

TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ UZMANLIK DERNEĞİ

TAHUD - 2018

TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ UZMANLIK DERNEĞİ (TAHUD)
TARAFINDAN
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI'NA
VERİLMEK ÜZERE HAZIRLANAN KISA RAPOR

11 EKİM 2018



Aile Hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık dalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) imzasının olduğu bildirmede, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış ve her ülkede mezuniyet sonrası Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır. Buna göre **birinci basamakta çalışacak hekimlerin en az 3 yıllık uzmanlık eğitimi almış olması gerekmektedir.**

Türkiye'de Aile Hekimliği uzmanlık dalı **1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde** yer almıştır. Eğitimlere Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde (**1985**) başlanmış olup, ilk anabilim dalı **1993** yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatı, uluslararası uzmanlık eğitim standartları gözetilerek, ülkenin sağlık değişkenleri öncelenerek ve ülkemiz koşullarına uygun olarak biçimlendirilerek oluşturulmuştur. Uzmanlık eğitiminin amacı, Aile Hekimliği disiplini ile ilgili her konuda kanıta dayalı olarak güncel bilgi ve deneyimlerimizi uzmanlık öğrencisine aktarmak ve topluma, kişi merkezli, bütüncül, sürekli, kapsamlı (koruyucu ve tedavi edici), kaliteli ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktır. Uzmanlık eğitiminde hedef, öğrencilerin eğitim süreçlerinde belirlenen yeterlikler doğrultusunda mesleki ve bireysel gelişimlerini tamamlamaları ve bu yeterlikleri yine belirlenmiş standartlarda kazanarak mezun olmalarıdır.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) 24 Temmuz 1990 yılında kurulmuş olup Aile hekimliği alanında mezuniyet öncesi, uzmanlık eğitimi ve uzmanlık sonrası sürekli eğitimin standartlarının oluşturulması, izlenmesi ve değerlendirilmesi için gerekli düzenlemeleri yapmak ve bu amaçları gerçekleştirecek kurul ve komisyonları oluşturmak yanında, aile hekimlerinin mesleki gelişimini sağlamak için kongreler, konferanslar, sempozyumlar, toplantılar düzenlemek; aile hekimliği uzmanlık dalıyla ilgili konularda araştırma, inceleme yapmak; diğer yasal kuruluşlarca bu yönde yapılan çalışmalarını desteklemek amaçlarını gütmektedir. Derneğimiz ayrıca sağlık alanında yurtiçi ve yurtdışı gelişmeleri izlemek, sonuçlarından yararlanmak ve bilgi kaynakları oluşturmak ve sağlık açısından daha bilinçli bir toplum oluşturmak için çalışmaktadır. Kuruluşundan bu yana TAHUD Aile Hekimliği disiplininin ilerlemesi için sürekli çalışmalar yapmış, Aile Hekimliği uygulaması başlamadan önce ve başladıktan sonra birinci basamak eğitimlerini düzenleyerek Aile Hekimliği uygulamasının yaygınlaşması için oldukça yoğun görev ve sorumluluklar üstlenmiştir.

Aile Hekimliği Uygulamasının başladığı 2005 yılından bu yana disiplinimiz adına önemli gelişmelerin yanında, eksik kalan ya da düzeltilmesi gereken bazı konuların da olduğu açıktır. Bu

nedence gerek sahada gerekse akademisyen olarak çalışan üyelerimiz ile yaptığımız durum değerlendirmelerinde ön plana çıkan bazı sorunları dile getirmek isteriz. Üye görüşlerimiz ışığında hazırlanan kısa raporumuz ile beraber, üyelerimizin tespit ettikleri sorunları kendi ifadeleri ile yansıtan bölümü de raporun ekinde bilgilerinize sunarız.

Üyelerimizden gelen görüşleri gruplandırmak suretiyle daha sorunlara daha sistematik yaklaşarak birlikte çözüm önerileri üretebilmeyi amaçlamaktayız. Aile Hekimliği Uzmanlığı ile ilgili sorunları temel olarak **Uzmanlık Eğitimi, Eğitim Sonrası Atama ve Aile Hekimliği Uygulaması** ile ilgili sorunlar olarak sınıflandırmak mümkündür. Bunlar haricinde üyelerimizin çalışmakta olduğu çeşitli alanlarda (örneğin akademisyenler, ikinci-üçüncü basamakta çalışanlar, özel hekimlik yapanlar) yaşanan sıkıntılar genel olarak bu raporun kapsamı dışında tutulmuştur.

1. Uzmanlık Eğitimi ile ilgili sorunlar

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak için uzmanlık eğitimi olmaksızın hekim alımı son tarihi olarak deklare ettiği **2017 yılı** geçmiş olmasına rağmen bu gerçekleştirilememiştir. Gerçekçi bir son tarih ilan edilmeli ve bu tarihten sonra sadece uzman hekimlerin sisteme girebilecekleri duyurulmalıdır. Uzmanlık eğitimi ile ilgili sorunlar ve eğitici sayısının artırılması ile ilgili geçmişte sunduğumuz öneriler ile ilgili rapor ve Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK)'nın hazırladığı rapor da ilişikte sunulmuştur.

Eğitim Aile Sağlığı merkezleri:

► Eğitim ASM'lerin yaygınlaştırılması için mevcut sorunların çözümüne yönelik yönetmelik düzenlemeleri gerekmektedir. Uzun zamandır beklenen ödeme yönetmeliği de çıkartılarak tüm eğitim birimlerinin EASM açması için gereken altyapı hazırlanmalıdır.

► EASM'ler, hem idari hem de personel yönünden desteklenmelidir.

► Yeni Aile Hekimliği kliniklerinin açılması teşvik edilmelidir.

Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) Eğitimi

Alternatif uzmanlık eğitiminin sadece Aile Hekimliği disiplini için uygulanıyor olması ve diğer branşlardan farklı tutulması camiamızı rahatsız etmektedir. **Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık öğrencilerinin (SAHU)** 54 aylarını eğitimden uzak "kendi ASM'lerinde" geçirmeleri ve bu durumun sadece Aile Hekimliği disiplinine uygulanıyor olması disiplinimiz için kabul edilemez bir durumdur. Üstelik mevcut SAHU kadroları için çok az başvuru olmaktadır, 2015 sonu verileriyle, açılan 786 kadrodan ancak 341'i eğitimlerine devam etmektedir. Ayrıca başvuru oranları giderek düşmektedir. Ayrıca SAHU'ların Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda (TUS) farklı bir yöntemle (sadece klinik bilim sorularıyla) hesaplanmış 40 puanla girmeleri, Yabancı Dil Sınav şartına tabi

tutulmamaları, mecburi hizmet yükümlülüklerinin olmaması, tam zamanlı asistanlarla önemli ücret farklarının olması (yaklaşık 2 kat fazla kazanıyor olmaları), tam zamanlı asistanlar tarafından “eğitim alana CEZA” olarak algılanarak asistanlıktan caydırıcı bir faktör olarak görülmektedir. Ayrıca SAHU’ların eğitimde olduğu zamanlarda ASM’deki diğer hekimlerin onların görevlerini üstlenmek zorunda kalmaları ASM içi huzursuzluğa neden olabilmektedir. Bu nedenlerle bu tarz bir eğitim, gerek ASM içinde gerekse Eğitim Kliniği’nde iş barışını bozmaktadır. Alternatif uzmanlık eğitimi yollarının devam etmesi tam zamanlı asistanlığa olan talebin azalmasına yol açacak ve aile hekimliği uzmanlığının geleceğini ve ülkemizde birinci basamak hizmetlerinin gelişmesini riske atacaktır.

- ▶ Tam zamanlı asistanlık desteklenmeli, teşvik edilmeli ve kadrolar arttırılmalıdır. Mevcut tam zamanlı Aile Hekimliği asistanlarının motivasyonlarını arttırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
- ▶ Tam zamanlı asistanların da mecburi hizmetlerinin kaldırılması veya SAHU’lara da mecburi hizmet konması gerekmektedir.
- ▶ Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı (SAHU)’na son verilmeli, eğitimsiz uzmanlık unvanı yerine, amaca yönelik yapılandırılmış hizmet içi eğitimlerle kaliteli birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna ulaşmak temel hedef olmalıdır.

2. Uzmanlık sonrası atamalar ile ilgili sorunlar

Aile hekimliği uzmanları mecburi hizmet için entegre hastanelere atanarak örneğin dahiliye veya pediatri hekimi olmadığında o birimleri kompanse etmek amacıyla kullanılmaktadırlar. Birçok aile hekimliği uzmanı periferde kendi polikliniğini başhekimlere açtırmak için ciddi zorluk yaşamaktadır. Birçok yönetici aile hekimliği uzmanlarını da diğer pratisyen hekimlerle beraber acilde nöbet tutmaya zorlamaktadır. Oysa ki diğer uzmanların nöbet tutmadığı yerlerde aile hekimliği uzmanları da acil nöbeti tutmamalıdır. Bu acilde çalıştırma ve kompanse etme uygulamasından ve algısından vazgeçilmelidir. Bu nedenle;

- ▶ Aile Hekimliği uzmanlarının İlçe HAstaneleri veya Toplum Sağlığı Merkezler (TSM) yerine, uzmanlık alanlarının gerçek yeri olan ASM’lere atanması ve mecburi hizmetlerini ASM’lerde yapmaları sağlanmalıdır.
- ▶ Aile hekimliği uzmanları için devlet hizmet yükümlülüğü süresince bulunduğu sosyoekonomik bölgeden daha iyi hizmet bölgelerinde çalışamaz uygulamasına son verilmelidir. Bu durum nedeniyle birçok AHU periferde 6. bölge bir ilçe yerleşim yerine atanarak daha üst yerleşim yerlerinde açılan ASM'lere mecburi hizmet süresince yerleşemeyerek bulunduğu ilçede açılacak boş ASM pozisyonu beklemekte ve sahaya geçmekte zorlanmaktadır. Ayrıca, mecburi hizmet süresinin

tamamlanması sonrasında da Aile Hekimliği uzmanlarının sisteme girmelerinin önündeki engeller kaldırılmalıdır.

► Üç pratisyen olan yerde bir Aile Hekimliği uzmanı çalışabilmesi gibi bazı uygulamalar ile birleşince gebelik veya askerlik sonrasında göreve dönüşlerde sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu durum giderilmelidir.

3. Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili sorunlar

Aile Hekimliği uygulamasında görev alan Aile Hekimliği Uzmanları'nın yaşadığı sorunlar aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır. Bunların bir kısmı tüm Aile Hekimliği Uygulamasını ilgilendirirken, bazıları özellikle Aile Hekimliği Uzmanlarını etkileyerek gerek adaletsizliğe, gerekse motivasyon düşüklüğüne yol açmaktadır.

Üç AH olan yerde bir Aile Hekimliği Uzmanı çalışabilmesi kuralı (3:1 kuralı)

► Sisteme dahil olurken üç pratisyen hekime bir Aile Hekimliği Uzmanı (AHU) şartı (üç bir kuralı) uzmanların sayısı az iken mantıklı olabilirdi. Uzmanların daha yaygın bir kesime ulaşmasını amaçlıyordu. Artık yeterli sayıda uzman varken bu kural Aile Hekimliği Uzmanlarının sisteme girişinde engel olup pratisyen arkadaşların önünü açmaktadır. Ayrıca SAHU mezuniyeti ile birlikte özellikle SAHU eğitimi verilen illerde ciddi bir handicap oluşturacağı ve AHU'ların sisteme girişine ciddi engel oluşturacağı görülmektedir. Bu kural ivedilikle kaldırılmalıdır.

► Halihazırda da bazı illerde 1-2-3 birimli ASM'lerde 1 uzman AHU çalışır, 4-5-6-7-8 birimli ASM'lerde 2 AHU çalışır gibi yanlış bir algıyla yerleştirmeler sürmektedir ve ülke genelinde standardizasyon halen yoktur. Mevzuat farklı farklı yorumlansa da bu iş aslen açıktır. 1-2-3 birime 1 uzman, 4. birimden 6. birime kadar 2 uzman, 7. birim ve sonrası için de 3 uzman olarak mutlaka düzeltilmelidir. Ancak tekrar etmek gerekirse 1/3 kuralı tamamen kaldırılmalıdır.

Sağlıkta Şiddet

Tüm hekimleri ilgilendiren bu durum gittikçe artmakta ve ASM'ler gibi özellikle güvenlik açısından daha zayıf olan birimlerde çalışan meslektaşlarımızı şiddete daha açık hale getirmektedir. Hastalar ile hekimler arasında potansiyel anlaşmazlık kaynağı olarak sağlıkta şiddete zemin hazırlayan bazı uygulamalar kaldırılmalıdır. Örneğin,

► Hekimler tıbbi, etik ve yasal olarak kabul edilebilir uygulamalarda bulunmak zorundadırlar. Hastayı görmeden ilaç yazmama konusunun hekimleri zorda bırakmayacak şekilde çözümlenmesi gerekmektedir.

► Aynı şekilde Aile Hekimlerinin üzerine yüklenen sayısız rapor istekleri de potansiyel şiddet

kaynakları olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak heyetler tarafından verilebilecek raporlar Aile Hekimlerine yüklenmemelidir.

► Şikayet hatları ve memnuniyet anketleri hastalarda doktora karşı olumsuz duygular geliştirmekte ve amacından sapabilmektedir. Memnuniyet anketlerinin gözden geçirilerek, doktorları değersizleştirme aracı olmaktan çıkarılmaları gerekmektedir. Aynı şekilde SABİM de değerlendirilmeli ve yeniden düzenlenmeli veya kaldırılmalıdır.

► Hepsinden önemlisi Sağlıkta Şiddet Yasası çıkarılarak caydırıcı ve cezalandırıcı önlemlerin alınması ivedilikle sağlanmalıdır.

Raporlar ve Reçeteler

► Hastayı görmeden ilaç yazma, hastayı görmeden ilaç raporu düzenleme, ASM şartlarında verilmesinin imkansız olduğunun yöneticiler tarafından da bilindiği akli meleke, silah, sporcu, işe giriş ve daha başka kurumların herhangi bir mevzuata dayanmadan talep ettiği birçok sağlık raporu ile ilgili standardizasyon acilen getirilmeli ve usulsüz ilaç/rapor talep edenlere ceza verilmesinin önü açılmalıdır. Örneğin Milli Eğitim Bakanlığı gibi Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumların Aile Hekimlerine yükledikleri rapor sorumluluklarının Sağlık Bakanlığı tarafından değerlendirilerek düzenlenmesi gerekmektedir. Üyelerimizden gelen bazı rapor örnekleri şöyledir: satranç oynamak için sağlık raporu, kömür yardımı alabilmek için astım/KOAH raporu, servis şoförü olabilir raporu, sporcu olabilir raporu vb.

► Aile hekimliği uzmanlarının eğitimleri gereği verebilecekleri ilaç raporları ile yazabilecekleri ilaçlar üzerindeki kısıtlamalar giderilmeli ve kronik hastalıkların tedavisinde, (özellikle statinlerin, anti-diyabetiklerin, insulin ve KOAH'da kullanılan pek çok ilacın) Aile Hekimliği Uzmanı tarafından yazılması ve rapor çıkarılması sağlanmalıdır. Bu sayede Aile Hekimlerinin sadece repete yapan görevliler olarak görülmekten çıkarak, gerekli hekimlik uygulamalarını daha rahat yapabilecek bir konuma getirilmeleri sağlanabilir.

Uygulama ile ilgili sorunlar

► Birinci basamakta koruyucu hekimlik ve kronik hastalık takipleri çok önemli yer tutmalıdır. Kronik hastalık takibi ve kanser taramalarında hedef nüfuslar belirlenerek gerekirse ek sağlık personelleri bu alanlarda istihdam edilmelidir. Check-up gibi güncelliği sorgulanan uygulamalardan vazgeçilerek, çağın gerektirdiği Periyodik Sağlık Muayeneleri uygulamaları desteklenmelidir. Kronik hastalıklar konusunda yetkilendirilmiş aile hekimlerine verilecek sertifikalı eğitimlerle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda kısa sürede kalitenin artırılacağı daha önce tarafımızdan defalarca dile getirilmiş ve TAHUD ve Aile Hekimliği Akademisyenlerinin bu konuda görev almak için istekli ve gönüllü olduğu belirtilmiştir.

► İller arası ASM kuralarında sadece sahada çalışan aile hekimliği uzmanlarının değil, TSM- İlçe Sağlık-İl Sağlık-Hastane gibi birimlerde çalışan aile hekimliği uzmanlarının da öncelikli torbadan girmesi sağlanmalıdır.

► Bir çok AHU periferde 6. bölge bir ilçe yerleşim yerine atanarak daha üst yerleşim yerlerinde açılan ASM'lere mecburi hizmet süresince yerleşemeyerek bulunduğu ilçede açılacak boş ASM pozisyonu beklemekte ve sahaya geçmekte zorlanmaktadır. Bu nedenle Aile hekimliği uzmanları için devlet hizmet yükümlülüğü süresince bulunduğu sosyoekonomik bölgeden daha iyi hizmet bölgelerinde çalışamaz uygulamasına son verilmelidir.

► Tek birimli ASM'lerde hekimlerin para kesintisi olmadan yıllık izne çıkma süresi 7 gün yerine diğer hekimler gibi kıdemine göre 20 veya 30 güne yükseltilmelidir. Yıllık izinde ASM içinden biri vekalet etmezse ciddi maaş kesintisi olmakta, ayrıca eğitim, kongre vb izinler de yıllık izinden düştüğü için bu sorun önemli hale gelmektedir. Aile Hekimlerinin izin konusu yeniden düzenlenmelidir.

► Aile Hekimliği yönetmeliğinin her yıl gözden geçirilmesi amacıyla Aile Hekimliği akademisyenlerinden ve sahada görev yapan Aile Hekimliği Uzmanlarından bir Danışma Kurulu oluşturularak sürekli iletişimde kalınması sağlanabilir ve saptanan aksaklıklar ve çözüm önerileri konusunda ortak paydaşlar olarak sorumluluk paylaşılabilir.

Tüm bu sıkıntıların ortak akıl ve irade ile kolaylıkla çözülebileceğine inanıyor ve bu konuda Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği ve Aile Hekimliği akademisyenleri olarak işbirliği yapmaya hazır olduğumuzu bilgilerinize sunuyoruz.

AİLE HEKİMLİĞİ UZMAN SAYISININ ARTIRILMASI İLE İLGİLİ TAHYK GÖRÜŞÜ



11 EKİM 2018



Aile Hekimliği Uzman Sayısının Artırılması ile İlgili TAHYK Görüşü

Aile Hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık alanıdır. Aile hekimliği sağlık hizmet sunum modelinden bağımsız olan, bütüncül yaklaşım sergileyen bir klinik uygulamadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirmek için aile hekimliğinin temel ilkelerine dayanan bir uygulama yapılması şarttır. Disiplinin kılavuzluğu olmadan uygulamalar kendini geliştiremez. O halde aile hekimliği uzmanlık eğitimi birinci basamakta nitelikli hekim insan gücünün yetişmesi için olmazsa olmazdır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tanımlanmış ve kanıtlanmış evrensel standartları vardır. Bunlardan biri de bu eğitim süresinin en az 3 yıl olması gerektiğidir. Bu nedenle uzmanlık eğitiminin içeriği, yöntemi, ortamı, eğitici insan gücü ve süresi ile ilgili standartların sağlanmaması aile hekimliği uygulamasının gelişimi açısından temel tehdittir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ilgili Avrupa Birliği mevzuatı ve WONCA tarafından Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmış ve her ülkede mezuniyet sonrası Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır. Ülkemizde Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK), Mezuniyet Sonrası Eğitimle ilgili değerlendirme, geliştirme ve uygulama süreçlerine yönelik çalışmalar yaparak Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Müfredatını oluşturmuştur. TAHYK, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ile eşgüdüm içinde uzmanlık eğitiminin koordinasyonu, denetlenmesi, geliştirilmesi, standardizasyonu ve sertifikalandırılması için çalışan, kendi yönetmeliği içerisinde bağımsız bir sivil oluşumdur. TAHYK müfredatının amacı uzmanlık eğitimi veren birimlere bir aile hekiminin sahip olması gereken yeterlilik alanları ve bunlara ait öğrenme yöntemleri, eğitim alt yapısı ve ölçme değerlendirme yöntemlerini sunmaktır.



Bu müfredatta programın amacı, bileşenleri, süreleri, yeterlilikler ve düzeyleri ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. TUKMOS çalışmalarında olduğu gibi, Sağlık Bakanlığının aile hekimliği uzmanlık eğitimiyle ilgili planlamalarında da bu doküman esas alınmalıdır. Uzmanlık eğitiminin bu standartlarda yürütülmesi yanında aile hekimliği uzmanlarının sayısını arttırmak için yapılan öneriler aşağıdaki gibidir;

1. Tıp eğitimi süresince Aile Hekimliği uzmanlığı özendirilmelidir. Bu amaçla tıp öğrencilerinin TUS öncesinde aile hekimliği uzmanlığına yönelmeleri kolaylaştırılmalıdır.

2. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi sürecinde birinci basamağın eğitim ortamı olarak kullanılması sağlanmalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (EASM) yönetmeliği geliştirilmelidir.

3. Üniversitelerdeki anabilim dalları/aile hekimliği kliniklerinin öğretim üyesi sayısı artırılmalı ve eğitim alt yapıları geliştirilmelidir.

4. Aile Hekimliği asistan kadroları arttırılmalı ve tercih edilir olması sağlanmalıdır. Üniversitelerin bakanlık kontenjanından asistan talepleri tam olarak karşılanmalıdır.

5. Tıp fakültelerinden mezun olacak yeni hekimlerin uzmanlık eğitimi almadan aile hekimliği uygulamasına girişi sona erdirilmelidir. Yeni mezun hekimler toplum sağlığı merkezlerinde, hastane acil servislerinde ve bugün pratisyen hekimlerin çalışmakta olduğu diğer sağlık kuruluşlarında görevlendirilmeye devam edilebilir.

6. Uzmanlık eğitimini tamamlamış olan hekimlere mecburi hizmet yükümlülüklerini Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yapma hakkı ve mecburi hizmetleri sonrasında da ASM tercihlerin de öncelik verilerek Aile Hekimliği uygulamasında yer almaları sağlanmalıdır.

7. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu tarafından yapılmasına başlanan “Yeterlilik Sınavları”nın özendiriciliği sağlanmalı, Board Sertifikalı Aile Hekimliği Uzmanlarının yer



değiştirme ve ödeme sözleşme yönetmeliğinde avantajları olmalıdır. Böylece hizmette arzulanan kalite artışı da sağlanacaktır.

8. Tam zamanlı uzmanlık eğitimi ile eş zamanlı olarak alternatif uzmanlık eğitimi yolu açılmamalıdır.

9. Uygulamadaki tüm hekimlerin istedikleri kadar devam hakları ellerindedir.

Yaşanan örneklerle işlevsizliği ve yetersizliği ispatlanan yarı zamanlı eğitimle kalitatif iyileştirmenin mümkün olmadığı tecrübe ile sabittir. Eşitsiz ve adaletsiz uygulamalar iş barışını tahrip edeceği gibi hizmet alanların memnuniyetini de yükseltmeyecektir.

10. Nihai hedef her doktorun uzman yapılmasından ziyade, her uzmanın uygulamada yer almasının sağlanması olmalıdır. Uzmanların uygulamaya girişini zorlaştıran:

- a) Zorunlu hizmette ilçe dışında yerleştirmelere katılamama,
- b) Yerleştirmede üçe bir uzman oranı,
- c) Atamalarda yaşanan dezavantajlar kaldırılmadan “uzmanlar uygulamaya girmek istemiyor” yargısını dillendirmek kötü niyetli değil ise en hafifinden kolaycılıktır.

Aile Hekimliği biliminin temsilcileri olarak saygı ile dikkatlerinize sunarız.

Kaynaklar:

1. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe, 2002.

2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of family practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract 2002;52:526-7.



3. WHO Regional Office for Europe. Framework for professional and administrative development of general practice/familymedicine in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. p. 5-8.

4. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. *BMJ* 2000;320:354-7.

5. EURACT. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005. p. 6. Başak O, Saatçi E. Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi *Türk Aile Hek Derg* 2005;9 (4): 174-182.

6. Guiding Patience Through Complexity: Modern Medical Generalism. Report of an independent commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation. London, October 2011.

EK - 1
ÜYE GÖRÜŞLERİ



AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDA

11 EKİM 2018

ÜYE GÖRÜŞLERİ

(Gönderiliş sırasına göre)

Üye: 2500 hasta sayısına göre yapılan planlamada **aile hekimliği ödeme ve maaş yönetmeliği** ne zaman tekrar revize edilecek diye merak ediyoruz acaba bu soruyu iletir misiniz?

Bir de **sağlıkta şiddet**le ilgili olarak bakanlığın nasıl bir çalışması olacak bunu da çok merak ediyoruz hem aile hekimleri olarak hem de diğer hekimler olarak.

Üye: Sisteme dahil olurken üç pratisyen hekime bir Aile Hekimliği Uzmanı (AHU) şartı (**üç bir kuralı**) şartı uzmanların sayısı az iken mantıklı olabilirdi. Uzmanların daha yaygın bir kesime ulaşmasını amaçlıyordu. Artık yeterli sayıda uzman varken bu kural bizlerin sisteme girişinde engel olup pratisyen arkadaşların önünü açmaktadır.

Üye: Pratisyenler Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde çalışırken AHU'ların hastanelerde acillerde çalıştırılıp ASM'de yer açılmasını beklemek zorunda olmasını hala çözülemedi.

Üye: Bir de sadece AHU olarak değil genel olarak 1. Basamakla ilgili olan problemler de var. Mesela **raporlar**. Spor lisansları, ehliyet raporları hepsi bize verildi. Heyetle alınması gereken raporlar ama sorumluluk bizde. Beyaz kodlar hep bu raporlar nedeniyle veriliyor.

Üye: İlaveten sağlıkta şiddetle de alakalı olarak, hastayı görmeden ilaç yazmama konusundaki düzenlemeye de tekrar değinirseniz sevinirim. Bu konu hekimleri zorda bırakmayacak şekilde çözümlenirse, hekimler için, geçen 100 yılın en büyük kazancı olacak diye düşünüyorum.

Ayrıca insanlardan bir çok şey için raporlar isteniyor (sağlık raporları, işe giriş raporları vb.), gördüğüm kadarıyla sahada kafa karışıklığı var, aile hekimleri kimlere verebilir, hangilerini iş yeri hekimleri verebilir gibi. Bu konu daha da netleştirilmeli diye düşünüyorum..

Üye: Gebelik dönüşü insanlar iyi bir yer açıldığında izinlerini iptal edip kuraya başvuruyor 3'e 1 kuralı mecburi hizmette denk bölge kuralı hepsi birleşince istediğimiz bir ASM iki yıl nerdeyse...

Üye: Gebe ve asker dönüşü öncelikli torbadan girecekse bile ayrılmış olduğu ilçenin derecesi içinde önceliği olmalı, ücra ilçelerde çalışıp sırf şehir merkezine inebilmek için doğum yapan pratisyenler mevcut. 4.bölge ilçeden ayrılış yaptıysa yine aynı derece ilçelerdeki ASM' ye geçişlerde öncelikleri olmaları daha mantıklı makul kanımca.

Üye: Kime işe giriş raporu verilebileceği mevzuatta çok net ayrıca verilebilecek işlerin dahi tahlilleri işverence ödenmeli, aile hekimine başvuran hasta bu tahliller neticesinde ortaya çıkacak ücreti karşılamadığı için hiç bir şekilde işe giriş raporu verilemez. Ama tabii sıkıntı bizim verdiğimiz raporların kabul edilmesi. Hiç bir şekilde kabul edilmemeli. Bakanlık hasta memnuniyeti için bu raporları bizim programa koyuyor ama yarın öbür gün verdiğimiz raporla iş kazası geçiren hasta olursa senin böyle bir yetkin yok ki vermemeliydin diyebilir

Üye: Aynı zamanda sadece Ahu'ları değil periferde çalışan tüm aile hekimlerini ilgilendiren ve her zaman canımızı sıkın bir durum daha var; o da verilmesi talep edilen raporlar ile ilgili sınırları belirli gerekli resmi belgelerin olmaması ve bu durumun sadece kurumların keyfine bırakılması... Naçizane iletme şansınız olursa ne mutlu bize...

Üye: Servis şoförü olabilir raporu vermemiz isteniyor. Yönetmelik yok. Milli eğitim bakanlığı istiyor belgeyi şoförlerden. Sağlık bakanlığının durumdan haberdar olmadığını düşünüyorum. Hastayı kah nedeniyle sevk ettim, belge göndersin aile hekimi biz imzalayalım gibi cevaplar geldi. İlgili belge yok. Raporlar başımızı çok ağrıtıyor.

Bir de 3'e 1 aile hekimliği sınırlaması.

Üye: Kömür yardımı alabilmek için astım KOAH olan hastalardan aile hekiminden rapor isteniyor.

Üye: Satranç oynamak için sağlık raporu istenen öğrenci gördüm.

Üye: Gelecekte muhtemelen 1.basamağın başını ağrıtacak bir konu da, **sevk zinciri**... Bakanlık sevk zincirini getirdiğinde tablo muhtemelen şöyle olacak, hastalar hastaneye bırakılacak ve hasta yakınları, gelip bizlerden sevk isteyecek. Ortalıkta tabii ki hasta olmayacak ve hiç görmediğimiz bir hastayı bizden hastaneye sevk etmemiz istenecek. 2000'li yılların başında sevk zinciri bir dönem uygulanmaya çalışıldı ve tablo aynen böyle olmuştu.

Üye: Aile Hekimliği yönetmeliğinin her yıl bir kurul tarafından gözden geçirilmesi olabilir. Yönetmeliklerdeki açıklar yüzünden karmaşa ve mutsuzluk doğuyor. Örneğin bizim ASM'de hiç bir sorumluluğu kabul etmeyen, 4 yıldır yönetici veya aşı/soğuk zincir sorumlusu olmayan bir hekim var. Şikayet etseniz de yönetmelikte karşılığı yok.

Üye: Aile hekimliği akademisyenlerin den ve sahadan nitelikli arkadaşlardan bir **danışma kurulu** kurulsun, tavsiyeler için. Sürekli iletişimde kalınması sağlanabilir böylece.

Üye: Sıfır nüfuslu ASM açılırken nüfusu doktor kendi bulmak zorunda kalıyor ve bir yıl sonra 1000'i geçemezse o birim kapanıyor sanırım. Yeni birim açılırken nüfus dağılımı yapılarak açılmasını önerebiliriz.

Üye: Aynı zamanda ASM'lerde uzman sayısının 1/3 oranında olması kuralı kalkabilir.

Üye: Ehliyet yönetmeliğinde olduğu gibi birinci basamak şartları gözetmeden yapılmış yönetmelikler değiştirilmeli. Yönetmelikte görme alanından , gece görüşüne, IQ puanından desibel ölçümüne kadar pek çok ayrıntı var ama sonunda aile hekimi verebilir ibaresi var, ya yönetmelik dışı davranmak zorundasınız ya da sevk etmek, sevk edince de ücretli olduğu için sıkıntı oluyor.

Üye: SAHU'larla diğer asistanlarımızın uzman olduklarında eşit koşullarda mecburi hizmetlerini yapmaları, atamalarda uzmanlara öncelik verilmesi

Üye: Yine işyeri Hekimliği ile ilgili raporların aile hekiminden alınması tamamen mantıksız, işyerini görmeden rapor vermemek ilk koşul oysa ki işyeri hekimliğinde. Raporlar yüzünden erişkin aşılmasına enerji kalmıyor.

Üye: **Esnek mesai** de çok büyük saçmalık bence, başta güvenlik sorunu var, düzen bozuluyor, hasta diğer doktora girmeye çalışıyor, hasta hekim sürekliliği ve birlikteliği bozuluyor, hiç efektif değil bence.

Üye: En azından esnek mesainin sınıf belirlemede etkisi olmamalı, farklı bir kategori belirlenmeli.

Üye: **Evde bakım**da direk evde bakım birimlerine devredilmeli bence, yetersiz teknik donanımla moral ziyareti oluyor genellikle, reçete yazımı da evde bakımın görevi olmalı.

Üye: Eğitim ASM'de döner/ performans ödemesi istiyoruz. Daha önce sağlık ocaklarında görevli sağlık çalışanlarına, sağlık bakanlığı ve müdürlüklerde çalışanlarla birlikte döner ödemesi yapılmıştı.

Üye: Ben de yukarıdakilere ek olarak sporcu muayenesi ve raporunu ASM koşullarında yapmamamız gerektiğini eklemek istiyorum.

Üye: ASM için alınan ortak malzemeleri (buzdolabı, santrifüj vb. gibi) malzemelerden ASM den ayrılırken para isteyen var. Demirbaş olarak kaydeden var. Sırf bu yüzden ASM den ayrılmayan var.

Üye: Aile hekimliğinde uzmanlığın zorunlu hale getirilmesi, **Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı (SAHU)**'lara son verilmesi, özlük haklarının eşitlenmesi (tez, nöbet, mecburi hizmet) veya uzmanlar lehinde geliştirilmesi en belli başlı noktalar olmalı diye düşünüyorum. İlaç ve rapor yazma sınırlamasının uzmanlarda kaldırılması veya azaltılması bir diğer öneri. Sahu'nun kabul edilemez bir durum olduğu, başka uzmanlıklarda geçerli olmayan bir şeyin aile hekimliğine uygulanması uzmanlığımızın diğer uzmanlıklardan farklı görüldüğünün belirtilmesi. Artık birinci basamakta bile uzman olmayan çalıştırılmayacak mesajı verilmeli. Yakında doktor fazlası olacağından, kantiteden çok kalite hedeflenmeli.

Üye: Bir diğer konu da reçete kısıtlılığı. Bu bizleri halk gözünde tetkik ve repete yapan teknisyen konumuna sokuyor ve dolayısıyla itibar ve güvenilirliğimizi düşürüyor.

Üye: Raporlar konusu mutlaka çözülmesi gereken bir sorun. Evde bakım reçeteleri yazmıyor genellikle, yakını yine size getiriyor.

Üye: Yıllık izinde ASM içinden biri vekalet etmezse ciddi maaş kesintisi oluyor. Ayrıca eğitim, kongre vb de kendi yıllık iznimizden düştüğü gibi gene vekalet sorunu var.

Üye: **Şikayet hatları ve memnuniyet anketleri** hastalarda doktora karşı olumsuz duygular geliştiriyor bence, memnuniyet anketleri biran önce durdurulmalı.

Üye: Eğitim ASM açılması konusu. Yönetmelik var. Ama revize edilecekti.

Üye: Hocam tespitten ziyade yara pansumanı, im enjeksiyon, damar yolu açılması, rapor ve reçete yazımı, sonda takılması vs. gibi işlerimiz oluyor. Tek birimlik yerde çalışıyorum ve sisteme kayıt düştüğü an sırtıma çanta takıp gitmem isteniyor. Durum biraz can sıkıcı...

Üye: Gebeler gebeliğini bildirmiyor ya da tetkik için gelmiyor. Gebelikleri bildirmeyen gebelerin doğum ve kontrol masraflarını SGK karşılamamalı bence.

Üye: Bir de **SABİM kapatılmalı**.

Üye: Semt poliklinikleri kapatıldı, eğitim ASM sayısı yetersiz, asistanların uzmanlık eğitimleri aksıyor. Şehir hastanelerinde asistanlar nasıl eğitim alacak?

Üye: Hastaların keyfiyeti bize ceza ve maaş kesintisi olarak geri dönüyor.

Üye: İşveren olarak da sıkıntılar var. SSK muhatap olarak sağlık bakanlığını almalı, ASM adına kişiler üzerinden sözleşme yapıyor ve kıdem tazminatı vs de çok sıkıntı oluyor. Yine işçi hakları açısından çalışanın yıllık izin ve sağlık raporları konusunda 14 güne kadar izin çıktı ancak yeterli değil.

Üye: Bunlara ek olarak sanal ASM'lerin çoğu özel olarak açılıyor. Özel ASM'lerin projesinin yapımını kişiler kendi ödüyor. Kira giderleri çok yüksek oluyor. Kamu binasında daha düşük kira alınıyor. Aynı sınıf ASM ile aynı gider alınmasına rağmen kamu binasının tüm tadilatları müdürlük tarafından karşılanırken özeldekiler kendi ödüyor.

Üye: Hekime ve sağlık çalışanına şiddet konusu demek istiyorum ben.

Üye: Uzman olup mecburi hizmete gideceğimiz dönemde ilçe hastaneleri veya Toplum Sağlığı Merkezleri'nde (TSM) değil de direkt aile sağlığı merkezlerine atanmamız bizim için daha güzel olabilir 1. basamak hekimleri olarak.

Üye: Her ASM'ye sadece 1 uzman şartının kaldırılması isteği. SAHU adaletsizliğinin kaldırılması. SAHU'yu bize yapılan haksızlık olarak gördüğümüze değinirseniz seviniriz.

Şube görüşü:

Değerli hocam, öncelikle toplantının verimli ve iyi bir ortamda geçmesini diliyoruz. Sahada çalışan 25000 aile hekiminin irili ufaklı birçok problemi olmasına karşın sadece aile hekimliği uzmanlarını ilgilendiren hususların konuşulmasının bakanlık için daha farkındalık oluşturması ve problemlerin tespiti açısından daha iyi olacağını öngörmekteyiz.

1- ASM'lerde 1/3 kuralının SAHU mezuniyeti ile birlikte özellikle SAHU eğitimi verilen illerde ciddi bir handikap oluşturacağı ve sisteme gerçek AHU'ların girişine ciddi engel oluşturacağı kaygısındayız. Ayrıca bazı illerde 1-2-3 birimli ASM'lerde 1 uzman AHU çalışır, 4-5-6-7-8 birimli ASM'lerde 2 AHU çalışır gibi yanlış bir algıyla yerleştirmeler sürmektedir ve ülke genelinde standardizasyon halen yoktur. Mevzuat farklı farklı yorumlansa da bu iş aslen açıktır. 1-2-3 birime 1 uzman, 4.birimden 6.birime kadar 2 uzman, 7.birim ve sonrası için de 3 uzman olarak mutlaka düzeltilmelidir. Ancak tekrar etmek gerekirse **1/3 kuralı** tamamen kaldırılmalıdır.

2- **Aile hekimliği uzmanlarının mecburi hizmete entegre hastanelere atanarak** tabiri caizse peynir ekmek olarak kullanılması, dahiliye veya pediatri hekimi olmadığında o birimleri kompanse etmek amacıyla kullanılması kabul edilemez. Birçok aile hekimliği uzmanı periferde kendi polikliniğini başhekimlere açtırmak için ciddi zorluk yaşamaktadır. Birçok yönetici aile hekimliği uzmanlarını da diğer pratisyen hekimlerle beraber acilde nöbet tutmaya zorlamaktadır. Oysaki diğer uzmanların nöbet tutmadığı yerlerde aile hekimliği uzmanları da acil nöbeti tutmamalıdır. Bu acilde çalışma ve peynir ekmek kompanse etme uygulamasından ve algısından vazgeçilmelidir.

3- Sahada çalışan aile hekimliği uzmanlarına verilen ortalama 1300 TL **ek uzmanlık tazminatı farkı** mutlaka arttırılmalıdır. Bu fark arttırılırsa sahada çalışacak aile hekimliği uzmanı sayısı artar ve bu durum teşvik edilmiş olur. Bir aile hekimliği uzmanı esasen sahada çalışmak için yetişmekte fakat maddi kaygılarla sahadan uzaklaşmaktadır.

4- İller arası ASM kuralarında sadece sahada çalışan aile hekimliği uzmanlarının değil, TSM-İlçe Sağlık-İl Sağlık-Hastane gibi birimlerde çalışan aile hekimliği uzmanlarının da öncelikli torbadan girmesi sağlanmalıdır.

5- Aile hekimliği uzmanları için devlet hizmet yükümlülüğü süresince bulunduğu sosyoekonomik bölgeden daha iyi hizmet bölgelerinde çalışamaz uygulamasına son verilmelidir. Bu durum nedeniyle birçok arkadaşımız periferde 6.bölge bir ilçe yerleşim yerine atanarak daha üst yerleşim yerlerinde açılan ASM'lere mecburi hizmet süresince yerleşemeyerek bulunduğu ilçede açılacak boş ASM pozisyonu beklemekte ve sahaya geçmekte zorlanmaktadır. Oysaki tekrar edelim aile hekimliği uzmanının esas çalışma yeri sahadır ve sahaya geçmedeki tüm engeller kaldırılmalıdır.

6- Hastayı görmeden ilaç yazma, hastayı görmeden ilaç raporu düzenleme, ASM şartlarında verilmesinin imkansız olduğunun yöneticiler tarafından da bilindiği akli meleke, silah, sporcu, işe giriş ve daha başka kurumların herhangi bir mevzuata dayanmadan talep ettiği birçok sağlık raporu ile ilgili standardizasyon acilen getirilmeli ve usulsüz ilaç/rapor talep edenlere ceza verilmesinin önü açılmalıdır.

7- Sağlıkta şiddet yasası ile ilgili caydırıcı yasalar bir an önce uygulamaya girmelidir. Her şiddet olayı sonrası yöneticilerce yapılan açıklamalar artık somut olarak sağlık çalışanlarına sunulmalıdır.

8- **SAHU uygulamasına yeni hekim alınmamalı ve herkesi uzman etme mottosundan vazgeçilmeli** veya buna daha adil bir yöntem bulunmalıdır.

9- Tek birimli ASM'lerde çalışan hekim arkadaşlarımızın para kesintisi olmadan yıllık izne çıkma süresi 7 gün değil diğer hekimler gibi kıdemine göre 20 veya 30 güne yükseltilmelidir.

10- Her ASM'ye **ek yardımcı sağlık personeli istihdamı** sağlanmalı ve kronik hastalık takibi ve kanser taramalarında hedef nüfuslar belirlenerek bu personeller bu alanlarda istihdam edilmelidir.

Sahada çalışan TAHUD Adana Şubesi yönetim kurulu olarak sizlere iletmek istediklerimiz yukarıdaki gibidir. Şimdiden taleplerimizi ilettiğiniz için teşekkür eder iyi toplantılar dileriz.

TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ UZMANLIK DERNEĞİ
TAHUD - 2018