

Aile Hekimliğinin Terminalleri; Saha Uygulaması ve Akademik Alan

Sayın Editör,

Üniversitelerdeki aile hekimliği bölümleri ile birinci basamak kuruluşları arasındaki ilişki çok yönlü, birbirini destekleyen özelliklere sahiptir.

Anabilim dalları, bilimsel bakış açısı ve vizyon kazandırmak, mesleğe yönelik bir program oluşturmak için eğitim ve hizmet sunum modelleri geliştirir, bu bağlamda araştırmalarla hizmet ve eğitimin kalitesini, etkinliğini değerlendirmek, sorunlara çözüm üretmeyi amaçlarlar.

Üniversite ile birinci basamak sağlık kurumları, bilimsel açıdan yararlı bir işbirliğine gidebilirler: Uzmanlık eğitimi bu çerçevede geliştirilebilir, deneyimlerin sağlayacağı yeni açılımlar çağdaş tıbbi aile hekimliği bakış açısıyla katkıda bulunabilir.

Birinci basamak - anabilim dalı ilişkisi üç başlıkta incelenebilir: 1. Hizmet (saha uygulaması), 2. Eğitim (akademi), 3. Araştırma (anabilim dalı ve saha uygulayıcısı).

Eğitim, uzmanlık eğitimi ve mezuniyet sonrası açısından ele alınmalıdır. Üniversitelerin en iyi yanı ileriye yönelik oluşumları zamanında görüp buna uygun pozisyon alarak gelecek için uygulama planları hazırladıklarında ortaya çıkar. Üniversite, uygulayıcıları da yetiştirmek zorundadır ve bu uzun bir süreçtir.

Literatür

Günümüzde, tıp fakültesi mezununun sağlık hizmeti verebilmesi ek bir meslek/uzmanlık eğitimi gerektirir. Böylece yan dalların eğitime katkısı sınırlanırken, aile hekimliği/genel pratisyenlik (AH/GP) öne çıkmaktadır.¹ Birinci basamak, hastalar ve tıbbi sorunlar bakımından zengin bir öğrenme ortamı sunar. Aile hekimliği alan eğitimi, bu özellikleriyle, bugünkü tıp eğitiminin karşı karşıya olduğu birçok sorunun da çözümü olabilir.²

1977 Leeuwenhorst Raporu, aile hekimliğinin mezuniyet öncesi eğitime katkısını tanımladı: Tıp öğrencileri, eğitim hastanelerinde göremeyeceklerini, ancak birinci basamakta, aile hekimlerinin topluma sunduğu bütüncül sağlık hizmeti uygulamasına katılarak edinebilirler. Çoğu aile hekimi olacak tıp mezunlarının, eğitim sırasında birinci basamakta çalışmaları gereklidir.³

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın eğitim programı; tıp fakültesi ve eğitim hastanesinden birinci basamağa kadar değişik hekimlik ortamlarını kapsamaktadır. Programın yürütülmesinden tıp fakültesi derslikleri, klinik beceri laboratuvarı, Umurlu Aile Hekimliği Uygulama ve Eğitim Merkezi ve sağlık ocakları kullanılmaktadır.⁴ Benzer çalışmalar Çukurova, Trakya, Marmara, Kocaeli, Uludağ üniversitelerinde de sürdürülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti profesyonelleri için o ülkeye özgü bir araştırma ve eğitim programı geliştirilmelidir.⁵

Tıp öğrencilerinin aile hekimi yanında eğitimi, aile hekiminin, akademik eğiticilerin ve öğrencilerinin motivasyonunu, iletişim ve muayene becerilerini geliştirmektedir.⁶

Gözleme dayalı bir çalışma, birinci basamakta eğitim merkezleri arasında iletişim bulunmadığını, yeterli deneyim aktarılmadığını göstermiş, teorik bilginin saha uygulaması ile geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.⁷ Amerika'da aile hekimliği anabilim dallarının, eğitim ve araştırma alanındaki sorunlarının çözümü için, sahadaki uygulama merkezlerinden yararlanılması önerilmektedir.⁸ Almanya Göttingen Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın uluslararası anketi, sahadaki aile hekimlerinin akademi de yarı-zamanlı çalışmasının hasta bakımının sürekliliği ile akademik yapı ve saha uygulayıcıları arasındaki iletişimi geliştirdiğini saptamıştır.⁹

Sorunlar

1. Ülkemizde sağlık hizmeti sunumu - akademik eğitim kurumu ilişkileri zayıftır. Sağlık ocaklarının eğitim desteğine, üniversitelerin de sağlık sisteminden hizmet alan hastalara gereksinimi vardır. Kişisel nedenler, yöneticilerin olumsuz tutumları da kurumlararası işbirliğini engelledebilmektedir.
2. Alanda çalışan, uygulamayı ve aksaklıklarını bilen, çözüm önerebilecek hekimler çok çalışmakta, karşılığını her zaman alamamaktadırlar. Birinci basamak çalışmalarında kullanılacak tüm verileri alandakiler üretir ya da üretebilir.
3. Akademisyen ile saha çalışanı birleştiğinde güçleri katlanarak artar. Aile hekimliği uygulamasını ise hizmet talebi şekillendirir: Saha hekiminin planlama, araştırma

yürütme, hizmeti değerlendirme, eğitim toplantıları, kongre, seminer düzenlemeye ayıracak zamanı sınırlıdır. Akademisyen ise günlük pratikten, kanun, yönetmelik v.d.den daha az haberdardır. Bu becerilerin bir araya getirilmesi iki taraf için de yararlı olacaktır.

4. Sağlık Bakanlığı'nın değişen uygulamalarından etkilenen bakanlık birimleri ile üniversitelerin ortak çalışması kimi zaman güçleşebilmektedir.
5. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminin ülke gerçeklerine uygunluğunun sağlanması, araştırma olanakları uygulama merkezlerinin varlığına bağlıdır. Saha hekimi de uygulamalarını araştırmalarla ortaya koymaya, verilerini işleyip, yayınlamaya ihtiyaç duyar.
6. Aile hekimliği anabilim dallarındaki asistan eğitimi tamamen 3. basamakta yapılmaktadır. Halbuki 1. basamak hekimi yetiştirilmektedir. Aile hekimliği asistanlarının hatta anabilim dalı öğretim üyelerinin birinci basamakta uygulama yapması gereklidir.
7. Aile hekimliği asistanları tüm angaryaları yapmakta, buna karşılık diğer asistanlarla asla eşit olamamaktadırlar. Anabilim dalları veya şefliklerin asistan eğitimi üzerindeki denetimi yetersizdir.
8. Bazı üniversitelerin birinci basamak birimleri vardır. Ancak personel, malzeme ve ilaç temini bir düzene bağlanmamış, Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği sağlanamamıştır.
9. Mevcut aile hekimliği merkezlerinin hizmeti standardize edilememiştir. Sağlık Bakanlığı ve YÖK'ün oluşturduğu program değiştirilememektedir; oysa asistan rotasyonlarının yeniden düzenlenmesi gereklidir.
10. Anabilim dallarının tümü aynı gelişmişlikte değildir. Bazıları neredeyse hiç eleman alamamaktadır.
11. Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği asistan programları üzerinde, bir ya da iki hastane haricinde denetimi yoktur.
12. Çoğu aile hekimliği anabilim dalı başkanı aile hekimliği uzmanı değildir: Hatta bazı akademik kadrolarda hiç aile hekimi bulunmamaktadır. Aile hekimliği için esas ve gerekli olan şeyler onlar için çok gereksiz olabilmektedir. Özellikle bölüm başkanı bir diğer daldan olduğunda yayınlara ağırlık verilmekte, asistan eğitimi, poliklinik hizmeti aksamakta, asistan karneleri uygulanmamaktadır: İşleyiş standardize edilmelidir.
13. Anabilim dalları genellikle üniversite hastanelerinde bir polikliniğe sahiptir. Burada sunulan hizmetin gerçek bir aile hekimliği pratiği olduğunu söylemek zordur: Üçüncü basamakta yer alan bu birimleri bireylerin ilk başvuru noktasında değildir. Bununla birlikte eğitim or-

tamında olduğundan konsültasyonlara daha kolay ulaşılabilir, bu durum gerçek hayatı yansıtmaz; daha fazla konsültasyon istenebilir, daha kolay sevk yapılabilir. Daha geniş kapsamlı ve uzun süre izlenebilecek bir hasta bir anda başka bir kliniğin hastası oluverir. Bunun dışında hasta ilişkileri diğer poliklinik hekimlerinden hep daha iyi olur, çünkü farklı bir yaklaşım söz konusudur. Hasta da bunu bilir ve anlar.

Öneriler

1. İşbirliği için, ilk koşul karşılıklı iyi niyettir. Birinci basamak merkezi 2. ve 3. basamak konsültasyon ve laboratuvar hizmetinden yararlanabilmelidir. Birinci basamak çalışanları, öğrenciyi fazlalık olarak görmemeli, üniversite üyesi de birinci basamak işleyişini bozmalıdır.
2. İlişkiler karşılıklı eksikleri tamamlamalı, hizmet bütünlüğünü sağlamalıdır. Üniversite elemanları sağlık merkezi çalışanlarına hizmetiçi eğitim ve danışmanlık vermeli, gönderilen hastalara öncelik tanınmalı, geri-bildirim verilerek hasta birlikte izlenmelidir.
3. Eğitim, araştırma ve hizmet alanlarında saha ile işbirliği yapılmalıdır. Eğitim: Saha eğiticilerine asistan gönderilmesi ve saha eğiticilerinin gelişmelerinin desteklenmesi. Hizmet: Eğitim merkezlerinin fakülte tarafından yönetimi ve destek sağlanması, protokollerle sağlık bakımında işbirliğine gidilmesi.
4. Öğrenci, saha deneyimi olan aile hekimlerinin yanında uzmanlık eğitimini, bağlı olduğu kurumda meslek eğitimini sürdürür. Eğitici hekimlerin yetkinliği yeterlilik kurulu tarafından akredite edilir: Hizmet veren hekim, bilimsel ortamın getirilerinden yararlanır, güncel tıp konusunda daha kapsamlı bilgiye erişir, kariyer olanakları artar. Eğitim alan asistan, kendisini rotasyonlar değil, kendi uzmanlık alanının öğrencisi olarak hisseder. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun geliştirdiği yeni eğitim programı da bu amaca yönelik bir yıllık aile hekimliği pratiğini içermektedir.
5. Tıp öğrencileri, birinci basamaktaki aile hekiminin yanına hasta teması, saha deneyimi, klinik beceri uygulamaları için gönderilebilir. Bu yapılandırılmış ziyaretler kliniğe hazırlık programının bir parçası olarak sürdürülmelidir. Bu eğitime sağlık ocaklarında çalışan aile hekimleri gözlemci-eğitmen olarak katkıda bulunabilir. Böylece öğrenciler birinci basamağı, intörlük aşamasında halk sağlığı bakış açısıyla değil, daha okulun üçüncü senesinde aile hekimliği bakış açısıyla öğrenebilir.
6. Birinci basamakta çalışan aile hekimliği uzmanı asistanı sahiplenmeli, muayene, izleme, aşılamada, gebe mu-

ayenesinde yardımcı olmalıdır. Primer sorumlu üniversite olmalı ama hocası olmadığında öğrenci ortada kalmamalıdır.

7. Anabilim dalları asistan ve öğrencilerine gerçek ortamda uygulama olanağı sağlamalıdır. Öğrenci, birinci basamak işleyişini, kayıt tutma, ekip çalışması v.d. görüp uygulayabilmelidir.
8. Epidemiyolojik çalışmalar yapılmalı, sonuçlar paylaşılmalıdır. Aile hekimliği çalışmalarının bir ayağı birinci basamak merkezinde olmalı, geniş alan taramaları desteklenmelidir. Üniversite, tıbbi malzeme yönünden de destek sağlamalıdır.
9. Birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının geliştirilmesi için aile hekimliği uzmanlık eğitimi geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır. Birinci basamakta çalışan pratisyen hekimler bu doğrultuda eğitilmelidir.
10. Birinci basamakta tıp fakültelerine bağlı aile hekimliği uygulama ve eğitim merkezlerinin yanı sıra eğitim sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri veya aile hekimliği merkezleri oluşturulmalıdır.
11. Üniversitelerde aile hekimliği anabilim dalları aile hekimliği uygulama eğitimi verecek eğitimcileri yetiştirmeli, üniversite-sağlık örgütü işbirliği güçlendirilmelidir.
12. Üniversiteler, saha çalışmalarının planlanması, verilerin değerlendirilmesi ve yorumlanmasında rol almalıdır.
13. Üniversiteler kendi uygulama ve araştırma birimlerini kurmalıdır.
14. Aile hekimliği anabilim dalında diğer dallardan kişiler olsa da kadroda mutlaka bir aile hekimi yer almalıdır. Anabilim dalının hastanede polikliniği varsa, bakım standartları diğer aile hekimliği poliklinikleriyle aynı olmalıdır. Asistan eğitimine de standart getirilmelidir.
15. Aile hekimliği merkezlerine ve sağlık ocaklarına eğitici aile hekimleri verilmelidir. Üniversite görevlendirmeyi koordine etmeli ya da kendi aile hekimliği merkezlerini sahaya uyarlamalıdır.
16. Üniversite eğitiminin sahada mutlaka bir uzantısı bulunmalıdır: Araştırma görevlisi, burada hizmet alanlarla temas eder. Saha polikliniği yoksa sağlık ocağı ve ana çocuk sağlığı merkezinden yararlanılabilir. Burada çalışan -aile hekimi ya da deneyimli, eğitilmiş pratisyen hekim- ile işbirliği yapılabilir. Hizmet, anabilim dalına saha deneyimi kazandırır, klinik araştırmalara olanak sağlar. Hasta kapasitesi artar. Hizmet alanına ilişkin söyleyecek sözü olur.
17. İlişkiler; kısa, orta ve uzun vadede geliştirilmelidir: Kısa vadede; ilk yapılması her bölgede bir ya da iki anabilim dalı akademik, bilimsel ve donanım olarak güç-

lendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı bazı büyük AÇSAP ve sağlık ocaklarının kullanımını aile hekimliği bölümleriyle birlikte planlamalı, kadrolarına aile hekimlerini atamalı ve 6. sınıfların aile hekimliği stajının bir iki ayının buraya ayrılması sağlanmalıdır.

Şu anda, intörn öğrenciler bazı sağlık ocaklarına ya da kliniklere gönderilmektedir. Bir çok üniversitede bu dönem öğrencileri, lise 3. sınıfların ÖYS'na çalışması gibi TUS'a çalışmaktadırlar. Bu durum değiştirilmelidir.

Orta vadede; (Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği uygulamasına başlamasından sonra yapılması gerekenler) Herkesin bir aile hekimi olmalıdır. Aile hekimliği anabilim dallarına da mutlaka bir taban verilmelidir. Bunun bir kısmı doğrudan birinci basamaktaki aile hekimliği merkezinde yapılmalıdır.

Uzun vadede; Amerika, İngiltere, İskandinav ülkeleri ve Kanada gibi ülkelerin eğitim, yönetim ve uygulamaları ışığında kendimizi gözden geçirmeliyiz.

18. Eğitici aile hekimi ile üniversitenin affiliasyonu; Tercihan aynı bölge ya da ildeki anabilim dalı, aile hekimi ile sahada asistan eğitimi için anlaşma yapmalı, asistan eğitimi karşılığında (sembolik de olsa) bir ücret ödemeli, karne, edinilecek beceriler listesi vermeli, imzasını kabul edebilmelidir.
19. Araştırma ağı her ilde kurulmalı, yönetiminde bir akademisyen ve bir aile hekimi yer almalıdır. Akademisyenin planları ile aile hekiminin olanakları bir araya getirilmeli, planlama birlikte yapılmalıdır. Aile hekiminin koşullarına göre uygulamalıdır. İsim sıralamasında aile hekimi 1. veya 2. isim olmalıdır.
20. Akademisyenlerin aile hekimi için, aile hekiminin de akademisyenler için sürekli eğitim programı olmalı; Bir profesör kendi uygulama yeri yoksa, aile hekimine gelip piyasadaki yeni ilaçları, yeni protokollerin uygulamasını, test istemlerinin sonuçlarının dosyalanmasını, hasta veya koruyucu uygulamalarını yılda bir kez hatırlatmalı ve aile hekimi de Sürekli Tıp Eğitimi sertifikası almalıdır. Aynı teorik eğitim (aile hekimliği teorisinde, koruyucu hekimlik uygulamalarında, Dünya Sağlık Örgütü önerilerinde ve sağlık bakanlığı uygulamalarında v.d. değişiklikler açısından) üniversitede aile hekimine yapılmalıdır.
21. Eğitimde esnekliğin sağlanması; programı oluşturulurken ailehekiminden ihtiyaçlar her sene sorulmalıdır. Aile hekimi " artık geriatrik hastalarım arttı; kas iskelet sistemi hastalıkları ve ateller, eklem enjeksiyonları becerisine ihtiyacım oluyor" dediğinde ona ve öğrencilerinin becerilerine yönelik program oluşturulmalıdır. TAHYK (Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu)

Araştırma Komisyonu, Doç. Dr. Mehmet Urgan (Çok merkezli araştırmalar koordinatörü, EGPRN-TR temsilcisi), TAHUD web sitesi; www.tahud.org.tr bu konuda yararlanılabilecek kaynaklardır.

Teşekkür

Katkıları için Prof. Dr. Okay Başak, Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu, Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu, Doç. Dr. Zekeriya Aktürk, Doç. Dr. İsmail Hamdi Kara, Doç. Dr. Mehmet Urgan, Yrd. Doç. Dr. Serpil Aydın, Yrd. Doç. Dr. Kamile Marakoğlu, Yrd. Doç. Dr. Mümtaz Mazıcıoğlu, Yrd. Doç. Dr. Cahit Özer, Yrd. Doç. Dr. Ganime Sadıkoğlu, Yrd. Doç. Dr. Dilek Toprak, Yrd. Doç. Dr. Arzu Uzuner, Yrd. Doç. Dr. Pemra Ünalın'a teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Olgun Göktaş

*Aile Hekimliği Uzmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı,
Ertuğrulgazi Aile Hekimliği Merkezi, Bursa*

Kaynaklar

1. **Başak O.** Ülkemizde Tıp Eğitimi ve Aile Hekimliği: Yeni Açılımlar. Aktüel Tıp Dergisi 2004; 9: 17.
2. **Fraser RC.** Undergraduate medical education: present state and future needs. BMJ 1991; 303: 41-3.
3. The Contribution of the General Practitioner to Undergraduate Medical Education. Leeuwenhorst, Netherlands, May 1977.
4. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönergesi. Üçüncü Bölüm. Eğitim-Öğretim İlkeleri, 9. Madde, s:2.
5. **Urgan M.** Aile Hekimliği Pratiği ve Disiplininde Araştırmanın Yeri ve Önemi. Aktüel Tıp Dergisi 2004; 9: 127.
6. **Haffling AC, Hakansson A, Hagander B.** Early patient contact in primary care: a new challenge. Comment in: Department of Community Medicine, Lund University, Malmo, Sweden. Med Educ. 2001; 35: 901-8.
7. **Menarguez Puche JF, Gomez-Calcerrada Berrocal D, Gonzalez Diaz M, Saura Llamas J.** Undergraduate teaching of primary health care. A Delphi study. Aten Primaria. 1992;10: 876-9.
8. Clinical practice in academic medical center departments of family medicine. The Association of Departments of Family Medicine Task Force on Clinical Practice in US family medicine departments in academic medical centers. Fam Med. 1997; 29: 15-20.
9. **Himmel W, Kochen MM.** How do academic heads of departments of general practice organize patient care? A European survey. Br J Gen Pract. 1995; 45:231-4.