

DERLEME**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KAPSAMINDA
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE
HEMŞİRE NEREDE?***

Aynur UYSAL**

"Toplumsal bir sorunu incelerken bu ister sağlık, isterse hemşirelik olsun, sağlık politikaları ve onun özünü oluşturan sağlık sisteminin bir ülkenin siyasi, politik ve ideolojik tercihini yansıttığı gerçeğini" (Özkan, Ö 2003) göz önünde bulundurmaya zorundayız. Herhangi bir soruna bu gerçeği göz ardı ederek çözüm aramaya kalkıştığımızda, kendimizi dar bir alanda sonuçsuz girişimler içinde bulabiliriz. Biz hemşirelerin mesleki mücadelesindeki başarısızlıkların altında yatan da, sorunu sistemden ayrı düşünerek çözmeye girişimlerimizdir.

Bu bakış açısı ile ülkemizdeki sağlık politikalarının zaman içindeki değişimi ve temelde neyi hedeflediği gerçeğini göz önünde bulundurarak "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" kapsamında yasa ve yönetmeliklerde yapılan değişikliklerin halk sağlığına ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere yansımalarını incelemek daha doğru olacaktır.

Türkiye'de 1980'li Yıllar ve Sağlığa Yansımaları

Dünyada 1970'li yıllar, ülkemizde ise 1980 yıllar sağlık dahil, tüm kamusal hizmetler açısından oldukça önemlidir. Bu tarihten itibaren kamu sektörü, özellikle de sağlık sektörünün yapısal bir değişime girdiğini görmekteyiz. Değişimi yaratan temel belirleyici neydi? Bu sorunun yanıtını vermeden değişime götüren sorunlara çözüm üretmek bütünden uzaklaşmak olacaktır. Bu nedenle dünyada 1970'li yıllarda petrol krizi ile kendini gösteren iktisadi bir krizi; bir üretim tarzı olan kapitalizmin krizini görmemiz gerekir. Bu üretim tarzı tarihin belirli

dönemlerinde toplumsal değişimlere neden olan yapısal krizler yaşamış ve yaşamaktadır. Mevcut sistemin gelen bu krizleri kendisine sahip çıkarak çözümlenmeye çalıştığı bilinen bir gerçektir (Özkan, Ö. 2003, 95). Bu amaçla; piyasaları küreselleştirmiş, rekabeti hızlandırmış, tüm kamusal hizmetleri özerkleştirmiş/özelleştirmiş, esnek üretimi benimsemiştir.

Bu neo-liberal ekonomik politikaların sağlık çalışanları ve toplumun sağlığına yönelik en önemli yansıması, bir kamu hizmeti olan sağlık ve eğitimin özerkleştirilerek/özelleştirilerek serbest piyasaya bırakılması ve böylece hizmetlerin rekabete teslim edilmesi şeklinde olmuştur (Özkan, Ö. 2003, 96).

1980 sonrası uygulanan neo-liberal politikaların sağlık alanına yansımaları çok daha hızlı olmuştur. Özellikle 1980'den sonra kamu sağlık sektörüne kaynak aktarımı azalmış, özel sağlık sektörü kredilerle desteklenmiştir. Sağlık alanında yaşananları ana başlıklar altında kısaca özetleyecek olursak;

- Genel bütçeden Sağlık Bakanlığı (SB)'na ayrılan pay son yıllarda %3-4 arasında seyretmiştir. Oysa Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Türkiye gibi ülkeler için en az %10'luk bir oran önermektedir. Genel bütçeden SB'na ayrılan pay açısından Türkiye Avrupa ülkeleri arasında en sonra, kendi gelir grubundaki ülkeler içinde en düşük kaynak ayıran ülkeler arasındadır (Özkan, Ö 2003).

- Sağlık yatırımları sınırlandırılmış, kamu sağlık hizmetlerinin genişlemesi durdurulmuş, daha sonra da çöktürülmüştür. Kamu sağlık sektörünün çöktürülmesi bir yönüyle koruyucu sağlık hizmetlerinin iflas etmesi şeklinde yaşanmıştır. Su ve kanalizasyon gibi altyapı yatırımları giderek kısırlarken, SB'nın yaptığı koruyucu sağlık hizmetleri

* 3. Uluslararası - 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde panel konuşması olarak sunulmuştur (7-10 Eylül 2005, İzmir).

** Yrd. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.

yatırımları 1992'de %7.2 iken son yıllarda %1'ler düzeyine gerilemiştir (Soyer, A. 2000, 264).

- Bu gerilemenin bir başka sonucu, zaten sınırlı sayıda olan sağlık ocaklarının halktan para almadan ayakta duramaz duruma gelmesidir. Ücretsiz sunulması gereken aşı, spiral uygulama, enjeksiyon, tansiyon ölçtürme vb hizmetler ücretlendirilmiştir.

- Sağlık ocakları ve sağlık evlerinin sayısal durumu, özellikle Güneydoğu Anadolu illeri ve büyük kentlerin yoksul bölgelerinde nüfusun ihtiyacının altında kalmıştır. 2003 yılı itibarıyla, sağlık ocağı başına düşen nüfus 12100 civarındadır (SB-TSH Çalışma Yıllığı, 2003).

- Sağlık Ocaklarında personel oranı da 1999-2003 yılları arasında azalan bir seyir izlemiştir. Örneğin, 1999'da kent sağlık ocaklarının hekim doluluk oranı %78.2 iken, 2003'te %50.13'e; kırsal sağlık ocaklarında %59.7'den %26.94'e düşmüştür. Hekimi olmayan sağlık ocağı oranı %11.3'ten %17'ye yükselmiştir. Bu oran Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde %21'e çıkmaktadır. Sağlık ocaklarında ve sağlık evlerinde çalışan hekim başına 4.989; hemşire başına 6 700 kişi düşmektedir. Bu sayı İstanbul'da hekim başına 13 439, hemşire başına 20.882 kişi'ye çıkmaktadır (Türkiye İstatistik Yıllığı, 2004).

- Birinci basamak sağlık kurumlarının sayısal yetersizlikleri, bu kurumların işlevsel yetersizliğine yol açmaktadır.

- UNDP 2002 verilerine göre, ülkemizdeki doğumların % 20'si eğitilmiş sağlık personeli tarafından yapılmamakta ve bebeklerin en az %15'i düşük doğum ağırlığı ile doğmaktadır. Bu ortalama oranların yoksullukla paralel olarak değişiklik göstereceğini söylemeye gerek yoktur. Ülkemizde doğrudan yoksulluk yanında temel sağlık hizmetleri ağırlık giderek güçsüzleşmesi nedeniyle gebe izlemi yetersiz yapılmakta, ülkemizin doğu bölgesinde doğum öncesi bakım alamayan gebe oranı % 62'ye kadar yükselmektedir (TTB, 2002).

- Birinci basamağın önemli işlevlerinden biri olan 0-1 yaş grubu aşılama hizmetleridir.

- Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin ölçütlerinden birisi de o ülkedeki bebek ölüm hızı (BÖH) oranlarıdır. Ülkemiz bebek ölüm hızında komşu ülkeler arasında Irak hariç, UNDP 2002 verilerine göre binde 38 ile en yüksek oranı

taşımakta, dolayısıyla en çok bebeği ölen ülkeler arasında yer almaktadır. Aynı konum 5 yaş altı çocuklar için de geçerlidir.

Tüm bu veriler işsizliğin, yoksulluğun arttığı, sağlık hizmetlerine ulaşımın gündün güne zorlaştığı ve bölgesel eşitsizliklerin derinleştiği bir tabloyla karşı karşıya olduğumuzu açıkça ortaya koymaktadır.

Bu mevcut durumda sağlık alanında gerçekten bir reforma ihtiyaç vardır.

Ülkemizde çözüm olarak neler üretilmiştir? Pala (2004) ülkemizde sağlık alanında gerçekleştirilen reformları şu şekilde özetlemiştir:

- SB'nin hizmet sunmayı bırakması
- Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi
- Sözleşmeli çalışan sağlık insan gücü
- Aile Hekimliği sistemine geçiş
- Genel Sağlık Sigortası
- Ve "rekabet" (Pala, K., 2004, 106)

Sağlık alanında reform niteliğinde geline son nokta yukarıda belirtilmiştir. Bir sistem ya da politikanın kendisini toplumsal yaşama yasaları ile kabul ettirdiği gerçeğinden yola çıkarak, aile hekimliği modelinin hemşireliğe yansımalarını, bu modelin pilot uygulaması kapsamında çıkarılan aşağıdaki yasa ve yönetmelikler doğrultusunda tartışmanın daha doğru olacağını düşünüyorum:

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (24 Kasım 2004)

Tablo 2. 0 Yaş Grubunda 2003 yılı BCG, DBT3/OPV3, kızamık aşılama oranlarının (%) bölgelere göre dağılımı

Bölgeler	BCG	DBT3/OPV3	Kızamık
Marmara	79	69	79
Ege	78	70	76
Akdeniz	84	75	80
İç Anadolu	82	74	81
Karadeniz	75	70	76
Doğu Anadolu	53	57	64
Türkiye	76	68	75

Tablo 1. Sağlık ocağı çalışmalarına ilişkin bazı hizmet göstergeleri, Türkiye, 1999-2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı	3.38	3.23	3.48	3.40	3.35
Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı	1.75	1.68	1.87	1.73	1.76
Lohusa Başına Ortalama İzlem Sayısı	0.68	0.63	0.71	0.70	0.72
SP Yardımı Olmadan Yapılan Doğumlar (%)	6.18	5.77	5.74	5.83	4.31

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (6 Temmuz 2005)

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (12 Ağustos 2005)

- Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (15 Eylül 2005)

Sağlık Bakanlığı, 20 Aralık 2001 tarihinde "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge"yi güncelleştirmiş ve sosyalleştirme (!!!) kavramını kaldırarak "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge" adı altında yeniden yayımlamıştır (**Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Gen.Müd., 2001**). "154 sayılı Yönerge" olarak da bilinen metnin yeni halinde sağlık, sağlık hizmetleri ve sosyalleştirme gibi başlıklar altında değinilmesi gereken temel ilkelere ya hiç değinilmemiş ya da yetersiz olarak tanımlanmıştır. Yönergenin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi bölümünde yeni bir uygulama olarak "Bölge Tabanlı Hizmet" getirilmiştir. Kentlerde nüfusu 10 000'i aşan ve alt yapısı ile personeli uygun olan sağlık ocaklarında, sağlık ocaklarının hizmet bölgesi alt bölgelere ayrılarak hizmetler bölge tabanlı olarak düzenlenmiştir (4. madde, o fıkrası). Bu uygulamada en az bir hekim, bir hemşire ve iki ebeden oluşan ekiplerin kişiye yönelik tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada vereceği iddia edilmesine karşın, bu tanımlamayla sağlık ocağındaki toplumsal bakış açısını görmezden gelen yeni yapılar oluşturulmuştur.

Aile hekimliği için bir deneme olarak da nitelendirilen aralarında İzmir'in de bulunduğu bazı illerde bölge tabanlı hizmet uygulaması başlatılmıştır. Amacın sağlık ocağı bölgesinde küçük sağlık ocakları oluşturmak olarak açıklanmasına karşın tamamen poliklinik hizmetlerine yönelik bir uygulama olarak çalışmakta öyle ki, neredeyse sağlık ocağında bulunan her oda poliklinik amaçlı kullanılmaktadır. Bu bölünmüş yapının sağlık ocağı bütünündeki aşı oranlarının, bulaşıcı hastalıklarının değerlendirilmesini nasıl etkileyeceği göz ardı edilmektedir. Her polikliniğe bir ebe veya hemşirenin verildiği uygulama ile alan çalışmalarının aksadığı gözlenmektedir. Yönerge hemşire için önceki yönergeye göre daha kapsamlı görevler tanımlarken, bölge tabanlı uygulama ile hemşire değil belirlenen rolleri yerine getirmek polikliniklerden çıkamaz olmuştur.

Kılıç ve Aksakoğlu'nun da belirttiği gibi "bu yönerge son yıllarda hızlandırılan sağlık hizmetlerinin özertleştirilmesi/özelleştirilmesi yaklaşımlarının yansımaları" olmuş (**Kılıç, B., Aksakoğlu, G., 2002; 202**) ve üç yıl sonra da en büyük yansıması olan Aile Hekimliği Modeli pilot uygulaması ile günyüzüne çıkmıştır.

"Aile Hekimliği Modeli, ismini Avrupa'dan almış, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın öngördüğü

modele alternatif olarak ileri sürülmüştür. Bu modelin gerekçeleri ise, nüfus yapısının değişmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin büyük kentlere ulaştırılmaması, hastanelerde yığılmaların olması, birinci basamak sağlık birimlerinin yetersiz olması vb. Aile hekimliği modelini yaşama geçirmek için, SB başta olmak üzere pek çok kurumun yukarıda ifade edilen gerekçeleri göz önüne alındığında, ülkemiz sağlık hizmetlerinde özellikle birinci basamak sağlık birimlerinde sorun olduğu yadsınamaz bir gerçektir (**Özkan, Ö 2003**). Ancak bilinmelidir ki, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası (224 Sayılı Yasa)'nın öngördüğü sağlık hizmeti örgütlenmesi özünde, doğru işletildiği takdirde beklenen hizmeti verebilecek özelliklere sahip bir örgütlenmedir. Sorun, birinci basamak sağlık hizmetlerinin neden işletilmeyip de aile hekimliği modeli üzerinde ısrar edilmesindedir.

Aile Hekimliği Modeli kapsamında çıkarılan yasa ve yönetmeliklerin halk sağlığına ve hemşirelik mesleğine yansımaları ile ilgili saptamalar:

1) Kanunda belirtilen model, nüfus tabanına dayalı örgütlenmemiş, her bir aile hekimi için kayıtlı asgari 1000, azami 4000 kişiden söz etmektedir. (5.madde)

Bir coğrafya anlayışı değil, kendisini seçen ve kaydolan kişilerle ilgilenir. Bir sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı insanlar onlarca farklı aile hekimine bağlı olabildiği gibi, bir aile hekimine bağlı olanlar da onlarca sağlık ocağı bölgesinden olabilir. Bu nedenle sağlık ocağı ekibi ve etkinlikleri ile uyumlu çalışma olanağı ortadan kalkar. Düzenli kayıt tutma, bölgede sağlık hizmetini planlamak için gerekli öncelikleri belirleme gibi gerekleri de yerine getiremez.

2) Model tedavi hizmetleri odaklıdır. Kanunda koruyucu hizmetlerden sadece 3. maddede aile hekimini tanımlarken, kişiye yönelik koruyucu hizmetler olarak bahsedilmektedir. Her şeyden önce koruyucu hizmetlerde kişiye yönelik ve topluma yönelik bir ayırım yapılamaz. Örneğin, bulaşıklaşma hem kişiye hem topluma yönelik bir koruyucu hizmettir. Bu tip hizmetlerde toplumsal yarar önceliklidir. Bulaşıcı hastalık görülen bir birey bir yandan tedavi edilirken, diğer yandan da hem aile bireyleri hem de toplum bulaşıklaşır, su artılır ve klorlanır, diğer çevresel önlemler alınır. Aile hekimlerinin salt kişiye yönelik koruyucu hizmetleri vereceği yaklaşımı bu nedenle hatalıdır (**Kılıç, B., Aksakoğlu, G. 2002**).

Birinci basamak hizmetlerin temelini oluşturan bulaşıklaşma hizmetleri, kişiye yönelik koruyucu hizmetler kapsamında ekip anlayışından uzak salt aile hekiminin sorumluluğuna verilmiştir (Madde 7: "Genişletilmiş bulaşıklaşma programı ve gebe aşıları aile hekimi tarafından yürütülür. Aile hekimlerine ihtiyaçları olan aşılarda ilçe sağlık grup başkanlıkları tarafından ulaştırılır")

Aile sağlığı merkezi olarak tanımlanan birim için yönetmelikte tanımlanan fizik ve teknik şartlar incelendiğinde (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, Madde 21, Madde 22, 6 Temmuz 2005) bina koşulları ve teknik donanım koruyucu hizmetlerden uzak

doğrudan tedaviye yöneliktir. Binanın metrekaresi bile bir aile hekimine göre hesaplanmıştır (toplam alan bir aile hekimine için 60 m²). Belirlenen bir tıbbi müdahale odasında aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahale, jinekolojik muayene işlemlerinin hepsi yapılacaktır. Sağlık ocaklarında bildiğimiz aşı odası, ebelerin bebek ve gebelerini izledikleri sağlıklı çocuk odası, aile planlaması danışmanlığı birimi yeni aile sağlığı merkezinde gereksiz görülmüş ki bu birimlere yer verilmemiştir.

3) Aile hekimliği, ekip anlayışını yok etmiştir. Aile hekimini ve diğerleri söz konusudur. Aile hekimini bireysel çalışan bir hekimdir. Her aile hekimini yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışır. Aile sağlığı elemanı çalışma koşullarının özelliğine göre ebe, hemşire veya sağlık memuru (toplum sağlığı)'dur (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 18. Madde, 3. paragraf). Bu durumda aile hekimliği modelinde, aile hekimini gerekli görmüyorsa yanında hemşire çalıştırmak zorunda değildir. Oysa gerek Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün teknik raporlarında gerekse Uluslararası Hemşireler Konseyi'(ICN)'nin bildirimlerinde temel sağlık hizmetlerinde hemşire sağlık ekibinin önemli bir üyesi ve anahtar personel olarak görülmekte, hemşirelik hizmetlerinin tutarlı hedefler ve uygulama planları doğrultusunda sunulması halinde ülke sağlık düzeyinin yükseltilmesinde büyük katkılarının olacağı bildirilmektedir (WHO, 1986; ICN, 1999).

4) Bu kanunla artık hemşirelik, ebelik ya da sağlık memurluğu gibi ayrı alanlara gerek duyulmayıp, tüm bu sağlık disiplinleri aile sağlığı elemanı haline getirilmiştir ve yine yardımcı sağlık personeli(!!!!) olarak görülmüştür. SB'nin hemşire ve ebe tek bir meslek olarak kabul edip ebelerden hemşirelik işlevlerini yerine getirmesini bekleme tavrı yasallaşmıştır. Oysa, DSÖ'nün tanımına göre; "Ebe, gebelik sırasında, doğumda ve doğum sonrası dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yeni doğan bebeğin bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişidir" (WHO, 1983; Karataş, N. 2000; 175). Görüldüğü gibi ebelerin görevleri ana-çocuk sağlığı ile ilgili olup; doğum öncesi, doğum, doğum sonu ve yenidoğan bakımı ile sınırlandırılmıştır.

Ülkemizin de üyesi olduğu ICN'in hemşirelik tanımına baktığımızda: "Hemşirelik, hasta ya da sağlıklı her koşulda ve her yaşta bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumun özerk ve işbirliği içinde bakımını kapsar. Hemşirelik sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta, sakat ve ölüm durumunda olan bireyin bakımını içerir. Aynı zamanda savunuculuk, güvenli bir çevrenin geliştirilmesi, araştırma, sağlık politikalarının oluşmasına katılım, sağlık sisteminin yönetimi ve eğitim anahtar hemşirelik rolleridir" (<http://www.icn.ch/definition.htm>)

Yönetmeliğin 5. maddesinde aile sağlığı elemanlarının görevleri şu şekilde belirlenmiştir:

Aile sağlığı elemanı, aile hekimini ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici

sağlık hizmetlerinin sunulması ile birlikte, kişilerin sağlık kayıtları ve istatistiklerinin tutulması ile yükümlüdür. Aile hekiminin yukarıda sayılan görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olur. Aile sağlığı elemanı,

a) Aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin vital bulgularını almak ve kaydetmek,

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak,

c) Yara bakım hizmetlerini yürütmek,

d) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak,

e) İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmak,

f) Poliklinik hizmetlerinde bulunmak, hastaların başka bir sağlık kuruluşuna sevk durumunda sevk işlemlerini yürütmek, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak,

g) Laboratuvar tetkikleri için numune almak,

h) Basit laboratuvar tetkiklerini (eğitimi almışsa) yapmak,

i) Aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak,

j) Gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,

k) Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak,

l) Hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili olarak aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek ile yetkili ve görevlidir.

Aile sağlığı elemanından beklenen görevlere baktığımızda ne 154 sayılı yönerge ne de 154'ün güncellenmiş versiyonunda hemşire, ebe ya da sağlık memuru için belirlenen görev ve sorumlulukları görmek mümkün değil. Bizler artık 4600 saatlik lisans eğitimini tamamlamış hemşireleri de birinci basamak hizmetlerde görmek isterken ve öğrenci eğitimlerimizde hassasiyetle bu konuya dikkat ederken, bu kanun ile hemşirelik profesyonelliği yok sayılmaktadır. Sağlık elemanı diye bahsettiği kişilerden beklenti sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi olmayıp, tedavi edici hizmetlerde yardımcı sağlık elemanı olmalarıdır.

5) Bu modelle, aile sağlığı elemanı olarak tanımlanan hemşire, ebe ve sağlık memurları en bağımsız işlevleri olan koruyucu sağlık hizmetlerini yapamaz hale gelmeleri yanı sıra sözleşmeli çalışan konumuna getirilmiştir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin 3. maddesi aile sağlığı elemanını "Aile hekimini ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça

görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı)" olarak tanımlamıştır.

Sağlıkta dönüşüm programının ana bileşenlerinden birini, sağlık personelinin istihdam modelinin değiştirilmesi oluşturmaktadır. Programın sağlık çalışanları için öngördüğü istihdam modeli de sözleşmeli çalışmadır. Sözleşmeli çalışma, esnek çalışmayı getiren ve iş güvencesini ortadan kaldıran bir çalışma düzenidir. Günümüzde kamusal istihdamın sınırlandırılmasına bağlı olarak, hemşireler de dahil, pek çok sağlık çalışanı sözleşmeli olarak çalışmaktadır. Sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerle ilgili düzenli kayıtlar bulunmamakla birlikte, asgari ücret ve altında ücretlerle çalıştıkları bilinen bir gerçektir. Sözleşmeli çalışmak, sosyal haklardan yoksunluk, ağır ve yorucu çalışma koşulları, düşük ücret, işine son verileceği korkusuyla örgütlenememek demektir (Özkan, Ö. 2003, 101).

6) Aile hekimliği modeli ile çalışma saatleri belirsizleşmiştir.

Aile Hekimi 7 gün 24 saat bakım verdiği kişilerden sorumludur. O zaman yardımcısı konumundaki hemşire de aynı koşullarda olacaktır.

"...Haftada kırk saatten fazla veya hafta sonları çalışma aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının talebi üzerine yapılabilir. Çalışma saatleri haftanın tüm günlerine yayılabilir. Görev tanımlarında belirlenen nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalıştırılabilirler (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, 10. Madde, 12 Ağustos 2005).

1999 yılında Sağlık Bakanlığına Bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde vardiyalı çalışma uygulaması ile, 2000 yılında SSK sağlık kurumlarında gönüllü çalışma uygulaması ile hastanelerde sağlık çalışanlarının çalışma süresi atırılmıştır. Her ne kadar gönüllülüğe dayalı bir çalışma olsa da örneğin SSK genelgesi ile hastane idaresine haftalık çalışma süresini 45 saatten 70 saate kadar çıkarma yetkisi verilmektedir (Öztürk, 2001, 103-104; Özkan, Ö. 2003, 109). Gerek vardiyalı çalışma süresi gerek de gönüllü çalışma döner sermaye gelirlerinde belirgin bir artışa yol açmıştır. Bu durum hastaneyi kar getirci bir işletme olarak görenler için doğru olabilir.

Oysa fazla mesainin baş ağrısı, uykusuzluk, sosyal ve aile yaşamında sorunlar gibi sağlık üzerinde negatif etkiler yarattığını belirtilmektedir. Hemşirelerin fazla çalışması işlerini, aile ilişkilerini, sosyal yaşamlarını ve kendi sağlıklarını olumsuz etkilemekte, hemşirelerde tükenmişlik yaratmakta, bakım verdikleri hastalara zarar verme nedeni olabilmektedir (Bahar, Z. 2004, 159-160; Tabone, S. 2004).

7) Aile hekimliği modeli ile ev ziyaretleri uygulamasına son verilmektedir. Pilot uygulama hakkındaki yönetmeliğin 6. maddesinde gezici sağlık hizmetlerinden bahsedilmekte, ancak bu gezici hizmet 224'teki gibi sağlık ocağına kayıtlı risk gruplarının (gebe, loğusa, bebek, 15-49 yaş grubu kadın vb) düzenli takiplerden farklıdır. Yönetmeliğe göre, gezici sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin, bölgedeki dağınık yerleşim birimlerine belirli bir plan dahilinde periyodik olarak ulaşımları ve bu şekilde hizmet vermeleri esastır. Bu ziyaretlerin aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, aile hekimince uygun görülen kısmı aile ağılığı elemanınca da paylaşılır. Bu maddede birçok noktanın net olmadığı görülmektedir.

Yönetmelikte, yalnızca dağınık yerleşim birimleri ile sınırlı "Gezici Sağlık Hizmetleri"nden bahsedilmektedir. Dağınık yerleşim birimleri olarak tanımlanan belde, köy ve mezra benzeri yerleşim yerlerine verilecek hizmetlerdir. Bu durumda dağınık olmayan ancak kenti çepeçevre saran gecekondu bölgelerine hizmet nasıl ulaşacak? Hala kır-kent, doğu-batı arasında sağlık hizmetleri açısından uçurumlar devam ederken, birinci basamak hizmetlerde döner sermaye uygulaması ile birlikte sosyal güvencesi olmayanların polikliniğe başvuru sayısı azalırken ev ziyareti uygulamasından vazgeçmek ne kadar uygundur tartışılır. Oysa bizler biliyoruz ki, ev ziyaretleri ile hemşire ya da ebeler ailelerin evlerine girmekte, kimsenin fark etmediği, bilmediği birçok sorunu anında tespit etme olanağına sahiptir. Bu kimi zaman özürülü bir çocuk kimi zaman şiddet mağduru bir kadın kimi zaman da hamile olduğunun farkında bile olmayan bir adölesan olabilmektedir.

8) Bu modelle hasta/birey müşteriye, sağlık ocağı işletmeye dönüşmektedir.

Aile hekimliğinde esas olan kayıtlı kişi sayısını 1000'in altına düşürmemek ve mümkün olduğunca arttırmak. Kayıtlı kişi sayısı arttıkça işletmenin (sağlık ocağının) geliri artacak ve bu gelirden işveren (aile hekimisi) ve çalışanları (aile sağlığı elemanı) daha çok prim alacaktır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları 12 Ağustos 2005 tarihinde çıkarılan yönetmeliğe göre;

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine ve aile sağlığı elemanına yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetler için (Madde 17-A; Madde 19-A):

1) Kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın ilk 1000 kişiye kadar,

- a) Aile hekimisi uzmanı 2000 YTL
- b) Uzman tabip veya tabip 1500 YTL
- c) Aile sağlığı elemanı 800 YTL

2) Aile hekimisi 1000 (bin) Kişinin üzerindeki her kayıtlı

kişi başına ayrıca 1 YTL, aile sağlığı elemanı 0.40 YTL alır. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine ve aile sağlığı elemanına yönetmelikte belirtilen oranlar ölçüsünde sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödenecektir.

Bu birinci basamak hizmetlerde 2001 yılından bu yana uygulanan döner sermayenin devam ettiğinin bir göstergesidir. Amaç daha çok kazanmak olduğunda aile hekimleri bir "rekabet" içinde olacaktır. Burada en büyük görev hastalara yani müşterilere düşmektedir. Çünkü olumlu rekabetin esası müşteri memnuniyetinden geçmektedir. Bu durumda hekimin hastasının her türlü isteğini yerine getirmesi, istediği ilaçları yazıvermesi, biraz istirahat önermesi hem kendisinin hem de hastasının yararına olacaktır (TTB, 2003). Bu aşamada çalıştığı kurumdaki olumsuzluk ya da haksızlıklara bireyi savunuculuk rolünün olmasını beklediğimiz hemşire (aile sağlığı elemanı) itiraz edebilecek mi? Yanıt elbette hayır olacaktır. Çünkü,

9) Bu modelde aile hekimi işveren, aile sağlığı elemanı da çalışan konumundadır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin 18. maddesinin 5. fıkrası : "Aile Sağlığı elemanların seçimi, aile hekimlerinin, bu yönetmeliğin (Ek I)'indeki Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usul ve Esaslarına göre öncelikle kendileri tarafından belirlenir ve il sağlık müdürlüğüne sözleşme imzalanmadan önce bildirilir".

12 Ağustos 2005 tarihinde resmi gazetede yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliğin 16. maddesinin son fıkrasında "Aile hekimi ile aile sağlığı elemanı ekip anlayışı içinde çalışır. Aile hekimi, birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanını yönlendirmek ve denetlemek yetkisine sahiptir. Aile hekimi, aile sağlığı elemanının görev tanımında belirtilen işleri yapmaması veya eksik yapması, meslek ilkelerine aykırı davranması, çalışma huzurunu bozucu davranışlarda bulunması, kılık-kiyafet ve mesai saatlerine uyum göstermemesi gibi durumlarda sözleşmeyi sona erdirmek üzere il sağlık müdürlüğüne teklifte bulunma yetkisine sahiptir"

Yukarıdaki maddenin ilk cümlesi ekip anlayışı içinde çalışmaktan bahsedilmekle birlikte işine son verileceği korkusu içinde hangi çalışan, işveren konumundaki (aile hekimi) ekip arkadaşına itiraz edebilir?

10) Eğitim, Araştırma ve Sağlık Bölgeleri ortadan kalkmıştır.

"Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunu hazırlayan sayın Prof.Dr.Nusret Fişek, yasanın uygulanabilmesi için Sağlık Bakanlığı ile üniversiteler arasında işbirliği geliştirilmesinin zorunlu olduğunu dile getirmiş dolayısıyla "Eğitim, Araştırma ve Sağlık Bölgeleri"nin kurucusu olmuştur. Konu ile ilgili bölge olan "Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesi" de 1964 yılında

bu amaçla kurulmuştur (Kılıç, B., Aksakoğlu, G. 2002; 204). Bu bölgelerin hizmet sunumu ve araştırmalar dışında son derece önemli bir işlevi de tıp eğitimidir. Bu nedenle "Eğitim ve Araştırma Bölgeleri" hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru gibi birinci basamak hizmetlerde çalışacak sağlık meslek üyelerinin mezuniyet öncesi dönemde ülkemizin sağlık örgütlenmesini, sağlık alt yapısını, sağlık ocaklarını, sağlık mevzuatını ve sağlık personelini tanıyabilecekleri en uygun yerler olmaktadır. Aynı zaman da öğrenciler bu bölgelerde sağlıkla ilgili olaylarda biyolojik etmenler kadar toplumsal etmenlerin de etkili olduğunu, ülkemizde sık görülen hastalıkları ve sağlık sorunlarını bizzat yaşayarak öğrenmektedirler.

Ekip anlayışından uzak, koruyucu hizmetlerden çok tedaviye odaklı, nüfus tabanlı olmayan, rekabetin yoğun yaşandığı, 60 metrekairelik binalarda sadece poliklinik hizmetlerinin yürütüldüğü Aile Hekimliği Modeli, Eğitim ve Araştırma Bölgeleri anlayışını da ortadan kaldırmaktadır.

Sonuç

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında oluşturulmaya çalışılan Aile Hekimliği Modeli ülkemiz sağlık sistemi sorunlarına çözüm üretmeye yönelik bir sistem değildir. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki ekip anlayışını yok etmektedir. Model öncelikli olarak bireysel muayene ve tedavinin önünü açarak dar kapsamlı sağlık hizmeti anlayışı ile toplumdan uzaklaşarak kişilerin hastalığına yönelmektedir. Sağlık ocakları işletmeye, hasta/birey müşteriye dönüşmüştür. Bu yaklaşımı ile, düşük bağımsızlık hızı daha da düşebilir, korunabilir ve önlenebilir olan bulaşıcı hastalıkların (tüberküloz, hepatit A vb.) sayısı daha da artabilir (Özkan, Ö 2003).

Aile hekimliği modelinin getireceği toplumsal zararların yanında, hemşireler adına en büyük handikapı hemşirelerin mesleki özerkliğini yoksayıp ebe, sağlık memuru ile aynı görevler içinde aile sağlığı elemanı adı altında yardımcı sağlık personeli olarak görmesidir. Diğer yandan, hemşire en bağımsız işlevi olan koruyucu sağlık hizmetlerini yapamaz hale getirilmiş, poliklinik hizmetlerinde görevli, işverenin sözünden çıkması mümkün olmayan, ekip anlayışından uzak ve iş güvencesiz bir çalışan konumundadır.

Türkiye'de hemşirelikte yükseköğretimin 50 yıllık bir geçmişi vardır. Eğitim ve planlama açısından mesleki geleceğini belirleme ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi konusunda gerekli katkıyı sağlama yetkinliğine ulaşmıştır. Birçok Avrupa ülkesinden daha fazla birikime sahip olan akademisyen hemşireler bu potansiyellerini kullanmakla yükümlüdürler. SB bu durumu göz ardı etmekte, üniversitelerle işbirliği yapmak yerine akademisyen hemşireleri bu kararların dışında tutmayı tercih etmekte, hemşirelik ve hemşirelik eğitimi ile ilgili tüm kararları, çatısı altındaki Tıbbi Teknoloji ünvanlı bürokratları ile almaktadır (Kocaman, G. 2003, 78-79).

"Bu gerçekler doğrultusunda, sağlık alanının bir çalışanı olarak hemşireler meslekleri ile ilgili

çözümlemelere girerken, sağlık politikaları ve onun özünü oluşturan sağlık sisteminin bir ülkenin siyasi, politik ve ideolojik tercihini yansıttığı gerçeğini gözönünde bulundurmalarıdır" (Özkan, Ö 2003). Akademisyen hemşireler başta olmak üzere, tüm hemşirelerin sorunlara bu bakış açısı içinde yaklaşarak, aile hekimliği modeli konusunu irdelemeleri, gerek toplum temelli araştırmalar gerekse bilimsel toplantı veya çalıştaylar ile bu durumu ortaya koymaları gerekmektedir.

Hemşireler sağlık politikalarının oluşmasına katılım rollerinin bilincinde olarak, Türkiye'de kamu finansmanına dayalı, toplum tabanlı, birincil sağlık bakımının 224 sayılı yasa çerçevesinde düzenlendiği ve sağlık ocakları üzerinden yürütüldüğü bir sağlık sisteminin savunucusu olmalı ve var olan sistemin eksiklerinin giderilmesine ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine meslek örgütü ve akademik çalışmaları ile katkıda bulunmalıdır.

KAYNAKLAR

- Bahar, Z.** (2004). "Sağlıkta Dönüşüm Programı Sağlık Personeline Ne Getiriyor?, Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Yeniden Yapılandırılması", Toplum ve Çalışanlara Etkileri Sempozyumu, 17-18 Eylül, İzmir, 144-172.
- ICN** (2005). "The ICN Definition of Nursing". <http://www.icn.ch/definition.htm>, (erişim:31.10.2005).
- Karataş, N.** (2000). "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Durumu", Toplum ve Hekim, 15(3), 174-177.
- Kılıç, B., Aksakoğlu G.** (2002). "Sağlık Bakanlığınca Aralık 2001 Tarihinde Yeniden Yayımlanan "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge"nin Değerlendirilmesi", Toplum ve Hekim, 17(3), 202-205.
- Kocaman, G.** (2003). "Türkiye'de Hemşirelik Eğitimi Sorunları", 12 Mayıs Dünya Hemşireler Günü Özel Baskı, HEMAR-G, Ankara, 71-91.
- Özkan, Ö.** (2003) "1980 Sonrası Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe Yansımaları", 12 Mayıs Dünya Hemşireler Günü Özel Baskı, HEMAR-G, Ankara, 93-112.
- Pala, K.** (2004). "Dünyada Sağlıkta Yeniden Yapılanma", Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Yeniden Yapılandırılması Toplum ve Çalışanlara Etkileri Sempozyumu, 17-18 Eylül, İzmir, 105-143.
- Resmi Gazete** (1961) "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", Kanun No: 224, Resmi Gazete No: 10705, 12.01.1961.
- Resmi Gazete** (2004) "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun", Sayı: 25665, Yayın Tarihi: 09.12.2004.
- Resmi Gazete** (2005) "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik", sayı: 25867, yayın tarihi: 06.07.2005
- Resmi Gazete** (2005) "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik", sayı: 25904, R.G.Yayın tarihi: 12.08.2005.
- Soyer A.** (2000). "1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?" Toplum ve Hekim, 15(4), 259-264.
- Tabone, S.** (2004). "Data Suggest Nurse Fatigue Threatens Patient Safety", Nursing That Works: A Publication of The Center For American Nurses.
- T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü** (2004). Türkiye İstatistik Yıllığı 2004. <http://www.die.gov.tr> (erişim:21.10.2005)
- TTB** (2002). "Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri", TTB Yayını, Ankara.
- WHO** (1986). "Regulatory Mechanisms For Nursing Training and Practice. Meeting Primary Health Care Needs", Technical Report Series No. 738, Ceneva.