

Family medicine training in Turkey: some thoughts

Türkiye’de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşüncüler

Job FM Metsemakers¹

Good health is very important to people regardless of which country the question is asked. So delivery of good health care is seen by all governments as an important task. There are however many systems to deliver health care. An increasing body of evidence demonstrates that primary care oriented health systems consistently show greater effectiveness, greater efficiency and greater equity. Professor Barbara Starfield has demonstrated that for industrialised countries but also for middle and lower income countries. Furthermore the World Health Assembly 2009 adopted a resolution urging countries “to train and retain adequate numbers of health workers with appropriate skill mix including primary health care nurses, midwives, allied health professions and **family physicians** (bold by JFM) able to work in a multidisciplinary context in cooperation with non-professional community health workers in order to respond effectively to people’s health needs.” Together they set a clear direction for any government and it is the task of Wonca, as organisation representing family doctors, to support that development.

Based on my experience as a Dutch family doctor, as Professor and chair of a department of Family Medicine, a consultant to PHARE which guided the transition of Eastern European health care systems, as member of Euract, the European Academy of Teachers in Family Medicine, and as Honorary Secretary of Wonca Europe I can describe several different health care systems and also different approaches to train future Family Physicians. After a short overview of the Dutch health care system, the Dutch Family Medicine Residency program will be described, followed by a comparison of key issues in Europe and Turkey. At the end several suggestions for the developments in Turkey are made.

One issue however has to be clarified before: the different terms used to describe the primary care doctor. When using the term Family Physician/Family Doctor I mean a physician who had additional post graduate training in Family Medicine (according to European legislation at least three years). He is a specialist in Family Medicine.

The Netherlands and Its Health Care System

The Netherlands is a small country which has 16.5 million inhabitants. It has an aging population, with already 23% of population above 65 years. We have an increasing cultural diversity. The Netherlands always had immigrants from all countries and we had in the last century immigrants coming from Turkey and from Morocco. In the last few years, due to all the conflicts all around the world, we have seen many people with other nationalities coming in and seeking refuge in our country. That brings in other cultural habits to which we all have to adjust, which is not always easy. Life expectancy in the Netherlands is 78.8 years and still slowly increasing. Our country is at some places very near to Belgium and Germany. The population of Turkey 4.5 times larger (70.6-16 million) but your country is 23 times larger (783.562 km²-34.000 km²). The whole of the Netherlands could fit in this small part around Istanbul. Going from the south (Maastricht) to the central part of the country (Utrecht/Amsterdam) takes a train ride of 2-2.5 hours. Or from the south (Maastricht) to the far north (Groningen) it will be 4 hours by train. It also means that in the health care situation, from any family physician’s office to any hospital will be not more than 15 to 20 minutes by ambulance. Only in a very small part of the country the trans-

¹Honorary Secretary, WONCA Europe; Head of the Department of Family Medicine, Maastricht University, Professor, Maastricht, The Netherlands

port might need half an hour. So our challenges are different from the challenges faced in your country with some very populated areas and some very vast rural areas.

The position of family physicians in our health care system is very strong. Patients have to choose an obligatory private insurance, meaning we do not have a national health insurance system. Patients have to have a private company and they pay their premium to the private company. The law says everybody needs to be insured so for people with a very low income there will be some kind of government support in paying the insurance premium. Family physicians have a patient list, so they know exactly their patients. Patients have a free choice of a family physician but of course they very often choose the family physician which is near their home. A full time family physician has around 2,250 patients. With that number of patients the family physicians can do a good job. He and more often she can work properly. The payment system is mixed, meaning there is a capitation fee for every patient on the patient list and a fee for service for every service delivered (consolation but also an EKG). This will allow for housing of the practice, an assistant and nurses, leaving the family physician with a good income. Family physicians are responsible of the care for 24 hours/7 days. It is not a personal responsibility, but as family physicians we have to organise the out of hours service. First and direct access to the health care system is through the family physician as family physicians also have a gate-keeping role. This means that in order to see a specialist in the hospital, being an internist, a surgeon, a dermatologist, a cardiologist you have to see your family physician first. He will refer necessary. Of course if the patient breaks a leg on the street the ambulance will take the patient directly to the hospital. But if there is a small accident the family physician will be called first and he will go out to the street to see the patient then decides whether or not the patient can be treated in his practice or has to be referred to hospital.

The Netherlands spends 9 percent of the gross national product on health care, not on family physicians but on health care in general. And of this 9 percent health care, family medicine gets 4 percent. And with these 4 percent family physicians deal with 96% of all the health problems of the persons in their practice. So for the government family physicians in a gate keeping system are very important. They keep costs of the health care low. Without a referral system our health care system would be much more expensive as demonstrated by Barbara Starfield. So our government is really focusing on increasing all the activities which can be done in primary care, which can be done by family physicians. The government is more or less punishing the secondary care such as hospital based specialists. If they keep on seeing patients which are in a stable condition they will not be

reimbursed anymore. If a patient had a myocardial infarction and he is after two years in stable condition, the specialist will not get paid for further consultations. Because in that case it is within the task of the family physician to take control of the patient.

Only 25% of the family physicians work in a solo or in handed practice. Most family physicians work in group practices with two or three and sometimes in the bigger cities six to seven family physicians. One of the things which is changing is that family physicians work part time. Many are also participating in education and in research. Furthermore as the number of female family physicians is increasing, the number of part-time working family physicians is increasing. However we also see an increase of young male family physicians that start part time.

In the current situation in the Netherlands only 20% of the family physicians is female, but of our trainees only 20-35% is male. And some 60-65% is female, so within next 10-15 years, the majority of family physicians will be female.

Medical and Postgraduate Training

The Netherlands has a six year medical undergraduate curriculum which is competency based and described in a national framework. In total eight Universities have a medical school and a department of Family Medicine including the post graduate program for Family Medicine. This specialty training for Family Medicine requires three years of training.

The core characteristics of that specialty training are: (1) competency based, (2) dual, (3) partly self-steering, and (4) built on educational principles.

The term “competence” has become popular in the last six-seven years to describe what people should be able to do. In earlier times we differentiated knowledge, skills, and attitude as compromising what the learning should result in. Students should acquire knowledge and skills, and have a certain attitude. That was a good concept but it lacked the transition to the real life situation. So the competence is defined as the ability to perform a professional activity in a specific, authentic context. Such a competence can be demonstrated in a learning situation but at the end the family physician should perform in the real life situation, in his office. In the post graduate training we differentiate seven domains. Medical expertise is of course the building stone for each family physician. But you can have a lot of expertise but if you are not able to communicate it still is a difficult job to be a family physician. So doctor-patient communication is our second domain. Some times doctor-patient communication is seen as belonging only to the family physician

and not for instance to the competence of the surgeon. They think that they do not have to communicate with their patients as much as family physicians. Personally, I think that's not really true. I think they should be able to communicate as good as family physician because they also have a doctor-patient relationship. Family physicians also need to work together with other physicians, to collaborate with nurses in the practice. It is not something you just are able to do because you are becoming a family doctor. Collaboration is a domain to learn, as is Management. At a certain time family physicians have their own practice and should be able to manage that, manage their relation to the community, manage their preventive activities. More difficult is the domain of Accountability. Family physicians need to be aware that they serve people; they serve the patients, and in effect serve the society. Family physicians should look at the picture of the country also and realise that they are accountable for the fact that whole economic system, health care system remains sustainable. That also is something we should learn during the training. There is no future of a profession without developing science and education. So that is also a domain of our competence family physicians should learn. How to understand the literature and translate science into practice, and to become engaged in training students and future colleagues? The last domain is Professionalism which guides family physicians along certain ethical rules, such as how to deal for instance with the influence of the pharmaceutical companies which can be very demanding and very persuasive. These domains are the core of the medical curriculum and come back in a more focused form in three year specialty programme.

The programme is dual in the way that the trainees learn in two places. First they learn in the practice while seeing patients and learning from that. Secondly they learn in small group learning sessions at the department of Family Medicine. It is called partly self-steering meaning that the trainees get a very large responsibility of their own. They have to learn to find out what they should need to learn. It is not the task of a teacher to tell them things they already know. It is their own job to find out what they need to study. One of the other educational principles is that assessment guides learning.

The basic structure of the three year program is that the trainees will be working in a selected training family practice in year one and three. A practice can become a training site after accreditation of the practice, meaning the practice needs to fulfil a number of requirements such as office space, record keeping, enough assistance and nurses, access to internet books. Furthermore the practice should provide facilities to videotape consultations of the trainee. In order to become a trainer in the

specialty program the family physician has to follow educational courses. Otherwise the family practice will not be selected as a training site.

In the first year trainees spend four days in practice on a one to one basis with one family physician who acts as direct supervisor giving them feedback on a daily basis. The trainees come to the department one day a week in which they have small group sessions and talk about issues they have encountered in their practice. So this is the dual system of practice and department as described before. In that first year it is of course introduction and refreshing many topics they already learned. They focus on the ten most common complaints patients present, so that they get the feeling how to handle these. They have to learn how to use time as a diagnostic tool, how to communicate in several situations. And of course chronic diseases are already becoming part of their work. Very important are also the unexplained complaints. Family physicians very often see patients with complaints we cannot directly explain, or link to a certain disease. They need to learn how to deal with these and not to jump directly to laboratory work, or referral. They should learn a dual path to handle these complaints looking at a somatic origin but also at the psychosocial aspect. In that first year the trainees start learning about management of their own time schedule. Furthermore they are trained to look for evidence for diagnostic or therapeutic options. Science is not going to Google and take the first hit you see, what they wrote about a certain disease. Learning about science is how to use literature to find answer to the question: What is the best treatment for a Bell's palsy at this moment.

In their second year the trainees go to other settings. They spend six months at the emergency department in a hospital where they have to see surgical, internal and trauma patients. They will be on duty call there and are part of the team. But they also come back to the department on a number of days for what we still call "the vocational training days". Because they have to reflect on what they have seen in their training situation, they have to reflect and set their learning goals. Again they work in small group sessions.

The trainees also have to spend three months in a mental health institution looking at more psychological and psychiatric disorders and their treatment. They take part of what they learn back to their family practices because mental health problems such as depression, anxiety and phobias are part of the normal work of a family physician. Again the trainees come back weekly for vocational training sessions. If trainees have worked in the field of mental health for a long time they can also choose another elective during these three months.

In the third period of the second year the trainees spend three months in a nursing home. That is a facility especially for elderly people that need long term complex chronic care, which cannot be provided at their own home by the family physician. It concerns patients with dementia, patients that need palliative care, patients with ALS. These problems start at the level of the family physician and therefore trainees should learn the complexity of these problems. Again weekly training days at the department and if trainees already have worked in a nursing home they can do an elective in another specialty.

Then in year three they go to a family physician's practice, not the same one as in the first year. Basically the setting looks the same: supervision on a one to one basis and a small group work at the department, but there are differences. The trainee should start working much more as a family physician already. The trainees should also be involved in practice management, getting tasks in the practice. They also have much more responsibility for their own program, their own needs then in the first year. In the first year it is problem based learning which is strongly guided and the last year, it is problem based learning which they have to guide and set up themselves. In that last year more emphasis is placed on disease management for chronic and complex diseases. Some trainees also engage in research activities. Furthermore trainees have to work on their professional development, and have to start planning for the future. Questions like: where do I want to work, how do I find a practice, how do I select a practice, how do I learn enough about practice management.

There are a number of other topics which are part of the structure of such a training program: formative and summative assessment; training the trainers; combining to write a PhD thesis with the formal training scheme, the arrangements of part-time training, and of course the payment to trainees and the family physicians who act as trainers.

Comparison of Key Issues Europe and Turkey

To compare key issues of the family medicine specialty training in European countries and Turkey the database of EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine) was used. Council members of EURACT gather the data of their own country and fed that into the database giving an overview of many aspects of such a training program.

The length of post graduate family medicine specialty training in 26 countries:

- 3 years: 13 countries
- 4 years: 7 countries
- 5 years: 6 countries

Turkey has a 3 year program and is among good company of many countries.

Another important issue is the time spent in the family practice setting versus the time spent in a hospital setting.

Duration Family Practice setting > duration Hospital setting: 11 countries

Duration Family Practice setting = duration Hospital setting: 7 countries

Duration Family Practice setting < duration Hospital setting: 8 countries

Trainees in Turkey spend more time in the Hospital setting than in a family practice setting, seeing other kinds of patients than they will see in the family practice setting. Six countries do not have a required minimum time trainees have to spend in a family practice setting, meaning a trainee can spend time in a family medicine setting, but they are not required by the legislation or the programme. They can spend all the time in a hospital setting. These six countries are: Austria, Greece, Moldavia, Romania, Switzerland and Turkey. So Turkey is not alone on this key issue, but it still feels very strange to spend 36 months in a hospital setting to learn the family medicine specialty training.

One of the other issues is who is responsible for the family medicine specialty training in Europe. In many countries four different organisations can be distinguished: universities, the national government, a regional organisation, a professional or academic body. In many countries two organisations are involved while in seven countries three organisations are involved: mostly the universities, the national government and a professional body. Universities are involved in 30 countries out of the 36, meaning that not all countries involve the universities in the training program. In Turkey three organizations are responsible: the professional body (TAHUD), the universities and the government.

So summing up this short comparison of key issues: Turkey has a three year training programme comparable to other countries; the training site duration in family practice is lower than most countries and there is no required minimum; that is a danger. It is like training a car mechanic in the factory of airplanes. A car and an airplane are both machines but they have some great differences. So that is strange. On the good side Turkey has three responsible organisations, including universities.

Some Thoughts on the Future of Family Medicine in Turkey

My thoughts are based on the experience of WONCA in many countries which have made changes in the health care system and the position of family physicians.

Important issues are:

- the date of change or transition,
- the training sites for family medicine training,
- the position and the role of the departments of family medicine,
- the conflicting situations in the primary health care system.

The Date of Change or Transition

Common in many countries is that at a certain time a decision is made that family medicine should become a specialty requiring post graduate specialty training. Normally that means that from a certain date new medical graduates cannot work as a family physician unless they followed the then compulsory family medicine specialty training. Before that date there are different routes to become a family physician, after that date there is only one way to become one. Turkey has officially not set such a date which means that is still possible to go different routes to become a physician working in primary care. The question is whether that is helping in the development of primary care or family medicine. It is certainly not a clear signal to medical students.

Deciding that for new medical graduates postgraduate family medicine training is required to become a family physician, means that one has to take into account the group of practitioners which already are working in primary care. Transition can be done in two ways: direct or retraining. In 1974 the Netherlands changed the basic medical education which was seven years and set it to six years. At the same time it was decided that everybody wanting to work as a family physician had to follow the post graduate family medicine training. So all new students coming out basic medical education in and after 1974 who were thinking of becoming a family physician, had to enrol in the family medicine specialty training. No questions, no exceptions. At the same time it was decided that all the physicians working already in primary care as family physicians would have the same title and position as the ones coming out of the post graduate family medicine specialty training. But all had to re-certify every five years meaning that they had participated in continuous medical education. It was a one time offer to all the physicians working in family medicine. This direct transition was possible because the duration of the basic medical training was decreased and obligatory re-certification could be enforced.

The other option is re-training and is much more common. Lithuania has done that after the independence and the changing of their health care structure. Earlier on the health care was very much secondary care oriented. They had specialists in what was called primary care. To the internists in the community they said: we want family physicians in primary care. They offered retraining, actu-

ally made it obligatory. If the internists did not follow the training they had to go to work in the hospital. The re-training consisted of several modules with a final examination. Following the training was facilitated by providing study leave and payment. It took Lithuania 2 years to complete this for all the physicians. In Indonesia they also have this kind of a problem. After completion of their medical school the doctors go and work in hospitals where they sometimes stay for several years. A part of these so called practitioners will go to specialty training in internal medicine or cardiology. A number of them will continue working as practitioner in the hospital. But a number of them set up a private office or a health clinic, where as practitioner deal with all kind of health problems. The government recognised that the competencies of these practitioners were not sufficient to see them as the strong force, as the leading force in the primary care setting. So some voluntary courses were set up lasting one day each week during one year. That was the plan but there was no financial compensation and the drop-out rate was very high. These practitioners had to pay to get in the course, they were losing money because they could not work during that day in their own practice. So this was not very popular. At a certain moment one of the health insurance companies said they would provide a course of six hours and after following that course we will consider you as a family physician. Now they are in a situation they have practitioners without any special training, practitioners with some special training. In fact there is no clear direction and Indonesia is caught in between in not making a clear decision on how to handle the training of practitioners working in the primary care setting.

Turkey has also made some decisions in relation to the development of the Family Health centres. Practitioners need to become a family physician in order to work in such a health centre. Therefore they had to re-train to become a family physician following a six day course. For the second phase of re-training there are plans to do so with e learning and in their own practice while working part-time. It will be clear that a six day course will have limited impact on the competency level of the practitioner. And for the second phase it looks like a complicated set up. To guarantee the fundamentals for such training in practice one needs a program and trained trainers who will supervise the trainees, and give them feedback. That has to be done on a regular almost daily basis and it is not clear of e learning will support such a program and provide a good learning environment. Furthermore will he really be able to see only half of his patients so the trainee will have enough time for this educational program? And in the end he will be a family physician and not a family medicine specialist. Turkey will also have this complicated dual system of two different family physicians working.

The Training Sites for Family Medicine Specialty Training

For the family medicine specialty training it is possible to place a trainee 18 months in primary care setting and 18 months in hospital setting. But it is not easy and not a regular pattern as many research and training hospitals only provide hospital settings for their trainees. As said before one should train a person in his future working environment. If the family medicine specialist should work in the primary health care, he should be trained in the primary health care setting. That is not to say that he should not receive training in the hospital setting but the majority of the time should be in primary care. So there is an urgent need for training sites for all the trainees.

The Position and the Role of the Departments of Family Medicine

In many countries the family medicine specialty training is linked to a university department. The academic environment is very necessary to gain more knowledge on a scientific basis. In this way trainees also learn about research which is part of the profession. Medicine is an academic discipline and trainees should be aware of that. Working physicians should be aware of the fact that they should, invited by university departments, contribute to the development of that science. Furthermore they should also be able to understand what comes out of that science. They should be able to read and understand an article and distinguish a good article from a bad article. University departments of family medicine play a crucial role in this field which should be a part of the training. It seems the scientific environment is already developed but the link to the family medicine specialty training can be strengthened.

The Conflicting Situations in the Primary Health Care System

It seems that a number of regulations hinder the link between the departments and the primary care setting. Family medicine department teachers cannot see patients in the primary care setting, they cannot teach in the primary care setting. Residents cannot learn in the primary care setting as they stay in hospital settings. Remember the example of the car mechanic learning in a factory of airplanes. Not the best opportunity for learning. There are also differences between the physicians working in the same setting: specialists and practitioners have different regulations and different benefits. It is of course very sympathetic for the government to pay physicians differently if they have been trained differently but if they have to do the same work it becomes a little bit awkward. It might be that all these issues keep the

interest for family medicine specialty training lower than would be expected in a country like Turkey.

Conclusion

From the point of Wonca Europe the responsibility for the development of the health care system and Family Medicine within that system lies with the Turkish government in collaboration with TAHUD. WONCA Europe as an organisation supports its member organizations, observes the developments, questions them, and encourages certain developments. Our comments are based on what we have learned from the experiences in many other countries. Looking at Turkey it seems that the government has set a course for the development of the family medicine and FM specialty training. The government has made regulations and is planning to adapt regulations. We recognize the huge efforts which are needed to change healthcare systems. It is not something you do overnight. Furthermore one has to be aware of the fact that sometimes a change in one direction can mean a loss in another part of the organisational system.

The following advices can be formulated. It is advisable to set an official date of change. Clear for everyone that after that date there is only one direction for entering the primary care system as a family medicine specialist. Furthermore make sure of that at least half of the training time is obligatory in a primary setting. Invest in primary care training sites and train the primary care trainers. Reconsider the current re-training as phase 1 of six days is not sufficient and for phase 2 it is absolutely not clear if it will result in the competencies needed. Furthermore the feasibility remains uncertain. Organise or allow closer links between university departments and primary care settings. Primary care is the learning ground for the family medicine specialty training so see that universities and primary care can work better together. It might need the change of some of the regulations. Additionally pay attention to the conflicting situations in health care system, such as the different regulations for the physicians working at the same workplace.

WONCA Europe invites government officials and other parties to meet with us. We are always happy to assist. It is also an invitation to attend our conferences as they provide a good view on what is going on in the different countries around Europe. It may be comforting that Turkey is not an exception in the way that you are struggling with a number of issues. Many countries, even countries with a very well established family medicine system, struggle with changes, struggle with economic changes and struggle with the restructuring health care system. WONCA Europe is always willing to assist and sees it as her task to warn for certain developments.

Türkiye’de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşünceler

Family medicine training in Turkey: some thoughts

Job FM Metsemakers¹

Sağlığın iyi olması tüm ülkelerdeki insanlar için çok önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin iyi sunulmasını tüm hükümetler önemli bir görev olarak görür. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumu için pek çok değişik sistem vardır. Kanıtlar birinci basamak yönelimli sağlık sisteminin daha etkili, daha verimli ve daha eşit olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir. Profesör Barbara Starfield bu gerçeğin sanayileşmiş ülkeler için olduğu gibi, orta ve düşük gelirli ülkeler için de geçerli olduğunu göstermiştir. Ayrıca Dünya Sağlık Asamblesi 2009 yılında ülkelerin “birinci basamak sağlık hizmetinde çalışmak ve insanların sağlık gereksinimlerine etkin yanıt verebilmek üzere yeterli sayıda hemşire, ebe, yardımcı sağlık meslek çalışanları ve aile hekimlerini, multidisipliner bir çalışma ortamında profesyonel olmayan toplum sağlığı çalışanları ile işbirliği içinde çalışabilmeleri için eğitmeleri ve istihdam etmeleri gerektiği” kararını vermiştir. Bu bağlamda hükümetler için açık bir yön de belirlenmiştir ve aile hekimlerini temsil eden bir organizasyon olarak bu gelişimi desteklemek WONCA’nın görevidir.

Hollandalı bir aile doktoru, Profesör ve Aile Hekimliği bölüm başkanı, Doğu Avrupa sağlık sistemlerinin geçiş sürecini yönlendirilen PHARE danışmanı, EURACT (Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi) üyesi ve WONCA Avrupa Genel Sekreteri olarak yaşadığım deneyimlerime dayanarak, geleceğin Aile Hekimlerini eğitmek için birkaç farklı sağlık sistemi ve farklı yaklaşımdan bahsedeceğim. Hollanda sağlık sistemini kısaca özetledikten sonra, Hollanda Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitim programını, Avrupa ve Türkiye için önemli konuları karşılaştırarak açıklayacağım. Yazının sonunda Türkiye’deki gelişmeler için çeşitli öneriler yer alacaktır.

Öncelikle bir konuya açıklık getirmek gerekir: Birinci basamak hekimi için değişik terimler kullanılmaktadır. Aile Hekimi/Aile Doktoru terimini kullanırken Aile Hekimliği konusunda ek uzmanlık eğitimi almış bir hekimden söz ediyorum (Avrupa mevzuatına göre en az üç yıl). Bu hekim aile hekimliği uzmanıdır.

Hollanda ve Sağlık Sistemi

Hollanda 16.5 milyon nüfusu olan küçük bir ülkedir. Yüzde 23’ü 65 yaşın üstünde olan yaşlanan bir nüfusa sahiptir. Giderek artan kültürel bir çeşitliliğe sahibiz. Hollanda’da her zaman tüm ülkelerden gelen göçmenler vardı; son yüzyılda Türkiye’den ve Fas’tan da göçmenler gelmiştir. Son birkaç yıldır, tüm dünyadaki çatışmalar nedeniyle, diğer milletlerden gelen ve ülkemize sığınan birçok insan vardır. Bu durum beraberinde alışmamız gereken başka kültürel alışkanlıkları getirmekte olup kolay bir durum değildir. Hollanda’da yaşam beklentisi 78.8 yıldır ve bu hala yavaş yavaş artmaktadır. Ülkemizin bazı bölgeleri Belçika ve Almanya’ya çok yakındır. Türkiye’nin nüfusu 4.5 kat daha fazladır (70.6-16 milyon), ancak ülkenizin yüzölçümü 23 kat daha büyüktür (783,562 km² / 34,000 km²). Tüm Hollanda İstanbul çevresinde küçük bir bölüme sığabilir. Güneyden (Maastricht) ülkenin orta kesimine (Utrecht / Amsterdam) trenle gitmek 2-2.5 saat sürmektedir. Ya da güneyden (Maastricht) en kuzeye (Groningen) gitmek trenle 4 saattir. Sağlık durumu açısından bu herhangi bir aile hekiminin sağlık merkezinden herhangi bir hastaneye ambulansla ulaşması en fazla 15 ila 20 dakika demektir. Sadece ülkenin çok küçük bir kısmında ulaşım için yarım saat gerekebilir. Yani bizim yaşadığımız zorluklar, bazı çok kalabalık bölgeleri ve çok geniş kırsal alanları olan ülkenizde yaşanan zorluklara nazaran çok farklıdır.

Bizim sağlık sistemimizde aile hekimlerinin pozisyonu çok güçlüdür. Hastalar zorunlu bir özel sigorta seçmek zorundadır; yani ulusal sağlık sigortası sistemimiz yoktur. Hastalar özel bir şirkete bağlı olmak ve bu özel şirkete kendi primini ödemek zorundadır. Yasalara göre herkes sigortalı olmak zorunda olup, çok düşük gelirli insanlar için sigorta priminin bir kısmına devlet desteği olasıdır. Hasta listeleri olduğu için aile hekimleri tam olarak tüm hastalarını bilirler. Hastalar aile hekimlerini serbestçe seçebilmekle birlikte genellikle evlerine yakın aile hekimini seçmektedirler. Tam gün çalışan bir aile hekiminin ortalama 2,250 hastası bulunur. Bu sayı ile aile hekimleri iyi bir iş çıkarabilir. İşini düzgün yapabilir.

¹) Honorary Secretary, WONCA Europe; Head of the Department of Family Medicine, Maastricht University, Professor, Maastricht, The Netherlands

Kadın hekimler çoğunluktadır. Ödeme sistemine göre hem hekimin listesinde bulunan hasta başına, hem de yapılan iş başına (örneğin EKG) ücret ödenir. Böylece aile hekimi iyi bir gelir sahibi olarak kirasını, asistan ve hemşirelerinin ücretini karşılayabilir. Aile hekimleri 24 saat / 7 gün süreyle hastalarının bakımından sorumludur. Bu kişisel bir sorumluluk olmamakla birlikte, aile hekimleri olarak çalışmadığımız saatlerde de hastanın bakımını organize etmekle yükümlüüz. Aile hekimi zorunlu giriş kapısını oluşturma görevi (sevk zinciri) sayesinde hastanın sağlık sistemine ilk ve doğrudan erişimini sağlar. Bunun anlamı şudur; hasta bir iç hastalıkları uzmanı, cerrah, dermatolog ya da kardiyologu görmeden önce aile hekimini görmek zorundadır. Aile hekimi gerekli gördüğünde sevk edecektir. Hasta sokakta bacağı kırarsa elbette ambulans onu doğrudan hastaneye götürecektir. Ancak küçük bir kaza olduğunda, önce aile hekimi çağrılacak ve o da hastayı görerek, hastasının ayakta tedavi edilmesine veya hastaneye sevk edilmesine karar verecektir.

Hollanda gayri safi milli hasılasının %9'unu sağlık hizmetlerine (yalnızca aile hekimleri değil, genel sağlık hizmetlerine) harcamaktadır. Bu %9'un %4'ü aile hekimlerine gitmektedir. Bu %4 ile aile hekimleri kendi sorumluluğundaki kişilerin tüm sağlık sorunlarının %96'sı ile başa çıkmak zorundadır. Yani hükümet için aile hekimlerinin giriş kapısını oluşturma görevi çok önemlidir. Aile hekimleri sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmektedir. Barbara Starfield'in de gösterdiği gibi sevk sistemi olmadan sağlık sistemimiz çok daha pahalı olacaktır. Bu nedenle hükümetimiz birinci basamakta aile hekimleri tarafından sunulabilecek hizmetleri artırmaya odaklanmaktadır. Hükümet, hastanede çalışan uzmanlar gibi ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanları cezalandırma eğilimindedir. Stabil durumdaki hastaları takip ettiklerinde ödeme yapmamaktadır. Miyokard infarktüsü geçiren bir hasta iki yıl sonra stabil durumda ise, uzmana yaptığı konsültasyonlar için artık para ödenmemektedir. Bu durumda bu hastanın kontrolleri aile hekiminin görevidir.

Aile hekimlerinin yalnızca %25'i tek başına veya desteklenen sağlık merkezlerinde çalışmaktadır. Aile hekimlerinin çoğu ise iki veya üç ve bazen büyük şehirlerde altı-yedi aile hekiminden oluşan gruplar şeklinde büyük merkezlerde çalışır. Değişen şeylerden biri de aile hekimlerinin artık yarı zamanlı (part-time) çalışabilmesidir. Birçoğu da eğitim ve araştırmalara katılmaktadır. Kadın aile hekimlerinin ve yarı zamanlı çalışan aile hekimlerinin sayısı artmaktadır. Yarı zamanlı olarak başlayan genç erkek aile hekim sayısında da artış görülmektedir.

Hollanda'da mevcut durumda aile hekimlerinin yalnızca %20'si kadın olmakla birlikte asistanların yalnızca %20-35'i erkek, %60-65'i kadındır. Bu nedenle önümüzdeki 10-15 yıl içinde aile hekimlerinin çoğunluğunu kadınlar oluşturacaktır.

Tıp Eğitimi ve Uzmanlık Eğitimi

Hollanda'da ulusal düzeyde tanımlanmış ve yeterliğe dayalı altı yıllık bir tıp eğitimi vardır. Toplam sekiz üniversitede tıp fakültesi bulunmakta ve bunların hepsinde uzmanlık eğitimi de veren aile hekimliği bölümleri yer almaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yılda tamamlanmaktadır.

Uzmanlık eğitiminin temel özellikleri şöyle sıralanabilir: (1) Yeterliğe dayalı, (2) ikili, (3) kısmen öğrencinin yönetiminde ve (4) eğitim ilkeleri üzerine kurulmuş olması.

İnsanların bir şeyi yapabilme becerisi anlamındaki "yeterlik" sözcüğü son altı-yedi yıldır bir hayli popüler olmuştur. Daha önceleri öğrenmenin bilgi, beceri ve tutum olarak farklı sonuçları olduğu hakkında ortak bir görüş bulunmaktaydı. Öğrencilerin bilgi, beceri ve belli tutumları kazanmaları gerekiyordu. Bu kavramsal düzeyde iyi bir tanımlama olmakla birlikte pratiğe dönüşmesi olası değildi. Böylece profesyonel etkinliklerin özgün ve gerçek bağlamında gerçekleştirilebilmesi anlamında yeterlik tanımlanmıştır. Sözü edilen yeterlik öğrenme sürecinde gösterilebildiği gibi, sonunda aile hekimi tarafından gerçek hayatta da uygulanabilecektir. Mezuniyet sonrası eğitimde biz ayrılaşmış yedi alan tarif ediyoruz. Tıbbi alanda uzmanlaşma elbette tüm aile hekimleri için temel yapı taşıdır. Ancak uzmanlığınız ne kadar gelişmiş olursa olsun iletişim kuramıyorsanız bir aile hekimi olarak işiniz bir hayli zor olacaktır. Yani hasta hekim iletişimi ikinci önemli alandır. Bazen bu iletişim yalnızca aile hekimleri için önemliymiş gibi görülmektedir. Diğer dal hekimlerinin bir aile hekimi kadar hasta ile iletişim kurmasının gerekmediği düşünülmektedir. Benim düşünceme göre bu doğru değildir. Bence her hekim bir aile hekimi kadar hastaları ile iyi bir iletişim kurmalıdır, çünkü onların da hasta hekim ilişkisi vardır. Aile hekimleri ayrıca diğer hekimler, hemşireler ile işbirliği içerisinde çalışmak zorundadırlar. Bu aile hekimi olduğunuz için kendiliğinden başarabileceğiniz bir şey değildir. İşbirliği, tıpkı yönetim gibi öğrenilmesi gereken bir alandır. Aile hekimleri tıpkı sahibi oldukları birimler gibi toplumla ilişkilerini, sağlığı koruyucu etkinliklerini yönetebilmelidirler. En zor alan mali sorumluluktur. Aile hekimleri insanlara, hastalarına, sonuç olarak topluma hizmet ettiklerinin farkında olmalıdırlar. Ülkenin genel resmine bakarak tüm ekonomik sistemin, sağlık sisteminin sürdürülebilir olmasından sorumlu olduklarının bilincinde olmalıdırlar. Bu da eğitim sırasında öğrenilmesi gereken bir alandır. Hiç bir mesleğin bilim ve eğitimde kendi gelişimini sağlamadan bir geleceği olamaz. Bu da aile hekiminin yeterli olması gereken alanlardan birisidir. Gelecekte meslektaşımız olacak öğrencilerimizin, bilimsel çalışmalarını anlayıp, bilimi uygulamaya dönüştürmelerini nasıl sağlayacağız? Son alan ise aile hekiminin belli etik kurallar çerçevesinde hareket et-

mesine rehberlik eden mesleki yeterlidir; örneğin bazen çok ikna edici ve talepkar olan ilaç firmalarının etkileri ile nasıl başa çıkılacağı gibi. Bu alanlar tıp müfredatının çekirdek alanları olup üç yıllık uzmanlık eğitimi sırasında derinlemesine işlenmektedir.

Program, asistanların iki farklı eğitim ortamında öğrenmeleri anlamında ikili bir eğitimidir. Birincisi uygulama ortamında hastaları görerek öğrenirler. İkincisi aile hekimliği bölümünde (aile hekimliği anabilim dalı / kliniği, Ed.) küçük grup çalışmaları ile öğrenirler. Bu ikili eğitime kısmen öğrencinin yönetiminde denir, çünkü öğrenci kendi eğitiminde çok geniş sorumluluk almaktadır. Ne öğrenmeleri gerektiğini kendileri bulmak zorundadırlar. Eğiticinin öğrencileri zaten bildikleri konularda eğitmek gibi bir görevi yoktur. Ne çalışmaları gerektiğine karar vermek kendi görevleridir. Değerlendirmenin öğrenmeye rehberlik etmesi de diğer bir eğitim ilkesidir.

Uzmanlık öğrencisinin eğitiminin ilk ve son yılı süresince bir aile hekimliği eğitim biriminde çalışması, üç yıllık uzmanlık eğitimi programının temelini oluşturmaktadır. Aile hekimliği birimi ancak yeterli çalışma alanı, uygun kayıt tutma, yeterli yardımcı personel ve hemşire, internet kaynaklarına erişim gibi temel koşulları sağlayıp akredite olduktan sonra eğitim birimi haline gelebilir. Ayrıca birim, uzmanlık öğrencisinin hasta görüşmelerinin görsel-ışitsel olarak kaydedilebileceği donanıma da sahip olmalıdır. Uzmanlık eğitiminde eğitici olarak görev almak isteyen aile hekimi gerekli eğitim programlarına da katılmalıdır. Bu koşulları sağlamayan aile hekimliği birimleri eğitim merkezi olamazlar.

Uzmanlık öğrencileri ilk yıllarında haftada dört gün, eğitimlerinden doğrudan sorumlu olan ve kendilerine günlük olarak geribildirim veren aile hekimi ile bire bir çalışırlar. Haftanın geri kalan bir gününü ise aile hekimliği bölümünde geçiren öğrenciler küçük grup çalışmaları ile hafta boyunca eğitim biriminde karşılaştıkları konu ve sorunları tartışırlar. Dolayısıyla bu daha önce tanımlandığı gibi, birinci basamak eğitim merkezinin ve (aile hekimliği) bölümün oluşturduğu ikili sistemdir. Elbette bu ilk yıl içinde öğrenciler daha önceden öğrenmiş oldukları pek çok konuyu hem uygulama hem de tazeleme fırsatı bulurlar. En sık karşılaşılan on yakınma üzerine odaklanılması ile bunları nasıl yönetecekleri hakkında fikir sahibi olurlar. Zamani bir tanı aracı olarak nasıl kullanacaklarını ve çeşitli durumlarda nasıl iletişim kuracaklarını öğrenmelidirler. Kronik hastalıklar da, elbette, işlerinin bir parçası haline gelmektedir. Açıklanamayan yakınmalar da çok önemlidir. Aile hekimleri doğrudan açıklayamadığımız veya belli bir hastalığa bağlayamadığımız yakınmalar ile oldukça sık karşılaşırlar. Bu durumları nasıl yöneteceklerini ve hemen laboratuvar testlerine veya sevk yoluna başvurmamayı öğrenmeleri gerekir. Bu tür yakınmalara, bir yandan somatik nedenlerini araştır-

rırken öte yandan da psikososyal yönünü göz önüne alacakları ikili bir yaklaşım göstermeyi öğrenmelidirler. İlk yıl içinde uzmanlık öğrencileri kendi zaman planlarını yapmayı da öğrenmeye başlarlar. Buna ek olarak tanı ve tedavi seçenekleri hakkında kanıt aramayı da öğrenirler. Bilim, belli bir hastalığı Google'a yazıp en baştaki arama sonucunu dikkate almak değildir. Bilimsel öğrenme, sorularımıza yanıt bulmak için literatürü nasıl kullanacağımızı öğrenmektir: Şu anda Bell paralizisi için en iyi tedavi seçeneği nedir?

Uzmanlık öğrencileri ikinci yıllarında diğer klinik ortamlarda çalışırlar. Bir hastanenin acil servisinde yaptıkları altı aylık rotasyon süresince cerrahi, dahili ve travma hastalarını görmelidirler. Burada nöbet tutarlar ve o ekibin bir parçası olurlar. Ancak bu süre içinde de, bizim "uzmanlık eğitimi günleri" olarak adlandırdığımız günlerde bölüme gelirler. Çünkü buldukları eğitim ortamında gördükleri ile ilgili olarak yansıtma yapmaları ve öğrenme hedefleri belirlemeleri gerekmektedir. Burada da küçük grup çalışmaları kullanılır.

Öğrenciler, psikolojik ve psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri hakkında deneyim kazandıkları üç aylık bir ruh sağlığı birimi rotasyonu da yapmak zorundadırlar. Öğrendiklerinin bir kısmını depresyon, anksiyete ve fobi gibi ruh sağlığı sorunlarının günlük klinik pratiğin önemli bir parçası olduğu aile hekimliği ortamında kullanırlar. Burada da öğrenciler haftalık eğitim günleri için aile hekimliği bölümüne geri dönerler. Eğer öğrenciler daha önce ruh sağlığı alanında uzunca bir süre çalışmışlar ise bu üç ay için farklı bir seçmeli rotasyon yapabilirler.

İkinci yılın üçüncü döneminde üç aylık bir yaşlı bakımevi rotasyonu yer alır. Bu kurumlar özellikle uzun süreli karmaşık kronik bakım gereksinimi duyan ve bu bakımın evlerinde, aile hekimleri tarafından verilemeyeceği yaşlı hastalar içindir. Bunlar arasında demans hastaları, palyatif bakıma gereksinimi olan hastalar ve ALS hastaları yer alır. Bu sorunlar aile hekimliği düzeyinde başladığı için uzmanlık öğrencileri bu sorunların karmaşıklığını öğrenmelidirler. Yine bölümdeki haftalık eğitimlere katılan uzmanlık öğrencileri, ruh sağlığı örneğinde olduğu gibi, uzun süreli bir bakımevi deneyimine sahiplerse bu üç aylarını farklı bir uzmanlık dalında seçmeli rotasyon yaparak değerlendirebilirler.

Uzmanlık öğrencisi, eğitiminin üçüncü yılında yine aile hekimliği eğitim biriminde çalışır. Ancak bu birim ilk yıl çalıştığı birim olmaz. Çalışma sistemi temelde aynı (eğitim sorumlusu ile bire bir çalışma temelinde geribildirim ve bölümde küçük grup çalışmaları) gibi görünmekle birlikte bazı farklar bulunmaktadır. Öğrenci artık daha çok bir aile hekimi gibi çalışmaya başlamalıdır. Birim yönetimine ve birimdeki görevlerin yerine getirilmesine daha çok katılmalıdır. Ayrıca ilk yıllarına göre öğrenciler kendi programları ve gereksinimleri konusunda

daha fazla sorumluluk üstlenmelidirler. İlk yıllarında güçlü bir yönlendiriciliğin sağlandığı probleme dayalı öğrenme süreci son yılda öğrencilerinin kendilerinin yönlendirdiği ve tasarladığı bir probleme dayalı öğrenme şekline dönüşür. Son yıl kronik ve karmaşık hastalıkların yönetimine daha fazla ağırlık verilir. Bazı öğrenciler araştırma etkinliklerinde görev alırlar. Bu yıldan başlayarak mesleki gelişimleri üzerinde çalışmak ve gelecekle ilgili planlamaya başlamak durumundadırlar. Bu dönem, “Nerede çalışmak istiyorum?”, “Çalışacağım birimi nasıl bulacağım?”, “Çalışacağım birimi nasıl seçeceğim?” ve “Aile hekimliği biriminin yönetimini yeterince nasıl öğreneceğim?” gibi sorulara yanıt aradıkları bir dönemdir.

Bu tür bir eğitim programının yapısında yer alan başka yapıtaşları da bulunmaktadır: Şekillendirici (gelişimi hedefleyen) ve düzey belirleyici değerlendirme; eğitici eğitimi; resmi eğitim programı ile uzmanlık tezi yazımının birleştirilmesi, yarı-zamanlı eğitimin düzenlenmesi ve elbette öğrencilerin ve eğitici aile hekimlerinin ücretlendirilmesi.

Avrupa ve Türkiye’de Önemli Noktaların Karşılaştırılması

Avrupa ülkeleri ve Türkiye’deki aile hekimliği uzmanlık eğitimine ait önemli noktaları karşılaştırmak için, EURACT (Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Eğiticileri Akademisi) veri tabanı kullanılmıştır. EURACT konsey üyeleri kendi ülkelerinin verilerini toplayarak veri tabanına aktarmışlardır ve böylece bu tip bir eğitim programını birçok açıdan değerlendirmek mümkün olmuştur.

Yirmi altı ülkede mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi:

- 3 yıl: 13 ülke
- 4 yıl: 7 ülke
- 5 yıl: 6 ülke

Türkiye’de birçok ülkede olduğu gibi 3 yıllık bir program vardır.

Bir başka önemli nokta; hastane ortamında harcanan zamana karşılık aile hekimliği uygulama ortamında harcanan zamandır:

- Süre – Saha > Süre - Hastane Ortamı: 11 Ülke
- Süre – Saha = Süre - Hastane Ortamı: 7 Ülke
- Süre – Saha < Süre - Hastane Ortamı: 8 Ülke

Türkiye’deki uzmanlık öğrencileri hastane ortamında aile hekimliği ortamından daha fazla zaman harcıyorlar ve birinci basamakta görebileceklerinden daha farklı hasta gruplarını görüyorlar. Altı ülkede, uzmanlık öğrencileri-

nin aile hekimliğinde geçireceği en az süre tanımlanmamış durumdadır. Başka bir deyişle, uzmanlık öğrencisi aile hekimliği uygulamasında zaman geçirebilir, fakat bu mevzuat ya da program tarafından gerekli görülmez*. Uzmanlık öğrencisi bütün uzmanlık eğitimi süresini hastane ortamında harcayabilir. Bu altı ülke Avusturya, Yunanistan, Moldova, Romanya, İsviçre ve Türkiye’dir. Dolayısıyla Türkiye bu önemli noktada yalnız değildir, fakat aile hekimliği uzmanlık eğitimi amacı ile 36 ay hastane ortamında eğitim alınması pek uygun görünmemektedir.

Diğer bir konu da Avrupa’da aile hekimliği uzmanlık eğitimi için sorumluluğun kimler tarafından üstlenildiğidir. Bu konuda birçok ülkede dört farklı organizasyon görev almaktadır: Üniversiteler, hükümet, bölgesel kuruluşlar, profesyonel veya akademik kuruluşlar. Ülkelerdeki durum incelendiğinde, birçok ülkede iki organizasyon uzmanlık eğitiminin sorumluluğunu yürütürken, yedi ülkede bu göreve üç organizasyonun katıldığı gözlenmiştir: Genellikle bunlar üniversiteler, ulusal hükümet ve meslek kuruluşundan oluşmaktadır. Otuz altı ülkenin 30’unda üniversiteler uzmanlık eğitiminde sorumluluk almaktadır; bu da her ülkenin mezuniyet sonrası eğitim programına üniversiteleri dahil etmediğini göstermektedir. Türkiye’de üç organizasyon sorumludur: Meslek kuruluşu (TAHUD), üniversiteler ve hükümet.

Önemli noktaların kısa karşılaştırmalarını özetleyecek olursak: Türkiye’de birçok ülkeye benzer olarak 3 yıllık bir uzmanlık eğitim programı uygulanmaktadır, birçok ülkeye göre aile hekimliğinde harcanan süre kısa ve asgari süresi belirlenmemiştir; bu bir tehlikedir**. Bu araba tamircisini uçak fabrikasında eğitime benzer. Araba da uçak da birer makinedir, ama oldukça büyük farklılıklar gösterirler. Dolayısıyla bu tuhaf bir durumdur. İyi yanından bakarsak Türkiye’de, üniversiteler de olmak üzere uzmanlık eğitiminden üç kuruluş sorumludur.

Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Geleceğiyle İlgili Bazı Görüşler

Görüşlerim WONCA’nın sağlık sisteminde ve aile hekimlerinin pozisyonlarında değişiklikler yapan birçok ülkedeki deneyimlerine dayanmaktadır.

Önemli noktalar:

- Değişim ya da geçiş tarihi
- Aile hekimliği eğitimi için eğitim merkezleri
- Aile hekimliği bölümlerinin yeri ve rolü
- Birinci basamak sağlık sistemindeki çelişkili durumlar

*Bu konuda yasal düzenleme yapılmış olmakla birlikte uygulamadaki durum henüz bu şekildedir (Editör).

**Uzmanlık eğitiminin 18 ayının Aile Hekimliğinde geçirilmesi gerektiğine ilişkin yasal düzenleme yapılmış olmasına karşın uygulamaya yönelik alt yapının henüz hazır olmaması nedeniyle zorunlu uygulama söz konusu değildir (Editör).

Değişimin ya da Geçiş Döneminin Sonlanım Tarihi

Birçok ülkede, aile hekimliğinin lisansüstü uzmanlık eğitimi gerektiren bir uzmanlık olduğu kararına varılmış ve bunun için bir tarih belirlenmiştir. Normalde bu, belli bir tarihten sonra tıp fakültesi mezunlarının, o tarihte geçerli olan şekli ile aile hekimliği uzmanlık eğitimi almadıkları takdirde aile hekimi olarak çalışamayacakları anlamına gelir. O tarihten önce aile hekimi olmak için farklı yollar vardır; o tarihten sonra aile hekimi olmak için ise yalnızca bir yol söz konusudur. Türkiye’de geçiş dönemi için bitiş tarihi resmi olarak ilan edilmemiştir, ki bu hala birinci basamak hekimi olmak için farklı yollar olduğu anlamına gelir. Bu durumun birinci basamak sağlık hizmetlerine ya da aile hekimliğinin gelişmesine katkısı tartışmalıdır. Bu, kesinlikle, tıp öğrencileri için net olmayan bir mesaj anlamına gelmektedir.

Yeni tıp fakültesi mezunlarının aile hekimi olmaları için aile hekimliği uzmanlık eğitimi almalarının gerekliliğine karar verirken, birinci basamakta çalışan pratisyen hekim grubunu da dikkate almak gerekir. Geçiş iki şekilde olabilir: Eğitim vermeksizin ya da meslek içi yeniden eğitim yolu ile. 1974’te, Hollanda, 7 yıl olan temel tıp eğitimini 6 yıl olarak değiştirdi. Aynı zamanda, aile hekimi olarak çalışmak isteyen herkesin aile hekimliği uzmanlık eğitimi alması gerektiğine karar verildi. Böylece, 1974 yılında ve sonrasında aile hekimi olmak isteyen bütün tıp fakültesi mezunları, istisnasız olarak aile hekimliği uzmanlık eğitimi almak zorunda kaldılar. Aynı zamanda, aile hekimi olarak birinci basamakta çalışan tüm pratisyen hekimlerin, lisansüstü aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimlerle aynı pozisyon ve unvanı almalarına karar verildi. Fakat hepsi her beş yılda bir yeniden yetkilendirileceklerdi (sertifikasyon), yani sürekli mesleki gelişimlerini belgeleyeceklerdi. Bu, aile hekimi olarak çalışan tüm hekimleri kapsayan yalnızca bir defaya özgü bir uygulama idi. Temel tıp eğitimi süresinin kısaltılması ve yeniden yetkilendirme (resertifikasyon) zorunluğunun yürürlüğe girmesi bu şekilde bir düz geçişi olası kılmıştı.

Diğer bir seçenek yeniden eğitimdir ve çok daha yaygındır. Litvanya bağımsızlığını aldıktan ve sağlık sistemlerinin yapısını değiştirdikten sonra bunu yapmıştır. Bu değişimden önce sağlık hizmeti daha fazla ikincil bakıma odaklıydı. Birinci basamak adıyla anılan uzmanlar vardı. Toplum içinde çalışan dâhiliyecilere bundan böyle birinci basamakta aile hekimlerinin çalışmaları amaçlandığı söylendi. Bu konuda hizmet içi aile hekimliği eğitimleri düzenlendi ve hatta zorunlu kılındı. Dâhiliyeciler eğitimlere katılmadıkları takdirde hastanede çalışmak zorunda kalacaklardı. Hizmet içi aile hekimliği eğitimi bir final sınavıyla birlikte yedi modül içeriyordu. Eğitime devam, idari izin sağlanarak kolaylaştırıldı. Bunu tüm hekimler için tamamlamak Litvanya’nın iki yılını aldı. Endonezya’da da buna benzer bir problem yaşandı. Doktorlar tıp fakültesinden mezun olduktan sonra bazen senelerce ça-

lıştıkları hastanede kalmak durumdaydılar. Pratisyen olarak adlandırılan bu hekimlerin bir bölümü dahiliye ya da kardiyoloji uzmanlık eğitimine gidiyordu. Bir kısmı hastanede pratisyen olarak çalışmaya devam ediyordu. Fakat bazıları da grup olarak her türlü sağlık problemiyle uğraştıkları özel muayenehane ya da klinik açıyorlardı. Hükümet bu pratisyenlerin mesleki yeterliklerinin birinci basamakta öncü güç olmak adına yeterli olmadığını gördü. Böylece bir yıl boyunca haftada bir gün sürecek kurslar başlatıldı. Kurslara katılım gönüllülük esasına dayanıyordu. Ancak, katılım gelir kaybına yol açtığı için kursu bırakma oranı çok yüksekti. Katılımcılar kursa ücret öüyorlardı ve o gün boyunca kendi işlerinde çalışmadıkları için kazançları azalıyordu. Bu nedenle bu sistem çok gözde değildi. Bu sırada bir sağlık sigortası şirketi, 6 saatlik bir kurs sağlayabileceklerini ve bu kursu tamamlayan hekimleri aile hekimi olarak kabul edeceklerini ilan etti. Şu anda Endonezya’da biraz özgül eğitim almış pratisyenlerle hiç özgül eğitim almamış pratisyenler bulunmaktadır. Aslında Endonezya’da net bir yönelim yoktur, çünkü bu ülkede birinci basamak sisteminde çalışan pratisyenlerin eğitimlerinin nasıl ele alınacağına dair kesin bir karar verilmiş değildir.

Türkiye Aile Sağlığı Merkezleri’nin gelişmesiyle bağlantılı olarak bazı kararlar aldı. Pratisyen hekimlere bu tip bir sağlık merkezinde çalışmak için aile hekimi olma zorunluğu getirildi. Dolayısıyla aile hekimi olmak için altı günlük bir kursa katılarak eğitim almak zorundaydılar. Yeniden eğitimin ikinci aşamasının, kendi sağlık merkezlerinde yarı zamanlı çalışırken e-öğrenme ile gerçekleşmesi planlanmaktadır. Bu altı günlük kursun pratisyen hekimin yetkinlik düzeyi üzerinde sınırlı bir etkisi olacağı açıktır. İkinci aşama ise oldukça karmaşık görünmektedir. Hizmet içi bu tür bir mesleki eğitimin etkinliğini sağlamak için iyi bir eğitim programına ve eğitim alan hekimlere geribildirim verecek deneyimli saha eğiticilerine gereksinim vardır. Eğitim uygulaması sırasında geribildirim düzenli aralıklarla, hatta günlük verilmelidir ve e-öğrenmenin bir eğitim yöntemi olarak mesleki eğitim amaçlı bir program için yeterli bir öğrenme ortamı sağlayacağı bilinmemektedir. Ayrıca eğitime katılan hekimler aynı zamanda aile hekimi olarak görev yaptıkları için hizmet sunumundan eğitime gerçekten yeterli zaman ayarabilecekler midir? Bütün bunların sonunda bu hekim aile hekimi olacak, bir aile hekimliği uzmanı olmayacaktır. Böylece, Türkiye birinci basamakta çalışan iki tip “aile hekimi” ile karmaşık bir sisteme sahip olacaktır.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi İçin Eğitim Merkezleri

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi boyunca bir uzmanlık öğrencisinin 18 ayını birinci basamakta, 18 ayını ise hastane rotasyonlarında geçirmesi olasıdır. Ancak çoğu eğitim hastanesinde yalnızca hastane ortamında eğitim

sağlandığından bu yol sık başvurulan ve kolay bir yol değildir. Daha önce de belirttiğimiz gibi kişi ileride çalışacağı ortamda eğitilmelidir. Eğer aile hekimliği uzmanı birinci basamakta çalışacaksa birinci basamak ortamında eğitilmelidir. Bu elbette hiç bir koşulda hastane ortamında eğitim almayacağı anlamına gelmez, ancak eğitiminin büyük kısmının geçeceği yer birinci basamak olmalıdır. Dolayısıyla uzmanlık öğrencileri için acil eğitim merkezi gereksinimi söz konusudur.

Aile Hekimliği Bölümlerinin Rolü ve Konumu

Pek çok ülkede aile hekimliği uzmanlık eğitimi üniversite bölümleri ile ilişkilendirilmiştir. Bilimsel temellerde yeni bilgiler öğrenmek için akademik ortama büyük gereksinim vardır. Bu şekilde uzmanlık öğrencileri, işlerinin bir başka parçası olan araştırma bilgi ve becerilerini de geliştirebilirler. Aile hekimliği akademik bir disiplindir ve uzmanlık öğrencileri bunun farkında olmalıdır. Sahada çalışan hekimler, üniversite anabilim dallarının daveti ile bu bilimin gelişmesine katkıda bulunabilecekleri gerçeğinin farkında olmalıdırlar. Dahası bu bilim aracılığıyla ulaşılabilecekleri çıktılarını anlayabilmelidirler. Bir bilimsel makaleyi okuyup anlayabilmeli, ayrıca iyi makale ile kötüsünü birbirinden ayırbilmelidirler. Üniversite anabilim dalları, eğitimin bir parçası olması gereken bu alanda yaşamsal bir role sahiptirler. Bilimsel ortamın halihazırda yeterli bir gelişim düzeyine sahip olduğu görülmektedir, ancak aile hekimliği uzmanlık eğitimiyle bağlantısı güçlendirilebilir.

Birinci Basamak Sağlık Sisteminde Çelişkili Durumlar

Birinci basamak ortamları ile aile hekimliği anabilim dallarının ilişkilendirilmesine bazı düzenlemelerin engel olduğu görülmektedir. Aile hekimliği anabilim dallarında çalışan eğiticiler birinci basamak ortamında hasta görememekte ve eğitim yapamamaktadır. Asistanlar birinci basamakta eğitim görememekte onun yerine hastanelerde eğitilmektedirler. Uçak fabrikasında eğitilen bir otomobil teknisyeni örneğini hatırlayın. Öğrenme için en uygun ortama sahip olduğu söylenemez. Aynı ortamda çalışan hekimler arasında da farklılıklar vardır: Uzmanlar ve pratisyenler farklı düzenlemelere bağlıdırlar ve farklı çıkarılara sahiptirler. Devletin farklı eğitim almış hekimlere farklı ücret ödemesi elbette makul bir yaklaşımdır, ancak eğer bu hekimler aynı işi yapıyorlarsa durum biraz tuhaflaşmaktadır. Tüm bu hususlar nedeniyle Türkiye gibi bir ülkede aile hekimliği uzmanlık eğitimi beklennin altında bir ilgi görüyor olabilir.

Sonuç

WONCA Avrupa perspektifinden bakıldığında, sağlık sisteminin ve sağlık sistemi içerisinde aile hekimliğinin geliştirilmesi sorumluluğu, TAHUD işbirliğinde

Türk hükümetine aittir. Bir kurumsal yapı olarak WONCA Avrupa üye organizasyonları destekler, gelişmeleri izler, sorgular ve belli bazı gelişmelerin gerçekleşmesi yönünde yöreklendirici olur. Bizim yorumlarımız diğer pek çok ülkede edinilen deneyimlerden öğrendiklerimizin bir yansımasıdır. Türkiye'ye baktığımızda hükümetin aile hekimliği ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminin gelişmesi anlamında bir rota belirlediği görülmektedir. Hükümet çeşitli düzenlemeler yapmış ve düzenlemeleri uygulamayı planlamaktadır. Sağlık sistemlerini değiştirmek için ne kadar büyük bir çaba gerektiğinin farkındayız. Bu bir gecede yapılacak bir iş değildir. Dahası bazen bir yöndeki bir değişim organizasyon anlamında sistemin bir başka parçasında kayba neden olabilir.

Şu tavsiyelerde bulunmak olasıdır: Değişim için resmi bir tarih belirlenmesi önerilir. Bu tarihten sonra birinci basamak sistemine girişin yalnızca aile hekimliği uzmanı olarak söz konusu olduğunu kesin ve net olarak herkes anlamalıdır. Ayrıca eğitim süresinin en az yarısının birinci basamak ortamında geçmesi koşulu güvence altına alınmalıdır. Birinci basamak eğitim merkezlerine yatırım yapılmalı ve saha eğiticileri yetiştirilmelidir. Mevcut aile hekimliği eğitimlerini yeniden ele almak uygun olacaktır; çünkü 6 günlük faz 1 eğitim yetersizdir ve faz 2 eğitim sonucunda gerekli yeterliklere ulaşıp ulaşılmayacağı tamamen belirsizdir. Ayrıca uygulanabilirliğe ilişkin soru işaretleri de vardır. Üniversite anabilim dalları ile birinci basamak merkezleri arasında yakın ilişki kurulmasına olanak sağlanmalı veya bu ilişkiler bizzat organize edilmelidir. Birinci basamak aile hekimliği uzmanlık eğitiminin temelini oluşturur, o nedenle üniversitelerin ve birinci basamağın birlikte iyi çalışması desteklenmelidir. Bu anlamda bazı düzenlemelerde değişiklikler yapılması gerekebilir. Ek olarak dikkat edilmesi gereken bir başka nokta da sağlık sistemi içindeki çelişkilerdir. Örneğin aynı yerde çalışan hekimler arasında farklı düzenlemelerin olması gibi.

WONCA Avrupa, hükümet görevlileri ve diğer paydaşlarla görüş alışverişinde bulunmak üzere bir araya gelmeye hazırdır. Eğer yapabileceğimiz bir şey varsa, yardımcı olmaktan her zaman mutluluk duyarız. Bu davet bizim konferanslarımızı da kapsamaktadır, çünkü bu konferanslar Avrupa'nın çeşitli ülkelerinde neler olup bittiğini görmek için iyi birer fırsattır. Mücadele ettiğiniz pek çok konuda Türkiye'nin bir istisna olmadığını görmek bir miktar iç rahatlatıcı olabilir. Pek çok ülke, hatta çok iyi bir aile hekimliği uygulama organizasyonuna sahip olanlar bile, değişimle, ekonomik değişikliklerle ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasıyla boğuşmaktadır. WONCA Avrupa yardımı her zaman isteklidir ve belli bazı gelişmeler karşısında uyarılarda bulunmayı görevinin bir parçası olarak görür.