

Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması

Family physicians' views about family practice application: A questionnaire

Aktaş E Ö Çakır G

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı aile hekimliği uygulamasında sahada çalışan hekimlerin aile hekimliğini seçme nedenlerini, sistemin iyi ve sıkıntılı yönlerini ve eğitim ihtiyaçları hakkındaki görüşlerini değerlendirmektir. **Gereç ve Yöntem:** 2010 yılı içinde değişik illerde gerçekleştirilen "Aile Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları" konulu konferanslar öncesinde, altı ilde çalışan 104 aile hekimine toplam 12 sorudan oluşan anket uygulanmış, verilen yanıtlar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %77,7'si (81 kişi) 11–25 yıllık deneyimli hekimlerden oluşmakta ve %58,7' si (61 kişi) 2–4 yıldır aile hekimi olarak çalışmaktadır. Katılımcıların çoğu ücretin yüksek olması ve daha iyi hekimlik olanağı sağladığı için aile hekimliğini seçtiklerini belirtmişlerdir.

Sonuç: Aile hekimlerinin uygulamayla ilgili olarak olumlu ve olumsuz görüşleri incelendiğinde; En çok ücretin iyi olması, hasta-hekim ilişkilerinin iyi olması ve daha iyi hekimlik olanağı sağlama gibi olumlu görüşler ile çalışma şartları ve ortamıyla ilgili olumsuz görüşlere sahip oldukları görülmüştür. Azımsanmayacak sayıda katılımcı (25 kişi) ise yeniden seçme şansı olsa aile hekimliğini seçmeyeceğini belirtmiştir. Uygulamanın daha sağlıklı yürütülebilmesi için aile hekimlerinin sistemle ilgili sıkıntılarının daha ayrıntılı belirlenip giderilmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, aile hekimi, görüşler, problemler.

Summary

Aim: The aim of this study is to examine the views of family physicians working in the family practice field regarding good and problematic parts of the system and their views about educational needs.

Materials and Methods: During 2010, before "The Conference of Legal Responsibilities of Family Physicians" a questionnaire of 12 questions were applied to the 104 family physicians from 6 provinces and the results were examined.

Results: 77.7 % (81 respondents) of participants were seniors (11-25 proyears old) and 58,7 % (61 people) of participants have been working as family physician for two years. Most of the participants stated that they chose family practice, because of high salary and better work opportunities.

Conclusion: When family physicians' positive and negative views are examined, the most mentioned positive views are the salary, the good relationship between patient and physician and better work conditions. On the other hand, negative views were expressed about poor working environments, and about Family Practice Application. A remarkable number of participants (25 respondents) stated that if they had another chance, they would not choose family medicine. To carry out this application more effectively, problems of family physicians should be examined in detail and should be resolved.

Key Words: Family practice, family physician, views, problems.

Yazışma Adresi: Gürol ÇAKIR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi : 27.05.2011 Kabul Tarihi : 23.08.2011

Giriş

20. yüzyılın başlarına dek, tıp alanında genel olarak hakim olan, "hasta yoktur, hastalık vardır" görüşüyle, hekimler sadece hastalıklar üzerinde durmuştur. Dr. Francis Peabody, 1923 yılında bu durumun tıpta aşırı uzmanlaşmaya yol açtığını, sağlık sistemini aşırı parçalara ayırdığını ve hastaların ortada kalmasına neden olduğunu belirterek; hızla, kapsamlı, bireysel hizmet veren ve insanları bir bütün olarak ele alacak genel pratisyenliğe dönülmesi gerektiğini savunmuştur (1, 2).

1952'de İngiltere'de Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji (Royal Collage of General Practitioners) kurulmuştur. 1960'lı yıllarda Amerika'da Aile Hekimliği (AH) fikri yayılmaya başlamış, Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından 1966'da yayınlanan Millis ve Willard raporları ile birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile Hekimliği" tanınmıştır (3). 1969 yılında da "Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu" (American Board of Family Medicine-ABFM) kurulmuştur (4).

Dünyada yaşanan Aile Hekimliği-Genel Pratisyenlik alanındaki bu gelişmelerin Türkiye'deki yansıması "Toplum Hekimliği" olmuş ve 1960'lı yıllarda Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanan "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası" ile bütüncül hasta yaklaşımı ve genel pratisyenlik, basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmiştir. Yasaya göre her 5-10 bin nüfusa, bir sağlık ocağı açılacak ve burada bir ekip anlayışı içinde hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni, sağlık memuru, tıbbi sekreter, araç sürücüsü, gerekiyorsa röntgen teknisyeni ve diş hekimi çalışacaktır (5). Benzer şekilde birinci basamakta sağlık ocağı ve ekip yapılanması ile bütüncül sağlık hizmeti sunumuna, SSCB (sonrasında Rusya Federasyonu)'de "Uçastok", Birleşik Krallık'ta "Health Center", Finlandiya'da "Terveyskeskus", İsveç'te "Vardsantral", İsrail'de "Kupatholim", Arnavutluk'ta "Ambulans", Norveç'te "Heltstation" yapılanmaları örnek olarak verilebilir (6).

1974 yılında Hollanda'daki "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı sonrasında, Aile Hekimliği'nin dayandığı ilkeleri belirten ve birinci basamak hekimliğinin diğer uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık alanı olduğunu vurgulayan Leeuwenhorst tanımı ortaya konmuştur. Bu tanım, 1998 WHO (Dünya Sağlık Örgütü), 2000 ve 2002 WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians veya kısaca World Organization of Family Doctors-Dünya Aile Hekimleri Birliği) tanımlarının temelini oluşturmuştur (2, 7).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), 1978 Alma Ata Konferansında ilan edilen 2000 Yılında "Herkese Sağlık" hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario-Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmekte Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans düzenlemiştir (8). Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dokümanının özet bölümünde şu ifade yer almaktadır;

"İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel Pratisyen ya da Aile Hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalet, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için Aile Hekimi; hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir" (2, 8).

Bu konferansta ayrıca aşağıdaki önemli kararlar alınmış ve bu karar ve öneriler, tüm dünyada Aile Hekimliğinin yaygınlaşmasına ve gelişmesine katkıda bulunmuştur (3, 8).

-Sağlık bakımını daha eşit, maliyet etkin ve gereksinimlere yanıt verir kılabilmek için kökten değişiklikler yapılması gereklidir. Bireye yönelik kaliteli bakım vermek ve toplum sağlığı ile birey sağlığını entegre etmek konusunda aile hekimi temel öneme sahiptir ve bu alanda çalışan hekimlerin çoğunluğunun aile hekimi olması gereklidir (Öneri 1).

-Bu konudaki politikalar hızla uygulanmaya başlanmalıdır (Öneri 4).

-Birincil sağlık bakımı ve bunun içinde özgün eğitim almış aile hekiminin rolü tanımlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer uzmanlar ile aile hekimi uzmanları arasında denge oluşturulmalıdır (Öneri 5).

-Diğer uzmanlık dallarının daha dikkatli kullanılabilmesi ancak önce birincil bakım veren bir hekime başvurmak yolu ile olabilir. Ancak bu hekimlerin sevk gereksinimi ve seçenekler konusunda sonuçlar, kalite ve maliyeti içeren bağımsız, iyi bir bilgiye sahip olmaları gerekir (Öneri 6).

-Her olanakta aile hekimi ilk başvuru hekimi olarak kullanılmalıdır. Bunun nedeni yalnızca aile hekimlerinin bu iş için uzmanlaşmış tek grup olmasından değil diğer uzmanlık alanlarının zamansız ve gereksiz kullanımının önlenmesidir (Öneri 10).

-Her ülkede aile hekimlerinin bağımsız örgütleri kurulmalıdır. Birincil bakım veren her hekim üye olabilmelidir. Bu kuruluşlar topluma, aile hekimlerinin

toplumun gereksinimlerine cevap verebileceği ve yüksek kalitede sağlık bakımı sağlama peşinde oldukları konusunda güven vermelidir (Öneri 11).

2002 yılında WONCA - AVRUPA bölgesi, Aile Hekimliği - Genel Pratisyenlik disiplini ve uzmanlığını değişen dünya ve bölge şartlarına göre yeniden tanımlamıştır (9).

Buna göre "Aile Hekimliği - Genel Pratisyenlik"; Kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile Hekimliği - Genel Pratisyenlik, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur ve hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar. Yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Toplum sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır" (2, 9).

20. yüzyılın ilk çeyreğinden itibaren ortaya çıkan ve 1960'lı yıllarda birçok ülkede sosyoekonomik dinamiklere de bağlı olarak, farklı isim ve modellerle de olsa birinci basamak sağlık hizmetleri alanında uygulama yapan Aile Hekimi-Genel Pratisyen; Kişi ve ailesini yaşadığı çevreyle birlikte biyopsikososyal açıdan bir bütün olarak ele alır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıyla gerekli koordinasyonu sağlayarak hastanın sevk ve takibini organize eder. Yaptığı ev ziyaretleri ve rutin takiplerle, kişiye yönelik hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada sunar.

Türkiye'de Aile Hekimliği'nin Gelişimi

AH kavramı, Türkiye'de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970'li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir

uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan AH uzmanlığının Türkiye'de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne alınarak Türkiye'de AH bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1985 yılında AH uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu, üye ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996 yılında bu süre iki yıldan üç yıla çıkarılmıştır (10).

AH'nin bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesiyle birlikte gerek sağlık idaresi, gerekse üniversiteler ve hekim meslek örgütleri (Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği) arasında birçok tartışma ortaya çıkmıştır. Bu tartışmaların kökeninde, Türkiye'deki AH tanımının bir uzmanlık dalı olarak değil de bir "sistem" olarak yapılması ve konunun tıbbi ve profesyonel boyutlarından çok finansman boyutuyla tartışılması ve özelleştirme girişimlerine vurgu yapılması yatmaktadır. Ayrıca Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneğince vurgulanan, AH uzmanlık eğitiminde standardize edilmiş ve içeriği tam anlamıyla belirlenmiş bir müfredatın oluşturulamaması, AH'nin bir uzmanlık dalı olarak üniversitelerde yeterince tanınmaması, Aile Hekimlerinin özlük hakları ile ilgili sorunlar, yasal düzenlemelerdeki gecikmeler ve eksiklikler gibi konular ile Türk Tabipleri Birliğince vurgulanan, AH sistemi ile birinci basamakta sağlık ocakları ile kurulmuş olan ekip çalışması anlayışı ve tedavi edici sağlık hizmetleriyle koruyucu sağlık hizmetleri ve çevre sağlığı hizmetleri arasındaki uyum ve kombinasyonun bozulacağı ve bu sistemin finansman yükünün daha fazla olacağı gibi pek çok konuda tartışmalar ortaya çıkmıştır (10).

AH, 1990 sonrası birçok devlet dokümanında, VI, VII ve VIII. beş yıllık kalkınma planlarında yer almıştır. Son olarak Türkiye Cumhuriyeti 58.hükümetinin Acil eylem planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programında yer almaktadır (11, 12, 13).

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından (aile hekimleri veya aile doktorları gibi) yürütülmesi, Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları arasında yer almaktadır. Bireylerin sağlık kayıtlarının aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamakta tutulması kontrol, takip ve risk

analizlerinin yapılabilmesinde önemli ilerlemeler sağlayacaktır. Bir uzmanlık dalı olarak aile hekimleri ülke genelinde aile hekimliği uygulamasına geçmek için oldukça yetersizdir. Uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli eğitimden geçirilerek başlanması ve uygulama süresi içine yayılmış sürekli eğitim ile desteklenmesi en pratik çözüm olacaktır (10).

2003 yılının Kasım ayında Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamı içinde yer alan; Aile Hekimliği, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, genel sağlık sigortası, sağlık bilgi sistemi, tanı ve tedavi kurumları ile teşkilat yapısının yenilenmesi şeklindeki genel politikaları ile birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir yaklaşım gündeme gelmiştir. Halen tamamlanmamış olan bu dönüşüm programından tüm sağlık sistemi komponentleri etkilenmiş, bu amaçla birçok alt yapı ve yasal mevzuat çalışmaları yapılmıştır, halen dönüşüm devam etmektedir (10,13).

AH Uygulaması ile ilgili olarak yapılan yasal düzenlemeler kısaca aşağıda verilmiştir;

-Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (Kanun No : 5258, Resmi Gazete (RG : 09.12.2004 / 25665)

-Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (06.07.2005 / 25867). (Bu yönetmelik 25.05.2010 tarihinde değiştirilmiştir, RG : 25.05.2010 / 27591)

-Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik

(RG: 12.08.2005 / 25904). (Bu yönetmelik 30.12.2010 tarihinde değiştirilmiştir,

RG: 30.12.2010 / 27801)

-Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezi Kurulması ve Çalıştırılmasına dair Yönerge

Ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Ekim 2005 tarihinde pilot uygulama şeklinde Düzce'de başlanmış ve 2011 yılından itibaren de tüm illerde AH uygulamasına geçilmiştir. Halen 6330 Aile Sağlığı Merkezinde, 20183 Aile Hekimi hizmet vermektedir. Ayrıca 986 adet de Toplum Sağlığı Merkezi kurulmuştur (14).

Yıllardır Türkiye'nin gündeminde olan, 2011 yılından itibaren tüm ülkede uygulamaya geçilen ancak çeşitli nedenlere bağlı olarak ülke sağlık sistemine entegre edilmesinde sıkıntılar yaşanan AH Modeli'nde, bizzat modeli uygulamaya çalışan Aile Hekimlerinin bu sisteme bakışları, mesleki sorunları, modellerle ilgili sıkıntı ve beğenilerinin ortaya çıkarılması, sağlık politikacılarına,

sağlık eğitimcilerine ve bizzat uygulayıcılara yararlı bilgiler sağlayabilecektir.

Gereç ve Yöntem

2010 yılı içerisinde yapılan bu anket çalışmasına, Amasya, Çorum, Denizli, Erzurum, Isparta ve Kütahya'da çalışmakta olan toplam 104 Aile Hekimi katılmıştır. Katılımcılara; ne kadar süredir aile hekimi olarak çalıştıkları, çalıştıkları aile sağlığı merkezinde toplam kaç aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olduğu, aile hekimliğini seçme nedenleri, tıbbi kayıtları nasıl tuttukları, aile hekimliği uygulamalarında en çok beğendikleri ve en çok sıkıntı çektikleri konuların neler olduğu, performans ve/veya disiplin cezası alıp almadıkları, aldılarsa hangi konularla ilgili olduğu ve en çok eğitim almak istedikleri konuların neler olduğu gibi toplam 12 adet sorudan oluşan ve birden fazla şıkkı işaretleyebilecekleri anket formu dağıtılarak yanıtlamaları istenmiş, elde edilen veriler "SPSS for WINDOWS 15.0" istatistik paket programına aktararak analiz edilmiştir.

Ayrıca alanda yaşanan hizmet içi eğitime destek olabilmek için en çok bilgilenecek istedikleri konuların belirlenebilmesi amacı ile eğitim yapılabilecek konular, ana ve alt başlıklar halinde hazırlanarak katılımcılarımıza sunulmuştur.

Katılımcıların Aile Hekimliği sisteminde en çok beğendikleri ve en çok sıkıntı çektikleri üç konuya çok çeşitli yanıtlar verildiğinden, yanıtlar ana başlıklar altında toplanarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan tüm Aile Hekimlerinin sayısı 104'dür [Denizli (n=26), Amasya (n=20), Kütahya (n=18), Çorum (n=16), Isparta (n=13), Erzurum (n=11)]. Katılımın en fazla olduğu il, %25,0 (n=26) ile Denizli, en az olduğu il ise, % 10,6 (n=11) ile Erzurum'dur. Katılımcıların % 62,5'i (n=65), 11 -20 yıllık hekimlerden oluşmakta ve % 58,7'si (n=61) de 2-4 yıllık Aile Hekimleridir (Tablo-1 ve Tablo-2).

Tablo-1.

Kaç yıllık hekimsiniz?	Sayı	%
0-5 yıl	1	1,0
6-10 yıl	16	15,4
11-15 yıl	23	22,1
16-20 yıl	42	40,4
21-25 yıl	16	15,2
26 yıl ve üstü	6	5,8
TOPLAM	104	100,0

Tablo-2.

Ne kadar süredir Aile Hekimi olarak görev yapıyorsunuz?	Sayı	%
0-12 ay	29	27,9
13-24 ay	12	11,5
25-36 ay	32	30,8
37-48 ay	29	27,9
Yanıt yok	2	1,9
TOPLAM	104	100,0

Katılımcılara “Neden Aile Hekimliğini seçtiniz” sorusu yöneltildiğinde; 24 kişi (%23,1) sadece “Ücreti daha yüksek olduğu için”, 21 kişi (%20,2) sadece “Daha iyi hekimlik olanağı sağladığı için” ve 19 kişi de (%18,3) “Diğer” (mecbur kalmak, acil servis ve 112’de çalışmamak, nöbet tutmamak, statü kazanmak, adaletli yerleştirme ve bütünsel bir yaklaşım olması) nedenlerden dolayı aile hekimliğini seçtiğini belirtmiştir. Birden fazla şıkki işaretleyen 39 kişinin (%37,3) verdiği yanıtlar incelenip, yukarıdaki oranlara dağıtıldığında; 62 kişi (24+38) ücretin daha yüksek olmasından dolayı, 50 kişi (21+29) de daha iyi hekimlik olanağı sağladığı için aile hekimliğini seçtiğini belirtmiştir.

“Yeniden seçme şansınız olsa yine aile hekimliğini seçer miydiniz?” sorusuna, katılımcılarımızın %70,2’si (n=73) evet seçerdim, %24,0’ü (n=25) hayır seçmezdim derken, 6 kişi (%5,8) de yanıt vermemiştir.

Katılımcılarımızın çalıştığı Aile Sağlığı Merkezlerindeki ortalama Aile Hekimi sayısı 4,73 ± 2,21, Aile Sağlığı Elemanı sayısı ise 4,45 ± 2,32’ dir.

Aile Hekimliği uygulamasında tıbbi kayıtların nasıl tutulduğuna dair yöneltilen soruya, katılımcıların %48,1’i (n=50) sadece dijital sistemlerle (AHBS, SBS, NBYS, GP Türk, vb.), %50,1’i (n=52) dijital kayıt+Dosya kopyası ile ve %1,0’i de (n=1) matbu evrak ile kayıt tuttuklarını belirtmiştir.

Katılımcılardan açık uçlu olarak aile hekimliği sisteminde en çok beğendikleri üç şeyi belirtmelerini isteyen soruya, çok çeşitli yanıtlar verildiğinden, bu yanıtlar beş ana başlık altında toplanıp incelenmiştir.

Beğenilerin belirtildiği ana başlıklar:

1. Ücretin iyi olması

2. Mesleki tatminin fazla olması

- Hekim saygınlığının artmış olması
- Prestij ve statü sahibi olunması
- Özgür ve özerk hissetmek
- Biyo-psiko-sosyal açıdan tatmin olunması
- Otokontrol sağlanabilmesi
- Puanına göre adaletli yerleştirme olması, torpilin olmaması

- Meslektaşlarıyla ve üstleriyle daha iyi iletişim olması

3. Çalışma şartları ve ortamın iyi olması

- Fiziksel olarak daha rahat ve konforlu bir ortamda çalışmak, kendisine ait bir iş yeri gibi hissetmek
- Nöbet tutmak zorunda olmamak ve acil hastanın olmaması
- Görev ve sorumlulukların net olması
- Merkezde çalışma imkanına kavuşma, geçici görevlerden kurtulma
- Serbest çalışma saatlerinin olması, mesai saatlerinin iyi olması, hafta sonu ve bayram tatilleri olması
- Mobil sağlık hizmeti sunabilmek
- İkinci ve üçüncü basamağa sevklerin azaltılması
- Bilgisayar-otomasyon eşliğinde çalışma (kayıt, sevk, takipler vs.)
- Laboratuvar hizmetlerinin iyi olması

4. Koruyucu sağlık hizmetlerinin iyi olması

- Aşılama hizmetlerinin iyi olması
- Bebek, gebe, 15-49 yaş kadın izlemlerinin iyi olması
- Gezici hizmetlerin, okul taramalarının iyi olması
- Düzenli kayıt ve takiplerle hastaları daha iyi izleyebilme

5. Hasta-Hekim ilişkilerinin iyi olması

- Hastayı yakından tanıma ve iletişimin iyi olması
- Sabit nüfus ve bölgeye hizmet etme kolaylığı
- Hekim seçebilme özgürlüğünün olması
- Hekime ulaşma kolaylığının olması şeklindedir.

Bu soruya verilen yanıtlar incelendiğinde; 61 kişi “Hasta - hekim ilişkilerinin iyi olması” başlığı altında yer alan yanıtları, 41 kişi “Ücretin iyi olması” başlığı altında yer alan yanıtları, 34 kişi “Çalışma şartları ve ortamının iyi olması” başlığı altında yer alan yanıtları, 24 kişi “Mesleki tatminin iyi olması” başlığı altında yer alan yanıtları, 14 kişi de “Koruyucu sağlık hizmetlerinin iyi olması” başlığı altında yer alan yanıtları vermiştir. 18 katılımcı ise bu soruya herhangi bir yanıt vermemiştir.

Benzer şekilde aile hekimlerinin en çok sıkıntı çektikleri üç şeyi belirtmeleri istendiğinde, verilen yanıtlar çok çeşitli olmuş ve bunlar altı ana başlık altında toplanıp incelenmiştir. Bu başlıklar;

1- Yardımcı sağlık personeli (aile sağlığı elemanı, sekreter, temizlik görevlisi, vs.) ile ilgili sıkıntılar

- Sayı ve nitelik yetersizliği
- Aile sağlığı elemanını seçme özgürlüğünün olmaması

2- Çalışma şartları ve ortamıyla ilgili sıkıntılar

- Kayıtlı hasta ve poliklinik sayısının fazla olması, iş yükü ve koşulların ağır olması
- Bürokratik işlerin (sekreteryaya ve kırtasiye işleri, evrak kalabalığı, düzenli bildirimler ve yazışmalar vs.) yoğunluğu, angarya işlerin olması
- Bilgisayar-otomasyon sorunları (Hasta kaydetme ve kayıttan çıkarma sorunları, teknik sorunlar)
- Misafir hastalarla ilgili sorunlar
- Sevk ve uzmana yönlendirme sorunları
- Nöbet tutmak
- Adli tabiplik hizmetleriyle ilgili sorunlar (adli rapor yazımı, nöbet, defin ruhsatı, vs.)
- Mobil hizmetlerle ilgili sıkıntılar
- Performans ölçütleri ve ücret kesintileriyle ilgili sorunlar
- Çalışma saatlerini belirleyememe
- Fiziki şartların yetersizliği
- İşletme tecrübesizliği
- Aile Sağlığı Merkezinin giderlerinin (Kira, tamirat, temizlik, vs.) hekime yüklenmesi
- Laboratuvar ücretleri ve yetersizliği

3. Özlük Hakları ile ilgili sıkıntılar

- Hekim haklarının göz ardı edilmesi
- Hekim saygınlığının azalması
- Aşırı abartılı hasta hakları nedeniyle hasta ile hekim arasında ortaya çıkan sorunlar
- Yasal düzenlemelerin sürekli değişmesi ve yönetmelikten kaynaklanan sorunlar ile oluşan belirsizlik, tedirginlik, endişe ve gelecek kaygısı
- Sözleşme yenileme ve/veya iptali ile ilgili hukuki sorunlar
- Geçici görevlendirmeler
- Ücretlerin düşük ve dengesiz olması
- Yıllık izin, gebelik izni gibi konularda yaşanan sorunlar
- Hukuki destek alamama
- Görev ve sorumlulukların net olarak tarif edilmemesi ile ilgili sorunlar

4- Koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili sıkıntılar

- Bu tür hizmetlere yeterli süre ve önem verememe
- Aşılama, bebek ve gebe izlemiyle ilgili sorunlar
- Okul taramaları ve gezici sağlık hizmetleriyle ilgili sorunlar
- İzlem eksikliklerinde yapılan performans kesintileriyle ilgili sorunlar

5. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezi ile ilgili sıkıntılar

- Denetimlerle ilgili sorunlar (Gereksiz, mantıksız denetimler, baskılar)
- Üst makamlarca yeterli destek ve önemin verilmemesi
- Toplum Sağlığı Merkezlerinin yetersizliği

6- Hasta - Hekim ilişkisi ile ilgili sıkıntılar

- Hastaların aile hekimliği sistemini kavrayamaması, algısal sorunlar (ilaç yazan kişi olarak algılanmak)
- Hastaların eğitimsizliği, keyfi, uygun ve yasal olmayan istekleri (ilaç ve rapor yazdırma vs.)
- Hastalara da sorumluluk yüklenmeli (gebenin aşıya gelmesi, bebeğin aşıya getirilmesi vs.)
- Ev ziyaretleri, yatalak hastanın evde bakımı, evde pansuman ve enjeksiyon talepleri vs. sorunlar şeklindedir.

Bu soruya verilen yanıtlar incelendiğinde; 71 kişi "Çalışma şartları ve ortamı ile ilgili sıkıntılar" başlığı altında yer alan yanıtları, 24 kişi "Hasta- hekim ilişkileri ile ilgili sıkıntılar" başlığı altında yer alan yanıtları, 22 kişi "Sağlık Bakanlığı, Sağlık Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezleri ile ilgili sıkıntılar" başlığı altında yer alan yanıtları, 21 kişi "Özlük hakları ile ilgili sıkıntılar" başlığı altında yer alan yanıtları, 18 kişi "Yardımcı sağlık personeli ile ilgili sıkıntılar" başlığı altında yer alan yanıtları ve 6 kişi de "Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili sıkıntılar" başlığı altında yer alan yanıtları vermiştir. 18 katılımcı ise herhangi bir yanıt vermemiştir.

Katılımcılarımıza aile hekimliğine başladıktan sonra performans cezası (ücret kesintisi cezası) alıp almadıkları ve eğer aldılarsa hangi konuda ceza aldıkları şeklinde soru yöneltildiğinde; 60 kişi (% 57,7) hiç ceza almadığını, 35 kişi (% 33,7) ceza aldığını belirtmiş ve 9 kişi (% 8,7) de yanıt vermemiştir.

Performans cezası aldıklarını belirten 35 kişinin ceza dağılımları incelendiğinde; 18 kişi (% 51,4) gebe izlemi, 6 kişi (% 17,1) aşılama hizmetleri, 3 kişi (%8,6) de hem gebe izlemi hem de aşılama hizmetleri ile ilgili ceza aldığını belirtmiş, 8 kişi (%22,9) ise hangi konuda ceza aldığını belirtmemiştir.

Aynı şekilde katılımcılarımıza aile hekimliğine başladıktan sonra disiplin cezası alıp almadıkları ve eğer aldılarsa hangi konuda ceza aldıkları sorulduğunda; 80 kişi (%76,9) hiç ceza almadığını, 14 kişi (% 13,5) ceza aldığını belirtmiş ve 10 kişi (%9,6) de yanıt vermemiştir.

Disiplin cezası aldıklarını belirten 14 kişinin ceza dağılımları incelendiğinde; 6 kişi (% 42,9) hasta şikayetleri ile ilgili, 2 kişi (%14,3) mesai saatleri ile ilgili, 2

kişi (%14,3) de adli tabiplik hizmetleri, rapor ve reçete yazma gibi konularla ilgili olarak ceza aldığını belirtmiş, 4 kişi (%28,6) ise hangi konuda ceza aldığını belirtmemiştir.

Son olarak katılımcılarımıza, aile hekimlerinin eğitim konularında ihtiyaçlarını belirlemek amacı ile aşağıda belirtilen ve birden fazla şıkkı işaretleyebilecekleri soru yöneltilmiştir.

“Aile hekimliğine yönelik eğitimlerde en çok hangi konularda eğitim olmasını istersiniz?”

1. Tıbbi Konular

- Sık karşılaşılan hastalıkların tanı ve tedavileri
- Koruyucu hekimlik uygulamaları
- Periyodik muayene ve taramalar

2- Aile Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Konular

- Kayıt ve arşivleme
- Aile Sağlığı Merkezi yapılandırma ve yönetimi
- Toplum Sağlığı Merkezi ve Sağlık Müdürlüğü ile yazışma ve diğer bürokratik işlemler

3- Yasal Sorumluluklarımızla İlgili Konular

- Bilgilendirme ve Onam
- Tıbbi uygulama hataları (Malpraktis)
- Mesleki sorumluluk sigortası

Toplam katılımcıların (n=104) % 61,5'i (n=64) her üç konuda da eğitim olmasını istemiştir. Verilen yanıtlar, ana başlıklar halinde hazırlanan eğitim konularına dağıtılarak incelendiğinde; 89 kişi Tıbbi Konular ile ilgili, 88 kişi Yasal Sorumluluklarla ilgili, 68 kişi de Aile Hekimliği Uygulamaları ile ilgili konularda eğitim olmasını istemiştir. 11 kişi (%10,6) ise hiçbir yanıt vermemiştir.

Eğitim konusu olarak en sık talep edilen konular ve istenme oranları aşağıda belirtilmiştir.

Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis)	73 kişi (%70,2)
Bilgilendirme ve Onam	66 kişi (%63,5)
Sık karşılaşılan hastalıkların tanı ve tedavisi	62 kişi (%59,6)
Koruyucu hekimlik uygulamaları	61 kişi (%58,7)
Aile Sağlığı Merkezi yapılandırma ve yönetimi	51 kişi (%49,0)
Periyodik muayene ve taramalar	49 kişi (%47,1)
Mesleki sorumluluk sigortaları	48 kişi (%46,2)
Tıbbi kayıt ve arşivleme	46 kişi (%44,2)
TSM ve Sağlık Müdürlüğü ile ilgili bürokratik işlemler	24 kişi (%23,1)

Tartışma ve Sonuç

Ülkemizde 2005 yılında Düzce’de pilot olarak başlatılan Aile Hekimliği uygulaması, 2010 yılı sonunda tüm illerde uygulanmaya başlamıştır. Uygulamaya 2006’da 6 il, 2007’de 7 il, 2008’de 17 il, 2009’da 4 il alınmış, asıl patlama 46 ilin uygulamaya alındığı 2010 yılında olmuştur (14). Nüfus büyüklükleri dikkate alındığında uygulamanın ülke çapında 2010 yılı içinde ancak yaygınlaşabildiğini, yani birçok ilde henüz yeni bir geçiş olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin genişlik ve çeşitliliğinin yanı sıra AH uygulamasının henüz tam oturmamış olması, ilgili mevzuatta sık ve radikal değişiklikler yapılması [Aile Sağlığı Merkezi (ASM) gruplamaları, ceza puanı uygulamaları v.b.] sistemi bütün olarak revize etmekte ve uygulamaya daha önce geçmiş olan iller dahil yaşanan sıkıntıları arttırmaktadır.

Anket grubumuz tüm aile hekimlerinin görüşlerini yansıtmaya yeterli olmasa da bu alanda yapılmış bir ön çalışma olması nedeni ile uygulamanın yürütülmesi sırasında hem aile hekimleri hem de karar organları açısından yararlı veriler içermektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun uzun yıllardır hekimlik yapan kişiler olması, aynı zamanda aile hekimliği uygulamasında da bir yıldan uzun süredir çalışıyor olması dikkate alındığında verilen yanıtların değeri daha da artmaktadır.

Ankete katılımcıların büyük bir kısmı uygulamaya geçiş sebebi olarak ücretin daha yüksek olması yanıtını vermiştir. Benzer şekilde 2008 yılında Eskişehir’de AH sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu ile ilgili yapılan bir çalışmada katılımcıların büyük kısmı (%89,5) ücretten memnun olduklarını belirtmiştir (15). Gerçekten de aile hekimliği uygulamasına başlayan illerde altı aylık geçiş sürecinde hekimlere hasta sayısı ve özelliklerine göre herhangi bir performans kesintisi yapılmaksızın ve ASM gruplamasına bakılmaksızın ücret ve cari hizmet gideri ödenmektedir. Bu başlangıçta iyi bir gelir gibi görünse de aile hekimliğine bağlanan nüfus, ilgili mevzuat uyarınca beklenen iş yükü ve yasal sorumluluk dikkate alındığında yüksek bir ücret değildir. Birçok ilde altı aylık geçiş süreci sonrasında ASM sınıflaması nedeni ile azalan cari hizmet ödemesi, ASM giderleri, performans nedeni ile yapılan kesintiler, verilen nüfusun kontrol edilmesi ve başka hekime geçiş nedeni ile azalan hasta sayısı gibi birçok faktör nedeni ile aile hekimlerinin gelirlerinde sıkıntı yaratacak boyutta azalma olmaktadır.

Aile hekimlerine, çalışılan il ve bölgenin sosyoekonomik özellikleri dikkate alınmadan yapılan cari gider ödemelerinin standart olması, bazı ASM’lerde giderlere yeterli olurken bazı yerlerde kira giderini dahi karşılamaktan uzak kalmaktadır. Bu durum bazı ASM ve

aile hekimlerinin ciddi şekilde sıkıntıya düşmeleri sonucunu doğurmaktadır.

Ankete katılan hekimlerin %48,1'i (50 kişi), aile hekimliğine daha iyi hekimlik olanağı sağladığı için geçtiklerini belirtmiştir. Yine yöneltilen "yeniden seçme şansınız olsa aile hekimliğini tekrar seçer misiniz?" sorusuna, %24,0 (25 kişi) hayır yanıtını vermiştir. İki yanıt birlikte değerlendirildiğinde, aile hekimliği uygulaması sırasında asıl fonksiyon gören ve hizmetin bütün yükünü üstlenen hekimlerin daha iyi hekimlik uygulaması yapılması hakkındaki görüş ve önerileri ile azımsanmayacak oranda "şansım olsaydı aile hekimliğini seçmezdim" yanıtı veren hekimlerin, bu düşüncelerinin sebeplerinin araştırılması ve sıkıntılarının giderilmesi gereklidir. Bu tür sorunların kaynaklarının araştırılıp giderilememesi halinde uygulamanın sağlıklı yürütülmesi mümkün olamayacak, iş doyumunu sağlanamayacak, memnuniyetsizlik ve tükenmişlik duygusu nedeni ile uygulama giderek sorunlu hale gelecektir.

Uygulamanın olumlu ve olumsuz yanları hakkındaki görüşler dikkate alındığında, olumlu yanlara en çok "hasta hekim ilişkisinin iyi olması ve ücretin iyi olması" yanıtları verilmiş, "çalışma şartları ve ortamı ile ilgili sıkıntılar" da olumsuz görüşler içinde ilk sırayı almıştır.

Anket grubunun %33,7'si (35 kişi) performans cezası, %13,5'i (14 kişi) disiplin cezası aldığını ifade etmiştir. Bu oldukça yüksek bir orandır. İlgili mevzuatta aile hekimlerinden beklenen sorumluluk ve bağlı nüfusun özelliklerine göre değişmekle birlikte gebe, bebek ve çocuk takipleri ile aşılmalara gibi hizmetlerdeki eksiklikler nedeni ile hem ücret kesintisi hem de ceza puanı uygulaması yaptırımları ile karşılaşmak oldukça sık oranda görülmektedir.

Burada dikkati çeken bir konu, performans kesintisi adı verilen işlemin, disiplin açısından ağır bir ceza olan maaştan kesme cezasına karşılık gelmesi ve bu tür cezai yaptırımların yasa ile belirlenmesi gerekliliğidir. Buna karşın halen tam olarak oturtulamamış, küçük veya büyük revizyonların gerektiği ve halen pilot yasaya

dayandırılan yönetmeliklerle yürütülen bu uygulamada birçok cezai işlem geniş tanımlarla ve yoruma açık şekilde yürütülmektedir.

Aile hekimliği uygulamasının genişliği ve sağlık alanındaki gelişmeler nedeni ile aile hekimlerinin ciddi bir sürekli tıp eğitimi ihtiyaçları olduğu tartışmasızdır. Uygulama içinde olan hekimlerin öncelikli eğitim taleplerinin belirlenmesi için yöneltilen soruya en sık malpraktis ve bilgilendirme ve onam konuları ile ilgili talep gelmiştir. Bu konuların tıbbi konulardan önce gelmesinin birçok sebebi arasında hekimlerin bu alandaki bilgilendirme yetersizlikleri, hekimlere karşı şikayet ve dava sayılarındaki artış ve tıbbi konularda özellikle ilaç firmaları tarafından eğitimler yapılmasına rağmen bu konuda örgün bir eğitim yapılmaması sayılabilir.

Aile hekimliği uygulaması 2010 yılı sonunda tüm ülkede yaygınlaşmıştır. Uygulamanın genişliği nedeni ile tüm illerden elde edilen veriler ile gerekli revizyonların yapılması ve mümkün olduğunca az sorunla uygulamanın yürütülmesi için gerekli düzenlemelerin ve eğitimlerin sürekli yapılması gereklidir. Şüphesiz yeni bir uygulama ve çalışma şekli, hem hekimler ve diğer sağlık personeli açısından, hem denetleme ile sorumlu sağlık otoriteleri açısından hem de hastalar açısından yeni ve değişik sorunları beraberinde getirecektir. Elde edilen veriler ile öngörülebilir sorunların yeni başlayan illerde yaşanmadan giderilebilmesi için iyi uygulama örnekleri yaygınlaştırılmalı, öngörülemeyen sorunlarda ise cezalandırmak yerine yapıcı, etkili ve hızlı çözüm getirilmesi amacı ile ortak çaba gösterilmelidir.

Böylece hizmete erişim, süreklilik, kapsamlılık, koordinasyon gibi temel ilkelere dayanan aile hekimliği daha kolay anlaşılır ve uygulanabilir olacaktır (16).

Uygulamanın yaygınlaşması sonrasında bütün dünyada olduğu gibi hizmet içi eğitimler ile hizmeti sunan hekim ve diğer sağlık çalışanlarının nitelikleri bu hizmeti profesyonel ve uzmanca uygulayabilecek düzeye çıkarılmalıdır.

Kaynaklar

1. Rakel RE. The family physician. In: Rakel RE (ed). Textbook of Family Practice, 4th ed. New York: WB Saunders; 1990; 3.
2. Urgan M. ve Ceyhan AG. Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği. <http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=52> (Erişim tarihi: 20.04.2011).
3. Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye'de aile hekimliği www.ailehekimirehberi.com/aile-dunyaaile.htm (Erişim tarihi: 18.05.2011).
4. American Board of Family Medicine <https://www.theabfm.org/about/history.aspx> (Erişim tarihi: 20.04.2011)
5. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, Ankara, 1985; 115-116.
6. Aksakoğlu G."Çağdaş sağlık anlayışı ve aile hekimliği modeli <http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=396> (Erişim tarihi: 28.03.2011).
7. The General Practitioner in Europe: A Statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practitioners, Leeuwenhorst, Holland, 1974.

8. Making medical practice and education more relevant to people's needs. WHO-WONCA Joint Conference. WHO-WONCA. Ontario, Canada, 6-8 Nov 1994.
9. WONCA Europe 2002, The European definition of general practice/family medicine.
10. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/73/7031.pdf> (Erişim tarihi:20.04.2011).
11. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan.asp> (Erişim tarihi: 17.05.2011)
12. Başbakanlık (2003) T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı. T.C. Başbakanlık, Ankara <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2224/aep.pdf> (Erişim Tarihi: 17.05.2011).
13. Sağlık Bakanlığı (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1.../saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 18.05.2011)
14. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği, Aile Hekimliğine Geçen İller İçin Güncel Durum Tablosu. http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=874:a_ile-hekimliinde-guencel-durum&catid=38 (Erişim tarihi:18.05.2011)
15. Tözün K, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008;7(5):377-84. <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=459> (Erişim tarihi: 18.05.2011)
16. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, et al. Aile hekimliğinde kavramlar; görev tanımı ve disiplinin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27(3): 412-8.