

Derleme

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi

Field Training in Postgraduate Family Medicine Education

Oğuz TEKİN¹, Yusuf ÜSTÜ², Mehmet UĞURLU³

¹ Doç.Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu

² Uz.Dr., Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Görevlisi

³ Doç.Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu

Özet

Türkiye’de Aile Hekimliği uygulamasına geçiş kararıyla başlayan ve tüm ülkeye yayılan süreç, geldiğimiz aşamada bizi uzmanlık eğitiminde kalitenin artırılması gerektiği gerçeği ile yüz yüze getirmiştir. Kalitenin artırılması için aile hekimliğinde saha ve diğer eğitim yerlerinin ve hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ihtiyacı vardır. Eğitim yerleri ve modeli nasıl olmalı, finansman nasıl sağlanmalı, kimler eğitim vermeli, süreç nasıl işlemeli, ileriye dönük projeksiyon nasıl olmalı ve bunun gibi cevaplanması gereken bir çok soru ile karşılaşmış durumdayız. Yukarıdaki soruların cevap bulabilmesi ve muhtemel problemlere çözüm üretmek için, bu süreçte ufukumuzu genişletecek ve üzerinde tartışma oluşturulacak fikirlere ihtiyaç vardır. Yazımın amacı, bu ihtiyacı bir ölçüde karşılamaktır.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, Uzmanlık Eğitimi, Saha Eğitimi

Abstract

In Turkey, the process beginning with the decision of transition through Family Medicine and spreading country-wide, has brought the reality of enhancing the quality of speciality training down to earth. It is essential to restructure the services in the training areas including the field, in order to do that. We are face to face with a lot of questions to be answered like; how should the education model and areas be, how should the finance be supplied, who should the trainers be, how would the process go on, and how should the prudential projection be. New ideas to expand our horizons and to start debate are needed in order to find the answers of these questions and to find solutions to possible problems. The aim of our paper is to serve this purpose to some extent.

Key words: Family Medicine, Postgraduate Education, Field Training

Giriş

Ülkemizde yakın zamana kadar aile hekimliği uzmanlık eğitiminde sadece hastane ortamlarındaki klinik rotasyonlardan oluşan 3 yıllık bir süreç söz konusuydu. Yurt dışı örneklerinde ise aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bir parçası olarak birinci basamak ortamlarında da bir eğitim süreci öngörülmekte ve uzun

süredir uygulanmaktadır. 2010 yılına geldiğimizde, Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından rotasyon süreleri tekrar düzenlenmiş ve aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki hastane klinik rotasyonları 36 aydan 18 aya düşürülmüştür¹. Her ne kadar bu sürenin 24 ay olması gerektiği konusunda görüşler mevcut ise de,

bu uygulama ile aile hekimliği saha rotasyonu için bir yol açılmış olmaktadır. Ancak önümüzde bu sefer de cevaplanması gereken bazı sorular ve çözülmesi gereken bazı problemler belirlemektedir.

Aile Hekimliği Uzmanlık Saha Eğitiminde Çözülmesi Gereken Problemler

1. Aile hekimliği saha eğitiminin yapılması nasıl olacak ve aile hekimliği eğitim uygulaması için hangi mekanda hizmet verilecek?
2. Eğitim kalitesinin artması için ne gibi tedbirler düşünülüyor, nasıl bir eğitim modeli olmalı?
3. Eğitim projeleri nasıl oluşturulmalı? Eğitim ve hizmet projeleri koordine edilebilir mi?
4. Eğer buralara nüfus bağlanması düşünülürse, bu nüfus asistana mı, uzmana mı, eğitim birimine mi yoksa eğitim biriminin bağlı olduğu hastaneye mi bağlanacak?
5. Bağlanacak olan nüfus nereden sağlanacak?
6. Hem hizmet verip hem de aynı anda eğitim nasıl alınacak, bu konuda alınacak tedbirler (Randevu, makul sayıda bir nüfusa yeterli ödeme yapılması, hizmet ve eğitim saatlerinin verimli ve etkili bir şekilde planlanması vb) nelerdir?
7. Asistan sayısı arttıkça uygulamada yer ve nüfus açısından karışıklık olacak. Bu durum nasıl çözülecek?
8. Yeni asistanlar başlamadığı, geciktiği veya ayrıldığı dönemlerde bağlanmış olan nüfusa kim tarafından bakılacak?
9. Buralarda eğitimi kimler verecek? Eğitim kadrosu nasıl artırılabilir?
10. Buralarda çalışacak olan personel yapısı (Hemşire, sekreter, hizmetli vb) kimlerden oluşacak?
11. Finansman nasıl sağlanacak, cari giderler kim tarafından ve nasıl karşılanacak, ödemeler paket olarak mı, hizmet odaklı mı, yoksa bağlı nüfus başına mı olacak?
12. Asistanlar hangi statüde çalışacak? Yetki bakımından pratisyen aile hekimi mi? Yoksa Aile Hekimliği Uzmanı olarak mı kabul edilecek?
13. Aile hekimliğinde hedeflenen süreklilik sağlanmasında aksamalar olabilir. Hasta aynı hekim tarafından takip edilmeyeceğinden sıkıntılar olabilecektir. Bu durum nasıl çözülecek?
14. İşleyiş şeması (Rotasyonlar ve saha eğitimi koordinasyonu) nasıl olmalı?
15. İleriye dönük planlamalar nasıl yapılacak?

16. Kalite ve standardizasyon çalışmaları nasıl olmalı?
17. Ölçme ve değerlendirme nasıl yapılmalı?

Yapılanmada Mevcut Durum

Ülkemizde, aile hekimliği uzmanlığı bünyesindeki sağlık hizmetleri geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. Gerek eğitim birimlerinde, gerekse hizmet birimlerinde aile hekimliği uzmanlarının çalıştığı yerler olarak;

- a. 2. ve 3. Basamakta yapılanmış ve hasta başvurusuna göre paket ödemenin yapıldığı ve diğer branşlarla aynı yapı gösteren poliklinikler
- b. Aile sağlığı merkezi (ASM) tarzı bağlı kişi başına ödemenin yapıldığı uygulama
- c. Üniversite mediko-sosyal sağlık hizmetleri
- d. İlçe entegre hastanelerindeki poliklinikler ve servisler
- e. Acil servisler
- f. Kurum hekimlikleri
- g. Kat/servis hekimliği
- h. Huzurevleri vb. ilk akla gelen yerlerdir.

Yukarıda saydığımız ünitelerden bazıları hali hazırda araştırma görevlilerinin eğitimi amacı ile kullanılmaktadır. Ancak, ülkemizin ihtiyacına yetecek sayıda, kalitede ve yeterlilikte uzman yetiştirilmesi için kapasitenin artırılması, standardize edilmesi ve uzmanlığın ihtiyacı olan bakış açısı ile düzenlenmesi gerekmektedir. Uzmanlık eğitiminde saha yapılanması veya aile hekimliği eğitimi alabilecekleri yerlerin yeni baştan yapılması bu bağlamda ele alındığında kapsamlı, kaliteli ve etkili bir düzenlemenin yapılmasının elzem olduğu ortadadır. Bu yapılanmada göz önüne alınması gereken kritik noktaları sıra ile incelemek gerekir.

Yapılanmada Öneriler

Aile hekimliği uzmanlığı temel olarak birinci basamak uzmanlığı olduğu için, bu bakış açısından eğitim alınabilecek birinci basamak eğitim yapıları şu şekilde düzenlenebilir:

- a. Eğitim hastanesi veya üniversite bünyesinde poliklinikler
- b. Bağlı nüfusa (eğitim amacı ile) hizmet veren, eğitim birimine dışarıdan monte edilmiş modifiye eğitim ASM leri
- c. Eğitim hastanesi veya üniversite tarafından bizzat organize edilen eğitim ASM leri veya poliklinikleri
- d. Semt poliklinikleri

- e. Mediko-sosyal benzeri, mesleki yönden tanımlanmış bir nüfusa (Öğrenciler, öğretmenler, emniyetçiler, işçiler vb) hizmet veren birimler
- f. Yaşlı bakım, ergen bakım, gebe sağlığı vb. proje ve hizmet yönünden tanımlanmış poliklinikler
- g. Hospis tarzı günlük bakım yerleri
- h. Rehberlik ve psikososyal hizmetlerin düzenlendiği üniteler
- i. Diğer bakım ve hizmet projelerinin hayata geçirildiği üniteler.

Konumuz uzmanlık eğitimi olduğu için tek bir model yerine eğitimi zenginleştirecek, kaliteyi artıracak olan makul her türlü yapılanma süreç içinde değerlendirilmelidir.

Finansman Önerileri

Her projede olduğu gibi aile hekimliği uzmanlık eğitiminin de bir maliyeti olduğu baştan kabul edilmelidir. Finansman, kaliteli bir uzmanlık eğitiminin gerektirdiği hedeflere göre olmalıdır. Mesela ameliyat gibi bir hizmete yapılan ödeme ile poliklinikte muayene ve ilaç yazılması hizmetine yapılan ödeme aynı olmadığı gibi aile hekimliği uzmanlık eğitimi de farklı konumdaki işlere farklı boyutlarda ödemeler yapılabilir:

- a. ASM tarzı eğitim yerlerinde bağlı nüfusa yapılacak ödemeler. (Bu ödemeler, eğitim alınabilmesine imkan sağlayacak şekilde makul bir nüfusa azami ödeme şeklinde tanımlanmalıdır) Bu ödeme, burada görevlendirilecek eğitici uzmanlara, eğitim birimine veya eğitim biriminin bağlı olduğu üst kuruluşa yapılabilir.
- b. Yapılandırılmış hizmetler için ayrı tanımlanmış ödemeler (Rehberlik hizmetleri ödemeleri, hospis hizmeti ödemeleri, özel poliklinik hizmetleri ödemeleri vb)
- c. Yapılan eğitimlere yapılacak ödemeler (Seminer, konsültasyon vb)
- d. Küçük cerrahi gibi özel işlemlere ödemeler
- e. Projelere yapılacak ödemeler
- f. Laboratuvar, tetkik vb. tanı araçlarına yapılacak ödemeler
- g. Eğitim hizmetinin sürmesi için gereken diğer ödemeler
- h. Uzmanlık öğrencisi sayısına göre, eğitim görevlilerine yapılacak (özendirici) eğitimle ilgili ek ödemeler şeklinde düzenlenmelidir.

Eğitimin yapılanmasında olduğu gibi finansmanında da tek bir model yerine esneklik ve çeşitlilik sağlanması, kuşkusuz zaman içinde belirebilecek olan ve önceden kestirilememiş olan problemlerin çözümünü mümkün

hale getirecek, dinamik ve rotasyonel bir süreç olan eğitimdeki işleyişin tıkanmasının önüne geçecektir. Bu aşamada kısa süreli birkaç ili kapsayan pilot uygulamalar kolaylık sağlayabilir.

Finansman kaynakları olarak şunlar tartışılabilir:

- a. SGK tarafından yapılacak ödemeler
- b. Eğitim ve bakım projeleri
- c. Halktan alınacak katkılar
- d. SB/Devlet tarafından diğer destekler
- e. Bağlı bulunan hastanelerin döner sermayeleri.

Eğitim Modeli Önerileri

Uzmanlık eğitiminde kullanılacak mekanların alt yapıları, eğitim verilebilecek büyüklükte ve kalitede olmalıdır. Uzmanlık eğitimi tamamlayan hekimin Türkiye'nin farklı yerlerindeki koşullara göre (kentsel, kırsal, doğu, batı, turizm, entegre ilçe hastaneleri vb) hizmet verecek şekilde eğitimlerinin yapılmasını sağlayacak her türlü donanımın sağlanması önemlidir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitiminde modüler bir yapıyı ele alabiliriz. Bu modüller, şüphesiz uzmanlık tanımlama ve bünyesine uygun modüller (yaş gruplarına, gebelik durumuna, kronik hastalıklara, koruyucu hekimliğe göre) olmalıdır. Böylece eksik kalabilecek eğitimlerde hedefe uygun olarak tamamlanabilir, ancak eğitimi bitiren uzmanın gittiği yerlerde bunları sentez etmesine yönelik uygulamalar da olmalıdır. Bu modüller aşağıdaki şekilde düzenlenebilir;

- a. Akut hastalıklar / Ayrışmamış hasta ünitesi
- b. Kronik hastalıklar takip ünitesi
- c. Özel gruplar ünitesi: Gebe, Çocuk, Yaşlı, Ergen vb
- d. Holistik/Biyopsikososyal yaklaşım ünitesi: Psikososyal yaklaşım, Rehberlik, Okul sağlığı, İş sağlığı vb
- e. Küçük cerrahi işlemler ünitesi
- f. Evde bakım ünitesi
- g. Koruyucu Hekimlik Ünitesi: Sistemlere göre koruyucu yaklaşım, Yaş gruplarına göre koruyucu yaklaşım, Risklere göre koruyucu yaklaşım, Önleyici uygulamalar, Egzersiz önerileri, Sağlıklı beslenme, Yaşam tarzı yaklaşımları vb
- h. Hospis günlük bakım ünitesi

Eğitici Önerileri

Eğiticiler Kimler Olmalı?

Yeni Kanun Hükmünde Kararname (KHK) düzenlemesinde eskiden şef/şef yardımcısı tanımlamaları, eğitim

sorumlusu / görevlisi olarak değiştirilmiş ve bu konumun gereği olarak profesör, doçent ve 1 yıl süre ile çalışmış başasistan ve yardımcı doçentler olarak ele alınmıştır². Ancak aile hekimliği uzmanlık eğitimi için yukarıda bahsedilen elemanlar yeterli sayıda mevcut değildir. Bu sebeple resmi olarak tanımlanan aile hekimliği eğitim görevlilerinin sorumluluğu ve şemsiyesi altında ek/ yardımcı eğitici eleman ihtiyacı olacağı açıktır. Saha eğitimleri için ek/yardımcı eğitici eleman ihtiyacı diğer ülke örneklerinde olduğu gibi halen sahada hizmet veren eğitici olma konusunda istekli aile hekimliği uzmanları ile giderilebilir. Aile hekimliği uzmanlarının motivasyonu için daha düşük hasta sayısı ile daha yüksek ücret alabilmeleri için gerekli düzenlemeler planlanabilir. Ayrıca eğitimini yeni bitiren aile hekimliği uzmanlarının mecburi hizmetlerini eğitici konumunda yapabilmelerinin önü açılmalıdır.

Diğer ekip üyeleri ise hemşire, tıbbi sekreter, diyetisyen, psikolog ve fizyoterapist olmalıdır.

Eğitim Süreci İle İlgili Öneriler

Aile hekimliği saha eğitim yerleri hastane rotasyonlarının bir uzantısı olarak değerlendirilebilir:

- Rotasyon öncesi uyum dersleri
- Tüm hastane rotasyonlarının tamamlanması (Bu süreçte her bir hastane rotasyonundan sonra belli bir süre o rotasyonla ilgili aile hekimliği modüler ünitesinde de çalışma düşünülebilir)
- İlgili konuda ölçme ve değerlendirme
- Hastane rotasyonlarında olmayan aile hekimliğine ait modüler yapıların saha eğitimleri ile tamamlanması
- Saha modüler olmayan eğitim yerlerinde sentez ve bilgilerin harmanlanması

Eğitimin Niteliğini Artırmak İçin Bazı Öneriler

Eğitim modellerinde alt yapı ve eğiticilerin yanı sıra uzmanlık eğitiminin olmazsa olmazı olan eğitimin kalitesinin sağlanması göz önünde tutulmalıdır.

- Yeterli sayıda örnek görmek
- Gerektiğinde tartışmak ve danışmak için yeterli zamanın olması (Bu işlem rutin muayene sırasında karşılaşılan vakaların, o birimde veya o birimin bağlı bulunduğu eğitim merkezinde görev yapan yardımcı eğitici aile hekimliği uzmanı tarafından, belli zamanlarda, mesela haftada bir kez, saha eğitiminden sorumlu şef/ profesör/şef yardımcısı/ doçent/ başasistan/ yrd. doçent gözetimi altında, o merkezde görülen öğretici özellik gösteren vakaların

- tartışılması ile gerçekleştirilmesi şeklinde olabilir)
 - Eğiticilerin yeterliliği
 - İşleyişin efektif organizasyonu
 - Belli bir amaca doğru gidişin sağlanması
 - Ölçme ve değerlendirme ile geri bildirimlerin alınması ve eksikliklerin saptanarak eğitim ile giderilmesi
 - Bilgi ve tecrübenin kendine mal edinmesi
 - Sentez
 - Eğitim yerlerinin uygun tasarımı
 - Belli bir amaca odaklanmanın sağlanması
 - İhtiyaca göre eğitim birimlerinin yeniden yapılandırılması
- Şeklinde ele alınabilir.

Nüfus Bağlanması İle İlgili Öneriler

1. Seçenek; aile sağlığı merkezlerinde "Aile Hekimliği Saha Eğitimi"nin sürdürülmesi halinde yukarıda belirtilen soruların cevapları netleştirilmelidir. Bu aşamadan sonra bir eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği kliniği ile belli sayıda ASM (konum ve mekan açısından uygun olan ve istekli aile hekimliği uzmanlarının bulunduğu) seçilerek pilot çalışma yapılması, geribildirimlerin alınarak yaygınlaştırma sürecine daha sonra geçilmesi uygun olacaktır. Bu durumda bu ASM'lerde görev yapan aile hekimliği uzmanına bağlanacak kişi sayısı artırılabilir (Mesela 4000 yerine 5500'e çıkarılabilir). Bu kişilere aile hekimliği kliniği eğitim sorumlusunun denetiminde olmak ve aile hekimliği uzmanının primer sorumluluğunda olmak üzere aile hekimliği asistanı tarafından hizmet verilmesi sağlanır. Bu durumda 1500 kişinin kişi başı ücretinin 1000 kişiye denk düşen kısmı aile hekimliği asistanına, 500 kişiye denk düşen kısmı da aile hekimliği uzmanına ödenir. Uzmanlık öğrencisi sayısına göre eğitim görevlerine yapılacak özendirici ek ödemeler de düzenlenmelidir. Bu pozisyonda çalışan aile hekimliği uzmanlarının aile hekimliği kliniklerinde yapılan eğitimlere katılması planlanabilir.

2. Seçenek; Aile hekimliği asistanının 18 ay sözleşme ile sahada aile hekimi olarak çalışmasıdır. Örneğin, bir eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği kliniğine bağlı aile hekimliği asistanlarının yarısı hastane içinde klinik rotasyonlarını yaparken diğer yarısı da 18 aylık saha eğitimini belirlenen ASM'lerde yapabilirler. Bu esnada haftada bir yarım gün kliniğe gelerek bilimsel eğitimlere katılırlar. Ayrıca yıl içinde de aile hekimliği kliniği tarafından uygun görülen bilimsel etkinliklere (kurs, seminer, kongre) katılabilmelidirler. Belirtilen sayıdaki aile hekimliği asistanının saha "Aile Hekimliği Birimleri" oluşturulmalı ve bu birimlerin bazıları bir aile

hekimliği uzmanı kontrolünde olmalıdır. Aile hekimliği uzmanı bu modelde asistan/asistanlar için bir danışma merciidir, ancak asistana bağlanan 1500 kişilik nüfusun tüm sorumluluğu asistanın kendisine aittir. Burada uzman, yanındaki asistanların eğitim sürecine katkıda bulunur. Beraber çalışacak aile hekimliği uzmanı ve asistanlar aynı ASM içinde hizmet vermelidirler. Bu şık için (Asistanın sözleşme süresinin kısalığının verimliliği azaltması, asistanın başka yeri kazanıp gitmesi veya başlamaması vb. durumlarda bunun nasıl kompanze edileceği, özlük haklarının farklı yerde olması, eğitimlerinin farklı yere bağlı olmasının getireceği karışıklık vb) bazı zorluklar mevcut olup bunlar hakkında çözümler düşünülmelidir^{3,4,5}.

Sahada Çalışan Aile Hekimliği Uzmanlarının Durumu

Bu hesaplama yapılırken ASM'lerde çalışan ve saha eğitimciliği için gönüllü olabilecek aile hekimliği uzmanlarının sayılarının da göz önünde bulundurulması ve bu hekimler için özendirici tedbirlerin alınması da düşünülmelidir. Bunların çalıştığı ASM'ler (modüler olmayan eğitim birimleri) olarak değerlendirilebilir. Bu eğitici uzman hekimlerin sayılarının artırılması için yeni bitiren uzmanların, mecburi hizmetlerini eğitici durumunda ve konumunda yapabilmesi için gerekli mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır. (Mesela mecburi hizmet kadroları eğitim ASM'lerde, üniversitelerin kadrolarında veya buna benzer eğitimle ilgili yerlerde açılabilir.)

Eğitim Ve Hizmet Projeleri

Aile hekimliği saha eğitiminde yukarıda sözünü ettiğimiz modüler yapı alt proje başlıkları şeklinde değerlendirilebilir. Araştırma görevlilerine verilecek olan tez ve araştırma konuları ise bu projelerin daha da alt başlıkları şeklinde düzenlenebilir. Böylece sağlık eğitimi, uygulama, eğitim ve finansmanını bir arada ele alma şansımız olabilir.

Örnek:

Proje 1: Akut hastalıklar/ Ayrışmamış hasta ünitesinin etkili ve verimli işleyişinin sağlanması

1. Halsizlik şikayeti ile gelen hastalara algoritmik yaklaşım
- a. Tez: Halsizlik şikayeti ile gelenlerde tanılar
- b. Araştırma: Halsizlik şikayeti ile gelen hastalarda kullanılan tedaviler

Proje 2: Koruyucu hekimlik ünitesinin etkili ve verimli işleyişinin sağlanması

1. Gastrointestinal sistemle ilgili koruyucu hekimlik
- a. Tez: Ailede kolorektal kanser hikayesi olan hastaların prevalansı

- b. Araştırma: Ailede kolorektal kanser hikayesi olan hastalardaki kolonoskopi bulguları

Proje X: Epidemiyolojik Çalışmalar: Tüm saha eğitimi veren ASM'lerinin sanal ortamda buluşacakları bir platform oluşturmak, bu platformun Sağlık Bakanlığı ve ilgili birimleri ile koordineli çalışması, ülkemizin sağlığı geliştirmede kullanabileceği prevalans/insidans, maliyet/etkinlik vb. tarzında çalışma konularının belirlenmesi, uzmanlık öğrencilerine tez konusu olarak bunların da verilmesi, verilerin ise bu platforma bağlı eğitim ASM'lerince sağlanması. Yine benzer şekilde verilen eğitimlerin ve vakaların dökümanlarının bu sistemde paylaşılması ve ölçme ve değerlendirmelerin merkezi olarak yapılmasının sağlanması ile standard eğitim modelinin geliştirilmesi mümkün olabilecektir.

Planlamada İleriye Yönelik Projeksiyon

2017 yılından sonra sadece aile hekimliği uzmanlarının "Aile Hekimliği Uygulaması"na girebileceği (Yetkililer tarafından 2017 deadline olarak ilan edilmiş bu süreden sonra aile hekimliği sisteminde sadece uzman olanların görev alabilecekleri bildirilmiştir) ve aile hekimi başına düşen kişi sayısının zaman içerisinde aşamalı olarak 2500 kişiye çekileceği düşünüldüğünde yetişmesi gereken aile hekimliği uzman sayısının bu parametreler göz önünde bulundurulmuş olarak hesaplanması yerinde olacaktır^{6,7}.

Ülke nüfusumuzun 75 milyon civarında düşünüldüğünde ve halen çalışan aile hekimi sayısının 22.000 civarında olduğu hesaplandığında, aile hekimi başına kabaca 3400 civarı kişi düşmektedir. Aile hekimi başına 2500 kişi düşebilmesi için 30.000 hekime ihtiyaç duyulmaktadır. Bu da şu an için bile 8.000 yeni aile hekimliği uzmanının uygulamaya girmesi demektir. Nüfus artış hızı yıllık % 1.3 olduğuna göre, tahmini nüfus 2017 yılında 75 milyon+5.000.000(yaklaşık)= 80 milyon olacaktır. Bu nüfus artışı göz önüne alındığında ise ülkemizdeki aile hekimi sayısı 2017 yılında 32.000 olmalıdır. Yani 2017 yılına kadar yaklaşık 10.000 yeni aile hekimi yetiştirilmelidir. Ayrıca emeklilik, vb. çeşitli nedenlerle sistemden muhtemel ayrılmalar da hesaba katıldığında bu sayı daha da yüksek olacaktır. 2017 yılına kadar 10 bin yeni aile hekimi yetiştirilebilmesi için yılda ortalama 2000 Aile Hekimliği asistanı alınması gerekmektedir. Tıpta Uzmanlık Sınavı yılda iki kez yapılmaktadır. Bu durumda her bir sınav için en az 1000 adet aile hekimliği

Araştırma görevlisi kadrosu açılması öngörülebilir. Mevcut durumda Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri içinde 10 kadar Aile Hekimliği kliniği vardır. Üniversiteler bünyesinde ise yaklaşık 50 anabilim dalı bulunmaktadır. Aradaki dengesizliğin giderilebilmesi ve ihtiyaç duyulan aile hekimliği uzman sayısına ulaşabilmek için özellikle eğitim ve araştırma hastanelerindeki aile hekimliği kliniklerinin sayılarının süratle artırılması gerekmektedir^{4,5,6}.

Sonuç

Her yeni dönemin başlangıcında bir takım problemlerin olması doğaldır. Ülkemiz için sağlıkta gerçek bir reform olan aile hekimliği modeli ve uzmanlığında başlangıçta problemler yaşanması normal kabul edilmelidir. Ancak, sonuçta bu problemlerin, sahadan etkili bir değerlendirme ve geribildirimle gerekli tedbirlerinde süratle alınarak giderilmesi gerekmektedir⁴. Bu ise komplike ve çok üst düzeyde gayret ve emek gerektiren bir iştir. Bu sürecin sağlıklı aşılabilmesi, ancak birinci basamakta bu yükü taşıyabilecek şekilde bilgi ve beceriyle donatılmış, kaliteli uzmanlık eğitimi almış kişilerle ve gerçek manada bir uzmanlık eğitimi ile mümkündür. Bu hedef için hiçbir fedakarlıktan çekinilmemeli ve değişik polemiklere kurban edilmemelidir. Ülkemizin hak ettiği kaliteli ve üst düzeyde bir sağlık sistemine kavuşabilmesi için meseleye çok geniş perspektifle bakılmalı ve bu süreç, işin uzmanlarıyla birlikte götürülmeli, değişik ve farklı yönlere gitme ve dağılmadan korunmalı, hedefe ulaşmak için eğitimci, bürokrasi, eğitilen, finanse eden ve sürece katkı sağlayabilecek tüm kurumlar arasında çok üst düzeyde bir işbirliği gerçekleştirilmelidir.

Aile hekimliği modelinin ve uzmanlığının kalkınması hedefine doğru tüm yüreklerin toplu atması dilekleriyle...

Kaynaklar

1. Tıpta Uzmanlık Kurulu. Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları. 23/06/2010 tarih ve 82 sayılı Karar.Sayfa 2/16
2. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri hakkında Kanun hükmünde Kararname. Sayı:663 tarih: 1.10.2011.
3. Akdağ R. Sağlıkta Dönüşüm, Bölüm VI; Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri, 1st ed. Ankara, Published by the Ministry of Health of Turkey Ata Ofset; 2003, p. 26-27.
4. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacıımamağaoğlu A, Transition to and planning of family medicine, Family medicine and mobile service in rural areas. Editor: Aydın S. Family Medicine, The Turkish Model, 1st ed. Ankara, Published by the Ministry of Health of Turkey Çetin Ofset; 2006, p. 74-88.
5. Akdağ R. Health Transformation Programme, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1st ed. Ankara 2003; p. 2.
6. Uğurlu M, Üstü Y, Doğusan AR. New Period in Health Care, 1. Basamakta Ruh Sağlığı, Published by the Ministry of Health of Turkey, 11.2003;1:12.
7. Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Merkezi (AHUZEM), Aile Hekimliği Daire Başkanlığı, Aile Hekimliği Eğitim Merkezi (AHEM). <http://www.ahuzem.gov.tr>, Erişim tarihi: 02.02.2012.

Yazışma Adresi / Correspondence:

Doç. Dr. Oğuz TEKİN

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimi Kliniği

e-posta: oguztekin82@hotmail.com