



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA ŞARTLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA

UZMANLIK TEZİ
Dr. ERKUT ETÇİOĞLU

EYLÜL - 2020

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA ŞARTLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA

UZMANLIK TEZİ
Dr. ERKUT ETÇİOĞLU

DANIŞMAN:
PROF. DR. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

EYLÜL - 2020

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda 21/06/2019 tarihinde E.8222 sayısı ile onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

20/08/2020

Dr. Erkut ETÇİOĞLU



İNTİHAL RAPORU

Tez çalışmamız; aile hekimlerinin mevcut çalışma şartları, şartlar ile ilgili temel sorunları, bu şartların süre boyunca değişimi, daha verimli hizmet için ihtiyaç duyulan iyileştirmeler, bu iyileştirmelerin yapılacağına dair öngörüler ve aile hekimlerinin sisteme dair tasarım düşünceleri ile ilgili görüşlerini içermektedir.

Çalışmamızın genel bilgiler bölümünde, aile hekimliği kanunun ve aile hekimliği uygulamalarına dair yönetmeliklerin yer almasından dolayı intihal oranı (14.08.2020 tarihli www.intihal.net sitesinin raporuna göre %33) yüksek çıkmaktadır.

Gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç bölümlerinin intihal oranı 14.08.2020 tarihli www.intihal.net sitesinin raporuna göre **%10**'dur.

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama süresince bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve değerli hocamız **Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e**,

Bu çalışmanın fikir sürecinin gelişmesinde ve olgunlaşmasında her türlü desteği veren sayın hocamız **Prof. Dr. Nursan Çınar'a**,

Akademik bilgisinden istifade etme imkanı sağlayan, her türlü sıkıntıda fikir alabildiğim, değerli ağabeyim **Uzm. Dr. Abdülkadir Aydın'a**,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanabilme imkanı bulabildiğim, **Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tüm akademisyenlerine, uzmanlarına ve asistanlarına**,

Özellikle tez hazırlık dönemimde olmak üzere asistanlık sürem boyunca desteğini esirgemeyen **Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın'a, Uzm. Dr. Aslıhan Arıkan'a, Dr. Gürkan Muratdağı'na, Dr. Doğan Erdoğan'a**,

Her zaman elinden gelenin fazlasını yapmaya çalışan ve yardımlarını esirgemeyen eş kızımlarım **Dr. İhsan Sarıkaya'ya, Dr. Feride Özen'e, Dr. Elif Soyer'e**, asistan arkadaşlarım **Dr. Fatih Yıldız'a, Dr. Ahmet Talha Türkmen'e, Dr. Derviş Çalışkan'a, Dr. Melike Arslan'a, Dr. Alptekin Ceylan'a, Dr. Elif Akar'a**,

Hayatım boyunca sahip olduğum ve olacağım en büyük zenginliğim olan değerli dostlarım **Uzm. Dr. Gökhan Tazegül'e, Uzm. Dr. Kubilay İşsever'e, Dr. Büşra**

Özoğlu'na, Dr. Deniz Őerife Cebeci'ye, Dr. Halil Alperen Kōşger'e ve Dr. Nejla Karigin Kōşger'e,

Bu günlere gelmemde en büyük emeği geçen, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen **annem Güler Etçioğlu ve babam Erdem Etçioğlu'na,**

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Erkut Etçioğlu



İÇİNDEKİLER

İNTEHAL RAPORU	ii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. AİLE HEKİMİNİN TANIMI.....	4
2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHSEL SÜRECİ	5
2.3. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ VE TEMEL ÖZELLİKLERİ	6
2.4. AİLE HEKİMİNİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI	7
2.5. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI	8
2.6. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ	10
2.6.1. Aile Sağlığı Merkezinin Oluşturulması	13
2.6.2. Aile Sağlığı Merkezinin Asgari Fiziki Şartları ve Asgari Teknik Donanımı	14
2.6.3. Aile Hekimliğinde Performans ve Kalite Standartları	16
2.6.4. Aile Hekimliği Birimine Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar	17
2.6.5. Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi	19
2.6.6. Aile Hekimliğinde Bağışıklama Hizmetleri	21
2.6.7. Aile Hekimliğinde Sevk Evrakı, Reçete Düzenlenmesi ve Aile Hekiminin Bilgilendirilmesi	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	23
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	23
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	23
3.4. ARAŞTIRMA HİPOTEZİ	23

3.5.	VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ.....	23
3.6.	VERİLERİN ANALİZİ.....	24
3.7.	KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE KISITLILIKLAR.....	25
3.8.	ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	25
3.9.	ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ.....	26
4.	BULGULAR.....	27
4.1.	ÇALIŞMA ŞARTLARI İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER VE SORUNLAR	29
4.1.1.	Fiziki Çalışma Şartları	29
4.1.2.	Hekimlik Uygulamaları	33
4.1.3.	Çalışma Ekibi.....	42
4.2.	AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ ÇALIŞILAN SÜRE BOYUNCA DEĞİŞİMİ	43
4.3.	ÇALIŞMA ŞARTLARINDA BEKLENEN İYİLEŞTİRMELER	44
4.3.1.	İyileştirmelerin Yapılıp Yapılmayacağına Dair Öngörüler	48
4.4.	KATILIMCILARIN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK FİKİRLERİ.....	50
5.	TARTIŞMA	54
6.	SONUÇ.....	61
	KAYNAKLAR	63
	EKLER.....	68

KISALTMA VE SİMGELER

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Collages, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians)

QUALICOPC: Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Maliyet (Quality and Costs of Primary Care in Europe)

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

AHU: Aile Hekimliği Uygulaması

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumu

RG: Resmi Gazete

RİA: Rahim İçi Araç

EKG: Elektrokardiyografi

SS: Standart Sapma

MBK: Milli Birlik Komitesi

GSS: Genel Sağlık Sigortası

ŞEKİL VE TABLOLAR

Şekil 1. WONCA Ağacı

Şekil 2. Katılımcıların Çalışma Şartları Hakkındaki Görüşlerinin Kelime Bulutu

Tablo 1. Çalışma Şartlarıyla İlgili Temalar ve Kategoriler



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü ve etkin olması, bu basamakta çalışan hekimlerin çalışma şartlarının ideal düzeyde olmasına bağlıdır ve toplum sağlığının gelişmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmamızda; aile hekimleri ile görüşmeler yapılarak, birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin çalışma şartları ile ilgili değerlendirmeleri ve bu şartlar ile alakalı sorun yaşayıp yaşamadıkları, yaşadılarsa bu sorunlara yönelik bekledikleri iyileştirmelerin ve katılımcıların aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik fikirlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT: Çalışma 3.11.2019-25.12.2019 tarihleri arasında Sakarya'daki 14 farklı aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Araştırmada veriler; sosyo-demografik özellikler ve çalışma şartlarına dair soruların yer aldığı yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Derinlemesine görüşme tekniğiyle elde edilen veriler temalar ve kategoriler altında gruplandırılmıştır. Gruplandırılan veriler kodlanarak analiz edilmiştir.

BULGULAR: Katılan 40 kişinin 28'i erkek, 12'si kadındır. Yaş ortalaması $41,47 \pm 9,13$ SS yıldır. Katılımcıların hekimlik süreleri ortalama $16,30 \pm 8,93$ SS yıl iken, aile hekimliği yapma süresi ortalaması $7,75 \pm 3,30$ SS yıldır. Katılımcıların çalışma şartlarına dair belirttikleri sorunlar arasında; görev tanımlarının belirsizliği, çalıştıkları ortamın fiziki şartlarının yetersizliği, hastalardan gelen uygunsuz talepler ve gereksiz iş yükü öne çıkmaktadır. Bu sorunlar nedeniyle de aile hekimliği uygulamalarının temelinde olan koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir. Aile hekimliği birimine kayıtlı nüfusun azaltılması, randevulu sisteme geçilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının tam anlamıyla yapılabilmesi katılımcıların bekledikleri iyileştirmeler arasındadır. Katılımcıların çoğunluğu bekledikleri iyileştirmelerin gerçekleşebileceğine dair umutsuz olduklarını söylemişlerdir. Araştırmaya katılanlara; aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik fikirleri sorulduğunda, aile sağlığı merkezlerinin fiziki şartlarının ve eğitim olanaklarının geliştirilmesi ikinci ve üçüncü basamaklarla koordineli çalışılması, temel problem olarak gördükleri, görev tanımlarının

belirsizliği, rol belirsizliği ve rol çatışması konularının tartışmaya açık olmayacak şekilde planlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

SONUÇ: Halkın sađlık dűzeyinin arzu edilen seviyeye çıkarılabilmesi için gűlű bir aile hekimliđi sistemine ihtiyaç vardır. Bu sistem kurgulanırken ve gűncellenirken halihazırda çalıřan aile hekimlerinin deneyim ve gűrűřlerinden faydalanılması gerektiđini dűřűnűyoruz.

ANAHTAR KELİMELELER: Aile hekimliği; Birinci basamak sağlık hizmeti; alışma koşulları; Niteliksel araştırma; Rol belirsizliği



ABSTRACT

EVALUATION OF PRIMARY CARE PHYSICIANS' WORKING CONDITIONS: QUALITATIVE RESEARCH

INTRODUCTION AND AIM: The strong and effective primary healthcare services depend on the ideal working conditions of the physicians working at this level and it is of great importance for the development of public health. In our study; interviews with family physicians were aimed to evaluate the working conditions of family physicians that provide primary health care services and to evaluate whether they had any problems related to these conditions, the improvements they anticipated for these problems and the opinions of the participants about the development of family medicine practices.

MATERIALS AND METHODS: The study was conducted between 3.11.2019-25.12.2019 in 14 different primary healthcare centers in Sakarya. The data in the study were collected using a semi-structured interview form that included questions on socio-demographic characteristics and working conditions. The data obtained through the in-depth interview technique are grouped under themes and categories. The grouped data were analyzed by coding.

RESULTS: Of the 40 participants, 28 were men and 12 were women. The mean age was 41.47 ± 9.13 years. The mean length of the participants' practice time was 16.30 ± 8.93 years and the mean length of the participants' family medicine practice was 7.75 ± 3.30 years. Several problems stand out among the problems stated by the participants regarding working conditions; the ambiguity of job descriptions, the inadequate physical conditions of the working environment, inappropriate requests from patients and unnecessary workload. Due to these problems, they stated that they could not spare enough time for preventive health services, which are the basis of family medicine practices. The improvements expected by the participants are; reducing the population registered in the family medicine units, switching to the appointment system and fully performing preventive medicine practices. Majority of the participants stated that they were hopeless that the improvements they expected could be realized. When asked about their ideas for the development of family medicine practices, participants stated physical conditions and educational

opportunities of primary healthcare centers should be improved; coordinated work with secondary and tertiary healthcare centers should be ensured; and the uncertainty of job descriptions, role ambiguity and role conflict should be resolved in a way that would not be open to discussion.

CONCLUSIONS: A strong primary healthcare system is needed to raise the health level of the people to the desired level. We think that the experience and opinions of currently working family physicians should be utilized while setting up and updating this system.

KEY WORDS: Family medicine; Primary healthcare; Working conditions; Qualitative research; Role ambiguity



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmeti hakkı günümüzde en temel insani haklardan biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinden tam anlamı ile faydalanılması konusunda son yıllarda birçok arayış içerisine girilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü olduğu ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin bir düzeyde olacağı belirtilmiştir (Starfield 1994).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1978 yılında yayınladığı Alma-Ata bildirgesinde birinci basamağın, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde merkezi konumda olduğunu belirtmiştir. Yüzyıllar boyunca tıp eğitimi önce branşlaşmaya başlamış daha sonra bazı gelişmeler doğrultusunda aile hekimliği sistemine yönelerek değişikliğe uğramış ve daha sağlam bir yapı haline gelmiştir (Özcan ve ark. 1996).

Sağlık hizmetlerini önemseyen ve üst seviyelere taşıyan ve taşımaya çalışan tüm ülkelerde, birinci basamak sağlık hizmetleri ve dolayısıyla aile hekimleri ana görevi üstlenmiş durumdadır. Bu sebeplerden dolayı tüm dünyada aile hekimliğinin önemi giderek artmaktadır ve aile hekimliğine verilen değer yükselmektedir (Baran Çeçem ve ark. 2015).

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimleri, sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasıdır. Kişileri karşılama, problemlerini ve isteklerini dinleme, çözüm önerileri sunma ya da farklı basamaklara yönlendirmek gibi birçok fonksiyona sahiptir. Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) 2002 yılında yaptığı tanımlamada birinci basamağın, toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında koordinatörlük görevi yaptığını ve tüm disiplin hizmetlerini belirli bir ölçüde kapsadığını belirtmiştir. Bu kuruluşların, hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüne ilgili sorumluluklar taşıdığını da eklemiştir.

Bir derleme çalışmasında birinci basamak sağlık sisteminin çok boyutlu ve karmaşık bir sistem olduğu belirtilmiştir. Bu boyutlar; yapı, süreç ve sonuç olarak üç seviyede değerlendirilmiştir. Bu üç seviye de on tane belirleyici alt boyutlara ayrılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri yapısının; yönetim, ekonomik koşullar ve işgücü

gelişimi ile belirlendiğine ve sürecinin, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim, sağlanan hizmetin kapsamı (kapsamlılık), süreklilik ve koordinasyonu ile şekillendiği belirtilmiştir. Sonucunun ise; sağlıkta sağlanan kalite, verimlilik ve eşitlik ile karakterize olduğu vurgulanmıştır. Hastalara sunulan sağlık hizmetinin sürekli ve koordineli bir şekilde verilmesi gerektiği ve bu iki boyutun büyük ölçüde birbiriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu boyutların hepsinin birbirleriyle ilişkili olduğu ve hepsinin aynı sonuca hizmet ettiğine dair kanıtlar sunulmuştur. Bu sonuç; birinci basamak sağlık sisteminin, genel sağlık sistemi performansına ve toplum sağlığına belirtilen boyutları ile katkıda bulunmasıdır (Kringos et al. 2010).

Avrupa’da 2010-2014 yılları arasında 34 ülkenin dahil edildiği birinci basamakta kalitenin, maddi boyutların ve eşitliğin değerlendirildiği QUALICOPC projesi sonuç raporunda etkin ve güçlü birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Bu sonuç raporunda; etkin birinci basamak sağlık hizmetinin, hastane başvurularını azalttığı ve sağlık maliyet giderlerini önemli derecede düşürdüğü belirtilmiştir. Sağlıkta maliyet etkin politikaların yer aldığı sistemlerde birinci basamak sağlık hizmetinin güçlü yapısına dikkat çekilmiştir. Eşitlik konusu ise sağlık hizmetinin vazgeçilmez bir ögesidir. Bu güçlü ve etkin birinci basamak sisteminin toplum sağlık düzeyini yükselttiği, gereksiz hastane başvurularını azalttığı, eşitsizliği giderdiğine dair güçlü kanıtlar sunulmuştur (<https://cordis.europa.eu/project/id/242141/reporting> Erişim tarihi: 02.07.2020).

Sağlığı geliştirme danışmanlığının aile hekimleri tarafından verilmesinin diğer uzmanlar tarafından verilmesine oranla daha etkili olduğu belirtilmiştir (Frank 2004). Bu durumun gelişmesine neden olarak ise hastaların aile hekimlerini sağlık konusunda daha güvenilir görmesi olarak açıklanabilir. Kişilerin sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme davranışları konularında danışmanlık yapan hekimler, bu kişilerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebilir (Oberg and Frank 2009). Aile hekimleri görev tanımı gereği bir bireye ve ailesine hayatı boyunca hem tıbbi hem de sosyal alanlarda en yakın olan sağlık çalışanıdır. Bu durum da neden aile hekimine güvenin bu kadar yüksek olduğunu açıklayabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kişi odaklı bakım hastalığın sadece herhangi bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde de sunulması gereken hizmetleri kapsar. Hasta kişi ile

yaşamı süresince iletişim içinde olunan bir sağlık hizmetidir. Bu hizmet bebeğin anne karnında olduğu dönemden başlayarak doğumuna, sonra sağlam çocuk ve ergen takiplerine, yaşlılık süreçleri de dahil yaşamın tüm dönemlerinde doğrudan hizmet sunmasıdır (Ayhan Başer ve ark. 2015).

Belirtilen bu sebeplerden dolayı, birinci basamak sağlık hizmetinin sıkıntısız işlemesi ve etkin olması ülkenin sağlık sistemindeki tüm basamaklarını doğrudan ilgilendirmektedir. Sağlığının gelişmesi, refah seviyesine ulaşması açısından büyük önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmet sağlayıcısı olan aile hekimlerinin çalışma şartlarının en uygun düzeyde olması sorunlarına yönelik çözüm planları yapılması son derece önemlidir.

Bu çalışmada; aile hekimleri ile görüşmeler yapılarak, birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin çalışma şartları ile ilgili değerlendirmeleri ve bu şartlar ile alakalı sorun yaşıyor yaşamadıkları, yaşadılarsa bu sorunlara yönelik bekledikleri iyileştirmelerin ve katılımcıların aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik fikirlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMİNİN TANIMI

Türkiye Cumhuriyeti 5258 sayılı Aile hekimliği kanununa göre; aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler olarak tanımlanmıştır (T.C. Resmi gazete, 2004, Sayı:25665).

WONCA 2002 yılında yaptığı tanıma göre; Aile Hekimliği disiplini ilkelerine göre eğitilmiş ve kendi sağlık sistemleri içinde genel tıp uygulayarak hizmet veren hekimlerdir. Sorumlulukları yaş, cinsiyet ve hastalık gözetmeksizin sağlık hizmetine gereksinim duyan herkese sağlık hizmetini kapsamlı bir şekilde sunan hekimlerdir. Aile hekimleri mesleki rollerini, sağlık düzeyini geliştirerek, kişilerin gereksinimleri ve toplumun kaynakları doğrultusunda doğrudan veya dolaylı olarak tedavi, bakım veya destek sağlayan hekimlerdir (WONCA Europe, 2002, The European Definition of General Practice/Family Medicine).

Hollanda Leuwenhorst'te 1974 yılında yapılan 2. Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda da aile hekiminin evrensel tanımı yapılmış ve kabul edilmiştir. Bu tanıma göre aile hekimi "Yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa kişisel, sürekli ve birinci basamak sağlık hizmeti veren uzmanlaşmış tıp doktorudur". Amacı erken tanı koymaktır. Hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dahil eder. Kendisine bir hekim olarak danışılan tüm sağlık problemleri için ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da son dönem hastalığı olanların devamlı tedavi görevini üstlenir. Hastasıyla uzun süreli bağlantı kurarak, hastalığı hakkında mesleki açıdan kullanabileceği verileri toplar. Medikal ve medikal olmayan diğer branşlarla koordinasyon içinde çalışır (Aktürk ve Set 2010).

2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHSEL SÜRECİ

Aile hekimine olan ihtiyacı Francis Peabody ilk kez 1923 yılında gündeme getirmiş ve tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu bazı hastaların ortada kaldığını, bu nedenle kapsamlı ve bireysel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğine dikkat çekmiştir (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>, erişim tarihi: 01.07.2020).

1960'lı yılların başlarında birinci basamakta çalışmaya uygun bilgi ve beceriye sahip hekimlerin oluşturacağı yeni bir tıp disiplini kurulması fikri ortaya atılmış ve daha sonra 1963 yılında İskoçya Edinburgh'ta ilk Aile Hekimliği bölümü kurulmuştur (Saatçi ve ark. 2006).

1966 yılında Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından Millis Raporu ve Willard Raporu olarak iki raporun yayınlanması sonucu birinci basamak sağlık hizmeti konusunda görev yapan, yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile hekimliği" tanınmıştır. 1969'da Amerikan Aile Hekimliği Kurumu (American Board of Family Practise) kurulmuş ve aile hekimliği uzmanlığı ortaya çıkmıştır. 1978 yılında yapılan Alma-Ata Konferansı'nda, Genel Pratisyen ya da Aile Hekiminin sağlık hizmet sistemlerinde kalite, maliyet etkinlik ve eşitliğe ulaşılmasında merkezi role sahip olması gerektiğine, birinci basamak hekimliğinin kendine özgü tutum ve davranış modelleri içermesi nedeni ile bu konuda uzmanlaşmış hekimler tarafından yapılması gerektiğine karar verilmiştir. DSÖ'nün ve WONCA'nın imzasının olduğu Alma-Ata Konferansı Sonuç Bildirgesinde, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış, her ülkede mezuniyet sonrası Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi kararı alınmıştır. 1994 yılında Ontario-Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamaları İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekimliğinin Katkısı" konulu bir konferans düzenlemiştir. 1998 yılında yapılan DSÖ'nün 51. toplantısında yayınlanan Dünya Sağlık Bildirgesi'nde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sisteminin merkezi bir konumunda yer alması gerektiğinin açıklanması ile birlikte Aile Hekimliği uzmanlık alanının gelişmesinin önü açılmıştır (Ünalın 2011).

Avrupa Birliği tarafından, 1995 yılında Avrupa Topluluğu ve üye ÷lkelerinde birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin tıp eğitimlerinin ardından en az iki yıl eğitim görmeleri gerektiğini bildiren karar alınmıştır (Paycı ve ark. 2002). G÷nümüzde Avrupa'nın birçok ÷lkesinde birinci basamak sağlık hizmetleri, en az iki yıllık uzmanlık eğitimi almış, Aile Hekimi ya da Genel Pratisyen olarak isimlendirilen hekimler tarafından sağlanmaktadır (Görpelioglu 2002).

2.3. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ VE TEMEL ÖZELLİKLERİ

Dünya Sağlık Örgütü aile hekimliğinin özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır (Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları-4 2011):

1. Genel: Yaş, cinsiyet, sınıf, ırk ya da din ve herhangi bir sağlık problemi ayrımı yapmadan; coğrafı, kültürel, yönetsel ya da maddi engellerle kısıtlanmadan erişimi kolay olan tüm nüfusun seçilmemiş sağlık sorunlarıyla ilgilenme.
2. Süreklilik: Tek bir hastalık dönemi ile sınırlanmamış, uzunca bir yaşam dönemi süresince, boylamsal ve kişi merkezli sağlık hizmeti sunma.
3. Kapsayıcı: Hekim-hasta ilişkisinin klinik, insancıl ve etik yönlerini kapsayan; sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici ve destekleyici sağlık hizmeti sunma.
4. Koordineli: İlk temas noktasındaki hasta bakımını yönetmek, var olan hizmetler konusunda hastayı bilgilendirmek ve gereği halinde uzman hizmetlerine sevk ederek sağlık bakımını koordine etme ve yönetme.
5. İşbirlikçi: Multidisipliner ekiplerde çalışma, liderlik yapma ve uygun durumlarda sağlık hizmeti sunumunu ekip üyelerine dağıtma.
6. Aile yönelimli: Her bir sorunu; aile çevresi, sosyal ve kültürel evre ağı, iş ve ev koşullarına bağlı ifade etme.
7. Toplum yönelimli: Her bir sorunu; toplumun sağlık gereksinimleri, diğer çalışanlar ve kuruluşlarla birlikte ele alma.

İsviçre Birinci Basamak Koleji tarafından yapılan WONCA ağacı ise aile hekimliğinin çekirdek yeterliklerini ve özelliklerini şekille açıklamaktadır. (şekil 1)



Şekil 1. WONCA Ağacı (2004/2011 İsviçre Aile Hekimliği Koleji U. Grueninger www.kollegium.ch <http://www.woncaeurope.org/> Çeviri: Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK)

2.4. AİLE HEKİMİNİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (T.C Resmi Gazete, 25.01.2013 Sayı: 28539):

- 1) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasında bölgedeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.
- 2) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgede bulunan toplum sağlığı merkezine bildirmek.
- 3) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- 4) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- 5) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile anne çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

- 6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- 7) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları yapmak.
- 8) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yurütulmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- 9) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerinin değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
- 10) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
- 11) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
- 12) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az 1 defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- 13) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- 14) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- 15) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
- 16) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.
- 17) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

2.5. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI

Avrupa Birliği tarafından, 1995 yılında Avrupa Topluluğu ve üye ülkelerinde birinci basamak hizmeti veren hekimlerin tıp eğitimlerinin ardından en az iki yıl eğitim görmeleri gerektiğini bildiren karar alınmıştır (Paycı ve Ünlüoğlu 2002). Bugün, Avrupa'nın birçok ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetleri, en az iki yıllık uzmanlık eğitimi almış, Aile Hekimi ya da Genel Pratisyen olarak isimlendirilen hekimler tarafından yurütülmektedir (Görpeliöğlu 2002). Verilen uzmanlık

eğitiminin süresi ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, iki yıl ile altı buçuk yıl arasında değişmektedir (Elçin 1998).

Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığı, ilk kez 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almış ve 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimine başlanmıştır. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuş, ancak aktif olarak çalışmaya başlayamamıştır. 1993 yılında, Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulunmuştur. Bu kararın ardından 1993 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve asistan eğitimine başlamıştır. 1994 yılında Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesindeki bir aile hekimliği akademik kadrosuna ilk kez bir aile hekimliği uzmanı görevlendirilmiştir. 1996’da Türkiye’de iki aile hekimliği uzmanına aynı sınavda ilk kez aile hekimliği dalında doçentlik ünvanı verilmiştir (Ünlüoğlu ve Çağlayaner 1997, Paycı ve Ünlüoğlu 2002, Urgan ve Ceyhan 2006).

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılından bu yana Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ve Tıp Fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında üç yıl süreli olarak verilmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmaktayken, bu karar ile birlikte rotasyonların süresi kısaltılarak, Aile Hekimliği disiplininin ilke ve esaslarına uygun özgün öğretilerine 18 aylık süre ayrılmıştır (TUKMOS, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 2017).

Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi, 1219 Sayılı Kanun Geçici Madde 9’da belirtildiği üzere; 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta iken, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmadan, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alabilir. Bu eğitim uzaktan ve/veya kısmî zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle yapılabildiği, en az altı yılda tamamlanması gerektiği belirtilmiştir ve eğitim süresince aile hekimliği sözleşmesinin de devam edeceği eklenmiştir (Yiğitbaşıoğlu 2015).

Çeşitli kaynaklarda değişiklik göstermek ile birlikte yaklaşık 4000 aile hekimliği uzmanı aile sağlığı merkezlerinde çalışmaktadır (Ungan 2019).

2.6. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ

Cumhuriyetin ilan edilmesinden itibaren bugünkü sağlık teşkilatlandırması ve sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır. Cumhuriyet döneminde bir yandan tedavi hizmet ağı genişletilmek istenirken öteki yandan da koruyucu sağlık hizmetlerine hız kazandırılmıştır. Cumhuriyet'in ilanı sonrası Dr. Refik Saydam ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılara imza atmıştır. Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930)'nda yer alan sağlık politikaları sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp fakültelerine ilginin arttırılmasına yönelik ilkeler mevcut olup bu ilkeler ışığında sağlık hizmetleri, "geniş bölgede tek amaçlı" / "dikey örgütlenme" modeli ile yürütülmüştür.

224 sayılı Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun 1961 yılında kabul edilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sürekli, yaygın ve entegre olarak sunulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda; sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri açılarak sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içerisinde bütünleşmiş bir yapılanma gerçekleştirilmiştir. Sosyalleştirme kanununun hazırlayıcısı ve öncüsü olan Nusret Fişek, esasen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri için finansmanın nasıl sağlanacağı üzerinde önemle durmuştur ve tüm hizmetlerin devlet tarafından ücretsiz olarak sunulmasının da mümkün olmayacağını belirtmiştir. Nusret Fişek, sağlık için özel olarak kullanılmak üzere pul ve tuz üzerinden ayrıca bir vergi alınması önerisini taslağına eklemiştir. Milli Birlik Komitesi'nde (MBK) bu karar uygun bulunmadığı için 224 sayılı kanun, MBK tarafından revize edilerek yayınlanmıştır (Aksakoğlu 2008).

Sağlık reformlarının değerlendirildiği süreçte birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri gerçekleştirilmiştir. 3861 sayılı Kanun ile 1992 yılında çıkarılan 'Yeşil Kart' uygulaması; sağlık hizmetlerini karşılayacak gücü olmayan, dar gelirli gruplar için kamu tarafından ücretsiz sağlık hizmeti sunumunu sağlamıştır. Sağlık reform

çalışmaları genel olarak; sosyal güvenlik kurumunun tek şemsiye altında toplanması, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması, sağlık hizmet sunumu ile finansman fonksiyonlarının birbirinden ayrılması, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması yolu ile denetim ve planlama görevlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, hastanelere özerklik tanınması ve Aile Hekimliğinin kapsamının geliştirilmesi gibi temel konuları içermektedir (Sülkü 2011). Sağlık alanında yapılması planlanan bu reformların; 2002 yılında açıklanan ‘Acil Eylem Planı’ içerisinde ‘Herkesin Sağlık’ başlığı altında temel prensipleri belirlenmiş ve uygulama için bir takvim oluşturulmuştur. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı’ (SDP) uygulamaya koymuştur (Çavmak ve Çavmak 2017).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), temel sağlık hizmetlerinin var olan kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya ulaştırmayı hedeflemektedir. SDP’nin en belirgin özelliği bireylerin sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması, anne ve bebek ölümlerinin en aza indirilmesi, bulaşıcı hastalıklarla ve kronik hastalıklara ait risk faktörleriyle mücadele etmek, bireylerin kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme becerilerini geliştirmek ve koruyucu hekimlik yaklaşımını sağlık sisteminin merkezine koymaktır. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-ailehekimli%C4%9Fi.html>, erişim tarihi: 02.07.2020).

SDP’nin temelini oluşturan Aile Hekimliği Uygulaması (AHU) ile, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, ülke kaynaklarını uygun şekilde kullanarak daha fazla hizmetin sağlanması ve hakkaniyet ilkesi doğrultusunda toplumun sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının gerek kırsal gerek kentsel bölgelerde, gerekse doğu ve batı bölgeleri arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması amaçlanmaktadır. Bu amaçlara erişebilmek için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla düzenlenip yaygınlaştırılması ve toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması gerekmektedir. Bu yaklaşımın ana bileşenlerinin başında herkesin kendi seçebileceği, kolayca ulaşabileceği, herhangi bir engelle karşılaşmadan danışabileceği ve başvurabileceği bir aile hekiminin olması vardır.

(<http://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR34674/turkiyede-aile-hekimligi.html> erişim tarihi: 02.07.2020).

Çağdaş aile hekimliği ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunulması amaçlanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, görev yapan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, bireylerin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve sevk sisteminin uygulanması ana ilkeler arasındadır. Bu ilkeler ikinci ve üçüncü basamakta yoğunluğu engelleyecek, bu basamaklarda tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince vakit ayrılmasını sağlayacaktır. Buna ek olarak ülkemizde gittikçe artan yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimlerinin, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri aracılığıyla daha etkili olarak karşılanabilmesi amaçlanmaktadır (<http://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>, erişim tarihi: 02.07.2020).

Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde başlanmıştır. Günümüzde 81 ilimizde birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir (<http://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>, erişim tarihi: 02.07.2020).

Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılı sonunda tüm illerde Aile Hekimliği Uygulamasına’ya geçilmiştir (<http://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>, erişim tarihi: 02.07.2020).

2.6.1.Aile Sağlığı Merkezinin Oluşturulması

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Beşinci Bölüm Madde 25'te yer alan şu maddeler ile Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nin oluşturulma şartları belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Aile hekimleri, bu Yönetmelikteki asgari fiziki şartları haiz, öncelikle Bakanlık, Kurum veya bağlı kuruluşlara ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan veya müdürlükçe bu amaçla kiralanan binalarda hizmet verirler. Bu imkânın sağlanamaması halinde müdürlüğün onayı ile uygun standartlara sahip bölgedeki diğer mekânlarda da hizmet verebilirler.
- Merkezin, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen asgari şartları sağlaması ve hizmetten yararlanacakların kolayca ulaşabilecekleri yerde olması esastır.
- Aile hekimi birden fazla yerleşim yerinde gezici sağlık hizmeti vermek zorunda ise aile sağlığı merkezi müdürlükçe uygun görülen merkezi konumdaki yerde kurulur. Bu yerin seğiminde ve gezici sağlık hizmeti verilecek yerleşim yerlerinin tespitinde ulaşım zorluğu, güzergâh, yakınlık, coğrafi özellikler ve vatandaşın kullanım alışkanlıkları gibi özellikler göz önünde bulundurulur.
- (Değişik: RG-16/5/2017-30068) Aile sağlığı merkezlerinin adres değişiklikleri, çalışma bölgesi içinde olmak kaydı ile bu maddedeki hususlara bağlı kalınarak, aile hekimlerinin görüşü alınarak müdürlüğün ve valiliğin teklifi ile Kurumun onayına sunulur.
- Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dalları veya eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şefliklerinin talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve kurumun onayı ile bir veya daha fazla aile sağlığı merkezi eğitim, araştırma ve hizmet amacıyla kullanılabilir.
- Eczane bulunan binalarda aile sağlığı merkezi açılmaz.

- Aile sağlığı merkezlerine Kurum tarafından belirlenen kıstaslar çerçevesinde isim verilir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Beşinci Bölüm Madde 22'de yer alan şü maddeler ile ASM'nin açılma şartları belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Aile sağlığı merkezi, Kurum tarafından öngörölen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir.
- Aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır.
- Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.
- Aile sağlığı merkezinde her üç aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilecek personelin çalışma usul ve esasları Kurum tarafından belirlenir.
- Eğitim aile sağlığı merkezleri ve Kurum tarafından uygun görölen aile sağlığı merkezleri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir.

2.6.2.Aile Sağlığı Merkezinin Asgari Fiziki Şartları ve Asgari Teknik Donanımı

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Beşinci Bölüm Madde 23'te yer alan şü maddeler ile ASM'nin asgari fiziki şartları belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Binanın kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanının tek aile hekimi için 60 metrekare olması gerekir. Birden fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için

20 metrekare ilave edilir. Bir aile sağlığı merkezinde 2-6 aile hekimliği birimi olmasına azami dikkat gösterilir.

- Bekleme ve danışma bölümü bulunur. Bir hekim için bekleme alanında en az 5, daha sonraki her hekim için ilaveten en az 3'er adet olmak üzere yeterli sayıda bekleme koltuğu bulundurulur. Bekleme koltuğunun kolay temizlenebilir ve ergonomik yapıda olması; ahşap, PVC veya metal malzemelerden yapılmışsa oturlan ve yaslanılan alanların bir döşeme malzemesi ile kaplanmış olması gerekir. Bekleme alanında Kurumca gönderilen güncel afiş ve broşürler düzenlenmiş panoda asılı olarak bulundurulur, panoda asılamayacak olanlar çerçeveli olarak bulundurulur. Hasta ve hasta yakınlarının dilek ve önerilerini kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak dilek ve öneri kutuları (Ek ibare: RG-11/3/2015-29292) ile hijyeni sağlamaya yönelik el antiseptiği bulundurulur.
- Muayene odasının, her aile hekimi için en az 10 metrekare olması gerekir. Muayene odasında lavabo bulunur.
- Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte, lavabosu bulunan bir odadır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, muayene ve acil müdahale malzemeleri, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.
- Laboratuvar hizmetlerinin aile hekimince merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için uygun bir oda bulunur.
- Aile sağlığı merkezi içerisinde kullanıma hazır, bütün aile hekimliği birimlerince de kullanılacak mahremiyet kurallarının uygulandığı, bebek bakım ve emzirme alanı veya odası bulunur.
- Hastaların kullanabileceği tercihen kadın-erkek için ayrı olmak üzere birbirinden ayrılmış, müstakil tuvalet ve lavaboların olması gerekir. Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli p sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı ve poşetli p sepeti bulundurulur. Tuvaletlerde acil ağrı butonu bulundurulur.

- Tercihen binanın giriş katında kurulurlar. Engelli ve yaşlı vatandaşların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı tedbirler alınır.
- Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 18-27 °C arasında tutulur, muayene odasının iç ortam sıcaklığı için alt sınırın 20 °C olması gerekir. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanır.
- Aile sağlığı merkezinin iç alanlarının boya ve bakımı tam olmalıdır. Dış cephe boyası ve tamirata ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmelidir.
 - Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplamasının kolay temizlenebilir nitelikte olması gerekir.
 - Kullanım ömrünü tamamlamış veya ihtiyaç fazlası olan malzemeler aile sağlığı merkezi içinde bulundurulamaz.
 - Bakanlığa tahsisli bulunan ve Kurum tarafından aile hekimlerine kiralanmış müstakil bina olarak kullanılan aile sağlığı merkezlerinin ilk çevre düzenlemesi müdürlük tarafından yapılır. Daha sonraki bakımları aile hekimleri tarafından devam ettirilir.
 - Muayene odası dışında birinci fıkrada sayılan diğer odalar aile hekimlerince müşterek kullanılabilir.

2.6.3.Aile Hekimliğinde Performans ve Kalite Standartları

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Üçüncü Bölüm Madde 13 ve Madde 14'de yer alan şu maddeler ile performans değerlendirilmesi ve hizmet kalite standartlarının oluşturulması ve geliştirilmesi şartları belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

A. Performans Değerlendirilmesi (Madde 13)

1. Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır.

2. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenir.

B. Hizmet Kalite Standartlarının Oluşturulması ve Geliştirilmesi (Madde 14)

3. Aile sağlığı merkezinin fiziki yapısı, donanımı, fonksiyonelliği, personel durumu ve hizmetin niteliği gibi hizmet sunumunu doğrudan etkileyen unsurlar hizmet kalite standartlarını oluşturur.

4. Hizmet kalite standartlarının yükseltilmesinin sağlanması için aile hekimi ve aile sağlığı elemanı; Kurumca belirlenen birinci ve ikinci aşama eğitimleri ile aile hekimliğine yönelik diğer eğitimlerin en az %80 ine devam etmekle yükümlüdür.

2.6.4.Aile Hekimliği Birimine Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin İkinci Bölüm Madde 8'de yer alan şu maddeler aile hekimliği birimine kişi kaydı ve aile hekimi seçimine ilişkin esaslar belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, müdürlük tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Yenidoğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilir. Her ilçe ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezleri ayrı bir bölgedir. Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilirler. Zorunlu haller dışında aile hekimi üç aydan önce değiştirilemez. (Değişik cümle: RG-16/5/2017-30068) Aile hekimi değişikliği kişilerin yazılı talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimince, ilgili toplum sağlığı merkezince veya elektronik ortamda kendilerince yapılır. Aile hekimince yapılan değişiklik, talep belgesi ile birlikte beş iş günü içerisinde ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılır.

- Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen Şiddet olayının adli veya mülki idare makamlarınca verilen belgeyle belgelendirilmesi durumunda, aile hekimi veya aile sağlığı elemanına Şiddet uygulayan kişinin müdürlükçe mevcut aile hekiminden kaydı silinir. Bu Şekilde kaydı silinen kişinin, aynı iş günü içerisinde yeni aile hekimi Őeçmemesi durumunda ikamet ettiği bölge göz önünde bulundurulmak suretiyle kayıtlı nüfusu en düşük aile hekimine müdürlükçe kaydı yapılır.
- İkamet ettiği ilden başka bir ile ikamet amacıyla yeni gelen kişiler istedikleri bir aile hekimine kayıt yaptırırlar. İkamet amacıyla yer deęiŐtiren kişinin talepte bulunmaması halinde, 30 gün içerisinde toplum sağlığı merkezi tarafından kişiye ulaŐılarak ve kendisine bilgi verilmek sureti ile yeni adresine yakın aile hekimlerinden nüfusu en düşük olanına kayıt edilir.
- Herhangi bir nedenle bölgedeki aile hekimleri tarafından kayıt edilemeyen kişi, müdürlük tarafından öncelikle ikamet ettiği yere yakın ve en az kişi kaydı olan aile hekiminin listesine eklenir.
- Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmeti almak üzere başka bir aile hekimine kayıt olamazlar. Ancak başka bir aile hekimine kayıt olmak isterlerse, kayıt oldukları aile hekiminin aile sağlığı biriminden hizmet alırlar. Bu durumda, kayıt olunan yeni aile hekimi, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü tutulmaz.
- (Değişik: RG-11/3/2015-29292) Sürekli ikamet ettiği bölgeden uzakta kalacak kişi veya geçici süre ile Türkiye’de ikamet edecek olan kişi, kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden misafir olarak sağlık hizmeti alır. Ancak 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olan ilçeler misafir uygulaması bakımından tek bölge kabul edilir. Aile hekimlerince aile sağlığı merkezlerinde sunulan nöbet hizmetleri hekime kayıtlı kişilere bakılmaksızın ifa edilir. Aile hekimi misafir kişiler için herhangi bir ücret talep edemez.
- (Ek: RG-19/7/2013-28712) Altı aydan daha kısa süreli ziyaret veya seyahat amacı hariç olmak üzere yurtdiŐına çıktıları belge ve/veya kaynaklarla tespit

edilen kişilerin aile hekiminden kayıtları silinir. Bu kişilerin yurda kalıcı olarak döndükleri yine uygun belge ve/veya kaynaklarla tespit edilmesi halinde bu Yönetmeliğin 8 inci maddesinin üçüncü fıkrasında belirlenmiş bulunan usûl ve esaslar çerçevesinde aile hekimine kayıtları yapılır.

2.6.5. Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin İkinci Bölüm Madde 6'da yer alan şu maddeler gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin esaslar belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Aile hekimliği pozisyonlarının planlanmasında; sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti; cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti bölgeleri müdürlükçe belirlenerek Kurumca onaylanır. Gezici sağlık hizmet bölgesi veya yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak onaylanan yerlerle ilgili yapılmak istenen değişiklikler 6 aylık dönemler halinde ilgili aile hekimlerinin de görüşleri alınmak suretiyle müdürlükçe belirlenerek Kurumun onayına sunulur. Aile hekimi tarafından talep edilen gezici veya yerinde sağlık hizmet bölgesi değişiklikleri ise müdürlükçe uygun bulunması durumunda, 6 aylık dönem kısıtlamasına tabi olmaksızın Kurum onayına sunulur. Kurum onayına sunulan değişiklik tekliflerine ilişkin karar Kurum tarafından en geç 1 ay içerisinde alınır.
- Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir. Bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti veren aile hekimleri, kurumlarda ikamet eden kişileri kayıt ederler. Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimlerinin sunacağı sağlık hizmeti için asgari şartları sağlamakla yükümlüdür. Bu yerlerde

her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere; 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez yerinde sağlık hizmeti verilir. Cezaevi ve çocuk ıslahevi için bu süre iki kat olarak uygulanır

- Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve gezici sağlık hizmeti sunulacak yerleşim yerine ulaşmak amacıyla yolda geçen süreler hariç olmak üzere her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak kaydıyla o yerleşim yerinde aile hekimi tarafından yapılır. Nüfusu 250 kişiye kadar olan yerleşim yerlerine en az ayda bir kez, 250 ile 500 kişi arasında olan yerleşim yerleri için en az ayda iki kez, nüfusu 500 ve üzeri olan yerleşim yerlerine ise en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir.
- Gezici sağlık hizmeti planlaması yapılırken, istatistikî olarak aile hekimliği birimine müracaat eden hasta yoğunluğunun en az olduğu günler için planlama yapılır. Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar ve toplum sağlığı merkezine bildirir. Bu plan sözleşme döneminin sonuna kadar her ay uygulanır. Her ayın sonunda gezici/yerinde hizmet faaliyet raporunu toplum sağlığı merkezine bildirir. Zorunlu hallerde aile hekimi her türlü gezici hizmet planı değişikliğini hizmeti aksatmayacak şekilde bölgesindeki toplum sağlığı merkezine önceden bildirir. Aile hekimi; köy ve mahalle muhtarları ile kurum yetkilileri vasıtasıyla en geç bir önceki ayın son iş günü saat 12.00 ye kadar programının duyurulmasını sağlar. Aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin ilgili kısmı ulaşım ve tıbbi donanım imkânlarının aile hekimince sağlanması kaydıyla aile sağlığı elemanı tarafından da yapılabilir. Aile sağlığı elemanınca yapılan gezici/yerinde sağlık hizmeti süresi aile hekiminin gezici/yerinde sağlık hizmeti süresinden sayılmaz.

2.6.6.Aile Hekimliğinde Bağışıklama Hizmetleri

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin İkinci Bölüm Madde 7'de yer alan şu maddeler ile bağışıklama hizmetlerine ilişkin esaslar belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşular, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşular için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimi ile aile sağlığı elemanına aittir.

2.6.7.Aile Hekimliğinde Sevk Evrakı, Reçete Düzenlenmesi ve Aile Hekiminin Bilgilendirilmesi

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Altıncı Bölüm Madde 6'da yer alan şu maddeler ile aile hekimliğinde sevk evrakı, reçete düzenlenmesi ve aile hekiminin bilgilendirilmesine ilişkin esaslar belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Gerek görülmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler.
- Kurumun belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı Kurum tarafından oluşturulmak kaydıyla; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilen veya bu kuruluşlara doğrudan müracaat eden kişilere verilen hizmetler, kendi aile hekimine elektronik ortamda bildirilir.

- Gebe ve bebek tespiti ile takipleri, aşı uygulaması, doğum ve bildirim zorunlu hastalıklar gibi durumlar ilgili aile hekimine iletilmek üzere hizmeti sunan sağlık kurum ve kuruluşu tarafından müdürlüğe en geç beş iş günü içerisinde bildirilir. Bu bildirim yapmayanlar hakkında yürürlükteki mevzuat hükümlerine göre işlem tesis edilir.
- Birinci basamakta resmî reçete yazılması ve kişilerin sağlık durumuyla ilgili rapor tanziminde aile hekimi yetkilidir. Ancak olağanüstü durumlar, acil durumlar ile toplum sağlığını tehdit eden ve koruyucu amaçlı ilaç kullanımını (kemoproflaksi) gerektiren bulaşıcı ve salgın hastalık hallerinde özel durum belirtmek suretiyle toplum sağlığı merkezi hekimleri de resmî reçete düzenleyebilirler. Bu durumda ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.
- Ölüm belgesi, 19/01/2010 tarihli ve 27467 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmeliğe göre düzenlenerek ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.
- Aile hekimi, hastasını bir üst basamağa sevk ederken ilgili forma sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır.

Hasta sevk evrakı, reçete, rapor, bildirim zorunlu hastalıklarla ilgili formlar ve diğer kullanılacak belge örnekleri Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimince düzenlenen bu belgeler kişinin yazılı veya elektronik dosyasına kaydedilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, tanımlayıcı bir nitelikte olup, niteliksel yöntemle yapılmıştır. Türkiye’de çalışan aile hekimlerinin çalışma şartlarını araştırmak için nitel desende tasarlanmıştır. Nitel araştırmalarda olaylar doğal ortamında bütünlük içinde gözlenir, derinlemesine görüşme gibi nitel veri toplama teknikleriyle algılar anlaşılabilir (Yıldırım ve ark. 2006).

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Sakarya ili sınırları içinde 2019 yılında yapılmıştır. Veriler 3.11.2019 - 25.12.2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Sakarya ili sınırları içinde çalışan 300 aile hekimi oluşturmaktadır. Amaçlı örneklem yöntemlerinden olan tipik durum örnekleme yöntemi ile 30 ile 50 arası gönüllü sayısına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırılan temalar doyuma ulaşıncaya (benzer ve tekrar eden görüş ve ifadeler) görüşmeler sonlandırılmıştır. Böylece çalışma grubunu Sakarya’nın değişik bölgelerinde çalışan ve değişik sosyo-demografik özelliklere sahip olan 40 aile hekimi oluşturmuştur.

3.4. ARAŞTIRMA HİPOTEZİ

Nitel araştırmalarda doğruluğu veya yanlışlığı test edilmek üzere önceden belirlenmiş bir kuram ya da hipotez yoktur (Yücel Toy ve Güneri Tosunoğlu 2007, Yıldırım ve Şimsek 2018). Bu sebeple çalışma için araştırma sorusu oluşturulmuştur.

“Aile hekimlerinin mevcut çalışma şartları nasıldır, bu şartlarla ilgili sorunları var mıdır ve bu şartların süre boyunca değişimi nasıldır? Daha verimli sağlık hizmeti için ihtiyaç duyulan iyileştirmeler için önerileri nelerdir?”

3.5. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ

Araştırmada veriler sosyo-demografik verileri içeren yedi sorudan oluşan anket formu ve beş açık uçlu sorunun yer aldığı yarı yapılandırılmış görüşme formu

kullanılarak toplandı. Görüşme formundaki sorular aile hekimlerinin konu ile ilgili deneyimlerini ortaya çıkarmak üzere literatür ile desteklenerek derinlemesine görüşme sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma konusu ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılarak görüşme sorularına yönelik kavramsal bir çerçeve belirlenmiştir. Görüşme formu oluşturulurken soruların kolay anlaşılacak şekilde sorulmasına ve akıcı olmasına dikkat edilmiş, yönlendirici sorulardan kaçınılmıştır. (Ek-1)

Aile hekimleri ile yapılan görüşmelerde derinlemesine görüşme tekniği uygulanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi, hazırlanmış soru formuna bağlı kalınarak, bir olayı veya algıyı netleştirmek için ilave sorular sorulabilen bir tekniktir (Yıldırım ve ark. 2006).

Çalışmaya katılan aile hekimlerine görüşme öncesinde araştırma hakkında gerekli bilgiler verildi ve sözlü olarak onamları alındı. Katılımcılara, katılımında gönüllülük esasının olduğu, istemedikleri halde çalışmaya katılımlarına son verebilecekleri, çalışmanın kim tarafından ve neden yapıldığı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve kişinin adı ve soyadı gibi kişisel bilgilerinin alınmayacağı konusunda sözel olarak bilgi verildi.

Görüşmeler, katılımcılarla birlikte belirlenen zamanlarda, 3.11.2019-25.12.2019 tarihleri arasında aile sağlığı merkezlerinde, yüz yüze ve katılımcıların izni ile ses kaydı alınarak ve not tutularak gerçekleştirilmiştir. İki katılımcı ses kaydı alınmasına izin vermediği için not tutularak görüşülmüştür. Görüşme, karşılıklı aynı düzeyde oturularak yapılmış, aktif dinleyerek, soru formları yardımıyla yönlendirilmiştir. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür. Elde edilen ses kayıtları ve notlar daha sonra araştırmacı tarafından yazı formatına çevrilmiş ve analiz safhasına geçilmiştir.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Derinlemesine görüşmelerin metinleri, açığa çıkmasını beklediğimiz algıları ve tutumları içerir. Görüşmelerin metinleri içerik analizine tabi tutulmuştur. Analizde her veri birkaç kelimeyle kodlanır. Benzer kodlar, hiyerarşik olarak gittikçe yükselen kavramlarla, kategoriler ve temalar altında toplanır. Elde edilen bu kavramlarla

veriler anlamlandırılmaya çalışılmaktadır. Daha sonra anlamlandırılan verilerin bulgularda dökümü ve yorumlanması yapılmaktadır (Yıldırım ve ark. 2006).

İlk olarak yapılan görüşmeler araştırmacı tarafından elektronik ortamda yazılı hale dönüştürülmüş ve ardından araştırmada elde edilen tüm veriler iki kişi tarafından birçok kez okunarak kodlanmıştır. Yapılan bu kodlamalardan ve görüşmeler esnasında alınan notlardan hareketle amaca uygun olarak temalar belirlenmiştir. Üçüncü bir kişi bu temaları kontrol etmiştir. Üç kişi daha sonra bir araya gelerek kodlar ve temalar üzerinde fikir birliğine varmışlardır. Veriler bu temalar altında gruplandırılmıştır. Kodlama ve tema oluşturma tekrar edilerek verinin araştırma sorusuna uygun düşen kısımları bulgular bölümünde sunulmuştur. Verilerin niceliksel analizinde SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicao, IL, USA) paket programı, niteliksel analizinde ise uygun programlar kullanılmıştır.

3.7. KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE KISITLILIKLAR

Araştırmada, ulaşılması planlanan kişilerin aile hekimi olmaları ve ancak mesai saatlerinde ulaşılacak olmaları nedeniyle sınırlı zaman diliminde görüşülmüştür. Aile hekimleri, mesainin başlaması ile hasta gelişlerinin başladığı ve yoğunlukla öğlen saatlerine kadar kesintisiz hizmet verdikleri görülmüştür. Öğleden sonrası mesaide tekrar hasta yığılmaları olmaktadır. Ancak aile hekimlerinin gün içinde saat 15.00'dan sonra hasta yoğunluğu azaldığından bu saatten sonra aile hekimleri ile görüşme fırsatı elde edilmiştir. Aile hekimlerinin iş yoğunluğu araştırmada aile hekimlerine erişimde güçlükler doğurmuştur.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan 21/06/2019 tarihinde E.8222 numaralı izinle gerçekleştirilmiştir. (Ek-2) Katılımcılara çalışmanın amacı, cevapların gizliliği, verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra gönüllü olan aile hekimleri örnekleme dahil edilmiştir. Araştırma etiği çerçevesinde katılımcıların isimleri kullanılmamıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamıŐ, kırtasiye ve ulaşım masrafları araştırmacı tarafından karŐılanmıŐtır.



4. BULGULAR

Araştırma Sakarya ilinde yer alan farklı bölgelerdeki 14 aile sağlığı merkezinde çalışan 40 aile hekimi ile yürütülmüştür. Katılımcıların 28'i erkek, 12'si kadındır. Yaş ortalaması ise $41,47 \pm 9,13$ standart sapma (SS) yıldır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin hekimlik görev süresi ortalaması $16,30 \pm 8,93$ (SS) yıl iken, aile hekimliği görevinde bulunma süresi ortalaması $7,75 \pm 3,30$ (SS) yıldır. Katılımcı aile hekimlerinin çalıştıkları aile sağlığı merkezindeki ortalama aile sağlığı birim sayısı $5,45 \pm 2,55$ (SS) birim iken, aile hekimi başına günlük bakılan hasta sayısı ortalaması $61,37 \pm 13,49$ (SS) kişidir. Katılımcı aile hekimlerine kayıtlı nüfus sayısı ortalaması ise $3319,92 \pm 682,71$ (SS) kişidir.

Aile hekimlerinin çalışma şartları ile ilgili görüşleri Tablo 1'de grlen tema ve kategoriler altında toplanmıştır. Bu tema ve temalara ait kategorilere ait açıklamalar yapılmıştır. Her temaya ait kodlarla ilgili çok vurgulanan örnek cmler gösterilmiştir.

Görüşme nitel verilerinden elde edilen bulgular; aile hekimlerinin çalışma şartları ile ilgili değerlendirmeleri ve bu şartlar ile alakalı sorun yaşayıp yaşamadıkları, bu sorunlara yönelik bekledikleri iyileştirmeler ve katılımcıların aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik fikirleri olmak üzere dört ayrı başlık altında sunulacaktır.

Tablo 1. Çalışma Şartlarıyla İlgili Temalar ve Kategoriler

4.1. ÇALIŞMA ŞARTLARI İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER VE SORUNLAR		
<ul style="list-style-type: none">✓ Fiziki Çalışma Şartları<ul style="list-style-type: none">○ Bina○ Teknik donanım ve yazılım○ Sarf malzemeler○ Güvenlik○ Maddi şartlar<ul style="list-style-type: none">▪ Maaş ve cari gider ödemeleri	<ul style="list-style-type: none">✓ Hekimlik Uygulamaları<ul style="list-style-type: none">○ Nüfus sayısı<ul style="list-style-type: none">▪ Kayıtlı hasta▪ Misafir hasta○ Hasta-hekim ilişkisi<ul style="list-style-type: none">▪ Randevu sistemi▪ Poliklinik hizmetleri<ul style="list-style-type: none">• Reçete tekrarı• Rapor istemleri▪ Şiddete maruz kalma○ Koruyucu hekimlik uygulamaları<ul style="list-style-type: none">▪ Bağışıklama▪ Kronik hastalık takibi▪ Gebe-bebek-yaşlı takibi○ Performans sistemi○ Esnek mesai kavramı ve mobil hizmet○ Nöbetler○ Eğitim	<ul style="list-style-type: none">✓ Çalışma Ekibi<ul style="list-style-type: none">○ Aile sağlığı elemanları○ Diğer personeller
4.2. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ ÇALIŞILAN SÜRE BOYUNCA DEĞİŞİMİ		
4.3. ÇALIŞMA ŞARTLARINDA BEKLENEN İYİLEŞTİRMELER <ul style="list-style-type: none">✓ İyileştirmelerin Yapılıp Yapılmayacağına Dair Öngörüler		
4.4. KATILIMCILARIN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK FİKİRLERİ		

bildirdik, elektrik sistemimiz çok eski, elektrik kesintisinden dolayı sürekli sıkıntı yaşıyoruz, aşular için çok büyük risk oluşturuyor, aşularımızı iki ay boyunca her gün toplum sağlığı merkezine götürdük, getirdik, jeneratörümüz yandı, bacamız problemlili, ısınmada çok büyük sıkıntılar yaşıyoruz, defalarca dilekçe yazmamıza rağmen bu güne kadar değerlendirilmedi, çalışma şartlarımız bu açıdan oldukça sıkıntılıdır.”
(G01, E, 29 yaş, Ferizli)

Bir başka katılımcı ise aile hekimliği uygulamasının amacına uygun yürütüldüğü fakat aile sağlığı merkezinin fiziki şartlarının kötülüğü hakkında görüş bildirmiştir.

“En başta fiziki şartlarımız yetersiz, eski devlet hastanesinde çalışıyoruz. Güvenli bir binada değiliz. Bize verilen carilerle bu binayı uygun hale çevirebilmemiz imkansızdır. Kışın ısınma problemimiz var. Birinci basamak sağlık sistemi güzel bir sistem fakat devlet aile sağlığı merkezlerini kendi yapmalıdır. Sağlıkta fiziki kalite ne yazık ki birinci basamakta yoktur. Sokak aralarında yıkık dökük birçok aile sağlığı merkezi var.” (G35, E, 28 yaş, Akyazı)

Bir katılımcı ise aile sağlığı merkezinin kamu binası olmasına rağmen ödediği kira bedelinin mevcut piyasa şartlarının üzerinde olduğunu belirtmiştir.

“Kamuya ait binalarda hizmet veren aile hekiminden alınan bina kirası her yıl tek taraflı olarak düzenlenmektedir. Bu kira devlet tarafından enflasyonla alakasız seviyelerde artırılabilir. Arsa ve mülk fiyatlarının ve kiralarının serbestçe manipüle edildiği ortamlarda aile hekiminin piyasa şartlarına terk edilmesi durumunda ezilmesi kaçınılmazdır.” (G03, E, 34 yaş, Hendek)

4.1.1.2. Teknik donanım ve yazılım

Aile hekimleri hizmet verdikleri aile sağlığı merkezlerinin teknik donanım ve yazılım noktasında yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

“Kullandığımız bilgisayar sistemleri monitörler tarafımızdan karşılanıyor ama piyasada olan programlar ne yazık ki ihtiyaçları karşılamıyor. Şu an kullandığım hasta bilgi sistemi 5 yıl boyunca kullandığım 7. sistem, sürekli ihtiyaçlara göre geri bildirim yapmamıza rağmen çok eksiği var halen. Sistemin tüm aile hekimlerinde aynı ve hastaneyle entegre olması gerekiyor.” (G15, E, 38 yaş, Serdivan)

Bir aile hekimi ise aile sağlığı merkezinin teknik donanımlarından ve kullanılan yazılımlardan memnun olduğunu belirtmiştir.

“E-reçete sistemi; eskiden uygulama üzerinden yazılırken şu an bakanlığın renkli reçete sisteminden yazılıyor. Avantajı şudur; bakanlık açısından takip, yazamadığımız ilaçların yazma yükümlülüğünden kurtulmamız oldu. Renkli reçete taşıyoruz hepsi elektronik ortamda. Bu konuda çok memnunum.” (G04, E, 29 yaş, Geyve)

4.1.1.3. Sarf malzemeler

Aile sağlığı merkezlerinde kullanılan sarf malzemelerle ilgili aile hekimleri yıllar içerisinde malzemeye ulaşımın ve teminin zorlaştığını belirtmişlerdir.

“Aşı konularında ve sarf malzemelerde sıkıntı yaşıyoruz, eskiden devlet bu konuda daha yardımcıydı, daha sık getirirdi aşığı, tıbbi atık kovasını getirirdi. Şimdi bunlarda sıkıntılar yaşıyoruz. Eskisi kadar rahat ve hızlı ulaşım olmuyor.” (G15, E, 38 yaş, Serdivan)

“Zorunlu sarf malzeme tedariki noktasında aile hekimi liberal piyasanın insafına terk edilmiş vaziyettedir. En basitinden bulundurması zorunlu pansuman malzemeleri serbest bir piyasada sıklıkla alınıp satılan bir meta olmadığı için fiyatları optimal şartlarda oluşmamaktadır. Bunun

üzerine aile hekiminin almak zorunda oluşu eklenince dengesiz fiyatlamalar oluşmaktadır.” (G03, E, 34 yaş, Hendek)

4.1.1.4. Güvenlik

Araştırmaya katılan aile hekimleri mesai saatleri içerisinde aile sağlığı merkezinde güvenlik zaafiyeti olduğunu ve bu konuda endişe duyduklarını belirtmişlerdir.

“Güvenlikle alakalı sorunlarımız mevcut. Güvenlik görevlisi yok. Bizi her şekilde darp edebilir, öldürebilir ve elini kolunu sallayarak buradan çıkabilir. Ne girişte bir X-Ray cihazı var ne de sesimizi duyacak bir güvenlik görevlisi.” (G35, E, 28 yaş, Akyazı)

4.1.1.5. Maddi şartlar

Maaş ve cari gider ödemeleri

Aile hekimleri yıllar içerisinde aldıkları maaşların güncel piyasa şartlarına göre azaldığını, cari giderlerin ise çok arttığını belirtmişlerdir. Ayrıca gelir-gider dengesizliğine de dikkat çekmişlerdir.

“Ödeme noktasında çok geriye gittik. Maddi kazancımızda çok ciddi bir azalma var yıldan yıla. Hem personel çalıştırıyoruz, onların maaşları artıyor ama bizim carilerimiz o oranda artmadı. Hakedişler ve cari ödenekler yıldan yıla kayba uğradı.” (G29, K, 30 yaş, Akyazı)

“Giderler içerisinde zorunlu ve tasarruf edilemez giderler matraha girmektedir. Örneğin temizlik personeline ödenen ücret yasal, kaçınılmaz bir giderdir. Bunun önce aile hekiminin maaşına girmesi yıllık matrahı haksız olarak şişirmektedir. Gelir vergisinde aile hekimini haksız yere yüksek dilime sokmaktadır.” (G03, E, 34 yaş, Hendek)

“Aile hekiminin giderlerine yapılan zam enflasyon oranında değildir, aile hekimi maaşına yapılan zam giderlerin artış oranında da değildir. Asgari ücrete gelen zam oranı kadar aile hekimi maaşına zam hiçbir

zaman verilmemiştir. Bu da yavaş ve kronik bir şekilde maaşlarda erimeyi beraberinde getirmiştir. En önemli sorunlardan biridir bu durum.” (G03, E, 34 yaş, Hendek)

4.1.2. Hekimlik Uygulamaları

Aile hekimleri çalışma şartlarının en önemli alt başlığı olan hekimlik uygulamaları ve sağlık hizmet sunumu konusunda çeşitli görüşler bildirmişlerdir. Hekimlik uygulamaları birçok alt başlık altında incelenecektir. Bu alt başlıklar altında mevcut uygulamalara yönelik görüşler yer almıştır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin 38’i (%95) mevcut hekimlik uygulamalarında karşılaşılan sorunların sayıca yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

4.1.2.1. Nüfus sayısı

Araştırmaya katılan aile hekimleri birim başına kayıtlı nüfus sayısının fazla olduğunu ve belirli dönemlerde misafir hasta yoğunluğu yaşandığını belirtmişlerdir.

Kayıtlı hasta

“Hekim başına düşen nüfus sayısı oldukça fazladır. Şu an benim kayıtlı nüfusum 3900, mevcut mesai saatlerinde bu kadar hastaya sağlık hizmeti vermem imkansız, kaldı ki koruyucu sağlık hizmeti, bilgilendirme konularına ayıracak vakit bile kalmıyor.” (G40, E, 40 yaş, Kaynarca)

“Aile hekimliği sisteminin en önemli özelliği olan hekim hasta ilişkisi daha da geliştirilmesi gerekir, bunun da yolu her hekimin kendi kayıtlı olan hastasını muayene etmesidir, bu sayede bildiği hastayı sürekli gördüğü takip ettiği hastayı muayene edeceği için çıkacak sorunlar en aza inecektir. Hastanın bu durumdan göreceği fayda maksimuma çıkacaktır. Şu anki en büyük sorunumu ilk defa gördüğümüz hastayı muayene etmek, bu özellikle prosedüral muayenelerde takip gereken muayenelerde kronik hastalık takibinde ciddi sorun yaratıyor. Kişinin ve hastanın özelliklerini bilmek mümkün olmadığı için hastaya da yeterli verim verilemiyor.” (G04, E, 29 yaş, Geyve)

Misafir hasta

“Misafir hastalar büyük bir sorun. Aile hekimliğinde misafir hasta anca hekim arkadaşın izne ayrılınca olmalıdır. Misafir hasta anlayışı olmaması lazım. Yaz dönemi özellikle misafir hasta sayısı çok artıyor. Koruyucu hekimliğe yönelik şeyleri kaçırıyoruz. Sadece poliklinik yapıyoruz, bu da en büyük sorunlarımızdandır. Hastaların şu dönemde isteği bitmiyor.” (G20, E, 51 yaş, Erenler)

“Kış aylarında başvuru oranı çok yüksek, bunun üzerine misafir hasta yoğunluğu eklenince ciddi bir iş yoğunluğu oluyor, bu da muayene süresinin kışalmasına yol açıyor. Bu süre kısaldıkça hekimin üzerindeki tanı ve tedavi baskısı artıyor, yanlış tanı yanlış tedavi ihtimali artıyor. Hem hasta memnuniyeti hem hekim memnuniyeti ciddi yara almış oluyor.” (G04, E, 29 yaş, Geyve)

4.1.2.2. Hasta-hekim ilişkisi

Araştırmaya katılan aile hekimleri sağlık hizmeti sunumunda hasta hekim ilişkisine dayalı bir takım konular üzerinde durmuşlardır ve bu konular hakkında bir takım sorunlardan bahsetmişlerdir.

Randevu sistemi

Aile hekimleri polikliniklerde randevusuz hasta bakılmasının; en fazla yakındıkları, mesai saatlerindeki yoğunluğun ve yaşanan tartışmaların önemli sebeplerinden biri olduğunu belirtmişlerdir.

“Hasta yoğunluğu çok fazla ve randevu sistemine hala geçilemedi. Aile hekimliğinin tanımında olan koruyucu sağlık hizmetini neredeyse hiç yapamıyoruz. Çok fazla poliklinik başvurusu oluyor. Hastalarımıza gerekli zamanı ayıramıyoruz.” (G10, K, 52 yaş, Serdivan)

“Randevu sisteminin etkin bir şekilde olmaması yoğunluğu arttırmaktadır. Artan yoğunluk hastalara yeterince zaman ayırmamıza yol açmaktadır. Hastalara yeterli süre ayıramadığımızdan dolayı da

koruyucu sağlık hizmetlerinde aksamalar yaşanmaktadır.” (G11, E, 53 yaş, Serdivan)

“Şartlarımdaki temel sorunların başında; randevu sisteminin işlememesi gelir. Mesai içerisinde gelen bütün hastalara bakmak değil de; randevulu hastaya bakmak daha doğru olur, verimlilik açısından da daha güzel olur.” (G25, E, 56 yaş, Adapazarı)

Poliklinik hizmetleri

Araştırmaya katılan katılımcılar; sorgusuz sualsiz yapılan başvurulardan, ütöpik isteklerden ve gerekli gereksiz rapor isteklerinden dolayı oldukça sıkıntılı süreçler yaşadıklarına dair görüş bildirmişlerdir.

Reçete tekrarı

Kronik hastalık durumunda kullanması gereken ilaçların tekrar tekrar reçete edilmesi gerekliliği ve özel bir kuruluştta reçete edilen ilaçların devlet katkı payından faydalanmak için tekrar reçete edilmesi aile hekimlerinin muzdarip oldukları konuların başındadır.

“Raporlu ilaçların reçete edilmesi en büyük sorunlardan biri. Gelen her başvuruyu ne yazık ki kabul etmek durumundayız. Hastaların ısrarcı tutumu bizi çok yoruyor. Hasta kafasına göre ilaç yazdırmak istiyor, kafasına göre tahlil yaptırmak istiyor. Tartışmalar yaşıyoruz bu durum bizi psikolojik olarak çok yıpratıyor.” (G14, E, 29 yaş, Serdivan)

“Aile sağlığı merkezi her canı sıkılanın geldiği bir yer olmuştur. Raporlu ilaçları yazmak ekstra iş yükü, zaten raporlu eczaneden bittiğinde alabilmelidir.” (G18, K, 49 yaş, Adapazarı)

Rapor istemleri

Katılımcılar aile sağlığı merkezine yapılan başvuruların çoğunluğunun rapor istemleri olduğunu ve bu konudan oldukça rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Çok

farklı konularda ve durumlarda rapor istemleri olduğunu belirten katılımcılar bu konularda çeşitli görüşler sunmuşlardır.

“Mevcut çalışma şartlarımız eskiden ilk başladığında daha iyiydi, poliklinik ve izlem ağırlıklı çalışıyorduk. Şimdi artık rapor ağırlıklı çalışıyoruz. Çok fazla iş yükümüz var. Bunların bazıları bizim yapabileceğimiz işler ama bazıları uzmanlık gerektiren işler, daha fazla ekipman daha fazla alet edevat gerektiren işler var. Bunları yapmakta zorlanıyoruz, bunların yarattığı hukuki mesuliyette bizi sıkıntıya sokuyor. Örneğin avukat olmak istiyorum diye başvuran kişi, avukatlığa elverişliyim diye rapor istedi, bizim bu raporu vermemiz mümkün değil. Avukatlık için fiziki ve psikolojik yeterlilikler nelerdir bunun herhangi bir yerde yazılmış algoritması yok, nasıl verilir bu konuda bilgi yok. Bunun gibi onlarca veya yüzlerce örneği var. Bizim burada yapmamız gereken koruyucu hekimlik ikinci plana kalıyor bu sağlık raporları yüzünden. Bu raporlardan ehliyet ve askerlik raporları için oluşturulmuş algoritmalar mevcut ancak geri kalan raporların hiçbirinin algoritması yok. Bu konular hakkında bakanlığın fikri de yok, kime verilir kime verilmez. Ortada kalmış bir konudur.” (G15, E, 38 yaş, Serdivan)

“Raporlar konusu diğer ülkeler ile karşılaştırılınca bizde ucu çok açık bir konudur. Raporlar çok fazla hukuki sorumluluk yüklüyor ancak karşılığı yok. Rapor hizmetleri kesinlikle sağlık hizmeti değildir. Rapor hizmeti bir bilirkişilik hizmetidir, dolayısıyla ücretli olması gerekir. Birinci basamakta ücret yokken ikinci ve üçüncü basamakta ücretlidir. Mevzuatta her türlü rapor olarak belirlendiği için böyle yüklenmiş bir görev var ama bu sorumluluğun herhangi bir bedeli yok. Türkiye’de bütün kurumlar bir rapor istiyor, herkesten bir rapor mutlaka istiyor. Akla hayale gelmez raporlar için maalesef çok başvuru oluyor. Aile hekimi için ise hiçbir test yapmadan birkaç sorgulama ile bu raporu vermesi isteniyor. Bu son derece yanlış bir uygulamadır. Herkes kendi sağlığından kendi sorumludur.” (G31, E, 45 yaş, Akyazı)

“Rapor konusu kanayan bir yaradır. Bir kere aile hekimliğinin raporla hiçbir ilgisi yok. Raporlar için hastanelerde tetkiklerin yapılabileceği yerlerde bir birim oluşturulmalıdır. Rapor polikliniği gibi. Hastanın mevcut durumunu ile ilgili raporları biz hazırlayabiliriz. Sadece bilgilendirme amaçlı raporlar aile hekimi tarafından hazırlanmalıdır.”
(G29, K, 30 yaş, Akyazı)

Şiddete maruz kalma

Araştırmaya katılan aile hekimleri; kendilerine verilen iş yükü miktarının fazla olmasından ve mevzuatta yer aldığını düşündükleri bir takım eksikliklerden dolayı hastalarla tartışma yaşadıklarını hatta şiddete maruz kalmayla sonuçlanabilen durumlar olabildiğini belirtmişlerdir.

“Sağlıkta şiddet en büyük sorunlarımızdandır. Bir çok konuda vatandaşa karşı karşıya geliyoruz. Hastalar da maalesef anlayışlı davranmıyorlar. Bugün bir bankada ya da herhangi bir kamu kuruluşunda kimliksiz işlem yapılamazken kimlik sorduk diye bizi darp edecek kişiler var. Vatandaş istiyor ki her işi hemen çözülsün, hiç sıra beklemesin, sadece onun hastasını önceliği var. Sağlıkta şiddet sadece aile hekimliğinin değil tüm sağlık sektörünün sorunudur diye düşünüyorum.” (G25, E, 56 yaş, Adapazarı)

“Vatandaşlarla rapor konusunda karşı karşıya kalıyoruz ve tartışmalar çıkıyor. Bütün işyerleri işe giriş raporları için bize yönlendiriyor. Bizi aşan raporları veremeyince tartışma çıkıyor, hakaretlere varan tartışmalar oluyor. Beyaz kod veriliyor. Dava süreçleri hem fiziksel hem de psikolojik olarak yıpranmamıza sebep oluyor.” (G29, K, 30 yaş, Akyazı)

4.1.2.3. Koruyucu hekimlik uygulamaları

Aile hekimliği uygulamalarında koruyucu hekimlik önemli yer tutmaktadır. Araştırmaya katılan aile hekimleri koruyucu hekimlik uygulamalarının, yoğunluk ve

gereksiz gördükleri iş yükü açısından çok aksadığını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin hepsi koruyucu hekimlik uygulamalarına daha fazla vakit ayrılması gerektiğini belirtmişlerdir.

“Artan yoğunluk hastalara yeterince zaman ayırmamıza yol açmaktadır. Hastalara yeterli süre ayıramadığımızdan dolayı da koruyucu sağlık hizmetlerinde aksamalar yaşanmaktadır.” (G11, K, 53 yaş, Serdivan)

“Aslında aile hekimlerinin birincil görevi koruyucu sağlık hizmetleridir. Gerek kronik hastalıklara yönelik olsun gerek bağışıklamaya yönelik olsun önlenebilir hastalıkların önlenmesi için çalışma programları bunlara uygun değildir. Ülke sağlık düzeyini yükseltmeye böyle olunca çok katkı sunamadığımız düşüncesindeyim.” (G24, E, 58 yaş, Adapazarı)

Bağışıklama

Bağışıklama koruyucu hekimlik uygulamalarının başında gelmektedir ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutması gerekmektedir. Araştırmaya katılan aile hekimleri bu konunun daha fazla önemsenmesi gerektiğine dair görüş belirtmişlerdir.

“Aile hekimi olarak birinci basamak sağlık hizmeti vermekle yükümlüüz. Birinci basamak sağlık hizmetinin temelini de koruyucu sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Aşulamaya yani bağışıklamaya iş yükünün ve angarya diye tabir edilebilen işlerden dolayı vakit ayıramıyoruz aslında bu bizim en temel görevimizdir. Aşı dolaplarımız çok iyi, takibi çok iyi ama yoğunluktan dolayı hekimin değil, aile sağlığı elemanı gözetiminde gerçekleşiyor, bu konudan da muzdaripiz. Bu konu tüm aile hekimlerinin sorunudur.” (G29, K, 30 yaş, Akyazı)

Kronik hastalık takibi

Katılımcılar; kronik hastalığı olanların birinci basamak sağlık kuruluşlarının en temel görevlerinden olduğunu belirterek, bu konuda aile hekimliği uygulamalarında bazı hataların ve eksikliklerin olduğunu ifade etmişlerdir.

“Aile hekimi kendisine kayıtlı olan her hastayı koruyucu hekimlik hizmeti verdiği gibi mevcut hastalıklar geliştikten sonra da takibini yapabilmelidir. Örneğin diyabet hastalığı tedavisini düzenlemeliyim, kan şekerlerini ve uyması gereken diyeti takip edebilmeliyim ama popülist yaklaşımlar ve rapor girdabındayken bunların hiçbirine ne zaman ne enerji ayıramıyoruz.” (G26, E, 55 yaş, Adapazarı)

“Aile hekimi olarak en temel görevlerimizden biri kronik hastalık yönetimidir. Ancak maalesef bu yönetim yalnızca kullanılan ilaçların rpt edilmesine indirgenmiş durumda. Bunun da en büyük sebeplerinden biri hasta yoğunluğu nedeniyle hastalara yeterli vakit ayrılamaması. Bakanlık ve ilgili yöneticilerin de bu noktadaki sıkıntının farkında olduğunu görüyoruz. Son dönemde gündemde olan kronik hastalık takibiyle pozitif performans değerlendirilmesi bu farkındalığın göstergesidir. (G03, E, 34 yaş, Hendek)

Gebe-bebek-yaşlı takibi

Katılımcılar kronik hastalık takibi başlığı altında belirtilenler gibi gebe-bebek ve yaşlı takibi için de temel görev olduğunu ama mesai saatlerinin çoğunluğunu alan diğer hizmetlerden dolayı etkili bir şekilde yapamadıklarını belirtmişlerdir.

“Usulsüz ve desteksiz işlerle o kadar çok uğraşıyoruz ki, olması gereken nüfus takibimi etkili yapamıyorum. Gebe takibinde biraz daha iyiyiz o da zorunluluk olduğundan. Gebe takibinde, bebek takibinde, yaşlı takibinde, belki de ergen takibinde ülkemiz sağlık standartlarını yukarı taşıyabilmek için daha aktif bir görev almamız. Performans kaygısı için değil hekim olduğumuz için bu görevleri yapmalıyız.” (G26, E, 55 yaş, Adapazarı)

4.1.2.4. Performans sistemi

Araştırmaya katılan aile hekimleri performans sisteminin aile hekimliği uygulamalarında adaletsizlik yarattığını ve gereksiz gördükleri iş yükünü arttırdığını belirtmişlerdir.

“Yıldan yıla çoğu uygulama performans olarak mevzuata eklendi. Ama bu uygulamalar ciddi vakit harcanması gereken uygulamalardır fakat mevcut nüfus sayısında bunları yapmak imkansızdır. Çalışma süremiz içerisinde bunları yapmak son derece zordur. Kağıt üzerinde güzel ama realitede yapılması imkansızdır. Performans içerisinde adaletsizliği de barındırmaktadır.” (G31, E, 45 yaş, Akyazı)

4.1.2.5. Esnek mesai kavramı ve mobil hizmet

Katılımcılar; mesai saatlerinde aile hekimlerine başvuramayanların poliklinik hizmeti almak, acil servisler yerine aile hekimlerine başvurabilmeleri için mesai sonrasında çalıştıkları “esnek mesai” uygulaması hakkında ve haftanın belirli günlerinde gerçekleştirdikleri “mobil hizmet” ile ilgili bir takım görüşler bildirmişlerdir. Katılımcılar bu uygulamaların genel olarak istenen sonuçları vermediğini belirtmişlerdir.

“Çalışma şartlarımızda temel sorun iş yoğunluğudur, muayeneye ayırdığımız zamanın kısa olmasıdır. Mobil hizmet esnek mesai benzeri uygulamalarla aile sağlığı merkezinde bulunmayan hekimlerin hastalarına bakmak günlük akışta çok yoruyor. Kış aylarında başvuru oranı çok yüksek, bunun üzerine misafir hasta yoğunluğu eklenince ciddi bir iş yoğunluğu oluyor, bu da muayene süresinin kısılmasına yol açıyor.” (G04, E, 29 yaş, Geyve)

“Çalıştığımız bölge itibariyle mobil hizmet ve esnek mesai uygulaması var bu bizi çok etkiliyor, 10 kişi olmamıza rağmen 10 kişi aynı anda hiçbir zaman bulunmuyoruz. Esnek mesai ve mobilci arkadaşlar başka yerlerde olduğundan dolayı, herkes kendi hastasından sorumlu dese de sistem, ilaveten misafir hastaların olması ciddi yoğunluk oluşturuyor.” (G06, E, 48 yaş, Geyve)

“Esnek mesai ve mobil hizmet çok güzel düşünölmüş uygulamalardır ancak esnek mesai acillerdeki yoğunluğu azaltmadı bize de çok hasta gelmiyor açıkçası, bunu mobil hizmet için de söyleyebilirim, ben hastayı göremeye köye gidiyorum ama ekstra birşey isteyeceksem aile hekimliği merkezine çağırıyorum, hastaya ilaç yazıyorum eczaneden almak için yine buraya geliyor, kağıt üzerinde güzel uygulamalar ama sahada uygulamasında eksiklikler mevcuttur.” (G37, E, 40 yaş, Kaynarca)

4.1.2.6. Nöbetler

Aile hekimliği uygulamalarında katılımcılar adli nöbetler ve defin nöbetleri ile ilgili yaşadıkları zorlukları anlatmışlardır ve bu konu hakkında çeşitli görüşler belirtmişlerdir.

“Defin ruhsatı nöbetinin asli görevi bu olan belediye hekimlerine geri verilmesi gerekir. Adli tabiplik nöbetini de adli tıp birimi kurulmuş bir il olarak onlara devredilmesi gerekmektedir.” (G05, E, 44 yaş, Geyve)

“Adli nöbetimiz ve defin ruhsatı verme gibi bir görevimiz var, bu hala aile hekimlerinin başından alınamadı. İlgili yönetmelikte defin ruhsatı ile ilgili olarak belediye hekimleri belirtilmesine rağmen istihdam edilmediği için bu görev hala aile hekimlerindedir.” (G08, E, 45 yaş, Geyve)

“Adli nöbetler büyük bir sorun, toplum sağlığı hekimleri ve belediye hekimlerince yapılması gereken nöbetler bize yüklendi. Herşeyde önce bir aile hekimine yükleniliyor. Sıkıntı çıkmıyorsa bu iş bizde kalıyor.” (G16, K, 40 yaş, Adapazarı)

4.1.2.7. Eğitim

Araştırmaya katılan aile hekimleri hem kendilerinin hem de personellerinin hizmet içi eğitimlerine yeterli zaman ayrılamadığını belirtmişlerdir. Topluma yönelik sağlık eğitimi hizmetlerinde de yetersiz kaldıklarına dikkat çekmişlerdir.

“İş yükünü fazla olması ve yoğunluktan dolayı aile hekimleri birebir hasta eğitimleri yapamıyor, bilgilendirme yapamıyor. Bu eğitim eksikliğini tüm sağlık sektörü olarak yaşadığımızı düşünüyorum.” (G05, E, 44 yaş, Geyve)

“Koruyucu sağlık hizmetleri için veya bilgilendirme amaçlı, eğitim amaçlı, hem kendi personelimiz için hem kendimiz hem de halkımız için eğitime vakit ayıramıyoruz. Aile sağlığı merkezlerinde eğitim için ayrılmış bir salon dahi yok, bu konunun aile hekimliği uygulamasındaki önemli bir eksiklidir.” (G22, E, 37 yaş, Adapazarı)

4.1.3. Çalışma Ekibi

Araştırmaya katılan katılımcılar çalışma ekibinde yer alan aile sağlığı elemanlarının ve diğer personellerin sayısal olarak yetersizliği konusuna vurgu yapmışlardır.

“Aile sağlığı merkezinde iki birim olmamıza rağmen bir tane aile sağlığı elemanı var, iki birime birden bakıyor, bu durumda bizi oldukça zorlamaktadır. Her işe yetişemiyor bu hem elemanımızı hem bizi özellikle yoğun zamanlarda sıkıntıya sokuyor.” (G01, E, 29 yaş, Ferizli)

“Aile sağlığı merkezinde yeterli elemanımız yok. Yoğunluk olduğunda resmen aile sağlığı merkezi kilitleniyor. Bu da yoğunluğu arttırarak tartışmalara yol açabiliyor.” (G18, K, 49 yaş, Adapazarı)

“Bir tane aile sağlığı elemanımız var, iki hekimiz burada, ikimizi de yetismeye çalışıyor, her işimize koşturuyor, ekstra bir temizlik personelimiz yok. Çalışma ekibimizdeki eksiklikler ek iş yükü oluşturuyor.” (G02, E, 28 yaş, Ferizli)

4.2. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ ÇALIŞILAN SÜRE BOYUNCA DEĞİŞİMİ

Araştırmaya katılan aile hekimleri aile hekimliğine başladıkları günden bu yana çalışma şartlarında ve mevzuatta olan değişiklikler, yaşadıkları farklılıklar, gelişmeler ve iyiye veya kötüye gidişat hakkında görüş belirtmişlerdir.

“Her şey toz pembe başlamıştık. Zaman içerisinde bu balayı dönemi çok uzun sürmedi. Mevzuat değişiklikleri ile iş yükü arttırıldı. İş yükünde arttırmakla birlikte ücretlerde ciddi derecede traşlanma oldu. Öncesinde sınıflandırma konusu öne sürüldü. Bu sınıflara tabi olamayan ciddi ücret kayıplarına yol açtı. Çoğu uygulama performans olarak mevzuata eklendi. Ama bu uygulamalar ciddi vakit harcanması gereken uygulamalardır fakat mevcut nüfus sayısında bunları yapmak imkansızdır. Çalışma süremiz içerisinde bunları yapmak son derece zordur. Kağıt üzerinde güzel ama realitede yapılması imkansızdır.” (G31, E, 45 yaş, Akyazı)

“Ben iş yükünün arttığını düşünüyorum, ciddi bir fark yok ama her geçen gün artıyor iş yükümüz. Sistem her geçen gün daha kötüye gidiyor. Eğitim konusunda çok ciddi sıkıntılarımız olduğunu düşünüyorum. Halk neyi nerde nasıl yapacağını bilmediği için bu sistem kötüye gidiyor. Hem bize başvurularda hem acile başvurularda bilgisizlik mevcut ve bu durum eğitimle alakalı. Günden güne kar odaklı çalışma arttığı için ciddi sıkıntılar yaşanıyor. Maaş sistemi kötüye gidiyor.” (G02, E, 28 yaş, Ferizli)

“İlk aile hekimliğine başladığınız günden bu yana raporlar konusunda çok iş yükü doğdu. Hem personel çalıştırıyoruz, onların maaşları artıyor ama bizim carilerimiz o oranda artmadı. Hak edişler ve cari ödenekler yıldan yıla kayba uğradı. Koruyucu hekimliğe ayırabildiğimiz zaman her geçen gün azalıyor.” (G29, K, 30 yaş, Akyazı)

“İş yükümüz çok arttı. Adli ve defin nöbetlere de biz bakıyoruz. Çok gereksiz ve işimiz olmayan yüklerimiz var. Toplum sağlığı merkezinin işi olması gereken şeyler yıllar içerisinde bize yüklendi. İlerleme adına herhangi bir şey yapılmadı.” (G38, K, 35 yaş, Kaynarca)

İki aile hekimi ise çalıştığı süre boyunca yaşanan değişimlerin iyi yönde olduğunu belirtmişlerdir.

“Hem biz hem sağlık bakanlığı biraz daha tecrübe sahibi olduk bu süreç zarfında. Bence bu süreç olumlu yönde ilerledi. Sadece aile hekimleri sayısının artıp, nüfusların düşürülmesi gereklidir. Eskiden binamız çok kötüydü, yıllar içerisinde bu kötü durum, düzeltildi.” (G28, K, 54 yaş, Erenler)

“Biz de tecrübe kazandık, halk da bu duruma alıştı. Teknolojinin gelişmesiyle daha fazla imkanımız oldu. Günden güne iyiye gittik.” (G20, K, 51 yaş, Erenler)

4.3. ÇALIŞMA ŞARTLARINDA BEKLENEN İYİLEŞTİRMELER

Katılımcılar; aile hekimliği uygulamalarındaki çalışma şartlarını değerlendirmişlerdir ve bu şartlarla ilgili yaşadıkları sorunları belirtmişlerdir. Aile hekimliği uygulamalarının daha verimli ve etkin olabilmesi için bu sorunlara yönelik çözüm önerileri ve iyileştirmelere dair görüş bildirmişlerdir. Çözüm önerileri genellikle yukarıda vurgulanmış olan sorunlarla ilgilidir.

Araştırmaya katılan aile hekimleri; aile hekiminin görev tanımının, güncel durumlar için tekrar yapılması gerektiğini belirtmişlerdir ve özlük haklarında bir takım iyileştirmeler yapılması ihtiyacına vurgu yapmışlardır.

“Aile hekimliğinin görev tanımının açık bir şekilde yazılması lazımdır. Görev tanımının içine nelerin dahil nelerin dahil olmadığını açık bir şekilde yazılması lazım. Bir aile hekimi kendi görev ve sorumluluklarını

bilmesi gerekiyor. Bunu kanunla ortaya koymak gerekiyor. Diğer sıkıntılar için kanuna ek maddeler konulabilir. Türkiye’de 30.000 üstünde aile hekimi var. Bu kadar hekimi ilgilendiren bir mevzuda ciddi bir görev tanımı gereklidir. Her şeye biz görevlendiriliyoruz. Görev tanımımız olursa neyi nasıl yapacağımız net olur. Yetkimizin sınırlılıklarını biliriz. Bizden ne istendiğini bilmemiz gerekiyor. İstenene çoğu şey için kısmi yeterliliğimiz var. Bu kısmi yeterliliğin giderilmesi için bizden ne istendiğini bilmemiz gerekir. Ortada her gün bir kurum kafasında göre bir yazı yazıyor, sanki ben her kurumun elemanıymışım gibi iş yapıyoruz. Çoğu kurumdan benimle ilgilenecek muhatap bulamam, isteğimi kimseye iletemem. Bizden de yardım istiyorlarsa bunun koşul ve şartlara bağlı olması gerekir. Sağlık hizmetinin önceliği vardır ama bu raporların hiçbir önceliği yok. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde iyileştirme yapılmalıdır.” (G15, E, 38 yaş, Serdivan)

“Aile hekimlerinin özlük haklarında iyileştirmeler yapılması gerektiğini düşünüyorum. İşveren konumunda olmamız bizi yoran konulardan bu konuda da iyileştirme yapılmalıdır. Hekimler sadece hekimlik yapmalı onun dışındaki işlerle ilgili meslek grupları çalışmalıdır. Hekimler işveren konumunda olmamalıdır.” (G18, K, 49 yaş, Adapazarı)

Bir katılımcı ise hastaya ayrılan sürenin arttırılması, koruyucu hekimlik uygulamalarına daha fazla vakit ayrılması ve şiddete maruz kalma konularında iyileştirmeler yapılması gerektiğini belirtmiştir.

“Bizim görev tanımımız olan koruyucu hekimliği yapmak için her hastaya en az 10 dakika vakit ayırmamız gerekiyor. Şu anki işimiz tamamen hasta bakmak ve hasta memnuniyetini sağlamak olduğu için bu konuda sıkıntı yaşıyoruz. Bu konuların bakanlık tarafından halkı aydınlatmak gerektiğini düşünüyorum. Bakanlığın bizim arkamızda durduğunu görmek istiyoruz. Biz bu işi yapmaktan çok mutluyuz. Pnömonokok aşısının performansı olmamasına rağmen birçok hastama

öneriyorum, çünkü koruyucu hekimliğin farkındayız. Bu konu hem benim için hem hasta için hem devlet için gerek sağlık anlamında gerek ekonomik anlamda getirisi olan bir konudur. Koruyucu hekimlik için ayırmamız gereken süre en az 10 dkdır, günde 60-70 hasta geliyor, bana kayıtlı olan 3200 hasta var, vakit ayırmam mümkün değil. Halka koruyucu hekimliğin bakanlık tarafından anlatılması gerektiğini düşünüyorum, bu işin ne kadar değerli olduğunu halka anlatılması gerekiyor. Bizim onları ne kadar değerli gördüğümüzün anlatılması gerekiyor. Bizimde halkın gözünde değerli olduğumuzu hissetmemiz gerekiyor. Günden güne bu değerler azalıyor, iş yükümüz artıyor, sağlıkta şiddet artıyor, bu konularda kesinlikle birşeyler yapılması gerekiyor.” (G01, E, 29 yaş, Ferizli)

Araştırmaya katılan aile hekimleri mevcut aile sağlığı merkezi binalarının iyileştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

“Aile sağlığı merkezi binalarının devlet tarafından yapılması gerektiğini düşünüyorum. Çok daha iyi binalarda hizmet vermek istiyoruz. Binalarda iyileştirme yapılması gerektiğini düşünüyorum. Şu anki binalar yeterli değil. (G18, K, 49 yaş, Adapazarı)”

“Tek tip aile hekimliği uygulaması yapılmalıdır. Aile sağlığı merkezlerinin binalarını bakanlık vermeli ve kirasını müdürlüğe öderiz. Aile hekimi tavan yüksekliği ile kapı genişliği ile uğraşmamalı.” (G13, E, 36 yaş, Serdivan)

Raporlar konusunda araştırmaya katılan birçok aile hekimi iyileştirme yapmanın şart olduğunu vurgulamışlardır.

“Raporların bir kısmı hastanelere kaydırılabilir. Bizim bu şartlarda verebileceğimiz raporlar sınırlıdır. Bütün raporları aile hekimi verebilir gibi bir görüş var, bu çok yanlıştır. Bu konularda ivedilikle iyileştirmeler yapılmalıdır.” (G27, K, 30 yaş, Akyazı)

“Bazı gereksiz işlerin elimizden alınması gerekir. Okul başlangıç raporları mesela, sporcu raporları gibi. Kreşe gidecek çocuk için rapor isteniyor, çok saçma şeyler için rapor isteniyor. Bunların düzeltilmesi gerekir. Verilecekse bile belli bir algoritma belirlenmelidir.” (G22, E, 37 yaş, Adapazarı)

“Gereksiz raporların hepsinin bizden alınması gerekiyor. Bunlar için ayrıca bir birim kurulmalı, toplum sağlığını kullanabilirler. İşe giriş muayeneleri için işyeri hekimlerini kullanabilirler. Tek hekim raporu bakkaldan alınan sakız gibi oldu bu durumun iyileştirilmesi gerekiyor. Bizim daha değerli kılınmamız lazım.” (G16, K, 40 yaş, Adapazarı)

Aile hekimleri randevu sisteminin etkin kullanılması gerektiğini, bu sayede hem hekimlerin hem de hastaların sağlık sisteminden daha fazla verim alabileceklerini belirtmişlerdir.

“Daha iyi bir sistem için randevulu çalışmak şart. Günümüzde hasta başına düşen muayene süresi 10 dakikayı bulmuyor. Randevu sistemiyle bu süreler 15 dakika olarak belirlenmesiyle süreç daha sağlıklı olur.” (G04, E, 29 yaş, Geyve)

“Randevulu sisteme geçilmesi en büyük iyileştirme olur. Hastaya daha fazla zaman ayırabiliriz, bekleyen hastada bilir ki, zamanı gelince girecek, randevu sistemi olmayınca herkes kapıya yükleniyor, tartışmalara yol açan bir konuda budur.” (G25, E, 56 yaş, Adapazarı)

Araştırmaya katılan aile hekimleri ekonomik şartlarda mutlaka iyileştirmeler yapılması gerektiğine görüşlerinde yer vermişlerdir.

“Aile hekiminin giderlerine yapılan zam ya enflasyon oranında olmalıdır yahut da aile hekimi maaşına yapılan zam giderlerin artış oranında yapılmalıdır. Örneğin önemli gider kalemlerinden biri asgari ücrettir.

Asgari ücrete gelen zam oranı kadar aile hekimi maaşına zam yapılmalıdır. Bu da yavaş ve kronik bir şekilde maaşlarda erimeyi beraberinde getirmiştir. İyileştirme çalışmaları buradan başlamalıdır. Bu iyileştirmeler hekimin moral ve motivasyonunu arttıracığı için hekimden alınan verim de artacaktır.” (G03, E, 34 yaş, Hendek)

“En başta iyileştirilmesi gereken şey; yapılan işin karşılığının verilmesidir. Hem maddi anlamda hem manevi anlamda. Maaşlarımız yıllar içerisinde kuşa döndü, iyileştirilmesi gerekir.” (G31, E, 45 yaş, Akyazı)

4.3.1. İyileştirmelerin Yapılıp Yapılmayacağına Dair Öngörüler

Araştırmaya katılan aile hekimleri birçok konuda iyileştirme yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu iyileştirmelerin yapılıp yapılamayacağına dair öngörülerini hakkında görüş bildirmişlerdir. Bu öngörülerin sebeplerinden de bahsetmişlerdir.

Katılımcılar iyileştirmelerin yapılacağına dair umutlarının az olduğunu, bu konu hakkında karamsar olduklarını belirtmişlerdir.

“Yapılacağını zannetmiyorum, sistem yürüyorsa ayrıntılarla çok ilgilenilmiyor. Ümitsiz değilim ama iyileştirileceğini düşünmüyorum. Ağır aksak da olsa sistem bir şekilde yürüyor.” (G01, E, 29 yaş, Ferizli)

“Olması gereken çok şey var. Kervan yolda düzülür mantığından uzaklaşmak gereklidir. Yapılacak çok şey var ama benim umudum yok.”(G29, K, 30 yaş, Akyazı)

“Çok yapılacağını düşünmüyorum açıkçası. Bunlar yıllardır olan sorunlar bugüne kadar çözülmedi, bundan sonra da çözülmez kanaatindeyim. Umudum yok. Hatta daha kötü olacak.” (G27, K, 30 yaş, Akyazı)

“Umudum yok. 9 senedir aile hekimliği yapıyorum; o günden bu güne herhangi bir gelişme olmadı. Sistemin tıkanığını düşünüyorum. Geleceğe dair karamsarım.” (G38, K, 35 yaş, Kaynarca)

Katılımcılardan bazıları iyileştirmelere dair umutlarının olduğunu ancak uzun vadede gerçekleşebileceğine inandıklarını belirtmişlerdir.

“10 yıldır değişen bir şey yok, ne şartlar ne özlük hakları anlamında. Umudum var ama çok uzun vadede belki gerçekleşebilir bu iyileştirmeler.” (G18, K, 49 yaş, Adapazarı)

“Bunlar illaki yapılacak. Ne zaman yapılır, hastaneler gibi işlemez hale gelince yapılır. O vakitte düzeltmek çok zor olacak, şimdiden iyileştirme çalışmalarına başlanılmalıdır. Aksak da olsa bu işleri düzeltmek gereklidir.” (G15, E, 38 yaş, Serdivan)

“İlerleyen dönemde yapılabileceğine inanıyorum, pozitifim bu konuda olumlu düşünüyorum. Sağlık bakanlığının bu konuda çabalayacağına inanıyorum. Bakanlığımıza güveniyoruz. Belki çok kısa vadede değil ama uzun vadede çözülebileceğine inanıyorum.” (G28, K, 54 yaş, Adapazarı)

Araştırmaya katılan bazı aile hekimleri ise iyileştirmeler konusunda umutlu olduklarını belirtmişlerdir.

“Umutlu olmak istiyorum her zaman için. Türk milleti iyi şeylere layıktır. Yönetenlerde bunları görüp daha kaliteli sağlık hizmeti için çalışıyorlar. Kısa zamanda iyileştirmelerin yapılacağına inancım tamdır.” (G24, E, 58 yaş, Adapazarı)

“Umutluyum açıkçası, yapılabileceğine inancım tamdır. Bakanlığımız sahanın görüşlerine önem veriyor ve yeni sağlık politikaları üzerinde çalışıyor. Karamsarlığa yer olmadığını düşünüyorum.” (G40, K, 35 yaş, Kaynarca)

“Yapılabilir gibi duruyor, umudum var. Bakanlık da bu konularda çalışmalar yapıyor. Koruyucu hekimlikle ilgili çalışmalar mevcut.”
(G36, E, 42 yaş, Kaynarca)

4.4. KATILIMCILARIN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK FİKİRLERİ

Araştırmaya katılan aile hekimleri; aile hekimliği uygulamalarının daha etkin ve daha verimli olabilmesi, hem hastanın hem de hekimin mutlu ve huzurlu bir sistemin parçası olabilmeleri için geliştirilmesi gereken konuları ifade etmişlerdir ve bu konulara yönelik kendi fikirlerini sunmuşlardır.

“Tam aile hekimliği tasarlardım, yani doğumdan ölüme kadar takip edilebilecek bir sistem tasarlardım. Hastalarımıza daha çok hakim olabileceğimiz bir sistem. Koruyucu hekimliği daha çok yapabileceğimiz bir sistem tasarlardım. Raporların sistemde bu kadar önemli konumda olmasını engelledim. Aile hekimliği hakkında karar alırken sahaya kulak verirdim, aile hekimlerine sorardım.” (G16, K, 40 yaş, Adapazarı)

Bir katılımcı ise ödeme konusunda, geleneksel ve tamamlayıcı tıpla ilgili uygulamalara yönelik çeşitli fikirler sunmuştur.

“Rapor konusunda diğer işlemlerde nasıl Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) tanımlı puanlar varsa, raporları da kapsayan bir sistem geliştirip, ödeme yönetmeliğine bağlardım. Birinci basamakta hasta hiçbir şekilde para ödemiyo, 2. Basamakta ise ödüyo, bu dengesizliği ortadan kaldırırdım. Adaletsizliği giderirdim. Birinci basamakta alternatif tıbbi yöntemlerin de olduğu bir sistem tasarlardım ve SUT’a tanımlardım. Koruyucu hekimliğin ön planda olduğu bir sistem tasarlardım. Hacamat, sülük, akupunktur gibi alanların birinci basamakta olmasını sağlardım.”
(G01, E, 29 yaş, Ferizli)

Araştırmaya katılanlardan iki aile hekimi birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının birbirleriyle etkileşim halinde olması gerektiğini belirtmişlerdir.

“Diğer branş hekimleri ile daha iç içe bir sistem tasarladım. Hastane ile ve üniversite ile daha iç içe bir sistem tasarladım. Karşılamadığımız talepleri üst merkezde çözümlenebiliriz hastanelerle içli dışlı olsak. Böyle bir sistemde bir kısım iş yükünü biz alır bir kısmını hastane ile paylaşırdık. Daha bilimsel bir sistem tasarladım. Bütün aile hekimlerinin 5 yılda 1 bazı branşlarda staj yapmasını sağladım. Dahiliye, kadın doğum gibi branşlarda staj yapmalarını sağladım. Gözlemci olarak oradaki işi görmeleri için görevlendirirdim. Hastane rotasyonu koyardım.” (G15, E, 38 yaş, Serdivan)

“Daha çok şunu isterdim. Aile sağlığı merkezinden bütün tetkikleri isteyip, onları değerlendirmek isterdim. Bir MR görüntüleme isteyip onun sonucuna göre de değerlendirmek isterdim. Birçok testleri hastaneye gönderip ben değerlendirmek isterdim. Online olarak bir uzmanla görüşüp ona konsülte etmek isterdim. Bunların altyapısının içinde olacağı bir aile hekimliği sistemi tasarladım. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu koruyucu sağlık hizmetlerini daha çok sunabildiğimiz bir sistem tasarladım.” (G25, E, 56 yaş, Adapazarı)

Bir aile hekimi ise aile hekimliği birimine bağlı nüfus sayısı, randevu sistemi, mobil hizmet için fikir sunmuştur.

“Mobil hizmetle ilgili düzenleme yapardım, en önemli konu budur. Mobil hizmet bölgesindeki hastalar için güzel bir uygulama ancak bu sayı yüzde 25’i geçmiyor. Bu kesime hizmet verirken çoğunluktaki kesim madur oluyor. Mesai saatleri haricinde yapılamalı. Esnek mesai uygulamasının verimli olduğunu düşünmüyorum, değiştirilmesi gerekiyor. Hasta sayısının 2000’i geçmemesi gerektiğini düşünüyorum. Sevk sistemi ve randevu sisteminin olduğu bir sistem tasarladım. Aile sağlığı

merkezindeki sınıflama kriterlerini zorunlu yapardım. Her aile sağlığı merkezinin A sınıfı olacak şekilde tasarlardım. Günümüz teknolojisinin daha da kullanılabileceği bir sistem tasarlardım. Günlük mesai çalışma sistemini daha etkili bir şekilde düzenlerdim. Mobil hizmet ve randevu sistemini düzenlerdim.” (G04, E, 29 yaş, Geyve)

Bir katılımcı ise aile sağlığı merkezlerinin fiziki şartlarının ve eğitim olanaklarının geliştirilmesine yönelik çeşitli fikirler sunmuştur.

“Mutlaka randevulu bir sistem tasarlardım. Her vatandaşın ulaşabileceği bir randevu sistemi olmalıdır. Binamızda dinlenme ve eğitim salonu yok böyle salonların olduğu aile sağlığı merkezleri olabilir. Butik hastaneler tarzında yerler olmalı aile sağlığı merkezleri. Hekimler sadece hekimlik yapmalı şu anda işveren ve işletmeci görevlerimiz de var bunların olmadığı bir sistem tasarlardım.” (G27, K, 30 yaş, Akyazı)

“Standart binalar yapardım, güzel bekleme salonları, donanımlı binalar planlardım. İşletmecisi, teknik personeli olan tam bir ekibi olan bir sistem tasarlardım. Butik hastaneler gibi tasarlardım. Tüm taramalar aynı merkezde yapılırdı. Aile sağlığı merkezlerini daha kapsamlı bir hale getirebilecek bir sistem kurardım. Eğitimlerin düzenli yapılabileceği merkezler tasarlardım.” (G18, K, 49 yaş, Adapazarı)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin çoğunluğu koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine dair çeşitli fikirler sunmuşlardır.

“Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha ön planda olduğu bir sistem tasarlardım. Çok gereksiz raporlar isteniyor, bunlar içinde bir çalışma yapardım. Bunların bir formatı olmalıdır. Fuzuli rapor işlerinin olmadığı bir sistem çok daha iyi olur görüşümdedir.” (G24, E, 58 yaş, Adapazarı)

“Bir ülkenin sağlık sistemi birinci basamaktan başlar. Koruyucu hekimliğe daha fazla önem verecek bir sistem geliştirdim. Ülke politikasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli olması gerektiğini düşünüyorum. Öncelikli olan birinci basamak sağlık sisteminin olduğu sistem tasarladım.” (G09, E, 43 yaş, Serdivan)

“Birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla vakit ayrıldığı bir sistem kurardım. Sağlık ocağı mantığından kurtarırdım. Birinci basamağa yönelik çalışmalar yapardım. Raporların tek bir merkezden verilemesi için bir sistem tasarladım.” (G14, E, 29 yaş, Serdivan)

5. TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gcl ve etkin olması, çalışan hekimlerin alışma Şartlarının en uygun düzeyde olmasına bağlıdır. Bu durum toplum sağlığının gelişmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Aile hekimleri ile görüşmeler yapılarak, birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin alışma Şartları ile ilgili değerlendirmeleri ve bu Şartlar ile alakalı sorun yaşayıp yaşamadıkları, yaşadırsa bu sorunlara yönelik bekledikleri iyileştirmelerin ve katılımcıların aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik fikirleri niteliksel yöntemle araştırılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu çalıştıkları ortamda fiziki Şartlarının yetersiz olduğunu, hastaların gereksiz isteklerine ayrılan zamanın ve iş yükünün çok fazla olduğunu bu nedenle aile hekimliğinin temeli olan koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince zaman kalmadığını belirtmişlerdir. Katılımcılar; beklenen iyileştirmelerde ise aile hekimliği birimine kayıtlı nüfusun azaltılması, randevulu sisteme geçilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının tam anlamıyla yapabildiğini gerektiğini vurgulamışlardır. Katılımcıların çoğunluğu bekledikleri iyileştirmelerin gerçekleşebileceğine dair umutsuz olduklarını söylemişlerdir. Araştırmaya katılanlar; aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik fikirlerinde ise aile sağlığı merkezlerinin fiziki Şartlarının ve eğitim olanaklarının gelişmesi, ikinci ve üçüncü basamaklarla koordineli çalışılması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcılara göre hasta memnuniyeti ve etkin, verimli bir sağlık sistemi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gereklidir. Birinci basamak hekimlerinin görüşlerinin planlamalara dahil edilmesi ve alışma Şartlarında gerekli iyileştirmeler yapılması gerekmektedir.

Ülkemizde aile hekimlerinin mesleki sorunlarına yönelik yapılan bir araştırmanın sonuçlarında aile hekimliğinin temel probleminin herkes tarafından kabul edilmiş bir tanımının ülkemizde olmaması olduğu belirtilmiştir (Alđın ve ark. 2004). Araştırmamızda da benzer Şekilde aile hekimliği tanımının olmadığı adeta bir joker eleman olarak kullanıldığını belirten katılımcılar olmuştur. Araştırmamızda katılımcıların çoğu sistemde yapılması gereken iyileştirmeler içinde öncelikle aile hekimliği tanımının tam olarak yapılması ve yasal zemininin sağlam olması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcılar araştırmamızda temel problem olarak

gördükleri, görev tanımlarının belirsizliği, rol belirsizliği ve rol çatışması konularının tartışmaya açık olmayacak şekilde planlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Eisenberg ve ark.'nın (2001) çalışmalarında, verimli bir sağlık hizmeti için çalışılan ortamın da iyi olması gerektiğini vurgulanmıştır. Aynı araştırmada kaliteli sağlık hizmeti için dört temel husus belirtilmiştir. Sağlık hizmeti sunulan ortamının fiziksel yönlerinin son derece önemli olduğu; ekip çalışmasının sunulan hizmetin kalitesinde fark yarattığını; işin organizasyonu ve personelin özelliklerinin önemli olduğunu ve bunların yanında tasarruf ettirebildiğini veya gelirden artış sağlayabildiğini belirtmişlerdir. Walker ve ark. (1993) yaptıkları çalışmada sağlık ortamının; renk, ışık, gürültü ve konfor gibi estetik noktaların hastaları nasıl etkilediğini incelemişlerdir. 1999 yılında Washington'da yapılan "Çalışma Koşullarının Sağlık Kalitesi Üzerine Etkisi" konferansında kaliteli bir sağlık hizmeti için çalışılan ortamında iyi olması gerektiği sonucu bildirilmiştir. Cama (2000) makalesinde daha iyi hizmet sunma ve hastaların iyileşmesi için bir yer oluşturmada fiziki yapının önemini anlatmıştır. Çalışanların ve hastaların sağlık hizmeti ortamıyla ilgili benzer endişeleri paylaştıklarını öne süren odak gruplarını örnek göstermiştir. Her iki grubun da gürültü ve yetersiz ışık gibi dikkat dağıtıcı unsurlardan arınmış rahatlatıcı bir atmosfer istediğini belirtmiştir. Fiziki yapının hem çalışanı hem de hastanın refahını etkilediği ve bu nedenle sağlık bakım kalitesini etkileyebileceği sonucuna varılmıştır. Algin ve ark. (2004) araştırma sonuçlarında aile hekimlerinin çalışma ortamı ile ilgili sorunlar ile ilgili olarak; çalışılan ortamın fiziki durumu (ısıtma, aydınlatma vb. gibi), çalışma ortamının teknik donanım yeterliliğinin genel olarak orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Bizim araştırmamızda da katılımcı aile hekimlerinin büyük bir bölümü çalışılan ortamdaki yetersizliklerin çalışma şartlarındaki en büyük sorunlardan biri olduğunu vurgulamışlardır. Bu yetersizliklerin de ideal sağlık hizmet sunumu için bir engel teşkil ettiğini belirtmişlerdir. Geliştirilmesine yönelik fikirleri içerisinde ise; bina ve donanım konusunu en başa koymuşlardır.

Ulrich ve ark. (2004) çalışmalarında; sağlık hizmeti sunulan ortamın daha rahat olmasının, estetik açıdan hoş ve bilgilendirmeler içeren tasarımların hastaların stresini hafiflettiğini ve sağlanan bakım kalitesinden memnuniyeti artırdığına dair

güçlü kanıtlar olduğunu belirtmişlerdir. Bir bekleme salonunun; genel yerleşimi, renkleri, mobilyası, zemin kaplaması, perdeler üzerinde küçük değişiklikler yaparak ve bilgilendirici materyal ve bilgi gösteriminin sağlanarak, bekleyen hastaların daha olumlu değerlendirmeler yapmalarına; kendilerini daha iyi hissetmelerine ve daha fazla memnuniyet sağladığına dair bilgiler sunmuşlardır. Bizim araştırmamıza katılan bir aile hekimi ise; başvuran hastaların, aile sağlığı merkezini halen aile hekimliği uygulamaları öncesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocakları gibi değerlendirdiklerini ve aile sağlığı merkezi felsefesini kavrayamadıklarını belirtmiştir. Sağlık ocağından aile hekimliği sistemine geçilirken mevcut fiziki şartların ve ortamların aynı kalması hastaların yeni sisteme adapte olmasında yaşadığı bu problemleri açıklayabilir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde bu konular açık bir şekilde belirtildiği ancak cari gider ödemelerinin başka kalemlerde kullanılmasından dolayı bu konuların geri planda kaldığı; aile hekimlerinin bu problemlere bireysel çözüm üretmek istemedikleri yorumu yapılabilir.

Eisenberg ve ark. (2001) yaptıkları araştırmanın sonuçlarında fiziki koşulların yanında hasta güvenliğinin de sağlık hizmeti sunulan ortamda en yüksek seviyede olması gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırmamıza katılan aile hekimleri hizmet sundukları aile sağlığı merkezlerinde bu konuda ciddi eksiklikler olduğunu da eklemişlerdir.

Literatürdeki bir kaynakta; kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için ekip olmanın öneminden bahsedilmiştir. İdeal sağlık hizmeti için yeterli sayıda ve yeterli özellikte personel olması gerektiği belirtilmiştir (Eisenberg et al. 2001). Bizim araştırmamızda bazı aile hekimleri ise yeteri kadar aile sağlığı elemanı olmadığını ve bu konudan oldukça muzdarip olduklarını belirtmişlerdir.

Algın ve ark.'nın (2004) yaptıkları araştırmada aile hekimleri sorunlarının başında "aldıkları ücretin yetersizliği"nin geldiğini ifade etmişlerdir. Aynı araştırmanın sonuçlarında ise aile hekimlerinin ekonomik olarak ciddi sorunlarla karşı karşıya kaldıklarının görüldüğü belirtilmiştir. Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada sahada çalışan aile hekimlerin maaş ve ek gelirlerinin iyileştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Ayhan Başer ve ark. 2015). Bizim araştırmamızda aldığı ücreti yeterli

bulan hiçbir katılımcı olmayıp her geçen gün de bu ücretlerin eridiği belirtilmiştir. Belirtilen bu durumlardan aile hekimlerinin ücret konusundaki sorunlarının yıllardır devam eden kronik bir sorun olduğu çıkarımı yapılabilir. Araştırmamıza katılan aile hekimlerinin çoğunluğu geliştirilmesine yönelik fikirlerde bu konunun üzerinde durmuşlardır.

Literatürde; hekim başına düşen hasta sayısının hekim sayısı artışından fazla arttığı ve sağlık hizmet sunum kalitesinden taviz verilmek durumunda kaldığına vurgu yapılmıştır. Sahada çalışan aile hekimi başına düşen nüfus sayısının 3500-4000'lerden 2000- 3000'lere düşmesi gerektiği ve bunun sonucu olarak da aile hekimlerinin her hastasına daha fazla zaman ayırabileceği belirtilmiştir (Akman 2014, Ayhan Başer ve ark. 2015). Bizim araştırmamızda katılımcılar birimlerine kayıtlı nüfus sayılarının çok fazla olduğunu yapılan poliklinik sayısının mesai saatine bölümünde elde edilen sürenin hastayı değerlendirmek için yetersiz bir süre olduğunu belirtmişlerdir. Bu kısa sürede hastayı değerlendirmek bile mümkün değil iken aile hekimliği uygulamalarının temelinde olan ve görev tanımında yer alan koruyucu sağlık, eğitim ve bilgilendirme gibi hizmetleri gerçekleştirmenin de imkansız olan bir diğer konu olduğunu ve yapılacak iyileştirmelerin bu konularda olması gerektiğini de görüşlerinde belirtmişlerdir. Aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik fikirlerinde ise hekim başına düşen nüfus sayısının koruyucu sağlık ve diğer ek hizmetleri yapabilmeleri için bu sayının en fazla 1500-2000 kişi olması ve böylelikle hasta başına ayrılan sürenin en az 15 dakika olacağına dair görüş belirtmişlerdir.

Öcek ve ark. (2013) çalışmalarında; aile hekimliği uzmanlarının, pratisyen aile hekimlerinin kronik hastalık yönetiminde yetersiz olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Ayhan Başer ve ark. (2015) ise bu durumun multidisipliner iş birliği ile ulusal "kronik hastalık yönetimi" programları oluşturulmasını önermişlerdir. Sağlık hizmetleri sunumunda ve kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların takibinde birinci, ikinci, üçüncü basamakların entegre kullanımını ve gerekli mevzuat düzenlenmelerinin yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada sahada çalışan aile hekimlerine yönelik, koruyucu hekimlik, bulaşıcı olmayan hastalıkların takibi, kardiyovasküler risk yönetimi, çocuk ve gebe takibi, akut enfeksiyonlar,

depresyon gibi sık karşılaşılan konularda eğitimler verilmesi ve bu eğitimlerin özendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Ayhan Başer 2015). Bizim çalışmamıza katılan bir aile hekimi ise benzer şekilde çoğu konuda pratisyen aile hekiminin yetersiz kaldığını, aile hekimlerinin beş yılda bir bilgi güncellemesi yapması gerektiğini belirtmiştir. Başka bir pratisyen aile hekimi ise pratisyen aile hekimlerinin belli bölümlerde rotasyon yapması gerektiğini ve hastalık yönetiminde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yaklaşımını öğrenmeleri gerektiğine dikkat çekmiştir. Katılımcılar eğitim konusunda iyileştirme beklediklerini, poliklinik yoğunluğundan dolayı hizmetiçi eğitime vakit ayıramadıklarını belirtmişlerdir. Eğitim konusunda aile hekimlerinin kendilerini yetersiz gördüğü açıktır. Sağlık hizmeti sunumunun en verimli şekilde olması için bu konularda çalışmalar yapılması gereklidir.

Akman'ın (2014) yazdığı Türk Aile Hekimliği Dergisi'nde yayınlanan durum raporunda, kronik hastalıkların takibinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında önemli bir yer teşkil ettiğini ve kronik hastalık yönetiminde ekip çalışmasının başarıyı arttırdığını belirtmiştir. Birinci basamakta diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmetler uzmanı gibi kişilerle desteklenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ayhan Başer ve ark. (2015) çalışmasında ise grup aile sağlığı merkezlerinin özendirilmesi ve aile sağlığı merkezlerinde psikiyatri, iç hastalıkları ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının da çalışabilmesinin önünün açılması gerektiğini vurgulamışlardır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde katılımcılardan bazıları mevcut aile sağlığı merkezlerinin daha kapsamlı olması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu katılımcılar aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik fikirlerinde ise aile sağlığı merkezleri yerine “butik hastaneler” gibi sağlık kuruluşları olması gerektiğine yer vermişlerdir. Yukarıdaki öneriler doğrultusunda birinci basamağın güçlendirilmesinin ikinci ve üçüncü basamağın iş yükünü azaltarak daha verimli sağlık hizmeti sunmalarına imkan vereceğini düşünüyoruz.

Bir durum raporunda aile hekimliği uygulamasının en zayıf noktasının sevk zincirinin olmaması olduğu, sevk zinciri olmadan da etkili ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmetlerinden bahsedilemeyeceği belirtilmiştir (Akman 2014). Aynı raporda aile hekimlerinin sağlık sisteminin ana giriş kapısını temsil ettiği, sevk zinciri olmadığında ise aile hekiminin sağlık hizmeti koordinasyonunu tam olarak

sağlayamadığının üzerinde durulmuştur. 2014 yılında yayınlanan QUALICOPC sonuç raporunda maliyet etkin güçlü sağlık sistemleri için birinci basamağın diğer basamaklar ile mutlaka koordinasyon halinde bulunması gerektiği bildirilmiştir. Böylece gereksiz acil başvurularının ve hastane yatışlarının önüne geçilebileceğinin üzerinde durulmuştur. Bizim araştırmamıza katılan çoğu aile hekimi de benzer şekilde sevk sisteminin aile hekimliği uygulamalarının temel taşlarından olduğunu belirtmişlerdir ve birinci basamağın etkin olması için sevk sisteminin mutlaka olması gerektiğini vurgulamışlardır. Ülkemizde son yıllarda artan acil başvuruları sorunu, QUALICOPC sonuç raporunda da belirtildiği üzere güçlü ve etkin birinci basamak sağlık sistemiyle çözülebilir. Bu bağlamda birinci basamağın etkin hizmet verebilmesi için yapılacak geliştirmelerde bireylerin sağlık sistemi içerisinde doğru ve etkin ilerleyebilmeleri adına hizmet basamakları arasında uygulanabilir bir sevk sisteminin de geliştirilmesi noktasında gerekli çalışmaların ivedi olarak yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Literatürde sevk zincirinin olmamasının dal uzmanları ile birinci basamak hekimleri arasında kabul görüp izlenen resmi bir iletişim yolu kurulamamasına ve birinci basamağın ikinci ve üçüncü basamaklarda konulan tanı, tetkik ve izlemlerden haberdar olamamasına yol açtığı belirtilmiştir. Online veri giriş sistemlerinin entegrasyonunun sağlanması ve hastanın farklı birimlerden aldığı hizmetleri bir arada gösterebilme açılarından geliştirilmeye ihtiyaç duyulduğu birinci basamak hekimlerince dile getirilmiştir (Öcek ve ark. 2013). Ayhan Başer ve ark. (2015) ise yaptıkları çalışmada ortak bakım planı çerçevesinde hastaların doğrudan hastaneye sevk edilmeden sahada çalışan ikinci veya üçüncü basamak branş hekimlerine konsültasyonlarının sağlanması, hasta ve hastalığın takibi açısından daha olumlu olacağına dikkat çekmişlerdir. Aynı çalışmada özellikle coğrafi olarak uzak yerleşim bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin hastalarını ilgili branş hekimlerine konsülte edebilecekleri "Tele Tıp" uygulamalarının yaygınlaştırılması gerektiğinden bahsedilmiştir. Bizim araştırmamıza katılan bir aile hekimi de benzer şekilde polikliniğinde gördüğü hastanın gerekli tüm tetkiklerini kendi isteyebildiği, istediği MRG'yi kendinin yorumlayıp, çok uzakta bile olsa gerek gördüğünde ilgili branş hekimlerinden konsültasyon isteyebileceği düzenlemelerin yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların; belirtilen bu sorunların çözümüne yönelik ve aile

hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik fikirlerinin olduğu, sağlığa ve hastaya bütüncül yaklaşım felsefesine sahip oldukları yorumu yapılabilir.

Atun ve ark. (2013) yaptıkları araştırmanın sonuçlarında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlediğini vurgulamışlardır. Bağışıklamada, anne-çocuk sağlığı hizmetlerinde ve ilk başvuru, tanıda, tedavide ve izlem oranlarında da artış gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Araştırmamıza katılan aile hekimleri ise aksine bu genişleyen sağlık hizmetlerinin, sistemde bazı açıkların olması ve gerekli mevzuatların oluşturulmaması nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ciddi aksaklıklara neden olduğunu belirtmişlerdir. Farklı bölgelerden aile hekimleri ile yapılacak benzer niteliksel araştırmalarla gerçek durumun tespit edilmesi gerektiğini düşünürüz.

6. SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında yayınladığı dünya sağlık raporunda “Temel sağlık hizmetleri artık her zamankinden daha fazla” açıklaması yaptı. Bu açıklamada açıkça birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemine ve bilgi üretimini harekete geçirmenin ne kadar ihtiyaç olduğuna dikkat çekti.

Devletlerin vatandaşına vermesi gereken en önemli hizmetlerden biri sağlık hizmetidir. Literatürde yer alan birçok çalışma güçlü sağlık sistemine sahip çeşitli ülkelerin sağlık sistemlerini incelemiştir. Bu çalışmaların ortak noktasında bu ülkelerin güçlü bir birinci basamağa sahip olmaları vardır.

Tüm devlet politikalarının içerisinde sağlık hizmetleri politikası mevcut olup, diğer tüm politikalarla ilişkilidir. Sağlık hizmetleri politikaları ise kendi içerisinde birçok alt gruplara ayrılabilir ve bu gruplar da birbirleriyle ilişkilidir. Bu grupları biçimlendiren ve yöneten birinci basamak sağlık hizmetleridir.

Gelecek sağlık stratejileri için aile hekimliği sisteminin güçlü olması kaçınılmaz bir gerçektir. Hasta memnuniyeti için; etkin ve verimli sağlık sistemi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi; birinci basamak hekimlerinin görüşlerinin planlamalar dahilinde olması ve çalışma şartlarının en uygun düzeye getirilmesi gereklidir.

Mutlu ve huzurlu hekimlerin sundukları sağlık hizmetlerinde daha başarılı oldukları bir gerçektir, bu da çalışma şartlarının iyiliği ile doğru orantılıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine gereken destek ve önem verilmelidir. Bir takım konularda seri düzenlemeler yapılması gerektiği kanaatindeyiz. Aile hekimlerinin sayısı arttırılmalı, görev tanımları rol belirsizliği ve rol çatışmasına yol açmayacak şekilde net olmalı, kararlara katılımları sağlanmalı, fiziki şartlar en uygun seviyeye getirilmeli, hizmette standardizasyon sağlanmalı ve sevk sistemi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Kaliteli bir sağlık hizmeti; sağlık düzeyi yüksek toplum demektir. Sağlık düzeyi yüksek olan toplum her alanda başarılı olmaya yakındır. Sağlık hizmeti sunumunun önemli bir parçası olan birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin görüş, sorun ve

önerilerini ortaya koymak amacıyla daha fazla sayıda, özellikle nitel araştırmalara ihtiyaç olduğunu düşünöyoruz.



KAYNAKLAR

- Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. (2011). *Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları-4*.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013
Resmi Gazete Sayısı: 28539
- Akman M. (2014). Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türk Aile Hek Derg.* 18 (2): 70-78.
- Aksakoğlu G. (2008) Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. *Memleket Siyasi Yönetim Dergisi.* 8: 7-62.
- Aktaş EÖ, Çakır G. (2012). Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi.* 51(1): 21-29.
- Algın K, Şahin İ, Top M. (2004). Türkiye’de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 7(3): 249-75.
- Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, Nazlıoğlu S, Ozgülcü S, Aydoğan U, Ayar B, Dilmen U, Akdağ R.(2013). Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *The Lancet.* 382(9886): 65-99.
- Ayhan Başer D, Kahveci R, Koç M, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. (2015) Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Med J.* 15(1).
- Baran Çeçem K, Üstü Y, Uğurlu M. (2015) Fransa’da aile hekimliği uygulaması ve eğitimi: Türkiye modelinin incelenmesi. *Ankara Med J.* 15(3).
- Başak O, Saatçi E, Ceyhun G. (2005) Akademik aile hekimliği ve gelişme özellikleri: Türkiye deneyimi. *Türk Aile Hek Derg.* 9(4):174-182
- Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. (2014). Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türk Aile Hek Derg.* 18 (3): 122-133.

- Bektemür G, Arıca S, Gençer MZ. (2018). Türkiye’de aile hekimliğinde sevk zinciri nasıl uygulanmalıdır? *Ankara Med J.* (3):256-66.
- Cama R. (2000) Settings of care (paper presented at the “Effect of Working Conditions on Quality of Care” conference). Washington DC.
- Campbell SM, McDonald R, Lester H. (2008) The experience of pay for performance in english family practice: A qualitative study. *Annals of Family Medicine.* (6): 3.
- Çakır HM. (2015). Aile hekimlerinin hukuki statüsü. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi.* 2 (2); 113-156.
- Çavmak Ş, Çavmak D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi.* (1)1:48-57.
- Çeçem KB, Üstü Y, Uğur M. (2015). Fransa’da aile hekimliği uygulaması ve eğitimi: Türkiye modelinin incelenmesi. *Ankara Med J.* 15(3):153-160.
- Çelik M, Linnili G, Güldal AD. (2019) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Jour Turk Fam Phy.* 10 (4): 163-72.
- De Villiers MR, De Villiers PJT. (2004) Doctors’ views of working conditions in rural hospitals in the Western Cape. *SA Fam Pract.* 46(3).
- Doğan E., Hıdıroğlu S., Karavuş M. (2017) Birinci basamak hekimlerinin hastalarla ilgili karşılaştıkları sorunların değerlendirilmesine yönelik niteliksel bir araştırma. *Jour Turk Fam Phy.* 08 (1): 02-10.
- Eisenberg JM, Bowman CC, Foster NE. (2001) Does a healthy health care workplace produce higher-quality care?. *Jt Comm J Qual Improv.* 27(9):444-57.
- Elçin M. (1998) Aile hekimi. *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını.*
- Europe W. (2002) The European definition of general practice/family medicine. Barcelona. *WONCA Europe.* 4-6, 7-43.
- Frank E. (2004) Physician health and patient care. *JAMA.* 291:637.

Görpeliöğlu S. Önerilen aile doktorluğu modeli ve insan kaynakları değerlendirilemesi (sonuç raporu). (2002). Aile hekimliği / Genel pratisyenlik Avrupa tanımı. *WONCA Europe*.

Kringos DS, Boerma GWW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP.(2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*. 10:65.

Linzer M, Manwell LB, Williams ES, Bobula JA, Brown RL, Varkey AB, Man B, McMurray JE, Maguire A, Horner-Ibler B, Schwartz MD. (2009) Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann Intern Med*. 151:28-36.

Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Demirok AB, Ed. Akdağ R. (2010) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırma Raporu. Araştırma serisi: 4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi MÜdürlüğu, Ankara: Opus Basın Yayın. 1-249.

Oberg EB, Frank E. (2009) Physicians 'health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb*. 39:290–291.

Öcek Z, Çiçeklioğlu M. (2013) Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? *Türk Tabipler Birliği Yayınları*. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/aile_hekimligi.pdf. Erişim tarihi: 01/07/2020.

Özcan F, Ünlüoğlu İ. (1996) Türkiye'de ve dünya'da aile hekimliği. *Sendrom*. 8 (7): 83–5.

Özcan S, Bozhüyük A. (2013) Sağlığın geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rol. *TJFMPC*. 7(3): 46-5.

Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. (2002) Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği. Aile Doktorluğu Birinci Aşama Uyum Eğitimleri Kitabı. 3. Bölüm (Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı WONCA Europe.

- Rakel RE. (1990) The family physician. In: Rakel RE (ed). Textbook of Family Practice, 4th ed. New York: WB Saunders. 3.
- Saatçi E, Bozdemir N, Akpınar E. (2006) Amerika Birleşik Devletlerinde aile hekimliği. *Türk Aile Hek Derg.* 10(2):79-86
- Schäfer WLA, Boerma GW, Kringos DS, Maeseneer JD, Greß S, Heinemann S, Rotar-Pavlic D, Seghieri C, Švab I, Berg MJV, Vainieri M, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP. (2011). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice.* 12:115.
- Starfield B. (1994) Is primary care essential? *The Lancet.* 344(8930):1129-33.
- Sülkü SN. (2011) Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. *Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414.*
- Tanır F. (2014). Aile hekimliği uygulamalarının Doğankent sağlık, eğitim ve araştırma bölgesindeki durumu. *Turk J Public Health.* 12(2).
- Tekin Ç, Bozkır Ç, Sazak Y, Özer A. (2014) Malatya il merkezinde çalışan aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri, iş doyumu düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Derg.* 19(3): 135-139.
- TUKMOS. (2017) Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği. Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı Kılavuzu, v.2.1.
- Ungan M, Ceyhan G. (2006) Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği. *Aile Hekimliği.* Eylül/Ekim;1:7-10
- Ünalın P. (2011) Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri. Aile Doktorluğu Birinci Aşama Uyum Eğitimleri Kitabı. Tanım ve İlkeler, 1. Bölüm, Ankara.

- Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H. (1997) Aile hekimliğinde oluşan akademik gelenek ve gelecek. *Aile Hekimliği Dergisi*. 1(1):46-49
- Vural BK, Özkahraman Ş. (2006) Aile hekimliği sistemi neler getiriyor? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 22 (2) : 171-186.
- Walker J. (1993) Enhancing physical comfort. In Gerteis M, et al (eds): *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient- Centered Care*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers. pp 119–153.
- WHO. (1978) Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata.
- Yardımcı Y, Akbıyık İD, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. (2016) Türkiye’de aile hekimliği uygulaması ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi. *TJFM&PC*. 10(2):81-90.
- Yıldırım A, Şimşek H. (2016) Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık. Ankara 10. Baskı
- Yücel Toy B, Güneri Tosunoğlu N. (2007) Sosyal bilimler alanındaki araştırmalarda bilimsel araştırma süreci, istatistiksel teknikler ve yapılan hatalar. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1:1-20 .

EKLER

EK-1. ANKET FORMU

**AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA ŞARTLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ:
NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA
YARI YAPILANDIRILMIŞ ANKET FORMU**

Yaş:

Cinsiyet:

Kaç yıllık hekimsiniz? :

Kaç yıldır aile hekimliği yapıyorsunuz? :

Çalıştığınız Aile Sağlığı Merkezinde kaç birim bulunmaktadır? :

Günlük ortalama hasta sayınız ne kadardır? :

Biriminize kayıtlı kişi sayısı kaçtır? :

1.Mevcut çalışma şartlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? Çalışma şartlarınız ile ilgili temel sorunlar nelerdir?

2.İlk aile hekimliğine başladığınız günden bu yana çalışma şartlarınızda olan değişiklikleri nasıl değerlendiriyorsunuz?

3.İlerleyen dönemde aile hekimliği uygulamasının daha verimli hale getirilebilmesi için çalışma şartlarınızda ne gibi iyileştirmeler yapılması gerektiğini düşünüyorsunuz?

4.Bu iyileştirmelerin ilerleyen dönemde yapılıp yapılamayacağına dair öngörünüz ve sebeplerinden bahsedebilir misiniz?

5.Aile hekimliği uygulamasını siz tasarlıyorsanız şu an ki uygulamadan farklı olarak nasıl bir sistem tasarladınız?

EK-2

ETİK KURUL ONAYI

İvrak Tarih ve Sayısı: 21/06/2019-E.8222



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/124
Konu : Bilimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Üzm. Dr. Abdulkadir AYDIN
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 17.04.2019 tarihli 124 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Hekimlerinin Çalışma Şartlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
21/06/2019

Sorgula Değrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEL949R4Z>

Fakülte : Tıp Fakültesi Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr





T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/388
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Uzm. Dr. Abdulkadir AYDIN
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 15.06.2020 tarihli 388 sayılı değişiklik başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Hekimlerinin Çalışma Şartlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmada Sorumlu Araştırmacının **Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER** olması ve Yardımcı Araştırmacı olarak **Asis. Dr. Erkut ETİOĞLU**'nun eklenmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
26.06.2020

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENFBF9LS>

Fakülte Sekreteri / Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocacık Kampüsü, Kocucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: ERKUT ETÇİOĞLU

Doğum yeri ve tarihi: ADAPAZARI, 12.10.1989

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: BEKÂR

İletişim adresi ve telefonu: erkutetcioglu@gmail.com, 0553 574 78 37

Yabancı dili: İNGİLİZCE

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2017- SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. AİLE HEKİMLİĞİ AD.

2008-2014 MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

2003-2007 SAKARYA ANADOLU LİSESİ

1995-2003 ATATÜRK İLKÖĞRETİM OKULU

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

DOKTOR

IV- Mesleki Deneyimi

2014-2017 SAKARYA KAYNARCA ŞEHİT GÖKHAN AYDER İLÇE DEVLET
HASTANESİ

V- Diğer Bilgiler

2016- ULUSAL MEDİKAL KURTARMA EKİBİ (UMKE)

2018- INTERNATIONAL SEARCH AND RESCUE ADVISORY GROUP
(INSARAG)