TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİ ALANINDAKİ SORUNLARI

Recep AKDUR*

Türk Toplum Hekimliği II. Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, no:128, İstanbul,1980 s:70- 75

Sağlık hizmeti, esasta sağlama götürülen bir hizmettir ve temel amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek olmalıdır. Böyle bir hizmet ise, ülkenin tüm nüfusunu kapsamına almak zorundadır. Hal böyle olunca, hizmetin kapsamı hasta-hekim ilişkilerinin çok ötesindedir ve bir ekip hizmeti olmasında zorunluluk vardır. Ayrıca, hekim sayısının yeterli olmadığı toplumlarda, hekimlerin birçok fonksiyonlarının hekim dışı sağlık personelince yürütülmesi diğer bir zorunluluktur. Bu nedenlerle sağlık alanındaki insan gücü potansiyelinde, hekim dışı sağlık personelinin önemli bir yeri vardır ve olmalıdır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin insan gücü sorunları tartışılırken, konuya genellikle insan gücü açısından yaklaşıldığı görülmektedir. Buna karşılık, hekim dışı sağlık personeli alanındaki sorunlar birkaç cümle ile geçiştirilmiş ya da ikinci planda kalmıştır. Oysa çağdaş sağlık hizmeti sunabilme ve halkın sağlık düzeyini yükseltebilmek için, hekim insan gücü alanındaki sorunların çözümü kadar, hekim dışı sağlık personeli alanındaki sorunların çözümü de gerekli ve en azından bir o kadar önemlidir. Sahaya, sorunları çözümlenmiş ya da çözümlenmeye çalışılan bir ekibin yerleştirilmesi halinde, hekim insan gücü açığına rağmen, önemli mesafeler kat edilebileceği gözden ırak tutulmamalıdır.

Türkiye'de hekim dışı sağlık personeli durumuna bakıldığında, bu alanda var olan temel sorunlar üç grupta toplanabilir:

1 —- Hekim dışı sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitimi, hizmetin gerektirdiği nitelikte personel yetişmesini sağlayamamaktadır (nitel yetersizlik).

2 — Söz konusu personelin, var olan sayısı, temel sağlık hizmetleri alanın da duyulan ihtiyacı karşılamaktan uzaktır.

3 — Var olan potansiyelden yeterince yararlanılmamaktadır.

NİTEL YETERSİZLİK

Sağlık meslek okulları, hizmetin gerek duyduğu nitelikte personel yetişmesini sağlayamamaktadır. Yeni mezun ebe ve hemşirelerin birçoğunun, bırakın istatistik oranların hesaplanması, (toplama, çıkartma,

* A.Ü.T.F Toplum Hekimliği Kürsüsü Uzman Asistanı ve Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanı

bölme ve çarpma) dört işlemi bile bilmedikleri bilinen bir vakıadır. Eğitim ve araştırma bölgelerinde bu işlemlerin öğretilmesi uzun sürelere mal olmakta, ancak ondan sonra oranlardan söz edilebilmektedir. Bu yönüyle, sağlık meslek okullarımız, ne iyi bir orta dereceli okul niteliğini göstermekte ne de iyi bir meslek okulu.

Türkiye'de temel örgütlenme biçiminin sosyalleştirme olduğu gerçeğinden hareketle, temel birimin sağlık evi olduğu söylenebilir. Bu nedenle, hekim dışı sağlık personeli düşünüldüğünde, ilk akla gelen personel sağlık evi görevlisi olmak gerek. Günümüzde sağlık evi görevlerini köy ebeleri yürütmektedir. Aslında köy ebesi deyimi hizmetin gerçek niteliğini belirtmemektedir. Gerçekte, bunlar toplum sağlığı hemşireleridir. Ebelik ve hemşirelik hizmetlerini birlikte yürütürler. Bu personelin köyde çalıştırılmasını sağlamak amacıyla köy ebesi olarak isimlendirilmiş ve aynı yanlış görüşle eğitim süreleri azaltılmıştır. Oysa gerçekte yüklendikleri hizmetler, ebe-hemşire için düşünülen standart eğitimin daha da üstünde eğitimi gerektirecek niteliktedir(3). Sosyalleştirmenin kentlere yaygınlaştırılması halinde, gerek bu isimlendirmenin gerekse eğitim biçiminin yanlışlığı daha da belirgin bir hal alacaktır. Bu konuda, sağlık evi görevlisi genel deyiminin kullanılması ve eğitimin buna göre yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

Ebelerin bilgileri, kırsal alanda toplum sağlığı hizmetlerini yürütmek için yeterli değildir ve, bu bilgi düzeyindeki ebelerden, kırsal alanda verimli çalışma yapmaları beklenmemelidir. Bu durum, başta Prof. Dr. Rahmi Dirican olmak üzere, birçok araştırıcı tarafından tespit edilmiş ve ebelerin, gerek orta dereceli bir okul bitiren kişinin bilmesi gereken birçok genel bilgiden, gerekse tansiyon ölçme ya da minima-maksima tansiyonu tanımlayabilme gibi mesleki bilgilerden yoksun oldukları görülmüştür.

Bu durumdan, ne personelin kendisi ne de eğitim kurumlarındaki eğiticilerin bizzat şahısları sorumludur. Sayılan yüze yaklaşan ebe, hemşire, sağlık memuru ve teknisyeni yetiştiren meslek okullarında, ortak bir eğitim programı uygulanmaya çalışılmasına karşılık, bu okulların eğitici kadro ve eğitim araçgereç ile alan uygulamaları arasında benzerlik olduğu söylenemez. Ayrıca bu okulların eğitim programlarının ülke gerçeklerine uygun olmadığı S.S.Y.B. tarafından da kabul edilmiş ve 1976 yazında yeni programlar geliştirme ve eğitim sürelerini uzatmak gereğiyle değişik toplantılar yapılmış ve kararlar alınmıştır. Ancak, bunlardan hiçbiri henüz uygulama aşamasına ulaşamamıştır(5). Sağlık personeli yetiştiren okullarda, yeler sayı ve nitelikte eğitici olmadığı gibi, eğitim saha koşul ve uygulamaları içinde de yapılmamaktadır. Hastane veya okul duvarları arasında yetişen personel, birden bire kendisini saha koşulları ile karşı karşıya bulmaktadır. Ayrıca, mezuniyet öncesi eğitimin ideal olduğu varsayılsa bile, bu personelden sahada istenen görevlerin hepsinin okullarda öğretilmesi olanaksızdır. Yetersizliklerin, göreve başlamadan önce uygulanacak, bir adaptasyon kursu ile giderilmeye çalışılmaması büyük bir eksikliktir.

NİCEL YETERSİZLİK

Günümüzde, hekim dışı sağlık personelinin ulaşmış olduğu sayılar, toplumun ihtiyaç duyduğu sayıları karşılamaktan uzaktır. Gerek sağlık meslek okulu mezunları sayısı gerekse diş hekimi, eczacı, biyokimyacı gibi yüksek okul mezunu sayısı açısından, insan gücü açığı vardır, özellikle eczacı ve diş hekimlerinde SSYB'nda kadro fazlalığı gibi bir görüntü var ise de, bu durum söz konusu personelin. gerçekte ülke ihtiyaçlarından fazla olmasından çok, istihdam politikasındaki yanlışlıktan kaynaklanmaktadır. Her iki tür personelin sağlık örgütlenmesindeki yeri ve fonksiyonlarının belirlenmesine ilaveten, iyi bir tayin-terfi sistemiyle bu alanlarda da yetersizlik olduğu ortaya çıkacaktır. Hekim dışı sağlık personeli alanındaki mevcut insan gücü durumu, tek tek personel olarak, incelendiğinde günümüzdeki tablo aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Diş hekimi: İyimser bir hesapla, toplumda her beş bin kişiye bir diş hekimi gerek olduğu varsayımından hareketle, Türkiye'de 9000 diş hekimine ihtiyaç vardır. Oysa, 1 Aralık 1979'da tüm diş hekimlerinin sayısı 7038'dir (2). Toplumumuz, genelde bir sayı yetersizliği ile karşı karşıya iken, mevcut diş hekimlerinden tüm kamu kuruluşlarında çalışanları 2262 (% 32.14), SSYB'da çalıanlar sayısı ise 1290 (% 18.33) dır. Yani tüm kamu kuruluşlarında çalışanlar düşünüldüğünde yaklaşık 20.000 kişiye bir diş hekimi, SSYB'da çalışanlar düşünüldüğünde, yaklaşık 35.000 kişiye bir diş hekimi düşmektedir. Aynı şekilde DPT'na göre tüm kama kuruluşlarında 1976 yılı mevcutlarına ilaveten 1982 yılında ihtiyaç duyulacak diş hekimi sayısı 3040 olarak hesaplanmıştır ki, bu kaynakta 15.000 kişiye bir diş hekimi düşünülmüştür (4).

Sağlık memuru ve teknisyeni: 1973 yılında 10.436 olan sağlık memuru ve teknisyeni sayısından ancak % 52,9'u SSYB'nda çalışmaktadır (1). 1979'da ise bu sayı 12035'e ulaşırken SSYB'da çalışanların payı % 55.98'dir (2). Bu zaman periyodunda yıllık, yaklaşık 270 sayı artışı olmuştur. Bu altı yıllık zaman aralığında, SSYB'da çalışanların oranında ise ancak % 3'lük bir artış sağlanmıştır. Oysa DPT'na göre 1976'dan 1982 yılına kadar, mevcut sayıya ilaveten, tüm kamu kuruluşlarında 6760 sağlık memuru ve teknisyeni ihtiyacı hesaplanmıştır (4). Yukarıdaki yıllık artış ile genelde bu sayıya ulaşılamayacağı gibi, yıllar ilerledikçe SSYB'nda anlamlı bir artış sağlanabildiği de söylenemez. Nitekim, tüm sosyalleştirilmiş illerde, 1978 yılında mevcut sağlık memuru ve teknisyeni kadrolarının ancak % 69'u doludur (3).

Hemşire ve hemşire yardımcısı: Ocak 1973'te hemşire ve hemşire yardımcısı toplamı 11.358'dir ve bunlardan ancak % 61,7'si SSYB'nda çalışmaktadır (1). Aralık 1979'da ise 25.103 hemşire ve yardımcı sayısına ulaşılmıştır. Bu sayıdan % 67.90 SSYB'nda, tüm kamu kuruluşlarında ise % 96.81'i çalışmaktadır (2). Görüldüğü üzere yıllık artış sayısı yaklaşık 2300 dolayındadır. DPT'na göre 1976 mevcutlarına ilaveten, 1982'de tüm kamu kuruluşlarının ihtiyacı 9380 olacaktır (4). Yıllık artış sayısı ile bu alandaki ihtiyacın karşılanabileceği görü-

nümü vardır. Buna karşılık 1978 yılında tüm sosyalleştirilmiş illerdeki hemşire kadrolarının ancak % 43'ü doludur (3) ve 1973-1979 yıllan arasında SSYB'nda çalışanların payında ancak % 6.2'lik bir artış sağlanabilmiştir.

Ebe : Ocak 1973'te ebe sayısı 13.056 dır ve bunlardan % 73.2'si SSYB'nda çalışmaktadır (1). 1979 da bu sayı 17.051'e ulaşmış ve bunlardan SSYB'nda çalışanların payı ise % 86.53'e yükselmiştir (2). Türkiye'de 2500 kişiye bir hesabıyla 18.000 dolayında ebe gereklidir. DPT'a göre 1976 rakamlarına ilaveten 1982 de 4500 köy ebesine ihtiyaç olacaktır (4). Gerek yıllık artış sayıları ile gerekse global olarak ebe sayısı konusundaki yetersizliğin giderilmesi kuvvetle muhtemeldir. Buna rağmen 1978 yılında tüm sosyalleştirilmiş illerde mevcut ebe kadrolarının ancak %72'sinin dolu olduğu bilinmektedir (3). Sonuç olarak hekim dışı sağlık personeli alanında, hemen hemen her tür personelde, sayısal yetersizlikle karşılaşılmaktadır.

VAR OLAN POTANSİYELDEN VERİMLİ BİR ŞEKİLDE YARARLANILMAM AKTADIR

Türkiye'de hekim dışı sağlık personelinin global sayılarına bakıldığında, genelde her kademeden personelin sayıca yetersiz olduğu görülmektedir. Buna ilaveten var olan potansiyelden de yeterince yararlanılmamaktadır. Yukarıda verilen rakamlardan da görüldüğü üzere var olan personelin ancak belirli oranları, tüm ülke sağlığından sorumlu olan SSYB'nda, çalıştırılabilmekte geriye kalan kısmı ise diğer kurumlarca istihdam edilmektedir. Buna karşılık, yıllar ilerle dikçe söz konusu personelin, SSYB'nda çalışmasını teşvik edici anlamlı tedbirler alınmadığı ve belirgin bir artış sağlanamadığı gözlenmektedir. Mevcut insan gücü potansiyelinden yeterince yararlanılamamasının başlıca nedenleri şöyle sıralanabilir :

a — Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmeyişi,
b — Ücret ve istihdam politikasındaki aksaklıklar,
c — Teknik ve özlük hakları açısından hekim dışı sağlık personelinin yönetime katılmaması,
d — Hizmet içi eğitim ve denetim yetersizliği.

SONUÇ ve ÖNERİLER

1 — Hekim dışı sağlık personeli nitel olarak yetersizdir,
2 — Türkiye'nin ulaşmış olduğu nüfusun istediği sayıda personel yoktur,
3 — Var olan potansiyel yeterince verimli istihdam edilememektedir. Bu konuda alınacak önlemler ise aynı başlıklar altında gruplanabilir.

1 — Mezuniyet öncesi sorunların çözümlenmesi için:
a — Sağlık meslek okullarının eğitimlerinde, standardizasyon ve eşgüdüm sağlanmalıdır.

. b — Eğitici kadrolar sayı ve nitelik yönünden en kısa sürede yeterli düzeye getirilmelidir. .

c — Söz konusu personelin eğitimi, sahaya kaydırılmalı ve saha koşullarına uygun hale getirilmelidir.

d — Köy ebelerinin eğitimi, bu personelden beklenen görevleri yürütebilmelerini sağlayacak şekilde, gerek süre gerekse biçim açısından yeniden düzenlenmelidir.

e — Her kademeden personel, mezuniyetten sonra, hizmetin yerleşmiş olduğu yerlerde belli bir süre çalıştıktan sonra diğer bölgelere gönderilmelidir.

2 — Günümüzdeki yıllık artış sayısı ile sayısal yetersizliğin kapatılabilmesinin daha uzun yıllar süreceği gözlenmektedir. Bu nedenle gerek okul sayısının gerekse okullardaki öğrenci kapasitesinin arttırılmasında zorunluluk vardır. Oysa, aksine bazı uygulamaların görülmesi (bazı sağlık kollejleri ve Gevher Nesibe Enstitüsüne öğrenci alınmaması vb) bu alandaki sorunların daha uzun pilar çözümsüz kalacağı intibaını yaratmaktadır. Eğitim ku-. ramlarının sorunları çözümlenerek, öğrenci sayısının artmasına çalışılması en akılcı yol olacaktır.

3 — Var olan potansiyelin verimliliğini arttırmak için :

a — Sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması var olan potansiyelden yararlanmayı önemli oranda etkileyecektir. Bu durum gerçekleştirilinceye kadar SSYB'nin diğer kurumlarla rekabet edebilecek bir ücret ve istihdam politikası izlenmesi kaçınılmazdır.

b — Tayin, terfi ve yer değiştirmelerde hakkaniyetin getirilmesi ve bu dizeden olmak üzere her kademeden sağlık personelinin yönetime katılması sağlanmalıdır.

c — Personelin hizmet öncesi kurslarına (eğitim ve araştırma bölgelerinde yapılması önerilebilir) ilaveten, esas görev yerinde, bölge koşullarına uyum eğitimi sağlanmalı (işe alıştırma) ve belirli aralıklarla bilgi tazeleme kurslarına alınmalıdır.

d — Hizmet içi eğitim ve denetim sürekli bir biçimde ve yeterli personelce yürütülmelidir.

e — Personele, bölgeler arası adil bir rotasyon sistemi getirilmeli ve meslekte ilerleyebilme olanakları yaratılmalıdır (Personele, belli bir hizmet süresinden sonra başarılı olanları tıp, diş hekimliği ve temel yüksek okullara gidebilme yolunun açık tutulması).

KAYNAKLAR

1) Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl, SSYB yayınları no: 422, Ankara, 1973.

2) SSYB 1980 Mali Yılı Bütçe Raporu

3) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Tatbikatı ikinci Genel Kurul Raporu, Ankara, 1978.

4) IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Sektörü Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 1976.

5) EREN, N.; AKSAKOĞLU, G.: Sağlık Personeli Yetiştirmede Önem ve Öncelikler, Toplum ve Hekim, Sayı: 3, İstanbul; 1978.