

AİLE SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ: SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ ÖZELLEŞTİRMENİN HEMŞİRELİK MESLEĞİNDEKİ GÖRÜNÜMÜ*

Özlem ÖZKAN**

Aslıhan ÇATIKER***

Kabul Tarihi: 05.06.2006

ÖZET

Çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemi içinde yer alan aile sağlığı hemşireliğine geçmiş ya da geçmeye çalışan ülkelerdeki durumu incelemek; toplum ve hemşirelik açısından olası tehlikelerine işaret etmektir. Bunun için, aile hekimliği sistemi ve aile sağlığı hemşireliğini uygulayan ABD, Kanada, Almanya ve Küba yanında, aile sağlığı hemşireliği ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün pilot uygulama kapsamında yürüttüğü 18 ülkedeki mevcut durum incelenmiştir. Aile hekimliği sistemi Küba dışında özelleştirmeci sağlık uygulamalarının bir ürünüdür ve çağdaş sağlık hizmetleri ilkelerinden tümüyle uzaktır. Bu sistem içerisindeki aile sağlığı hemşireleri ise, muayenehane hemşireleri olup, tedavi ağırlıklı, sözleşmeler ile istihdam olan, rutin ve teknik beceri gerektiren hemşirelik işlevlerini yürütmektedir. İşlevler; edilgen, bağımlı ve hekime yardımcılık ile sınırlıdır. Topluma ulaşmak yerine, özel sigortası bulunan ve kendisine başvuran ya da kayıtlı olan hastalara paralı hemşirelik hizmeti sunmaktadır. Bu sonuçlar, ülkemizde de aile hekimliği sistemine geçildiği takdirde, toplumun büyük bir bölümünün nitelikli sağlık ve hemşirelik hizmetinden yoksun kalacağına işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı hemşiresi, aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmeti, özelleştirme.

ABSTRACT

Family Health Nursing: Appearance in Nursing Occupation of Health Care Privatization

The aim of the study is to determine the situation in the countries which either has implemented or trying to implement the family health nursing practices to be involved in family doctor system in the primary health care services. Moreover, its aim is to point out the possible dangerous with respect to community and nursing. For this reason, it has been investigated the situation in the eighteen countries where family health nursing has been implemented as a pilot practice by WHO addition to the countries such as USA, Canada, Germany and Cuba implementing the family doctor system and family health nursing. Family doctor system is a product of privatization health practice except in Cuba and completely far from contemporary health services principles. The family health nurses are nurses who are working at doctor's office, involving in medical treatment, employing with contract and have implemented routine and nursing functions requiring technical skills. The functions are passive, dependent and limited with assistance to doctor. Instead of reaching to community, they has given free of charge to patients who have private insurance and applied to nurse or who are registered. These results have pointed out that the majority of community will deprive of quality health services and nursing care in the event that family doctor system is practiced in our country too.

Keywords: Family health nurse, family doctor, primary health care services, privatization

* IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde "Dünyada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları" ismiyle daha dar kapsamda sözel ve poster bildiri olarak sunulmuştur.

** Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu (Yrd. Doç. Dr.)

*** Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu (Arş. Gör.)

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin ekonomik ve politik bir bütünlük (üretim tarzı) ile ele alınması, görüneni değil, görünenin arkasındaki süreçleri anlamada anahtar işlevi görmektedir. Mevcut üretim tarzı olan kapitalizm, tarihin belirli dönemlerinde yapısal krizlere girmekte, krizlerin aşılması için yeni emek süreçleri ve sermaye birikim modelleri üretmektedir. Sağlık hizmetleri de bu dönemlere göre yeniden şekillenmektedir (Özkan 2003). Kapitalizm 1970'li yıllarda yeni-den yapısal bir kriz içine girmiş; sermaye sınıfı krizin aşılabilmesi için bir önceki döneme göre yeni ekonomik ve politik düzenlemelere gereksinim duymuştur. "Neoliberalizm" ve "kapitalizmin küreselleşmesi" olarak tanımlanan bu ekonomik politikalar, başta sağlık olmak üzere tüm kamusal hizmetlerin yapısal olarak dönüşümünü gerektirmiştir. Bu dönüşümler 'reform'lar ile yaşama geçirilmiştir. Sağlık sektöründeki 'reform', sağlık kurumlarının özleştirilmesi ve/veya özleştirilmesi, finansal olarak özel sağlık sigortacılığının bir ön aşaması olan genel sağlık sigorta (GSS)'nin kurulması, desantralizasyon ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sisteminden oluşmaktadır (Afford 2003, Bach 2000, ILO 1999). Dünya Bankası (DB) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) başta olmak üzere, pek çok uluslararası kurumlar ile desteklenen bu sağlık reformları, temelde sağlık hizmetlerinin piyasaya -pazara- devredilmesi niteliğini taşımaktadır. Piyasaya dayalı sağlık hizmetinin temel özelliği, sağlık kurumlarının ya mülkiyetinin ve işletmesinin ya da mülkiyetin kamuda kalıp, sadece bazı hizmetlerin işletmesinin özel sermayeye devredilmesidir (Øvretveit 2003). Diğer bir özelliği sağlık hizmetlerinin toplumun gereksinimlerine göre değil, özel sermayenin kar oranlarını üst düzeye çıkarma hedeflerine göre belirlenmesidir. Piyasa ile bütünleşmiş

sağlık hizmetinde, sağlık kamusal bir hak olmaktan çıkarıldığı için hizmet ile bireylerin satın alma gücü arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır (Özkan 2003). Ayrıca piyasacı sağlık hizmetleri toplumun büyük bir çoğunluğunun sağlık hizmetine ulaşmasını engellemekte ve sağlık göstergelerinde eşitsizliklere yol açmaktadır (Øvretveit 2003, Afford 2003, Bach 2000, ILO 1999). Bunlarla birlikte sağlık hizmetlerinin özleştirilmesi; sağlık kurumlarının yönetim harcamalarını artırmakta, bu harcamalara karşın sağlık hizmetlerinin kalitesinde kamuya göre herhangi bir artış bulunmamakta, hastalara seçim konusunda özgürlük tanımadığı gibi kısıtlamakta, kişilerin cepten ödeme ve katkı paylarını yükseltmektedir (Øvretveit 2003). Sağlık çalışanlarının zorunlu-fazla-yoğun çalışması artmakta, ücretleri giderek düşmekte, daha çok tedavi edici sağlık kurumlarında istihdam edilmekte, ya daha çok özel sektörde çalışmakta ya da işsiz kalmaktadır (Özkan 2005). DB, DSÖ vb. uluslararası kurumlar tarafından önerilen "aile hekimliği sistemi" yukarıda ifade edilen bütünlüğün ürünü olarak ortaya çıkmıştır. O zaman, genelde "aile hekimliği sistemi", özelde "aile sağlığı hemşireliği" (ASH) hizmetlerini değerlendirirken ifade edilen bütünlük ile değerlendirme yapmak, bu uygulamaların arka planındaki gerçeklerin anlaşılmasında büyük kolaylık sağlayacaktır.

Makale, bu bütünlük tarzı ile ülkelerdeki mevcut aile hekimliği sistemi ve bu sistem içinde yer alan ASH uygulamalarını ele alarak, toplum ve başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları açısından olası tehlikelere işaret etmeyi amaçlamaktadır. Bunun için, aile hekimliği sisteminin ve ASH'nin mevcut olduğu ABD, Kanada ve Almanya yanında, Küba ve DSÖ'nün pilot uygulama kapsamında yürüttüğü 18 ülkedeki (İskoçya, Tacikistan, İspanya, İsveç, Danimarka, Estonya, Portekiz,

Slovenya, Avusturya, Finlandiya, İrlanda, Kırgızistan, Polonya, Moldova, Ermenistan, Macaristan, Letonya ve Litvanya) uygulamalar incelenmiştir. Uluslararası kaynaklara Pubmed arama motorundan “family doctors, family health nursing, family health nurse” anahtar kelimeleri ve pilot uygulamayı yürüten ilgili kişi ve kurum/kuruluşlarla (DSÖ, pilot uygulama danışmanları, ülkelerin Hemşireler Birliği vb.) elektronik posta yoluyla yazışmalar sonucu ulaşılmıştır (DSÖ 2000, Hjortsberg and Ghatnekar 2001, Hofmarcher and Rack 2001, Hovhannisyian et al. 2001, Järvelin 2002, Macduff and West 2003, Macduff, et al. 2004, MacLehose and McKee 2002, Schober and Affrara 2001, Scottish Executive 2003, Sugishita 1999, Swanson 1988, Valigarda et al. 2001, WHO 2000, WHO 2003b, WHO 2005, Elena Stempovscaia ile e-mail görüşmesi, 10 Eylül 2004, Anette Richardson ile e-mail görüşmesi, 15 Eylül 2004, Johanna Ehmsen-Höhl ile e-mail görüşmesi, 15 Temmuz 2004, Bodil Ludvigsen ile e-mail görüşmesi, 10 Temmuz 2004, Marjaana Pelkonen ile e-mail görüşmesi, 31 Ağustos 2004).

1. Aile Hekimliği Sistemi Çağdaş Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Alternatif Olabilir mi?

Alma-Ata Deklarasyonu’nda da belirtildiği gibi çağdaş sağlık hizmetleri; merkezi, planlı, basamaklı, sevk sistemli, sürekli, ekip anlayışına dayalı, kamu finansmanlı, entegre, katılımlı, bütüncül ve koruyucu sağlık hizmetleri önceliklidir. Bu ilkeler kapsamındaki birinci basamak sağlık hizmetleri ise sağlık örgütlenmesinin yapı taşı olup, örgütlenmenin ilk basamağıdır (Öztek 1986). Buna karşın ilk kez 1948 yılında İngiltere’de tanımlanan, tüm kapitalist ülkelerde de son otuz yıldan beri birinci basamak sağlık hizmetlerine alternatif olarak sunulan “aile hekimliği sistemi” çağdaş sağlık hizmeti ilkelerinden çok uzaktır. Örneğin, kapitalist ülkelerdeki aile hekimliği sisteminde temel sağlık

hizmetleri dahi paralıdır. Önerilen sistem, ekip anlayışı yerine temelde muayenehane hekimliği yapan hekimlere dayanmaktadır (Aksakoğlu ve ark. 2003). Önceliği tedavi edici hizmetleridir ve hizmet aile hekimini seçen ya da kayıtlı olan kişilere sunulmaktadır ve kişiler istediği zaman hekimini değiştire-bilmektedir. Dolayısıyla bu sistem toplum ve aile temeline dayalı değildir; sistem, birey temellidir. Çünkü aile üyelerinin her birisi farklı aile hekimine kayıt olabilmektedir. Bu özellikler, toplumun temel sağlık hizmetine dahi ulaşmasını, hizmetlerin planlanmasını, topluma genellenebilir sağlık kayıtlarının tutulmasını engelleyebilmektedir. Sistem içindeki sağlık çalışanları ise kamu güvencesinden yoksun, sözleşmeli olarak ve düşük ücretlerle çalışmak durumundadır (Belek ve Kılıç 2003, Aksakoğlu ve ark. 2003). ABD, Kanada, Almanya, İngiltere, Avrupa bölgesi ülkelerindeki mevcut uygulamalar da bu bulguları desteklemektedir. Oysa Küba’da birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemi uygulanmasına rağmen, sistem, isim dışında kapitalist ülkelerden tamamen farklıdır. Çünkü ülkede 46 yıldan beri sosyalist üretim tarzı mevcuttur ve bu üretim tarzının gereği sağlık, eğitim, ulaşım, konut vb. pek çok kamusal hizmet toplumun gereksinimine göre ve parasız olarak sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri çağdaş ilkelere (bkz. s.2) sahiptir. Birinci basamak sağlık birimleri altı basamaklı olup, sağlık örgütlenmesinin ilk basamağıdır. Aile hekimliği birimi sayısı, toplumun sağlık gereksinimlerine ve nüfusa göre belirlenmektedir. Aile hekimi, aile hemşiresi ve bir sosyal çalışmacı birimin sağlık ekibidir ve 150 aileye bir sağlık çalışanı düşmektedir. Bu sağlık hizmetleriyle Küba, bugün DSÖ dahil sağlık performansı açısından dünyanın en iyi ülkesi kabul edilmektedir. Çünkü Küba yılda kişi başı 110 dolar sağlık harcaması ile kişi başı sağlık harcaması

4500 dolar olan ABD'den, 2000 dolar olan İskandinav ülkelerinden en iyi sağlık göstergelerine sahiptir. Çocuk felci hastalığını kaldıran ilk ülkedir ve kızamık çocuk felci (1963), difteri (1971), boğmaca, yeni doğan tetanozu ve sıtma (1968) hiç görülmemektedir (Belek 2002). Buna karşın ABD ve Kanada'da sağlık hizmetleri genel olarak özel sağlık kurumları ve özel sigorta şirketleri tarafından yürütülmektedir. Böyle olunca iki ülkedeki birinci basamak sağlık hizmetleri daha çok özel kurumlar (hekim muayenehaneleri, toplum sağlığı merkezleri, managed care kurumları vb.) tarafından sunulmaktadır. Aile hekimi muayenehane hekimi, hemşire ise muayenehane hemşiresi olarak çalışmaktadır. ABD'de görece sosyal güvence altında bulunan toplam nüfusun %20'si, bu kurumlardan sınırlı bir hizmet paketi karşılığında birinci basamak sağlık hizmetlerini yüksek miktarlı katkı payları ödeyerek alabilmektedir (Hassmiller 2000). Bugün ABD, Kanada ve Almanya'da, aile hekimliği sistemi aşırı uzmanlaşmaya, hastaların sıklıkla aile hekimini değiştirmesine ve hastaların sınırsız taleplerine neden olduğu için güncelliğini kaybetmiştir. Sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesinde koruyucu hizmetler liste dışında tutulduğundan, tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmektedir ve puanı düşük hastalıklar hekim tarafından tercih edilmemektedir. Almanya'da sosyal güvencesi olanlar aile hekimliği sistemi kapsamındaki hizmetlerden fizik tedavi ve diş hizmetleri, doğrudan hastaneye başvurma bedelinin tamamını kendisi karşılayarak, diğer hizmetleri ise yüksek miktarlı katılım payı ödeyerek almaktadır. (Belek ve Kılıç 2003, Aksakoğlu ve ark. 2003, KTO 2004:13-15). Bu ülkelerdeki aile hekimliği sistemi içinde yer alan sağlık çalışanları sözleşmeli ve düşük ücretlerle çalışmaktadır. Ücretlendirilmede özel sigorta şirketlerinin hastalıklara, hizmet ya da vaka başına göre yaptığı puanlar

esas alınmaktadır (KTO 2004:13-15, Belek ve Kılıç 2003). İngiltere'de 1948-1980'li yıllar arasında birinci basamak sağlık hizmetleri ulusal sağlık sistemi içinde genel sağlık vergileriyle ve kamusal finansmana dayalı olarak sağlık ocaklarında yürütülmüştür. Sağlık ocaklarında hekim dışı sağlık çalışanları sayısı yeterli olmuş, sağlık çalışanları koruyucu sağlık hizmetleri sunabilmiş ve toplum bu hizmetlerden parasız yararlanabilmiştir. Sağlık ocağındaki hemşirelik hizmetleri alan kıdemli hemşireleri, ev ziyaretçi hemşireleri, okul sağlığı hemşireleri tarafından sunulmuştur. Hemşireler ev ziyaretleri, bağışıklama, aile planlaması vb. koruyucu hizmetleri bağımsız olarak yerine getirmiştir (Aksakoğlu 1995). Bu dönemde İngiltere'de aile hekimleri ise ulusal sağlık örgütlenmesinin dışında, muayenehane ya da birkaç hekimle birlikte poliklinikte özel hekimlik sunan kişi iken, 1980'li yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine bağlı olarak, aile sistemi birinci basamak sağlık hizmetleri yerine geçmiştir. Doğal olarak bu sistem içerisindeki hemşirelik işlevleri de bir önceki döneme göre gerileme göstermiştir. Bugün İngiltere'de aile hekimliği sistemi nedeniyle özellikle sevk sisteminde ve koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli sorunlar yaşanmaktadır. Kanser gibi kötü tanı alan hastalar kendilerine bakacak aile hekimi bulamamaktadır. Çünkü aile hekimleri parasal kaygıları nedeniyle bu hastaları tedavi etmek istemeyebilmektedir (Belek ve Kılıç 2003, KTO 2004:13-15). Avrupa bölgesindeki ülkeler (Danimarka, Finlandiya, Norveç, İsveç, Yunanistan vb.) 1990'lı yılların ortalarından itibaren aile hekimliği uygulamasına geçtiğinden, toplum ve sağlık çalışanları diğer ülkelere benzer sorunlar yaşamaktadır. Örneğin, bu ülkelerde sosyal güvencesi olanlar dahi %50'ye ulaşan katılım payları karşılığında teminat paketi kapsamındaki birinci basamak sağlık hizmeti alabilmektedir (Valigarda et al.

2001, Järvelin 2002, Hjortsberg and Ghatnekar 2001). Eski sosyalist ülkeler ise 1990'lı yıllara kadar sağlık hizmetlerini çağdaş sağlık hizmetleri (bkz. s.2) kapsamında sunmuştur. Poliklinik, dispanser, sanitasyon/epidemioloji birimi, fabrika sağlık ve sanitasyon birimi, kolektif ve devlet çiftliğindeki sağlık merkezi ve feldşerebe evi birinci basamak sağlık kurumları olmuştur. Halk sağlığı hemşireleri de birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ekibin önemli bir üyesi olmuştur. Ne yazık ki bu ülkelerin kapitalizme geçişi ile birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Bu geçiş diğer ülkelerde görülen olumsuz sonuçların (toplumun sağlık hizmetine ulaşamaması, sağlık göstergelerinde eşitsizliklerin artması vb.) bu ülkelerde de görülmesine yol açmıştır. Bugün Rusya'da birinci basamak sağlık hizmetleri genel olarak sadece aile hekimleri tarafından sunulmaktadır ve Beyaz Rusya'da halk sağlığı hemşirelerinin sayıları yok denecek kadar azdır (SoL Meclis Sağlık Komisyonu 2003). Bulgaristan'da ise aile hekimliği uygulamasından sonra aşılama oranları düşmüştür ve dış sağlığı hizmetleri paralı olmuştur (KTO 2004:13-15).

DSÖ ve DB desteği ile ülkemizde aile hekimliği ile ilgili tartışmalar 15 yıldır devam etmektedir. İlk pilot uygulama 2003 yılında Düzce ilinde başlamıştır ve diğer illerde de pilot çalışmalar halen sürmektedir. AKP Hükümeti, sistemin 2006 yılında ülke geneline yaygınlaşacağını hedeflemektedir (Pala ve Yavuz 2005). Türkiye'deki aile hekimliği sistemi de diğer kapitalist ülke örneklerine benzer özellikler göstermektedir. Hekimler hizmet başı performansına göre ücretlendirildiği için bu durum, gereksiz tetkiklerin yapılmasına yol açabilecek ve hastaların ücret ödeme bedeli yükselebilecektir. Sağlık çalışanları ücretsiz izin alamayacak, hastalık nedeniyle rapor, gebelik nedeniyle izin aldığında,

sözleşmeleri fesh edilebilecektir. Ayrıca, sözleşmeler tek taraflı olarak sağlık müdürleri tarafından da fesh edilebilecektir (Belek ve Kılıç 2003). Tek hekimin bulunduğu aile hekimliği merkezinde en az bir aile sağlığı elemanı, birden fazla aile hekimi olduğunda, hekim başına en az bir aile sağlığı elemanı önerilmektedir. Bu öneri ekip anlayışını görmezden gelip, tüm hizmetlerin aile hekimi tarafından yerine getirilebileceğini öngörmektedir ve Sağlık

Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair yasanın birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli işlevler yüklediği halk sağlığı hemşireliğini yok saymaktadır. Aile sağlığı elemanı olarak tanımlanan sağlık çalışanının işlevleri teknik becerilerle sınırlı ve sadece hekimin işlerini yardımcı olma konumu ile sınırlandırılmıştır. Bu sistem, başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının, hekimin isteğine bağlı olarak istihdam edilmesinin önünü açmaktadır (Resmi Gazete 2004). Kırsal bölgelerde yaşayanlar birinci basamak sağlık hizmetlerini aile hekiminin gezici hizmeti ile para karşılığında haftada bir kez karşılayabilecektir. Hizmet bütüncül sağlık hizmetleri felsefesinden koparılıp, tedavi edici sağlık hizmetlerine ve hekime dayanmaktadır. Örneğin, topluma yönelik hizmetler ile (sağlık eğitimi, gıda denetimi, bulaşıcı hastalıkların denetimi, toplum beslenmesi vb.) çevreye yönelik hizmetler birbirinden ayrılacaktır. Eğer bu sistem ülke geneline yaygınlaşırsa, birinci basamak sağlık hizmetleri tümüyle özelleştirilecek; kişiler her türlü hizmeti özellikle en çok gereksinim duydukları temel sağlık hizmetlerini parayla satın almak zorunda kalacaktır ya da hizmete ulaşamayacaktır (Belek ve Kılıç 2003). Nitekim Düzce ilindeki aile hekimliği pilot uygulaması başladıktan sonra gerçekleştirilen çalışmalarda, 2005 yılının ilk iki ayında bağışıklama

oranlarında düşme olduğu belirlenmiştir (Pala ve Yavuz 2005). Bu sonuç ve diğer kapitalist ülkelerin uygulamaları da göz önüne alındığında, sürekli yoksullaşan, işsizlik oranı giderek artan, infomal sektörün giderek yaygınlaştığı ülkemizde, kamusal sağlık hizmetlerini iyileştirmek yerine aile hekimliği sisteminin toplumun geneli için yararlı olması beklenebilir mi?

Aile hekimliği sistemi yukarıda ifade edilen sorunlara sahip olmasına karşın, ülkemizde halen toplumun geneli ve sağlık çalışanları tarafından sistemin ya ne olduğu tam olarak bilinmemekte ya eksik bilinmekte ya da yanlış bilinmektedir. Örneğin, ülkemizde Deveci ve arkadaşları (2003) araştırmalarında toplumun %83.3'ünün aile hekimliğinden haberdar olmadığını bulmuştur. Öztürk ve arkadaşları (2005) çalışmalarında aile hekimliği kavramını halkın %51.9'unun duymadığını, ekonomik durum kötüleş-tikçe bilmeme oranının arttığını saptamıştır. Oran, ekonomik durumu iyi olmayan kişilerde %70.5'e, yeşil kart sahibi olan kişilerde %83.5'e kadar yükselmiştir. Pala ve arkadaşları (2003) ise çalışmalarında sağlık çalışanlarının %45.3'ünün aile hekimliği konusunda bilgi sahibi olmadığını, bilgisi olma-yanların içinde en yüksek orana ebelerin (%60.0) ve hemşirelerin (%55.4) sahip olduğunu belirlemiştir. Sistemi olumsuz bulanların oranı sadece %16.8'dir ve sisteme geçildiğinde toplumun bu hizmetten yararlanma biçimi konusunda hekim dışındaki sağlık çalışanlarının konu hakkında hiç bir bilgisinin olmadığı saptanmıştır (Pala ve ark. 2003). Bu verilere dayalı olarak, ülkemizdeki hemşirelerin aile hekimliği sistemi konusunda bilgisi yok ya da yetersiz iken, hemşirelerin bir kısmının "bu sisteme dahil olmak istiyoruz.", "bu sistemde neden hemşirelik yok sayılmaktadır" ifadeleri ne kadar kapsayıcı ve bilimsel bilgiye dayalı bilinçli bir eylemin ürünüdür?

Aile Hekimliği Sisteminde Nasıl Bir Aile Sağlığı Hemşireliği Olabilir?

150 yıldan daha uzun bir süredir sağlık hizmetleri içinde olan, Alma-Ata Deklarasyonu'nda da birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemi bir kez daha vurgulanan halk sağlığı hemşiresinin işlevleri sağlıktaki özelleştirme eğilimleri ile değişim içerisine girmiştir. 1990'lı yıllardan itibaren aile hekimliği sistemini uygulayan ülkelere yüksek miktarda krediler vererek bu sistemi teşvik eden DSÖ, 51 üye ülkenin Sağlık Bakanlığı katılımı ile gerçekleştirdiği "Herkes İçin Sağlık 21" programının 15. hedefinde, 2010 yılına kadar hastane ile desteklenen toplum ve aile merkezli birinci basamak sağlık hizmeti tanımlamıştır. DSÖ, tanımladığı birinci basamak sağlık hizmetlerindeki çalışanları ise "aile hekimleri/aile doktorları" ve "aile sağlığı hemşireleri" olması gerektiğini; bu iki sağlık çalışanının ekibin vazgeçilmez üyesi olduğunu belirtmiştir (WHO 1999). 2000 yılında ise DSÖ, "Hemşirelik ve Ebelik: Sağlık için Güç birliği" üzerine Münih Deklarasyonu ve buradaki grup çalışması raporunda ve 2003 yılında Viyana'daki 53. Oturumu'nda, birinci basamak sağlık hizmetleri için ASH'nin gerekliliğini tekrar deklare etmiştir (DSÖ 2000, WHO 2003b, WHO 2000, Macduff and West 2003). DSÖ'nün 1990'lı yıllardan itibaren birinci basamak sağlık hizmetlerini ve burada çalışacak olan aile sağlığı hemşireleri ile ilgili yaklaşımları, 1978 yılındaki Alma-Ata Deklarasyonu'nda öne çıkardığı birinci basamak hizmetleri ve halk sağlığı hemşireliği yaklaşımından ne kadar farklı olduğunu göstermektedir. Uluslararası Hemşireler Konseyi, Amerika Hemşireler Birliği ve Kanada Hemşireler Birliği olmak üzere pek çok hemşirelik örgütlenmesi, 1980 yılının ikinci yarısından itibaren sağlık hizmetlerinin her düzeyinde ASH'ne dikkat çekmiş ve yaşama geçirilmesi için tüm ülkelere tavsiye kararlarında bulunmuştur. Bu kurumlar tarafından

ASH uygulamasının gerekliliği; küreselleşme, küreselleşmenin hedef kitlesinin toplum yerine birey olması, özbakım, DSÖ'nün "Herkes için Sağlık 21" programına uyum, kırsal kesime sağlık hizmetini ulaştırma, bireylerin evde bakım gereksiniminin artması, tele tıbbın hızla gelişmesi ve ASH uygulamalarının sağlık harcamalarını düşürebileceği olasılığı olarak açıklanmaktadır (Schober and Affrara 2001, WHO 2000). Ulusal aile hemşireliği konferansları da ASH'nin uygulamaya geçmesinde bilimsel bilgi gereksinimini karşılamıştır (Sugishita 1999). DSÖ ASH'nin tanımını: "multidisipliner sağlık ekibinin bir üyesi olan, stres ve kronik hastalıklar ile baş eden, ailelere ve bireylere evde, işyerlerinde yardım eden kişidir. Aile sağlığı hemşiresi, zamanın büyük bir kısmını hastalarla onların evlerinde ve aileleriyle birlikte çalışarak geçirir. Bireysel risk faktörlerine yönelik danışmanlık hizmeti sunar, erken tanıda aktif görev alır, evde hemşirelik bakımı sağlayarak, bireylerin hastaneden erken taburcu olmasını kolaylaştırır..." şeklinde yapmıştır. DSÖ Avrupa Bölgesi ASH'ni sistem teorisine dayandırarak, bakım verici, karar verici, iletişimci, toplum lideri ve yönetici olmak üzere dört temel rolü olduğunu ve işlevlerinin de şu şekilde olduğunu açıklamıştır: 1) sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi-sinde birinci basamak hemşireleridir 2) evde bakım hizmeti 3) kişinin öz bakımını geliştirme 4) hastalıkların erken tanısında aktif rol alma 5) kriz ile baş etme 6) hemşirelik bakımında aile içindeki bireylere odaklanma 7) hemşirelik bakımını bütüncül yaklaşım ile sürdürmedir (WHO 2000, Schober and Affrara 2001, Scottish Executive 2003). DSÖ ASH uygulamasının amacını ise en uç ve kırsal bölgelere, işsiz ve yoksullara hemşirelik hizmetini ulaştırmak ve halk sağlığı hemşireleri ile aile sağlığı hemşireleri arasındaki gerilimi azaltmak olarak belirtmektedir (WHO 2000).

Görüldüğü gibi, DSÖ ve sağlık meslek örgütleri aile sağlığı hemşiresini birinci basamak sağlık hizmetlerinde halk sağlığı hemşiresi yerine tercih etmekte, gerekçelerini ise kapitalizmin 30 yıl önce yaşamaya başladığı, bugün de devam eden krizi aşmak için ileri sürdüğü "kapitalizmin küreselleşmesi" felsefesi ile açıklamaktadır (Özkan 2003). Bunun yanında, DSÖ'nün yaptığı ASH tanımı ile Amerikan Hemşireler Birliği (1980) ve Amerikan Halk Sağlığı Birliği (1981)'nin yaptıkları halk sağlığı hemşireliği tanımlarından da farklı olmadığı görülmektedir (Thomas 1999). Kavramların hangi üretim tarzında ve o üretim tarzının hangi döneminde ortaya çıktığı, bizlere o kavramın nesnel pozisyonu hakkında veri sunduğu gibi, tercih ettiğimiz kavram, sınıfsal konumumuz hakkında da bilgi vermektedir. Bu çerçeveden bakıldığında ilk bölümde de belirtildiği gibi, ASH kavramı sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinde ve aile hekimliği sistemi içinde geliştirilmiştir. Durum böyle olunca, ASH tanımı gereği sağlığı geliştirici ve hastalıkları önleyici hizmetleri sunacağını iddia etse bile, belirtilen ilkeler doğrultusunda işlevlerini yerine getirmesi mümkün olabilir mi? Temel sağlık hizmetlerine en fazla gereksinim duyan ve toplumların büyük bir çoğunluğunu oluşturan işsizler, yoksullar, düşük gelirli vb. kesimler aile sağlığı hemşiresinin paralı hizmetlerinden ne kadar yararlanabilir?

Aile hekimliği sistemi bütünüyle önemli sorunları içermesine karşın, DSÖ, yine DB'nin finansal desteğiyle 2000 yılından itibaren aile hekimliği sistemi içinde ASH'nin yaşama geçirmeyi hedeflediğini ve bunun için pilot uygulamalara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir-tir (WHO 2000, Scottish Executive 2003, Macduff et al. 2004). Hemen ardından bir yıl sonra İskoçya, Tacikistan, İspanya, İsveç, Danimarka, Estonya, Portekiz, Slovenya, Avusturya, Finlandiya, İrlanda, Kırgızistan, Polonya, Moldova, Ermenistan,

Macaristan, Letonya ve Litvanya olmak üzere 18 ülkede pilot uygulamalara başlayacağını belirtmiştir (WHO 2000, Macduff et al. 2004). Bu ülkelerin yarısı eski sosyalist ülkeler, diğerleri ise Avrupa bölgesindeki sağlık sektöründe özelleştirme aşamasını tamamlamış ya da tamamlamakta olan ülkelerdir (Øvretveit 2003). Pilot uygulamaların ilki İskoçya'da (2000) daha sonra Finlandiya (2001) ve Moldova'da (2001) başlamış olup, uygulama 2003 yılında tamamlanmıştır. İsveç, Estonya, Polonya, Tacikistan, Slovenya, Kırgızistan, Ermenistan, Macaristan, Letonya ve Litvanya 2004 yılında başladığı ASH pilot uygulamasının 2006 yılında bitirmeyi planlamaktadır. Pilot uygulamanın tüm ülkelerde azami iki yıl sürmesi hedeflenmiştir ve aile sağlığı hemşiresi olmak isteyen her hemşire programa katılabilmektedir. Pilot uygulamanın hemşire eğitimcileri DB, DSÖ ve o ülkenin Sağlık Bakanlığı'nın deneyimli olarak kabul ettiği halk sağlığı hemşireleri, gönüllü genel/ pratisyen hemşirelerden oluşmaktadır. ASH programın ilk aşaması yedi modülden oluşan 10 aylık (40 hafta) teorik eğitimidir (Tablo 1). İkinci aşaması ise eğitimi başarı ile tamamlayan aile sağlığı hemşiresi adaylarının pilot olarak belirlenmiş bölgelerdeki bir yıllık tam zamanlı hemşirelik hizmeti uygulamalarıdır. Toplam iki yıllık programdan geçen hemşirelerin başarı durumları sınavlar ve hemşire eğitimcilerin pilot bölgede yürüttükleri bilimsel araştırmalar ile değerlendirilmektedir. Pilot uygulama

sırasında toplumun ASH'nin hizmetlerine uyum sağlayabilmesi içinde eğitim broşür ve afişleri hazırlanmaktadır (Macduff and West 2003, Macduff et al. 2004, WHO 2000). Tablo 1'de de görüldüğü gibi, genel olarak ASH eğitim programındaki ders konularının 1978 Alma-Ata Bildirgesinde tanımlanan ve uygulanan halk sağlığı hemşirelik eğitim konularından farklı olmadığı anlaşılmaktadır. O zaman neden halk sağlığı hemşireliği yerine ASH tercih edilmektedir? Yanıt için eğitim programın başlığı değil, içeriğinin incelenmesi gerekmektedir. Başlık altındaki konular kalite-maliyet, müşteri bakımı gibi piyasa anlayışını destekleyen ders konularının bulunduğu programdan geçen hemşirelerin de "aile sağlığı hemşiresi" unvanını alacak olmalarıdır. Benzer durum ülkemizde aile hekimliğine geçiş aşamasında pratisyen hekimlerin belirli kurslarla aile hekimi unvanı almasında da söz konusudur (Belek ve Kılıç 2003). Ayrıca programda ASH'nin toplum yerine aileye odaklanması, sağlığı geliştirici ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha sınırlı zaman ayrılması program kapsamındaki diğer sorunlardır. Kaldı ki program ne kadar sağlığı geliştirici ve hastalıklardan koruyucu hizmetlere yer verse de, aile hekimliği sisteminin özü gereği bu hizmetten sadece paralı olanların yararlanması ve toplumun önemli kesiminin hizmeti alamaması, hemşirelerin kamusal güvenceden yoksun ve sözleşmeli çalışmaları en temel problem alanıdır.

Tablo 1. DSÖ'nün 18 Ülkede Yürüttüğü ASH Projesinin Eğitim Programı

MODÜL 1 (2 hafta boyunca): ASH'nde kavramlar, uygulamalar ve teoriler
Ders konuları; Bakım senaryoları, kritik yaşamsal olayları kapsayan yaşam seyri yaklaşımı, ekip çalışması, problem çözme, aile sağlığı hemşireliği uygulaması ile ilgili analitik ve eleştirel düşünme, sürekli mesleki gelişim/yaşam boyu öğrenme, yapıcı değişimlerin oluşabilmesi için tartışma, öğrenmeyi kolaylaştırma, yetişkin müşteriler ve öğrenciler için uygun eğitim ve öğrenme stratejileri, kavram geliştirme, öğrenme transferi,
Okuma listesi; DSÖ yayınları ve uluslararası ve ulusal düzeydeki ilgili

	<p>kaynaklar Eğitim teknikleri: Kavramsal çerçeve için anlatım, vaka çalışması, seminerler, ekip çalışması, rol play, tartışma ve beyin fırtınası.</p>
MODÜL 2	<p>(10 hafta boyunca: %60'ı teorik, %40'ı uygulama): Aile ile çalışma Ders konuları; Bir müşteri olarak aile ile ilgili kavramlar ve kavramlar arası ilişkiler, dinamikler, roller, aile teorileri, aile terapileri, yaşam seyri yaklaşımı içinde ASH, rolleri, profesyonelliği, yasal ve etik sorumluluğu, kavramsal çerçevesi, evde bakım, aileyi değerlendirme, sağlığı değerlendirme araçları ve uygulamaları, sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimine yaklaşımlar, birincil, ikincil, üçüncül koruma uygulamaları, sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi için yaklaşımlar, akıl sağlığı, risk değerlendirmesi, enfeksiyon kontrolü, krize müdahale ve acil bakım, sağlığın izlenmesi, akut ve kronik hastalıklar ile mücadele ve tedavi edici, rehabilite edici programların yönetimi, aile ile ekip çalışması, aile hakları, aile ile ilişkilerde aile sağlığı hemşiresinin savunuculuk rolü, yaşam seyri yaklaşımı çerçevesinde çocuk, yetişkin ve yaşlılık ve fonksiyon bozukluğu olan aile. Okuma listesi; DSÖ yayınları ve uluslararası ve ulusal düzeydeki ilgili kaynaklar Eğitim teknikleri: Kavramsal çerçeve için anlatım, vaka çalışması, tartışma, beyin fırtınası, alan gezisi, görüşmeler.</p>
MODÜL 3	<p>(6 hafta boyunca: %90'ı teorik, %10'u uygulama): Karar verme Ders konuları; Karar alma süreci, teorileri ve becerileri, karar almada otonomi ve sorumluluk, uygulamada eleştirel düşünme, stratejik karar alma, ev içinde karar alma becerisi, akılcı bakım, öncelikli bakım, yasal alan. Okuma listesi; DSÖ yayınları ve uluslararası ve ulusal düzeydeki ilgili kaynaklar Eğitim teknikleri: Kavramsal çerçeve için anlatım, vaka çalışması, ekip çalışması, tartışma, rol play, alan gezisi, görsel materyaller.</p>
MODÜL 4	<p>(4 hafta boyunca: %90'ı teorik, %10'u uygulama): Bilgi yönetimi ve araştırma Ders konuları; Kanıta dayalı bilgi kaynakları, eleştirel düşünme, eleştirel değerlendirme, araştırma planlama, yürütme ve raporlandırma, temel istatistik, demografi ve istatistik vb. ölçme ve değerlendirme, dokümantasyon yapı ve standardizasyon, ulusal ve yerel bilgi sistemleri, rapor yazma, eğitim tekniklerini yerine getirebilme ve değerlendirebilme, ASH uygulamasındaki sağlık eğitim teknikleri. Okuma listesi; DSÖ yayınları ve uluslararası ve ulusal düzeydeki ilgili kaynaklar Eğitim teknikleri: Kavramsal çerçeve için anlatım, tartışma, küçük sınavlar, öğrenci temelli seminerler, vaka çalışması, ekip çalışması, rol play.</p>
MODÜL 5	<p>(10 hafta boyunca: %60'ı teorik, %40'ı uygulama): Hemşirelik bakımının sağlanması Ders konuları; Bir müşteri olarak toplum kavramı, halk sağlığı kavramları ve yaklaşımları, toplum sağlığının belirleyicileri, halk sağlığı ve toplum, sağlık, hastalık, bozukluk kavramları, sağlık ve eşitsizlikler, sağlık ve sosyal refah, sağlık bakım sistemleri, birinci, ikinci ve üçüncü düzey sağlık bakım sistemleri, aile sağlık bakımı, epidemiyoloji, bulaşıcı hastalıklar, farmakoloji, ilaç, ilaç muhafazası, ilaç kullanımı, bağışıklama programları ve protokolleri, anafeksi tedavisi, dezavantajlı</p>

gruplar, ayrımcılık, kültür, ırk ve bölgesellik, eğitim ve istihdam, yoksulluk, toplumun değerlendirilmesi, topluma dayalı uygulamalar, toplumları güçlendirme, toplumda aile sağlığı hemşiresinin rolü.

Okuma listesi; DSÖ yayınları ve uluslararası ve ulusal düzeydeki ilgili kaynaklar

Eğitim teknikleri: Kavramsal çerçeve için anlatım, görüşme, vaka çalışması, beyin fırtınası, tartışma, alan gezisi.

MODÜL 6 (4 hafta boyunca: %90'ı teorik, %10'u uygulama) Yönetimde teoriler ve süreçler

Ders konuları; Yönetim, ve yönetimde teori ve süreçler, yönetimde insan kaynakları, bütçeleme ve kontrol, zaman yönetimi, bir kaynak olarak aile, özel ve gönüllü kuruluşlar, aile hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve örgütlenmesi, aile sağlığı hemşiresinin koordinasyon rolleri, bakım yönetimi, kalite-maliyet sistemleri, kalite ve güvence sistemleri.

Okuma listesi; DSÖ yayınları ve uluslararası ve ulusal düzeydeki ilgili kaynaklar

Eğitim teknikleri: Kavramsal çerçeve için anlatım, vaka çalışması, ekip çalışması, tartışma ve rol play.

MODÜL 7 (4 hafta boyunca: %90'ı teorik, %10'u uygulama): Liderlik ve multidisipliner çalışma

Ders konuları; Yönetimin değişimi, ekip çalışmasının ilkeleri, sorumlulukları ve fonksiyonları, ekip dinamiği, klinik denetim ve yönetim, yasal ve mesleki sorumluluklar, değişim ajanı olarak ve ekip üyesi olarak ASH ve diğer kurumlarla çalışması.

Okuma listesi; DSÖ yayınları ve uluslararası ve ulusal ilgili kaynaklar

Eğitim teknikleri: Kavramsal çerçeve için anlatım, ekip çalışması, tartışma, vaka çalışması, rol play ve alan gezisi.

Kaynak: WHO 2000.

Bugün DSÖ ve DB desteği ile süren bu iki yıllık pilot uygulamayı tamamlayıp ASH unvanını alan İskoçya'da 31, Moldovya'da ise 500 aile sağlığı hemşiresi bulunmaktadır (Scottish Executive 2003, Elena Stempovscaia ile e-mail görüşmesi, 10 Eylül 2004). Estonya Tacikistan, Slovenya, Kırgızistan, Ermenistan, Macaristan, Letonya ve Litvanya DSÖ ve DB yanında, İskoç-ya'dan aldıkları destek ile ülkelerinde seçtikleri bir hemşirelik yüksekokulunda aile sağlığı hemşirelerinin eğitimlerini tamamlamış olup, pilot uygulamalara halen devam etmektedir. Kırgızistan'da 59 ASH eğiticisi yetiştirilmiştir. Ermenistan'da şimdiye kadar aile hekimliği ile ilgili yasal bir düzenleme yapılmamasına karşın, Sağlık Bakanlığı Ulusal Hemşireler Birliği'ne ASH ile ilgili yasal düzenlemeler için görev vermiştir. Bu

ülkede ayrıca ASH eğiticisinin yetişmesi için hemşirelik okullarında üç, Sağlık Bakanlığı içinde ise bir aile hemşireliği bölümü kurulmuştur (WHO 2003b, WHO 2005). Kırgızistan'da benzer hazırlıklar sürmesinin yanı sıra, hemşirelik eğitim programları da değiştirilmeye başlanmıştır ve ASH eğitim programı DSÖ programına ek olarak altı ay uzatılmıştır (WHO 2003a, WHO, 2003b). İsveç'te ASH uygulamaları fiilen uzun süredir devam etmektedir. Çünkü lise üzeri üniversiteye dayalı üç yıllık hemşirelik eğitiminin son yılının son dönemi ASH eğitimine dayalıdır. Bu eğitimden geçen hemşireler mezun olduğunda isterse aile hekimliği sistemi içinde çalışabilmektedir. Richardson, İsveç'te halk sağlığı hemşiresi ile aile sağlığı hemşiresi arasında bir fark bulunmadığından, yakın zamanda daha çok aile sağlığı hemşiresi

kavramının tercih edileceğini belirtmektedir (Anette Richardson ile e-mail görüşmesi, 15 Eylül 2004). Avusturya'da ASH uygulaması kabul edilmiş olmasına rağmen, henüz bir hazırlık yapılmamıştır (Johanna Ehmsen-Höhl ile e-mail görüşmesi, 15 Temmuz 2004, Hofmarcher ve Rack 2001). Danimarka'da Hemşireler Birliği pilot çalışmalar için bir uygulama alanı belirlemiştir ve ülkenin hemşirelik okulları ve üniversite bölümleri ile bağlantılı bir şekilde bu konu ile ilgili çalışmalara devam etmektedir. Fakat pilot uygulama için hükümet onayı çıkmadığından, bu çalışmalarda gerekli finansman sağlanamamıştır (WHO 2003a). Danimarkalı hemşireler bu projenin uygulamaya geçmemesinin nedenini, birinci basamakta çalışan hemşire ve hekimlerin projeye karşı çıkmalarını görmektedir. Danimarka Hemşireler Birliği danışmanı Ludvingsen, hemşirelerin toplumdaki olumlu pozisyonu nedeniyle bu programın kabulünün zor olacağını ve birçok kişinin -özellikle halk sağlığı hemşirelerinin- ASH kavramını önemli bir fikir olarak görmediğini ve finansal destek sıkıntısı nedeniyle de projenin hazırlık aşamasından öteye gidemeyeceğini belirtmektedir (Bodil Ludvingsen ile e-mail görüşmesi, 10 Temmuz 2004).

ASH'nin eğitim programındaki sorunları yanında proje, pilot uygulamaya ilişkin önemli sorunları da içermektedir. Örneğin, pilot uygulamanın aile hekimliği sisteminin yanı sıra, Finlandiya ve benzeri ülkelerde hastanelerde de yürütülebilmektedir (Scottish Executive 2003, WHO, 2005). Bu durum, ASH'nin tedavi edici hizmetlere yaslanacağını ipuçlarını vermektedir. DSÖ raporları ASH uygulamasına başta Danimarka olmak üzere birçok ülkede özellikle halk sağlığı hemşirelerinin karşı çıktığını, toplumun gerek aile hekimliği gerekse ASH kavramını anlamada zorlandığını bildirmektedir (Bodil Ludvingsen ile e-

mail görüşmesi, 10 Temmuz 2004, WHO, 2005, WHO 2003a, WHO 2003b). İskoçya ve Finlandiya 2005 yılındaki ASH programını değerlendirme toplantısında mevcut sorunun giderilebilmesi için ASH uygulamalarının yaygınlaşması, gerekli eğitim ve destek altyapısının geliştirilmesi, aile sağlığı hemşireleri ve halk sağlığı hemşireleri arasındaki çatışmayı engellemek için halk sağlığı hemşirelerinin yeni görevlerinin tanımlanması, hemşirelerde ASH kavramı ile ilgili kafa karışıklığının önlenmesi ve tüm hekimlerin bu uygulamayı desteklemesi gerektiği kararına varılmıştır (Macduff et al. 2004, WHO 2005, WHO 2003a, Marjaana Pelkonen ile e-mail görüşmesi, 31 Ağustos 2004). Diğer sorun, Kırgızistan dışındaki ülkelerin iki yıllık eğitim ve uygulama sürecini uzun bulması ve sürenin kısaltılması ile ilgilidir. Bu karar da oldukça düşündürücüdür. Diğer bir sorun ise aile sağlığı hemşiresi başına düşen nüfusun yüksek olması ve ülkelerin konu ile ilgili hiç bir yasal düzenleme yapmaması ile ilgilidir (WHO 2005). Örneğin, Slovenya'da aile sağlığı hemşiresi başına 2500 kişi düştüğünden, bu sorunu gidermek için yeni hemşirelik okulları kurularak sayı artırmaya çalışmaktadır (WHO 2003a, WHO 2005). Aynı şekilde Moldavya'da bu sistem ile bir aile sağlığı hemşiresi başına düşen nüfus azalmadığı gibi artmıştır (1200-1500 kişiye bir aile sağlığı hemşiresi) ve hemşireler ağırlıklı olarak müşteri temelli tedavi edici hizmet sunmaktadır (Elena Stempovscaia ile e-mail görüşmesi, 10 Eylül 2004, Schober and Affrara 2001). Moldavya'da sorunu ortadan kaldırmak için ASH'lerine diğer hemşirelerden %20 daha fazla ücret ödense de özü gereği sorun halen devam etmektedir (Schober and Affrara 2001, MacLehose and McKee 2002). Moldavya Hemşireler Birliği Başkanı Stempovscaia, ülkesindeki durumu şu şekilde özetlemektedir: "...Başlangıçta DB,

DSÖ ve Moldavya Hemşireler Birliği tarafın-dan desteklenen bu proje, finansal darboğazlar, hemşirelerin deneyimsizliği ve hemşireler üzerinde sorumluluklarının çok ağır olması, eğiticilerin niteliği ve hemşirelik araştırmalarındaki eksiklikler nedeniyle çok ciddi sorunlar yaşanmak-tadır...” (Elena Stempovscaia ile e-mail görüş-mesi, 10 Eylül 2004). Tüm bu sorunlar ülkemizdeki olası aile sağlığı hemşireliği uygulamaları açısından dikkate alınması gereken konulardır ve bu sorunlar aile hekimliği sisteminin ve onu koşullayan sağlık sektöründeki özelleştirmeci ekonomik politikaların bir sonucudur.

Daha önceden de belirtildiği gibi Küba’da yaklaşık 22 yıldır aile hekimliği uygulaması devam etmekte olup, bu uygulama tüm kapitalist ülkelerden farklı bir öz ve görüntü göstermektedir. Aile hekimliği uygulaması içinde aktif olarak yer alan aile hemşiresi de birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hemşirelik işlevlerini arzu edildiği gibi bütüncül, koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli ve parasız olarak yerine getirmektedir. Küba’da 150 kişiye bir aile hemşiresi düşmektedir. Aile hemşireleri diğer sağlık çalışanları ile birlikte, zamanlarının önemli bir bölümünü; su sanitasyonu, yeterli ve dengeli beslenme, gebe izlemi ve bakımı, doğum sonu izlemi ve bakımı, depresyonu önlemek, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, stresle mücadele vb. çok sayıda kişiye ve çevreye yönelik sağlığı geliştirici ve hastalıklardan koruyucu hizmetlere ayırmaktadır. Aile hekimine başvuran hasta eğer başka bir bölge ya da eyalet hastanesine sevk edildiyse, aile hemşiresi hekim ile birlikte hastaya refakat etmektedir. Bunun yanında aile hemşireleri ailelerle ilişkinin geliştirilmesi, şişmanlık sigara, egzersiz, sanitasyon, evde bakım, kronik hastalıklarla mücadele konularında sağlık eğitimi vermekte ve sağlık izlemleri için ev ziyaretleri yapmaktadır (SoL Meclis Sağlık Komisyonu 2003). Aile hemşireleri diğer sağlık çalışanları

ile birlikte, yaşlıları düzenli olarak izlemekte, risk değerlendirmeleri yapmakta ve yaşlıların yaşlı kulüplerine katılımını sağlamakta, hastaneden taburcu olan yaşlıların uyum göstermesi için programlar geliştirmektedir (Belek 2002:72). Swanson (1988) Küba’nın Alma-Ata Deklarasyonu’nda belirtilen “2000 yılına kadar Herkese Sağlık” hedeflerine ulaşmada birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve hemşirelik hizmetlerinin önemi ile ilgili bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada, Küba’nın bu hedeflere ulaştığını ve bunda birinci basamakta çalışan hemşirelerin (halk sağlığı hemşireleri, aile hemşireleri vb.) etkisinin büyük olduğu belirtilmektedir. Çünkü Swanson bu sistemde, hemşirelerin birinci basamak sağlık birimlerinde etkin olduğunu, sağlığı geliştirici ve hastalıklardan koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik tanıdığını, toplum katılımıyla çalıştıklarını ve yürütülen hemşirelik araştırmalarının alanda kullanıldığını ifade etmektedir. Bu tür hemşirelik hizmetleri, hemşireleri edilgen, bağımlı ve yardımcı konumdan kurtardığı gibi, temel sağlık hizmetleri anlayışıyla topluma hizmet sunmasının yolunu da açmıştır (Swanson 1988). Bugün Küba’da hemşireler bu uygulamalara halen devam etmektedir (Belek 2002).

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kapitalist üretim tarzının geçerli olduğu ülkelerdeki özelleştirmeci sağlık politikalarının bir ürünü olan aile hekimliği sistemi, toplumun geneli ve sağlık çalışanları açısından son derece olumsuz özelliklere sahiptir. DSÖ ve DB desteği ile devam eden ASH uygulamaları da bu tarihsel ve toplumsal koşulların ürünüdür. Bu koşullar içinde yaşam bulan aile sağlığı hemşireleri daha çok muayenehane hemşiresi konumunda, tedavi ağırlıklı, yakın vadede kamusal kurumlarla, orta vadede özel sağlık kurumları ya da özel sağlık sigortaları ile yapacağı sözleşmeler kapsamında istihdam olan, rutin ve teknik beceri gerektiren hemşirelik işlevlerini

yürütmektedir. İşlevler edilgen, bağımlı ve hekime yardımcılık ile sınırlıdır. Toplumla ulaşmak yerine, özel sigortası bulunan ve kendisine başvuran ya da kayıtlı olan hastalara hemşirelik hizmeti sunmaktadır. Ayrıca özel sağlık sigortalarının belirlediği ücretlendirme mekanizmalarına göre ücretlendirilmekte ve kendisine bağlı olan nüfus sayısı da giderek artmaktadır. Bu sonuçlar, kapitalist ülkelerdeki toplumun büyük bir kesimini hemşirelik hizmetleri açısından dahi ortaçağ dönemi karanlığına geri gönderecektir. Ülkemizde kamusal hizmetlerin iyileştirilmesi yerine, DSÖ ve DB desteği ile yürütülen aile hekimliği sistemi ve bu sistemde yer alacak olan ASH uygulamaları hemşireler açısından

değerlendirilmelidir. Bu sonuçlara dayalı olarak makalenin önerileri şu şekildedir:

-Kısa vadede hemşire meslek örgütlerinin ve bilim insanlarının, hemşirelerin sürekli meslek içi eğitim programlarında “sağlık politikaları” konu-sunu önceleyerek; özellikle aile hekimliği, GSS, özelleştirme konusunda hemşirelerin bilgilendirilmesi için eğitim programları düzenlemesi,

-Bu eğitim programlarında sağlık politikalarının “aile sağlığı hemşireliği”nde olacağı gibi hemşirelik mesleğini doğrudan ilgilendiren mevcut ve olası sağlık politikaları ile ilgili konuların da yer alması,

-Konu hakkında bilgisi olan hemşirelerle de birlikte yakın vadede tüm hemşireleri kapsayan bir eylem planını hazırlanmasıdır.

KAYNAKLAR

Afford CW (2003). Corrosive reform: Failing health systems in Eastern Europe. <http://www.ilo.org>. (erişim: 17 Aralık 2004).

Aksakoğlu G (1995). İngiltere’de sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim* 9(64-65): 96-101.

Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R (2003). Aile hekimliği Türkiye için uygun değildir. *Toplum ve Hekim* 18(4): 251-257.

Bach S (2000). Decentralization and privatization in municipal services: The case of health services sectoral activities program. Working paper. ILO. <http://www.ilo.org>. (erişim: 17 Aralık 2004).

Belek İ, Kılıç B (2003). 10 soruda aile hekimliği-doktorluğu-yanlışlar değil doğrular yalanlar değil gerçekler. *Toplum ve Hekim* 18(6): 414-430.

Belek İ (2002). Küba’da sağlık sosyalizmin başarısı. NK Yayınları, NK Kitaplığı:58, İstanbul.

Deveci SE, Açık Y, Ögetürk A ve ark. (2003). Aile hekimliği ve sağlık hizmetlerinde özelleştirme kavramlarına halkın yaklaşımı- Bir ön çalışma-. *Toplum ve Hekim* 20(3): 172-176.

DSÖ (2000). Münih Deklarasyonu (17 Haziran 2000) Hemşireler ve ebeler: Sağlık için bir güç. <http://www.un.org.tr> (erişim:13 Şubat 2003).

Hassmiller SB (2000). Public health and primary health care systems and health care transformation. Eds: M. Stanhope, Journal

Lancherter, Community health care nursing. Fifth ed. Mosby. 42- 59.

Hjortsberg C, Ghatnekar O (2001). Health care systems in transition. Eds. Sweden, Rico

Wisbaum AW, Cetani T <http://www.who.dk>. (erişim: 04 Ağustos 2004).

Hofmarcher MM, Rack H (2001). Health care systems in transition, Austria. Ed. Dixon A. <http://www.who.dk>. (erişim: 04 Ağustos 2004).

Hovhannisyan SG, Tragakes E, Lessof S et al. (2001). Health care systems in transition, Armenia. <http://www.who.dk>. (erişim: 04 Ağustos 2004).

ILO (1999). Terms of employment and working conditions in health sector reforms. <http://www.ilo.org>. (erişim: 17 Aralık 2004).

Järvelin J (2002). Health care systems in transition, Eds. Finland, Rico A. and Cetani T. <http://www.who.dk>. (erişim: 04 Ağustos 2004).

Macduff C, West JM (2003). Evaluating family health nursing through education and practice. Scottish Executive Social Research. <http://www.scotland.gov.uk/cru/resfinds/efht.pdf>. (erişim: 02 Mart 2004).

Macduff C, Bernice JM, West JM (2004). An evaluation of the first year of family health nursing practice in Scotland. *International Journal of Nursing Studies* 42(1). 47-59.

- MacLehose L, McKee M** (2002). Health care systems in transition, Republic of Moldova. <http://www.who.dk>. (erişim: 10 Ocak 2005).
- Övretveit J** (2003). Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning and Management* 18:233-246.
- Özkan Ö** (2003). Türkiye’de sağlık politikalarının hemşireliğe yansımaları: 12 Mayıs 2003 Dünya Hemşireler Günü Özel Baskı. Editör: Saadet Ülker, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği Yayını. 151-181.
- Özkan Ö** (2005). Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Öztek Z** (1986). Alma Ata bildirgesinin önerileri. H.Ü.T.F. ABD yayın no:86733, Ankara.
- Öztürk A, Balcı E, Gün İ** (2005). Sağlık ocağına başvuranların sağlık sistemi ve aile hekimliği ile ilgili bilgi ve düşünceler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri-GATA (Çevre Sağlığı), Ankara.
- Pala K, Sarısözen D, Türkkın A ve ark.** (2003). Bursa sağlık ocaklarında çalışanların döner sermaye ve aile hekimliği ile ilgili düşünceleri. *Toplum ve Hekim* 20(3): 177-185.
- Pala K, Yavuz CI** (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Açısından Düzce İlinin Değerlendirilmesi, 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri-GATA (Çevre Sağlığı), Ankara.
- Resmi Gazete (2004). Aile hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun. Sayı: 25665, Yayın Tarihi: 09.12.2004.
- Schober M, Affrara F** (2001). The Family Nurse: Frameworks for Practice, International Council Nurses, Geneva, Switzerland.
- Scottish Executive** (2003). Family health nursing in Scotland: A report on the WHO Europe Pilot. <http://www.scotland.gov.uk/library5/health/fhnis-00.asp> (erişim: 02 Mart 2004).
- SoL Meclis Sağlık Komisyonu** (2003). Sosyalist ülkelerde sağlık hizmetleri. Sosyalist Türkiye’de Sağlık, Nazım Kültürevi İstanbul, 31-164.
- Sugishita C** (1999). Development of family nursing in Japan-present and future perspectives. *Journal of Family Nursing* 5(2):239-244.
- Swanson JM** (1988). Health care delivery in Cuba: nursing’s role in achievement of the goal of ‘health for all’. *International Journal of Nursing Studies* 25(1):11-21.
- Thomas SA** (1999). Caring in Community health nursing: Community health nursing caring in action. Eds. JE Hitchcock, PE Schubert, SA Thomas. Delmar Publishers, New York, 3-16.
- TTB Kocaeli Tabip Odası (KTO)** (2004). Sağlıkta dönüşüm sözlüğü.
- Valigarda S, Krasnik A, Vranbaek K** (2001). Health care systems in transition Denmark. Eds. Thomson S. Mossialos E. <http://www.who.dk>. (erişim: 04 Ağustos 2004).
- WHO** (1999). Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region, Denmark.
- WHO** (2000). The family health nurse context, conceptual framework and curriculum. http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse. (erişim: 11 Şubat 2004).
- WHO** (2003a). Statement to the fifty-third session of the WHO Regional Committee for Europe, Vienna, 8-11 September 2003. <http://www.euro.who.int/document/rc53/ereport.pdf>. (erişim: 18 Mart 2004).
- WHO** (2003b). Family health nurse multinational study. <http://www.euro.who.int/document/e79369>. (erişim: 20 Ekim 2005).
- WHO** (2005). Fourth workshop on WHO Family health nurse multinational study: Intercountry evaluation. Report on a WHO Workshop Glasgow <http://www.euro.who.int/document>. (erişim: 20 Ekim 2005).