ikna etmek zordur. Bu yüzden tanıtım ve propagandalarla hastaneye başvurması gereken acil konusunda yaygın bilinçlendirme faaliyetine ihtiyaç vardır. Hastanede acil servislerini, “işini hızlı görme”, “randevusuz muayene olma”, “ilaç yazdırma”, “pansuman yaptırma”, enjeksiyon yaptırma” mekanları olmaktan çıkarmamız gerekir. Bu tür talepler meşru ise başka mekanlarda çözülebilir.

Hastanelerde acil servisler hastaların girebildikleri yerler değil, triyaj sonrası hastaların alınabildiği yerler olmalı, mimari tasarımlar, organizasyonlar buna göre yapılmalıdır. Acil hasta triyajı başlıca 3 şekilde yapılabilir: hastane dışı acil sağlık ekibi tarafından, aile hekimi tarafından, acil servis girişindeki triyaj ekibi tarafından. Bu triyaj noktalarından geçmiş hastalar doğrudan acil servise (kırmızı alana) alınarak acil hasta muamelesi görür. SGK'nın acil hastaya ilişkin hükümleri sadece bu hastalar için geçerli olabilir.

Türkiye’de çok gelişmiş bir acil ilk yardım sistemi mevcuttur. Çağrı üzerine vakaya ulaşan acil ilk yardım ekibinin, diğer bir ifadeyle ambulansın getirdiği her hasta triyajı yapılmış acil hasta muamelesi görür. Mümkün olduğunca acil servislerde ambulans girişi, yaya girişleri ile kesişmeyen, ayrı noktada ve yaya olarak ulaşılması zor bir konumda olmalı, ambulans hastayı doğrudan acil servise yani kırmızı alana ulaştırabilmelidir.

Aile hekimleri de birer triyaj noktası olarak kabul edilmelidir. Acil servislerde bulunan bir çağrı noktasını kimlik teyidiyle arayan aile hekiminin gönderdiği hasta acil kabul edilmeli ve doğrudan kırmızı alana alınmalıdır. Aile hekimleri bu gibi durumlarda ağır olabilecek hastaları için zaten ambulans çağıracağı için, yukarıdaki durum işleyecektir. Ancak başka yollarla da gelse hasta acil kabul edilmelidir.



Artık telefon çok geçerli bir iletişim aracıdır. Hemen herkeste mevcuttur. Aile hekimlerinin kayıtlı bireylerine telefon numaralarını ilan etmeleri yönünde bir düzenleme yapmak gerekebilir. Bu uygulama, hastaların acile kolay ulaşmak için önce aile hekimlerini aramalarını sağlayacak, her hâlükârda bir kısmı bu aşamada elenecektir. Acil servislerde bir çağrı masası kurulabileceği gibi MHRS çağrı merkezinden de yararlanarak bu yapı oluşturulabilir.

Tüm bunlara rağmen, henüz toplumsal bilinç oluşmadığı için hasta kendisini acil kabul ederek doğrudan başvurabilecektir. Bu yolla gelen hasta acil servise değil, acil öncesi bir alana (sarı alan, yeşil alan) geldiğini hissetmelidir. Yani hasta doğrudan acil servise giremediği bilincini kazanmalıdır. Bu yönde düzenleme yapmak zor olmasa gerekir. Ayaktan ya da kendi aracıyla acil servis ön alanına gelen her hasta buradaki triyaj ekibi tarafından karşılanacaktır. Bu şu anda zaten yapılıyor. Ancak acil servise girdiği hissi ve inancında olan bir hastanın “acil olmadığı” yargısını kabul etmesi zor oluyor. Bu yüzden bu triyaj mekanları konseptte uygun tasarlanmalıdır.

Trijaj alanının bulunduğu ortam, acil hastaya müdahale yapılabileceği görünüşü vermemelidir. Hasta kapıdan girer girmez onu karşılayacak bir yapı olmalı, beklemeden triyaj ekibiyle muhatap olmalıdır. Bununla birlikte geniş ve mümkün olduğunca konforlu bekleme salonları olmalı ve acil kodu alamayan hastalar bu salonlarda beklemeye davet edilmelidir. Hasta alındığı salonunda en az ne kadar süre bekleyeceği

konusunda bilgilendirilmelidir. Bu triyaj ekibince sözlü söylenebilir, eline bu bilginin yazılı olduğu bir kart verilebilir. Ancak nasıl olursa olsun, beklediği salonda asılı tablolarla aynı bilgiler ilan edilmelidir. Bu bekleme salonlarında tercihan en az bir psikolog bekleyen hastalarla ilgilenmeli, onların sorularına cevap vermelidir. Bu hastalara gerçek acil olmadıkları konusunda telkin yapılabilmelidir.

Acil servis çalışanlarına vaka bazlı bireysel performans göre ek ödeme yapılması doğru değildir. Sabit bir ek ödeme tercih edilebilir. Ancak bu durumda acil servislerde yığılma başlayacaktır. Belki sabit bir ek ödemeye ilave olarak sadece ambulans ve aile hekimi aracılığıyla gelen hastalar performansla ilave edilebilir. Doğrudan baş vuran hastanın hiçbir surette performansa dahil edilmemesi gerekir.

Poliklinik hastalarının yönlendirilmesinde olduğu gibi, acil hastaların yönlendirilmesinde de yoğun bir propaganda yapmalıyız. “Acil servisler doğrudan gidilecek yerler değil”, “acil durumda ambulans çağırınız” “durumunuzun acil olduğunu düşünüyorsanız aile hekiminizi arayınız” benzeri temalı kampanyalar düzenlenebilir.

Pandemi dönemindeki alışkanlıkları olumlu yönde değerlendirip hastanelerimizin kullanımında akılcı bir yöne çevirebiliriz. Kapsamlı bir program, yaygın bir kampanya ile bunu başarabiliriz. Bu yöndeki başarı hem hastalarımızı hem gereksiz yüke maruz bırakılan doktorlarımızı rahatlatacaktır.