

Aile Sağlığı Merkezi Koordinasyonu

COORDINATION OF THE FAMILY HEALTH CARE CENTER

Erhan Burgut¹, Ersin Akpınar², Nafiz Bozdemir³, Yücel Uysal⁴, Filiz Arabacı⁴

Özet

Aile sağlığı merkezi; tıbbi kayıtları korumak, sürdürmek ve yeniden kazanmak için etkili ve kolay ulaşılabilen bir sistemle birlikte hastaların telefon veya diğer iletişim araçlarıyla bağlantı kurabildiği düzgün ve erişilebilir bir yapıya sahip olmalıdır. Kayıtlar iyi tutulmalı ve gerektiğinde eski kayıtlara kolaylıkla erişilebilmelidir. Aile hekimliği merkezinde çalışan personel gelişmiş iletişim becerilerine sahip, iyi eğitilmiş, profesyonel ve sorun çözüme becerilerine sahip olmalıdır. Hastaların sürekli bakımını sağlayacak bir işleyiş gerçekleştirilmelidir. Hastalar tarafından erişilebilen iyi bir randevu programlama sistemiyle ziyaretler koordine edilmeli ve merkez kapalı olduğu zamanlarda bile tedavi sürdürülmelidir.

Anahtar sözcükler: Koordinasyon, aile hekimliği, uygulamalar.

Summary

Family healthcare centers should be structured in a way that patients can access the center via communication tools (telephone, e-mail, etc.) easily. In the center there should be a system which enables easy access to medical records. Family healthcare centers should have good medical records which are kept for a long time to be used again in the future. In addition to these features, healthcare providers who are working in the center should have good communication skills. They should be well educated, with professional manners and ability to solve problems. The system should provide the continuous care of the patient. The family healthcare center should have a well established appointment system which patients can easily access with well organized follow up appointments. At the same time, there should be a program which enables patients to reach the care they need even when the center is closed.

Key words: Coordination, family medicine, practice.

İyi organize edilmiş bir aile sağlığı merkezi tıbbi bakımın niteliğini yükseltir. Bu tip bir merkez, tıbbi kayıtları korumak ve yeniden kazanmak için etkili ve kolay ulaşılabilen bir sistemle birlikte hastaların telefon veya diğer iletişim araçlarıyla bağlantı kurabildiği düzgün ve erişilebilir bir yapıya sahip olmalıdır. Aile sağlığı merkezi, iyi eğitilmiş, konularla baş edebilen profesyonel ve sorun çözebilen personeliyle sistematik bir yolla hastaları bakım sürecine katabilen ve hastalarla iletişim kurmaya yarayan bir sistemi içermelidir. Hekimin zamanının etkin kullanımını en üst düzeye çıkarmak için hastalar tarafından erişilebilen iyi bir randevu programlama sistemiyle düzenli ziyaretler iyi koordine edilmeli ve merkez kapalı olduğu zamanlarda bile tedavi mümkün kılabilinmelidir.¹

Tıbbi Kayıtlar

Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları, raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmi kayıt ve evrak niteliğindedir. Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, konulan tanımlar (kodları ile birlikte), aşılama, gebe ve loğusa izlemi, bebek ve çocuk izlemi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen benzeri veriler, belirli aralıklarla düzenli olarak bakanlığa bildirilir.

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının hastaları / bireyleri ile ilgili kayıtları, il sağlık müdürlüğünde tutulur.

¹) Sağlık Bakanlığı Erzurum Narman Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı

²) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

³) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Uzmanı, Prof. Dr.

⁴) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve gizliliği aile hekiminin sorumluluğundadır. Aile hekimi denetimlerde kendine kayıtlı kişilerin dosyalarını, hasta haklarına riayet etmek suretiyle, kişilere göstermek zorundadır. Kişi kendisi ile ilgili tutulan kayıtların bir nüshasını talep edebilir.

Uygulama, kayıtlara kimlerin hangi şartlar altında ulaşabileceğini belirleyen kurallara sahip olmalıdır. Aile hekiminin kullanacağı kayıtlar iki tiptir. Bunlardan birincisi; Bugün birçok aile sağlığı merkezi ilk kez Weed² tarafından tanımlanan “problem merkezli kayıt” (probleme dayalı tıbbi kayıt) sistemlerini uygulamaya yarayan formlar kullanmaktadır. Probleme yönelik tıbbi kayıtların birçok avantajları vardır. Hastanın sorunları iyi belirlenmekte, tedavi için mantıklı bir formül hazırlanmakta, özel sorunlar da değerlendirilmekte, sorun listesine göre tedavi düzenlenmektedir. Dezavantajları ise uzun sürmesi, araya giren problemlerin tasnifinin güçlüğü nedeniyle polikliniklerden çok eğitim hastanelerinde uygulanmasıdır.³ Kayıtlarda kullanılan formlar koruyucu bakım kısmı, aşılama işlemleri ve risk azaltma ve önleme danışmanlıklarını içermelidir.⁴ Probleme dayalı tıbbi kayıtlar, hastanın önceden geçirmiş olduğu tüm rahatsızlık ve tedavileri de içermelidir. Sonuç olarak probleme dayalı tıbbi kayıtlar hastanın geçmişini, fiziksel muayenesini, tedaviyi kabulünü ve hasta ile yapılan vizitin planını içeren kayıtlara da sahip olmalıdır.

İkinci tıbbi kayıt yöntemi; Kaynağa yönelik tıbbi kayıtlardır ve bu kayıtlar laboratuvar ve tanısal görüntüleme sonuçları ile herhangi bir konsültasyondan alınan bilgileri içeren bir bölüme de sahip olmalıdır. Uygulanan her tanısal test ve konsültasyon için ayrı bir kayıt bulunmalıdır.

Genel bir kural olarak, aile sağlığı merkezi kayıtları, hem aile sağlığı merkezi hem de ev ziyaretleri kayıtlarını içerebilir. Fakat evde bakım, diğer uzmanlar ve sağlık bakım hizmeti veren kişiler tarafından da anlaşılabilir bir tarzda kaydedilmelidir. Bazı aile sağlığı merkezlerindeki dosyalama sistemi bu kayıtların aile odaklı yapılmasına olanak sağlar. Bu tarz bir aile merkezli kayıt sistemi, bütün aile üyelerinin bilgilerinin bir aile dosyasında saklama olanağı sağlar. Bu aile dosyası, ailenin her bir üyesi için bir bilgi kaynağıdır. Aile merkezli kayıt sistemi, uygulamada kullanılmadığında bu önemli bilgiler her birey için ayrı ayrı dosyalarına kaydedilmelidir.

Elektronik kayıt sistemleri, geleneksel yöntemlere göre birçok yönden daha avantajlıdır. Hastayla aile sağlığı merkezinde görüşülme bile, elektronik kayıtlara ulaşmak mümkündür. Bilgisayar ağ ve modemlerinin kullanımı, aile sağlığı merkezi kapalı olduğu zamanlarda, tedaviyi veren kişi ve acil bölümler tarafından da ulaşılabilirliği mümkün

kılar. Elektronik kayıtların ikinci bir avantajı retrospektif araştırma yapmayı kolaylaştırmasıdır. Üçüncü bir avantaj ise kayıtların denetlenmesindeki kolaylıktır. Bu tür denetimler, kayıtları bulunduğu yerden kısırdatmadan denetleme yapma olanağı sağlar. Aynı zamanda farklı kişiler tarafından da bu elektronik kayıtlara bakılabilir. Ayrıca elektronik kayıtlar uygulama sırasında sistematik bir yararlanmayı mümkün kılmaktadır. Örneğin elektronik kayıt sistemi geleneksel kayıtlar ile yapılması zor olan ve hastaya sunulan ilaç tedavisinin kontrolüne de olanak sağlamaktadır.

Diğer taraftan bu tip kayıtlar pahalı teknik donanım gerektirir. Bilgisayar ağı veya güç elemanlarındaki bozukluk bu kayıtlara ihtiyacı olanların erişim sağlayamamalarına neden olur.

Elektronik kayıtlara ulaşmakta zorluk yaşıyorsa, kayıtlar bir problem haline gelmiş demektir. Aile sağlığı merkezi, elektronik kayıt değerlendirmesiyle ilgili birçok gerekçeye sahiptir. Bunlar:

1. Elektronik kayıtlar ile aile sağlığı merkezinde bilgileri saklama ve yeniden kazanma geleneksel yöntemlerin yerini alacaktır

2. Bugün var olan elektronik kayıt sistemi geliştirilerek yaygınlaşacaktır.

3. Elektronik kayıtlar gerektiği zamanlarda önemli bilgiye erişmeyi mümkün kılmaktadır.

4. Bakım yönetimlerinin ve ilaçların çok hızlı gelişmesiyle elektronik kayıtlara duyulan ihtiyaç artmaktadır. Elektronik kayıtların avantajları bu gibi durumlarda daha belirgin olmaktadır.

Erişilebilir bir kayıt, uygulamaya katılan bireylerin her biri için uygulanmalıdır. Tıbbi bir kayıt bireyin aile sağlığı merkezine geldiği an uygulamaya başlanmalıdır. Tıbbi kayıtlar, problem ve bakım listelerinin düzgün ve güncel olmasını sağlamak için düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hastanın bakım listesi her ziyaret sırasında kontrol edilmelidir. Bunu doktor ziyaret sırasında yapabileceği gibi muayeneden sonra hemşire tarafından da yapılabilir. Bireyin bilgilerine ulaşabilmek için, kayıt sistemi doktora tüm konsültasyon raporlarını, hastane özetlerini, laboratuvar ve tanısal görüntüleme sonuçlarını okuyabileceği organize bir prosedür sağlayabilmelidir.

Hastalarla Elektronik İletişim

Hastalarla iletişim yöntemleri de önemli bir süreci oluşturur. Bu 20. yüzyılın büyük bir bölümünde telefon ile sağlanmıştır. Bilgisayara dayanan iletişim daha yaygın hale geldiğinden elektronik posta randevu programları, reçete alma veya hasta-doktor arası direkt iletişimi daha etkili kılacaktır. Hasta-doktor arası elektronik iletişim olanakları kli-

nik yönetime erişimin önemli bir parçasıdır; dikkatli bir koordinasyonu gerekli kılar. Elektronik iletişim ağları hastanın aldığı sağlık bakım bilgilerinin tamamlanmasını ve konsültasyon geri bildirimlerini belirgin bir şekilde artırır.⁵ Elektronik veri tabanı kullanıldığı zaman multidisipliner bakım alan kronik hastaların bilgilerinin paylaşımı daha kolay olmaktadır.⁶

Telefon İletişimi

Uygulama için telefon numaralarının doğru ve erişilebilir olması gerekmektedir. Dijital telefon sistemleri günümüz için bu tarz bilgilerin otomatik olarak kaydına olanak sağlamaktadır. Aile sağlığı merkezine gelen veya aile sağlığı merkezinden yapılan her arama acil profesyonel yardım isteyen hastalara yardımcı olabilmek için sayılmalı, ve kategorize edilmelidir. Bunu başarmak için hasta telefonlarını 7 kategoriye ayırmak yararlı olabilir.⁷

1. Randevu telefonu: Bu görüşme, aile sağlığı merkezi randevularını programlamak amacı ile hastaya yapılan veya hastanın yaptığı aramalardır.

2. Akut problem telefonu: Tıbbi akut problemler için hasta veya yakınları tarafından yapılan aramalar bu kategoriye girebilir.

3. Bilgi telefonu: Bu tarz görüşmeler klinik soruların cevaplanması ya da tıbbi bilgi edinmek için hastalar tarafından yapılan aramalardır.

4. Reçete telefonu: Yeni bir reçete hakkında bilgi edinmek için hasta veya eczane tarafından yapılan aramalardır.

5. İdari yönetim telefonu: Faturaları veya başvuru vizitleri gibi yönetsel konular için hastadan aile sağlığı merkezi veya aile sağlığı merkezinden hastaya yapılan aramalardır.

6. Kişisel bağlantı telefonu: Doktor ile birebir görüşme yapmak isteyen hastalar tarafından yapılır. Ayrıca bu kategoriye, randevusuna gelemeyen hastalar tarafından yapılan veya ziyaret sonrası yapılan aramalar da girebilir.

7. Diğer telefonlar: Diğer altı kategoriye uymayan aramalar.

Elektronik Posta İletişimleri

Açıkça bazı telefon görüşmesi kategorilerinin yerini elektronik posta alacaktır. Örneğin tıbbi bilgi ve reçeteleme için yapılan aramalar elektronik posta kullanılarak daha etkili yapılabilir. Fakat elektronik posta, acil problem için telefon yerine kullanılırsa daha uzun bir sürede yanıtlanabilir. Genel olarak bilgisayar kullanımı yaygınlaşmamış olduğundan bu da bir engel çıkarabilir.⁸

Aile Hekiminin Görevleri

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.⁹ Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

Aile hekimi;

a. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,

b. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idaresine bildirmek,

c. Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli/sık görülen toplum sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri, rahim kanseri taraması ve benzeri), ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,

d. İlk kayıta ev ziyareti ile kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak,

e. Çalıştığı mekanda ve gerektiğinde (aile hekiminin ev ziyareti esnasında tespit ettiği evde takibi zorunlu özür, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere) güvenliği sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, bakım, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

f. Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek,

g. Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, bakım ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak,

h. Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

i. Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,

i. İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

j. Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve bakımını yapmak,

k. Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve bakımını yapmak,

l. Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak,

m. Engelli kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,

n. Doğum öncesi, doğum sonrası, loğusa ve bebek izlemi yapmak, ile yetkili ve görevlidir.

Aile Sağlığı Elemanının Görevleri

Aile sağlığı elemanı, aile hekimi 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.⁹ 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 sevki 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,

ı. Aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak,

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

j. Sağlık Bakanlığınca belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak,

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

Hemşireler; hastanelerde, evlerde ve toplumsal sağlık hizmetlerinde çalışabilirler.¹⁰ Çoğu zaman aile sağlığı merkezi hemşiresi ve hasta arasındaki bakımın sürekliliği, doktorla devam eden bakımla, aynı derecede veya daha fazla önemlidir. Yirminci yüzyılın büyük bir kısmı süresince hemşire eğitimi davranış, yetenek ve bilgi üzerine odaklanmıştır. Aile sağlığı merkezilerinde hemşireler tarafından yürütülen genel konuların listesi Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1

Aile sağlığı merkezinde bakım işleri

- Reçeteleme işlemleri için telefon iletişimleri,
- Sağlık riskini değerlendirme enstrümanlarının yönetimi veya anketleri tarama,
- Hastaların vital bulgularını belirleyip - kaydetme,
- Aşılama yönetimi,
- Oral tedavi ve intramüsküler tedavi yönetimi, venöz girişim, mesane kateterizasyonu,
- Hasta eğitimi,
- Demirbaş listesini hazırlama ve aile sağlığı merkezi ekipmanları düzenleme, aile sağlığı merkezi prosedürlerine yardım,
- Randevularını kaçırın hastalarla iletişim kurma,
- Laboratuvar ve tanısal görüntüleme sonuçları için hastaları arama ve kayıtların etkili organizasyonuna yardım etmek.

Hasta Vizitleri

1. Yeni hasta viziti

Yeni hasta ziyaretleri genel olarak süregelen vizitlerden ayrı tutulur, çünkü yeni gelen hastalar uygulamaya ve yeni geliştirilmiş bir sisteme kaydedilir. Bu kayıt aile sağlığı merkezi personeli için daha fazla idari iş anlamına gelebilir ve doktor için henüz karşılaşmadığı bireylerle ilişki kurmak için daha fazla zaman gerektirebilir.

2. Programlı süregelen vizitler

Bu tarz ziyaretler aile sağlığı merkezi vizitlerinin en genel olan tipidir ve acil problemler için olan veya zamanlaması hasta tarafından belirlenen vizitler olarak da tanımlanabilir.

3. Girişimsel vizitler

Küçük cerrahi veya girişimsel işlemlerde uygulanacak olan prosedürler için yapılan vizitlerdir.

4. "Walk in" veya aynı gün vizitleri

Bazı aile sağlığı merkezleri bu tür randevusuz vizitleri diğer kategorilere dahil ederlerken, diğer bazı aile sağlığı merkezileri bu vizitleri ayrı bir kategoriye koyarlar.

Randevu sürecinin etkinliğini arttırmak için birçok basamak uygulanabilir. Bir problem oluştuğunda veya randevu yanlış bir şekilde programlandığında her hatayı nasıl düzeltebileceğine dair bir program bulunmalıdır. İkinci olarak da aynı gün vizitlerinin miktarı dikkatli sayılmalıdır. Bu tarz ziyaretler için olan talep açıkça görülüyor ki mevsim (kışları daha fazla ziyaret) ve haftanın günlerine göre (pazartesi veya cuma günleri en fazla talebin olduğu günlerdir) değişim göstermektedir. Üçüncü olarak da uygulamada hasta memnuniyeti ve sağlık bakımında kalite göstergesi olarak bir sonraki ziyaret 14 gün içinde yapılabilirdir.

Bakım koordinasyonunun üst seviyede olması hastanın bakıma zamanında gelmesine ve tıbbi bakım için elinden geleni yapmasına bağlıdır.¹¹ Randevu programlama sistemi aynı zamanda randevuya gelemeyen hastaların isimlerini

içeren raporları da oluşturabilecek yetiye sahip olmalıdır. Bazı aile sağlığı merkezleri, dalga veya modifiye dalga programlama gibi randevu sistemi kullanırlar.⁶ Bir dalga programlama sistemi, grup halinde gelen hastalar tarafından programlanma şeklinde tanımlanabilir. Örneğin saat 9.00-9.15-9.30 ve 9.45 şeklinde randevu verilen hastalar yerine aile sağlığı merkezi saat 09.00'da iki, 09.15'te bir ve 09.30'da bir hasta olacak şekilde program yapılabilir. Dalga programlama sistemi her ne kadar uygulama yüksek bir oranda olduğu zamanlarda yararlı olsa da hastalar için uzayan bekleme süreleri sonuçlanabilir. Saat 09.00'da çifte randevu vermek doktorun zamanının ziyan olmasını önler ve bu arada bir boşluk olursa 09.45'e yeni bir hasta randevusuna olanak sağlar. Dalga programlama sistemi hastaların vizitlerine geciktiği zamanlarda da faydalı olur.

Aile Sağlığı Merkezlerinde Hasta Takibi

İdeal olarak etkin hasta takibi, bakım alan kişi ve aile sağlığı merkezi personelinin etkili kullanımını eş zamanlı olarak artırırken hastanın bekleme zamanını da en aza indirmelidir. Hasta ziyaretlerinin 5 zaman sürecine nasıl ayrıldığına dair bir örnek aşağıda verilmiştir:

Kayıt süresi

Vizitlerin birinci kısmı hastanın aile sağlığı merkezine gelmesi kayıt sürecini tamamlaması ile başlar. Kayıt sürecinin uzunluğu, aile sağlığı merkezi sekreterinin etkililiği ve aile sağlığı merkezi kapasitesinin yeterliliği için bir ölçütür.

Bekleme odası zamanı

Bu zaman periyodu hastanın kayıt süresini bitirip bekleme odasına alınmasıyla başlar. Bu hastanın bekleme odasında ne kadar kalması gerektiğini ölçer. Bu süreç, yetersiz bakım personeli veya yetersiz muayene odasından dolayı uzayabilir. Aynı zamanda doktorun programın gerisinde kalmasından dolayı da uzayabilir. Hastalar genellikle 15-20 dakikayı aşan bekleme süresinde sabırsız hale gelirler. Bekleme odasında hastaların; sağlıklı beslenme, hastalıklar ve korunma yolları ve erken belirtiler gibi konularda bilgilendirilmeleri için el broşürleri, sağlıkla ilgili kitapçıklar ve video gibi görsel materyaller bulundurulabilir.¹¹ Eğer hastalar bekleme odalarında daha fazla zaman geçirecekse oda daha geniş olmalıdır.

Muayene odası bekleme zamanı

Bu zaman dilimi hastanın muayene odasına girmesi ile başlar ve doktorun odaya girmesiyle son bulur. Öncelikli olarak doktorun etkililiği için bir ölçektir ve hasta ekstra zaman talep ettiğinde veya programa yeni hastalar dahil edildiğinde bu süreç uzayabilir.¹²

Bakımı sağlayanlarla karşılaşma zamanı

Bu zaman dilimi bakımı veren kişinin muayene odasına girmesiyle başlar ve hastanın odayı terk etmesiyle son bulur. Bu periyod tedavinin hem doktor hem de bakım personeli tarafından uygulanması sürecini ifade eder. Hastanın problemi kompleks ise süreç uzayabilir. Hastalar bakımı sağlayanlarla geçirilen fazladan zamanlara pek aldırış etmezler fakat bu, diğer hastanın fazladan beklemesi anlamına gelir.

Çıkış zamanı

Bu süreç hastanın muayene odasını terk etmesiyle başlar ve aile sağlığı merkezini terk etmesi ile son bulur. İnatla uzayan imza süreçleri muhasebe birimi veya danışma masasının yetersizliğine bir göstere olabilir.

Bütün olarak düşünüldüğünde aile sağlığı merkezi ziyaretleri sürelerinde bu ayrı zaman dilimleri ölçülebilir. Bazı uygulamalarda doktor hasta muayenesini bitirdikten sonra, hasta eğitimcisi hemşireler ve hasta arasında planlı bir iletişim olabilir.

Aile Sağlığı Merkezi Sürekliliğini Koordine Etme

İlk olarak test sonuçları için hasta ile iletişim süreci organize edilmelidir. Bu telefonla, mektupla veya elektronik posta ile yapılabilir. Sonuçları bildirme süreci hastaya açıklanmalıdır ve hastanın isteğine bağlı olarak çeşitlendirilebilir. Olağandışı veya beklenmedik sonuçlar mümkün mertebe bireysel olarak görüşülmelidir. Bu tarz prosedürler geliştirme, bakımı sağlayan personelin bu işlerin nasıl yürütüleceğine dair ortak fikirler oluşturmasını gerektirir.

Aile sağlığı merkezi yönetimini kapsayan bir ikinci konu ise randevularını kaçıran hastalarla ilgilenme yöntemleridir. Bazı merkezler bu tip hastalara mektup yollar veya telefon açarlar ve birçok merkez bunun önüne geçmek için hatırlatma sistemi kurmuştur. Bu kaçırılmış randevular için randevu tablolarında düzeltme yapma olanağı sağlar. Aynı zamanda hastaların kaçırdığı randevu sayısını en aza indirecek stratejileri de mümkün kılar. Diğer bir devamlılık konusu ise kritik süregelen vizitler (örneğin prenatal izlem) için özel bir sisteme duyulan ihtiyaçtır. Bu tarz vizitler hastanın bakımı için özellikle önemlidir.

Aile sağlığı merkezinde mesai saati ve sonrası bakımların koordinasyonu

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar.⁸ Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin koşulları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenir ve yerel sağlık idaresince onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetleri çalışma süresine dahil

edilir. Çalışılan günler ve saatler aile sağlığı merkezinin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilenebilmesi sağlanır.

Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığı sağlanır.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, yangın, deprem, sel felaketi gibi olağanüstü durum ve hallerde çalışma saatleri ile bağlı olmaksızın çalıştırılabilirler.

Hizmetlerin devamlılığının sağlanabilmesi için gerekli durumlarda Bakanlık personeli görevlendirme suretiyle çalıştırılır.

Bakım ekibi iç disiplininin koordinasyonu

Geriatrik hasta bakımı veya kronik rahatsızlık yönetiminde ve devam eden sağlık problemlerinin tedavisinde bakım takımının iç disiplini önemlidir.¹³ Kronik hastalığı olan hastalar ile yaşlı hastaların daha iyi bakım sonucundan ziyade, daha koordine, sürekli hizmet talep ettikleri ve arzularını, ayrıca kontrol ziyaretlerinde aynı doktora görünmek istedikleri gösterilmiştir.¹⁴ Sağlık problemlerinde hastalara yardımcı olmak için bir iç disiplin geliştirip koordine etmede aile hekimleri tarafından izlenebilecek adımlar şunlardır;

1. Aile hekimi çeşitli uzmanlar tarafından hastaya önerilmiş yaklaşımlar ve servisler hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

2. Bu uzmanlıkları nasıl ve ne zaman faydalı kılacakları hakkında karar verme sürecinde hastalar bilgilendirilebilsin diye aile hekimleri hastaya uzmanlıklar hakkında bilgi vermelidir. Hangi uzmanın hastalarla ilgilendiğini bilmeyen doktorun yürüttüğü bir uygulamada, plan geliştirmek çok zordur.

3. Hastanın devam eden bakımını uzmanlar tüm tıbbi kayıtlara geçirmelidir. Aile hekimini son ziyaretinden beri yapılan her ziyarette hangi uzmandan yardım aldığı sorularak bu liste güncellenebilir.

4. Hastanın yardım aldığı uzmanların açık bir fikri edindiğinde bu kişilerle hedefleri ve rolleri gerçekleştirebilmek için iletişime geçilmelidir. Bu iletişim hastanın rızası ile olur.

5. Sonuç olarak aile hekimi mültidisipliner ve iç disiplinsel bakım farklarını iyi analiz etmelidir. Mültidisipliner bakım birçok uzmanlık disiplinin aynı hastaya sağladığı bakımdır. İç disiplin ise bir takım olarak hastayı değerlendiren bu kişilerin bir araya gelmesi anlamına gelir.

Sonuç

Bakımın koordinasyonu aile hekimliği içinde olması gereken önemli bir komponenttir. Hasta bakımı parçalanmış, sağlık çalışanları arasında iletişim bozulmuş, iyatrojenik zararlar ortaya çıkmış ve hasta memnuniyetsizliği başlamışsa,

koordinasyonun önemi daha çok anlaşılmaktadır. Dezorganizasyon, verimsiz ve çelişkiler barındıran sağlık sistemine alternatifler üretilebilir. Aile hekimleri tarafından sağlanan daha verimli koordine edilen bir sistem ortaya konulabilir. Ülkemizde bakımın koordinasyonu için yaşanan sıkıntılar içerisinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği fiziki mekanların yetersizliği sayılabilir. Buna ek olarak iyi organize edilmiş bir birinci basamak ekibinin varlığı, bunlara sağlanacak eğitim olanakları ile, bakım koordinasyonu daha verimli hale gelebilir.

Kaynaklar

1. **Campbell JL, Gower S.** Organization of services. Oxford Text Book of Primary Medical Care'de. Ed. Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C. 1. baskı. New York, Oxford University Press Inc, 2005; 1: 441-5.
2. **Weed LL.** Medical records that guide and teach (parts I and II). N Engl J Med 1968;278:593-600, 652-7. (Reprinted in M.D. *Computing* 1993;10(2):1-15.)
3. **Berkow R.** The Merck Manual. 14. Baskı. İstanbul, Merck Yayıncılık, 1987; 1639-40.
4. **Tuna EG.** Birinci basamak sağlık kurumunda 45 yaş ve üzerindeki kadınlara sunulan sağlık hizmetinin retrospektif değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D, Adana, 2005.
5. **Branger PJ.** Shared care for diabetes: supporting communication between primary and secondary care. *Med Info* 1998; 9: 1412-6.
6. **Moran WP.** A practice based information system for multidisciplinary care of chronically ill patients: what information do we need? Proceedings of The Annual Symposium of Computer Applications in Medical Care. 1994: 585-9.
7. **Saultz JW.** Coordination of care. Text Book of Family Medicine. New York, Mc Graw-Hill Health Professions Division 2000; 105-33.
8. **Liaw T, Lawrence M, Rendell J.** The effect of a computer-generated patient-held medical record summary and/or a written personal health record on patients' attitudes, knowledge and behaviour concerning health promotion. *Fam Pract* 1996; 13: 289-93.
9. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. <http://www.saglik.gov.tr/aile/> Erişim Tarihi: 18.05.2006.
10. **Wasynski CM, Murakami W, Lewis M.** Community care management. Advanced practice nurses as care managers. *Care Manag J* 2000; 2: 148-52.
11. **Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ.** The Association of attributes of primary care with the delivery clinical preventive services. *Med Care* 1998; 36: 21-30.
12. **Goldberg SE.** Demand management: Implementing your own program. *Fam Pract Manag* 1998; 5: 49-50, 55-6, 59-62.
13. **Flocke SA.** Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *J Fam Pract* 1997; 45: 64-74.
14. **Van den Bosh WJHM, Freeman GK.** Coordination and continuity of care. Oxford Text Book of Primary Medical Care'de. Ed. Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C. 1. baskı. New York, Oxford University Press Inc, 2005; 1: 267-71.

Geliş tarihi: 15.11.2006
Kabul tarihi: 13.12.2006

İletişim adresi:

Yrd. Doç. Dr. Ersin Akpınar
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Balcalı/ADANA
Tel: (0322) 338 60 60/3087
Fax: (0322) 338 65 72
e-posta: eakpinar@cu.edu.tr