MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNİN EŞGÜDÜMÜNÜ SAĞLAYICI ROLLERİNİN İŞ DOYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Tıpta Uzmanlık Tezi

Arş. Gör. Dr. Saliha ŞAHİN

Tez danışmanı: Prof. Dr. S. Serap ÇİFÇİLİ

İstanbul, 2018

‘In general practice, patients stay and diseases come and go.
In hospitals, diseases stay and patients come and go.’

Iona Heath
London, 1995

‘Genel pratisyenlikte; hastalar kalıcıdır, hastalıklar gelir ve gider.
Hastanelerde; hastalıklar kalıcıdır, hastalar gelir ve gider.’

Iona Heath
Londra, 1995

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında emeği geçen başta tez danışmanım Prof. Dr. S. Serap Çifçili ve anabilim dalımız öğretim üyelerinden Prof. Dr. Pemra C. Ünalan olmak üzere, VdGM üyelerinde sevgili Demet Merder Coşkun, Andrea Possocco, Beatriz Figueiredo, Sonia Tsukagoshi ve Elena Klusova'ya; EGPRN üyelerinden sevgili Mihai Mara, Peter Torzsa ve Imre Rurik'e; uzmanlık eğitimimde katkısı olan tüm öğretim üyelerine ve birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR iv

TABLO DİZİNİ v

ŞEKİL DİZİNİ vi

ÖZET vii

ABSTRACT ix

1. GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER 1

1. 1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 1

1. 2. Alma-Ata 1978'den Dünya Sağlık Örgütü 2008 Raporuna 2

1. 3. WONCA ve Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri 6

1. 4. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yaşanılan Süreçler 8

1. 5. Türkiye'de Aile Hekimliği, Güncel Sorunlar ve Geliştirilmesi Gereken Yönler 9

1. 6. Sağlık Hizmetlerinin Eşgüdümü 12

1. 7. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Eşgüdümü ve Sevk Zinciri Denemeleri 16

1. 8. İş Doyumu Kavramı 20

1. 9. Aile Hekimlerinin İş Doyumu 22

1. 10. Aile Hekimlerinin Eşgüdümü Sağlayıcı Rolleri 24

2. AMAÇ 25

3. YÖNTEM ve GEREÇLER 26

3. 1. Evren ve Örneklem 26

3. 2. Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi 27

3. 3. Anket Formu 28

3. 4. Katılımcılara Ulaşılması 30

3. 5. Etik Kurul Onayı 30

3. 6. İstatistiksel Analizler 30

4. BULGULAR 31

4. 1. Sosyo-demografik Özellikler 31

4. 2. İş yükü ve Çalışma Koşulları Özellikleri 32

4. 3. Kapı-tutuculuk Sistemi, Hasta Sevk Oranları ve Sevk Nedenleri Özellikleri 34
4. 4. İş Doyumu.....36
4. 5. Sevk ve Konsultasyon ile İlgili Önermeler.....38
4. 6. Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemleri ile ilgili Özellikler 42
4. 7. Karşılaştırmalı Analizler.....44
4. 7. 1. İş Doyum Düzeyi ile Karşılaştırmalı Analizler 44
4. 7. 2. Eşgüdüm Düzeyi ile Karşılaştırmalı Analizler 49
4. 8. Alt Analizler: Türkiye Verilerinin Çıkarılması.....50
5. TARTIŞMA 51
5. 1. Ana Bulgular.....51
5. 2. Türkiye Bulguları.....57
5. 3. Çalışmamızın Güçlü Yanları.....58
5. 4. Çalışmamızın Zayıf Yanları.....58
5. 5. Sonuç.....59
6. KAYNAKLAR 60
7. EKLER.....68
Ek 1. Tez Anket Formu.....68
Ek 2. Etik Kurul Onay Formu.....71

KISALTMALAR

AH : Aile Hekimliği

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

ASE : Aile Sağlığı Elemanı

BB : Birinci Basamak

BBSH : Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EGPRN : European General Practice Research Network/Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı

ETKS : Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi

GP : Genel Pratisyenlik

PHAMEU : Primary Health Care Activity Monitor For Europe/Avrupa için Birincil Bakım Aktivitesi İzlemi

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi

VdGM : Vasco da Gama Movement/Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Kuruluşlar Birliği)

TABLO DİZİNİ

Tablo adı **Sayfa no**

Tablo 1. Türkiye'de BBSH'nin sunumunda yaşanılan süreçler 8
Tablo 2. Herzberg'in çift faktör kuramı 21
Tablo 3. Aile hekimlerinin iş doyumunu arttıran ve azaltan faktörler 23
Tablo 4. Ülkelerin eşgüdüm düzeyi* 27
Tablo 5. Sosyo-demografik özelliklerin ülkelere göre dağılımı 31
Tablo 6. İş yüküne ait özelliklerin ülkelere göre dağılımı 32
Tablo 7. Çalışma koşullarına ait özelliklerin ülkelere göre dağılımı 33
Tablo 8. Haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısının ülkelere göre dağılımı 35
Tablo 9. Sevk nedenlerinin genel dağılımı 35
Tablo 10. Sevk nedenlerinin ülkelere göre dağılımı 36
Tablo 11. Önerme 1'e verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı 39
Tablo 12. Önerme 2'ye verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı 40
Tablo 13. Önerme 3'e verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı 40
Tablo 14. Önerme 4'e verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı 41
Tablo 15. Önerme 5'e verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı 41
Tablo 16. Önerme 6'ya verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı 42
Tablo 17. ETKS kullanım özelliklerinin genel dağılımı 43
Tablo 18. ETKS kullanım özelliklerinin ülkelere göre dağılımı 43
Tablo 19. İş doyumu ile bazı sosyo-demografik ve iş yükü özelliklerinin ilişkisi 45
Tablo 20. İş doyumu ile bazı sosyo-demografik ve çalışma koşulları özelliklerinin ilişkisi 45
Tablo 21. İş doyum ile kapı-tutuculuk sistemi, sevk sayısı ve sevk nedenlerinin ilişkisi 46
Tablo 22. İş doyumu ile sevk ve konsültasyon önermelerinin ilişkisi 47
Tablo 23. İş doyumu ile ETKS kullanım özelliklerinin ilişkisi 48
Tablo 24. Eşgüdüm düzeyi ile iş yükü özelliklerinin ilişkisi 49
Tablo 25. Eşgüdüm düzeyi ile sevk nedenlerinin ilişkisi 50

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil adı **Sayfa no**

Şekil 1. Bir yapı taşı olarak Alma-Ata bildirgesi ana hatları 5
Şekil 2.WONCA ağacı 6
Şekil 3. Haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı oranları 34
Şekil 4. İş doyum düzeyi 37
Şekil 5. İş doyum düzeyinin ülkelere göre dağılımı 37
Şekil 6. 1, 4, 5 ve 6 no'lu önermelere verilen yanıtların genel dağılımı 38
Şekil 7. 2 ve 3 no'lu önermelere verilen yanıtların genel dağılımı 39
Şekil 8. Eşgüdüm düzeyi ile iş doyumu ilişkisi 44

ÖZET

Giriş: İş doyumu, bireylerin işini yaparken hissettiği memnuniyet düzeyi, işine karşı hissettiği pozitif ve negatif tutumların toplamı olarak tanımlanmaktadır. Aile hekimlerinin iş doyumu, sadece hekimlerin ruh sağlığı ve iyilik hâli için değil; sağlık iş gücü, bakımın sürekliliği, kaliteli ve maliyet etkin sağlık hizmet sunumu ve hasta memnuniyeti için de oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinin eşgüdümü, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel uygulama özelliklerinden biridir ve dünyanın birçok ülkesinde aile hekimleri, sağlık hizmet basamakları arasında eşgüdümü sağlayıcı rol oynarlar. Eşgüdümün amacı, uygun sağlık bakımının doğru zamanda, doğru sıra ile ve doğru yerde alınmasını kolaylaştırmaktır.

Amaç: Aile hekimlerinin eşgüdümü sağlayıcı rollerinin iş doyumu üzerine etkisini araştırmak; sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü farklı düzeylerde gerçekleştiren ülkelerde eşgüdüm bileşenlerinin rollerini saptamaktır.

Yöntem: Tanımlayıcı özellikte kesitsel bir araştırma tipi planlanmıştır. Araştırmacılar tarafından ilgili literatüre dayanılarak geliştirilen anket formu, Avrupa için Birincil Bakım Aktivitesi İzlemi (PHAMEU) çalışması sonuçlarına göre sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü güçlü (Hollanda, İngiltere, İspanya), orta güçlü (İtalya, Portekiz, Fransa) ve zayıf (Almanya, Romanya, Macaristan, Türkiye) düzeyde gerçekleştiren ülkelerde yaşayan ve anketi yanıtlayabilecek düzeyde İngilizce bilen aile hekimlerine, en az 40 katılımcıya ulaşılması hedeflenerek, Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi (VdGM) ve Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı (EGPRN) gruplarından iş birliği yapmayı kabul eden araştırmacılar aracılığıyla, e-posta yoluyla gönderilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 10 ülkeden 278 aile hekimi katılmıştır. Katılımcıların %54'ü kadın, %73,4'ü evli, yaş ortalaması 45±12,6 yıl ve uzman hekim olarak çalışma süresinin ortancası 8 yıldır (dağılım aralığı:0,5-42). Katılımcıların iş doyum düzeyi; %68 'Memnunum', %18 'Memnun değilim' ve %14 'Kararsızım' şeklindedir. Eşgüdüm düzeyi güçlü ve orta güçlü ülkelerdeki katılımcıların iş doyum düzeyi, zayıf ülkelerdeki meslektaşlarından fazladır ($p<0,001$). Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, çalışma koşulları, kayıtlı nüfus sayısı hariç iş yükü özellikleri, sevk oranları ve sevk nedenleri ile iş doyumu arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Kapı-tutuculuk sistemi, sevk için hastanedeki uzmanlara kolay ulaşabilirlik, sevk yanıt raporunu zamanında edinme, hastaların hastane taburculukları, acil servis başvuruları gibi diğer birimlerden aldıkları hizmetlerden haberdar edilme, tıbbi veri alışverişi ve klinik karar vermeyi destekleyici özellikler içeren elektronik tıbbi kayıt sistemi (ETKS) kullanımı iş doyumu üzerine olumlu yönde etkilidir. Eşgüdüm düzeyi zayıf ülkelerdeki katılımcıların iş yükü, güçlü ve orta güçlü ülkelerdekine göre fazladır. Eşgüdüm

düzeyi zayıf ülkelerden güçlü ülkelere doğru, tedavi seçenekleri için hasta sevk etme sıklığı; eşgüdüm düzeyi güçlü ülkelerden zayıf ülkelere doğru ise takip önerileri için hasta sevk etme sıklığı artmaktadır.

Sonuç: Kayıtlı nüfus sayısının azaltılması, sağlık hizmetlerine girişte ilk başvuru noktası olmaları, sevk aşamasında diğer basamaklardaki hekimlerle iletişimlerinin arttırılması, hastalarının hastane taburculukları, acil servis başvuruları gibi diğer birimlerinden aldıkları hizmetlerden haberdar edilmeleri ve fonksiyonel ETKS ile desteklenmeleri aile hekimlerinin iş doyumunu arttırmaktadır. Sağlık sistemlerinde yapılması planlanan organizasyonel, finansal ve teknolojik düzenlemelerde bu faktörlerin dikkate alınması gereklidir.

Anahtar sözcükler; aile hekimi, elektronik tıbbi kayıt sistemi, eşgüdüm, iş doyumu, sevk

ABSTRACT

Introduction: Job satisfaction is defined as the amount of pleasure a person feels doing his/her job and the sum of positive and negative attitudes towards the job. Job satisfaction of family physicians is an important element not only for physicians' mental health and well-being but also for workforce and continuity of care, quality and cost-effectiveness of service delivery and patients' satisfaction with health care. Coordination of care is one of the fundamental implementation features of primary care and family physicians have coordinator role of health services in many countries in today's world. The aim of coordination is to ensure that appropriate care is provided in the right time, in right the order and in right place.

Aim: To explore the effect of family physicians' coordinator role in health services on job satisfaction and to find out the role of coordination components in countries with different levels of coordination.

Method: A cross-sectional study with a descriptive feature was planned. Study questionnaire was created by the researchers based on the literature review and disseminated to the target family physicians; who live in countries with strong coordination level (Holland, the UK, Spain), medium coordination level (Italy, Portugal, France) and weak coordination level (Germany, Romania, Hungary, Turkey) according to the Primary Health Care Monitor for Europe (PHAMEU) study and capable enough to understand and answer the questionnaire which is in English. Dissemination has occurred via e-mail with the help of collaborative researchers from Vasco da Gama Movement (VdGM) and European General Practice Research Network (EGPRN) with the aim of reaching at least 40 participants in each country.

Results: 278 questionnaires were recruited from ten countries in total. Of the 54% were women, 73,4% were married, mean age 45±12,6 years, the median value of years of practicing medicine as a family medicine specialist was 8 years (Range:0,5-42). Job satisfaction levels of participants emerged as follows: 68% 'Satisfied', 18% 'Not satisfied', 16% 'Neutral'. The participants from countries with strong and medium coordination level were more satisfied with their jobs than their counterparts from countries with weak coordination level ($p<0,001$). Socio-demographic features, working conditions, workload (except practice volume), referral rate and referral reasons were not associated with job satisfaction. Presence of gatekeeping system, ease of reaching hospital specialists for referral, timely obtaining of a referral response report, to be informed about the patients' medical activities like hospital discharges and emergency room admissions, using more developed electronic medical record system (EMRS) in terms of information exchange and clinical decision-making supportive tools had positive effect on job satisfaction level. The workload

of participants from countries with weak coordination level was higher than their counterparts from countries with medium and strong coordination level. From weak towards strong coordination level, referral for treatment options; from strong towards weak coordination level, referral for follow-up recommendations were increasing.

Conclusion: Lower practice volume, being first contact point of care, having collaborative communications with specialists while referral process, to be informed about the patients' medical activities like hospital discharges and emergency room admissions and being supported by functional EMRS increase family physicians' job satisfaction. It's necessary to consider these factors while planning organizational, financial and technological reforms in health care systems.

Key words; coordination of care, electronic medical record system, family physician, job satisfaction, referral

1. GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER

1. 1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmış örgütlenişi, ilk olarak Lord Dowson'un Britanya Sağlık Bakanlığı için hazırladığı 1920 tarihli raporda yer almaktadır. Rapor, sağlık hizmetlerini üç temel düzeyde ele almakta ve bu üç düzeyin işlevleri ile aralarındaki ilişkileri incelemektedir. Sağlık sisteminin merkezinde birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) bulunmakta, bunları genel uzman bakımı sağlayan ikinci basamak desteklemekte, sistemin en üst basamağında da seyrek görülen, karmaşık rahatsızlıkların ele alındığı eğitim hastaneleri üçüncü basamak olarak yer almaktadır. Basamaklandırma, hizmetin bölgeselleştirilmesinin temelini oluşturan değişik düzeylerdeki tıbbi bakım gereksinimlerine yanıt verecek örgütlenme modeli olarak önerilmiş ancak önerildiği yıllarda yeterince ilgi görmemiştir. 19.yy sonlarına gelindiğinde tıbbi bilgi birikiminin artması, teknolojik gelişmelerin hızlanması, artan bilgi ile başa çıkmak ve onu yönetmek ihtiyacı ile hekimlerde uzmanlaşma eğilimi başlamıştır. 20.yy'a damgasını vuran ileri uzmanlaşma ile hekimlerin ilgi alanları ve tıbbi yeterlilikleri bedenin parçaları, sistemler ve organlar temelinde gittikçe daralmıştır. Uzmanlaşan ve özelleşen hekimler, bütün olarak toplumun sağlığından çok özgül hastalıklara odaklanmışlardır. Hastalık tedavisi temelindeki uzmanlaşma, tek tek hastalıklarda oldukça etkili olsa da toplumun sağlık düzeyini yükseltecek temel sağlık hizmetlerinin sunumunda yetersiz kalmıştır.[1] Böylece ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından dile getirilen, tıptaki aşırı uzmanlaşma sonucu ortada kalan hastalara kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti verecek bir uzmanlık dalının gerekliliği ve önemi anlaşılmıştır. Burada temeli atılan aile hekimliği (AH)/genel pratisyenlik (GP), BBSH felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan tıp disiplinidir. BBSH, bir sağlık sisteminde bireylerin tüm yeni gereksinimlerinde sisteme ilk girişlerini sağlayan, çok az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan, bireylerle ve toplumla herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız tüm yaşam boyu devam eden uzun erimli ilişki kuran, başka kurumlar veya kişiler tarafından sunulan hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan sağlık hizmeti basamağıdır.[2] Belirli hastalıkların tanı ve tedavisi üzerine yoğunlaşmış, aldıkları eğitim ve tecrübeleri gereği semptomları ciddi hastalık lehine yorma, gereğinden fazla tetkik isteme ve tedavi edici girişimde bulunma eğiliminde olan hastane hekimliğinden farklı olarak; ayrışmamış semptomları yönetme, multimorbidite ve ilaç etkileşimleri ile baş etme, koruyucu hekimlik uygulamalarını yaygınlaştırma, bireyi bir bütün olarak ele alma özelliği olan birinci basamak (BB) hekimliği ile ülkelerin daha kaliteli sağlık hizmetini, maliyet-etkin bir şekilde, toplumun tamamına ve eşit olarak sunabildiği görülmüştür.[3,4] BBSH'nin yenidoğan, beş yaş

altı çocuk ve anne ölüm oranı gibi temel sağlık ölçütlerini iyileştirme, hastane yatışları ve acil servis başvurularını azaltma, sağlık kaynaklarını etkin kullanma, hasta ve ilaç güvenliği sağlama gibi faydaları gerçekleştirebilmesi, onu sağlık hizmetlerinin diğer basamaklarından ayıran temel yapısal ve uygulama özelliklerini hayata geçirmesine bağlıdır.[2,5]

BBSH'nin yapısal özellikleri şunlardır:

1-Altyapı, donanım ve insan gücü kaynaklarının tüm ülke içinde eşit şekilde dağılımı

2-Uygun finansman yönetimi

3-BBSH'ye uygun içerikte eğitim almış, çok disiplinli sağlık çalışanı ekibi

BBSH'nin uygulama özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

1-İlk başvuru noktası olma: BBSH'nin bu özelliğini desteklemek amacı ile BB hekiminin hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi şeklindeki düzenlemeye kapı-tutuculuk sistemi denir.[6]

2-Kapsayıcılık: Toplumdaki tüm bireylere ve sık görülen tüm hastalıklara yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici tüm hizmetlerin verilmesi anlamına gelir.[2]

3-Süreklilik: Sağlık sorunlarının türünden ve varlığından bağımsız olarak, hasta ile BB ekibi arasında uzun erimli bir ilişki bulunmasını ifade eder.[2]

4-Eşgüdüm: Her bireyin daha önceki sağlık sorunları ve aldığı hizmetler hakkındaki bilgilerin BBSH tarafından bir araya getirilmesi ve bu bilgilerin hastaların bakımı sırasında kullanılmasının sağlanması anlamına gelir.[2] Kapı-tutuculuk sistemlerinde BB hekimleri, hastalarının doğru uzmanlık hizmetine erişimini sağlamak, sevki takip eden izlemlerini gerçekleştirmek, kayıtlarını tutmak ve ilgili diğer hekimlerine aktarmak, yani bakımının eşgüdümünü sağlamaktan sorumludur.[7] Bu nedenle ilk başvuru özelliğinin eşgüdüm için de bir ön koşul olduğu söylenebilir. BBSH'nin dört uygulama özelliğinin yapısal özelliklere olduğu kadar birbirlerine de bağımlı olduklarını görmek mümkündür. Eşgüdüm ise bu açıdan özel bir konumdadır ve birinci basamağın sağlanması en güç, diğer yandan da diğer işlevlerinin başarısı açısından en kritik özelliğidir. Eşgüdüm gerçekleşmediği takdirde ilk başvuru sadece yönetsel bir fonksiyon hâline gelir, kapsayıcılık çok zor sağlanır ve süreklilik potansiyelinin önemli bir bölümüne ulaşılamaz.[2]

1. 2. Alma-Ata 1978'den Dünya Sağlık Örgütü 2008 Raporuna

BBSH'nin sunumunda merkezi rol üstlenen AH (GP); kendine özgü eğitim ve araştırma içeriği, kanıta dayalı klinik uygulamaları ile ayrı bir uzmanlık dalı; akademik ve bilimsel bir tıp disiplinidir.[8] 1950'li yıllar öncesi, tıp fakültesi mezuniyeti sonrası kısa süreli kurslar ve sertifikasyon programları ile eğitilen hekimler veya hemşireler tarafından sunulan

BBSH'nin, yapılandırılmış bir asistanlık programından geçmiş hekimler tarafından sunulması ihtiyacı ikinci dünya savaşı sonrası döneme denk gelmektedir. Dünyanın farklı yerlerinde farklı zamanlarda AH ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş, fakülte anabilim dalları ve asistanlık eğitim programları oluşturulup disiplinin ilk meslek örgütleri gün yüzüne çıkmaya başlamıştır. 6-12 Eylül 1978'te Kazakistan'ın Alma-Ata şehrinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önderliğinde gerçekleştirilen uluslararası bir konferansta, tüm ülkelere hızla ve etkin bir biçimde BBSH'yi uygulamaya koymaları ve geliştirmeleri çağrısı yapılmış; bugünkü anlamda AH disiplininin karakteristik özellikleri ve temel yeterliliklerine zemin oluşturacak bir bildirge yayınlanmıştır. Sağlığın sadece hastalık veya sakatlık durumu yokluğu değil fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hâli olarak vurgulandığı bildirgede, gelişmiş ve gelişmekte olan ülke toplumlarının sağlık durumu arasındaki büyük eşitsizliğe dikkat çekilmiş, tüm dünya devletlerine ve uluslararası organizasyonlara 2000 yılı için 'herkesin sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir hayat sürebilecek sağlık durumunda olma' hedefi konularak BBSH'nin sosyal adalet ruhu ile bu hedefin gerçekleştirilmesinde kilit rol oynayacağı belirtilmiştir. BBSH;

- Pratik,
- Bilimsel açıdan sağlam,
- Sosyal açıdan kabul edilebilir metod ve teknolojiye dayalı,
- Toplumdaki tüm birey ve ailelere ulaşabilen ve onların tam katılımını sağlayan,
- Ülkelerin gelişimlerinin her aşamasında kendi özerklikleri ile devamlılığını sağlayabilecekleri bir maliyeti olan,
- Kişilerin yaşam ve çalışma alanlarına mümkün olduğunca yakın konumlanarak bireylerin sağlık sistemi ile ilk temas noktası olan,
- Toplumdaki temel sağlık problemlerine hitap ederek sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri sunan temel sağlık bakımı olarak tanımlanmıştır.[9]

Alma-Ata bildirgesi, AH'nin tarihsel gelişim süreci içerisinde önemli bir yapı taşı olarak yerini korurken, ondan tam 30 yıl sonra 2008 yılında DSÖ tarafından yayınlanan 'Primary Health Care-Now More Than Ever' raporu ile hekimlerin, devletlerin, politika yapıcıların, tüm dünya toplumlarının, sivil toplum örgütlerinin ve özel sağlık sektörünün dikkati bir kez daha BBSH'nin önemine çevrilmiştir. 1980 yılında literatüre giren kanıta dayalı tıp kavramı ile sağlık hizmet sunumunun kalitesi, maliyet etkinliği; sağlık hizmeti alıcılarının memnuniyeti, beklentileri; hastalıkların kontrolü ve epidemiyolojik değişimlerin değerlendirildiği bilimsel çalışmaların sayısı hızla artmıştır. Bu çalışmaların sonuçları

ışığında son 30 yılda yaşananların değerlendirildiği ve değişen dünyada sağlık sistemlerinin geleceğine dair öngörülerin tartışıldığı bu ayrıntılı rapor, herkes için âdeta bir uyarı niteliğindedir. Kişilerin artan taleplerinin ve değişen sağlık ihtiyaçlarının karşılanmamasının, devletlerin sağlık harcamalarının gittikçe artması ile birlikte sağlık hizmet alıcılarının memnuniyetsizliğinin de artıyor olmasının ve sağlıkta yaşanan eşitsizliklerin nedeni olarak; sağlık sistemlerinin Alma-Ata bildirgesinin ortaya koyduğu sağlıkta eşitlik, kişi merkezli yaklaşım gibi BB değerlerinden uzaklaşması olduğu belirtilmiştir. Rapora göre, göçmenlik gittikçe artmakta ve artan dil-kültür farklılıkları nedeni ile toplumun tamamına eşit ve etkili sağlık hizmeti sunmak zorlaşmaktadır. Gittikçe artan oranda kentlerde ve büyük şehirlerde yaşamaya başlayan dünya hızla yaşlanmakta, 2050 yılında 60 yaş üstü kişi sayısının yaklaşık iki milyar olacağı ve bunların %85'ini gelişmekte olan ülkelerde yaşayanların oluşturacağı öngörülmektedir. Kentleşme, yaşlanma ve sağlıksız yaşam tarzının depresyon, diyabet, kalp damar hastalıkları, kanserler gibi kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıkların sayısında artışa neden olduğu, kazaların ve yaralanmaların gittikçe artan oranda hastalık ve ölüm nedeni olduğu vurgulanmıştır. Yaşlı nüfus artışının, sağlık hizmet sunumunun organizasyonunu da yakından ilgilendirdiğinin altı çizilmiş, 65-69 yaş aralığındaki kişilerin %25'inin, 80-84 yaş aralığındaki kişilerin %50'sinin iki veya daha fazla kronik hastalığı olduğu belirtilmiştir. Multimorbidite ile birlikte hastalıklara eşlik eden ruhsal sağlık problemleri, bağımlılıklar, şiddet gibi komorbiditelere dikkat çekilerek, bireyi bir bütün olarak ele almanın ve kapsamlı yaklaşımın önemi vurgulanmıştır. Günümüz geleneksel sağlık sistemlerinin karakteristik özellikleri; hastanede çalışan uzman ve üçüncü basamak sağlık bakımına aşırı ve orantısız şekilde yoğunlaşmış hastane merkezli bakım, uzmanlık dallarının sayısının katlanarak artmasıyla çok parçalı hizmet sunumu, kontrol altında tutulmayan sistemlerde sağlık sektörüne hızla yayılmış ticarileşme olarak sıralanmıştır. Hastane merkezli bakım etrafında organize olmuş sağlık sistemlerinin, kişilerin ihtiyaçları ve talepleri ile aynı doğrultuda olmayan, ekonomilerinin yön verdiği bir hizmet sundukları ve bunun da sağlık bakımında verimsizliğin ve eşitsizliğin, ayrıca aşırı ilaç kullanımı ve iyatrojenik durumlarda artışın temel nedeni olduğu vurgulanmıştır. Uzmanlık ve yan uzmanlık dallarının sayısındaki artış ile tek bir hastalık kontrolüne dayanan ve genellikle finansal olarak desteklenen hastalık kontrol programlarının sağlık hizmeti sunumunda parçalanmaya neden olduğu ve uzun vadede sürdürülebilir olmadığına dikkat çekilmiştir. Değişen dünyada bilgiye ulaşmanın kolaylaşması ve sosyal etkileşimin artması insanların sağlığı algılama biçimlerinin değişmesine, beklentilerinin ve taleplerinin artmasına ve sağlıklarını ilgilendiren konularda karar verme sürecine dâhil olma isteklerinin artmasına neden olmuştur. Tüm bu değişime

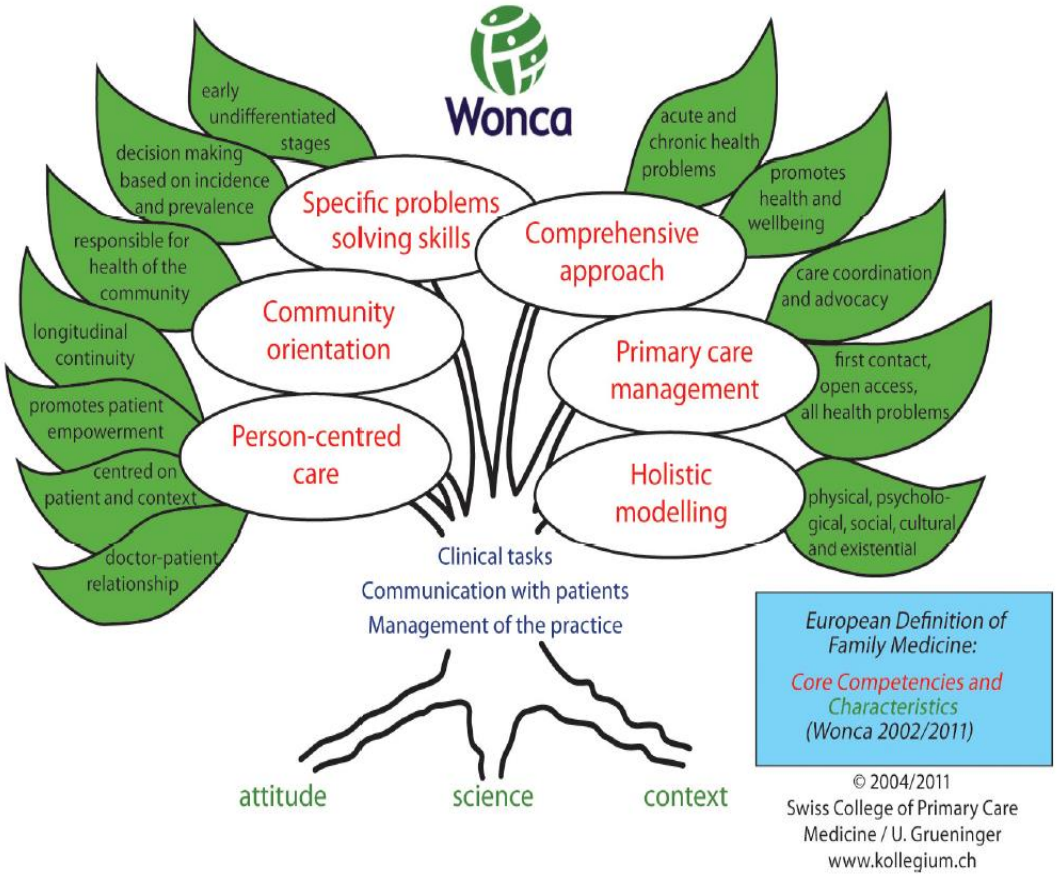
ayak uydurmak, kişiyi merkeze alarak onun talepleri ve ihtiyaçları doğrultusunda BBSH temel değerleri etrafında yapılacak düzenlemelerle mümkün olabilecektir. Birincil bakım, kişinin sağlık sistemine girişte ilk temas noktası olması özelliğiyle, hasta ve hekim arasında karşılıklı güvene dayalı devamlı bir ilişki kurulmasına olanak sağlar. Sadece tanı ve tedaviye odaklanmayan, kişinin hastalığı nasıl algıladığı ve hayatının bundan nasıl etkilendiğini de hesaba katan kişi merkezli yaklaşımı ile hem hastayı hem de hekimi memnun eden bir hizmet sağlar. Sağlık bakımını kişilerin yaşam ve çalışma alanlarına yakın konuma getiren birincil bakım, ihtiyaçlarını ve içinde bulunduğu koşulları iyi bildiği belirli bir nüfusa hizmet verir. Hastaneler, diğer dal uzmanları, tanı-tedavi üniteleri, evde bakım ve sosyal hizmetler, uzun süreli tedavi merkezleri, hasta destek birimleri, halk sağlığı programları gibi karmaşık bir sistemin içinde hastaların yol göstericisi görevini üstlenerek tüm bu paydaşlardan gelen bilgileri kendinde toplayıp kayıt altına alır; gerektiğinde diğer profesyonellerle paylaşarak hem bakımın devamlılığını hem de etkili ve güvenli olmasını sağlar. Bir taraftan BB ekibindeki diğer profesyonellerin (hemşire, ebe, fizyoterapist, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen vb.) birbiriyle bütünleşmesini sağlayarak kapsamlı bir bakım sunarken; diğer taraftan kapı-tutucu özelliği ile hastaları gerektiğinde ve zamanında ikincil/üçüncül bakıma sevk ederek gereksiz tetkik ve tedavilerin önüne geçer, sağlık bakımının eşgüdümünü sağlar.[10]



Şekil 1. Bir yapı taşı olarak Alma-Ata bildirgesi ana hatları

1. 3. WONCA ve Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri

1972 yılında kurulan Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Kuruluşlar Birliği (WONCA), 131 ülkede 118 üye organizasyon ve 500.000'den fazla üyesiyle bir çatı organizasyon olarak AH'nin temel değerlerini tanımlayıp güçlendirerek, tüm dünyada insanların yaşam kalitesini arttırmak misyonu yürütmektedir. Yedi bölgesel grup ,11 çalışma grubu ve 13 özel ilgi alanı grubu ile yedi genç doktor hareketini bünyesinde bulunduran WONCA, kâr amacı gütmeyen bir sivil toplum kuruluşudur.[11] Bir tıp disiplini ve uzmanlık dalı olarak AH'nin karakteristik özellikleri ve çekirdek yeterlilikleri ilki 2002, ikincisi 2005 ve sonuncusu 2011 yılında yapılan bir revizyonla WONCA Avrupa'nın ön ayak olduğu bir çalışma komisyonu tarafından belirlenmiş ve ilk kez İsviçre Aile Hekimliği Akademisi tarafından kökleri ve dallarıyla ağaç şeklinde şematize edilmiştir.[8]



Şekil 2.WONCA ağacı

WONCA ağacının yapraklarında 12 maddede sıralanan disiplinin karakteristik özeliklerinden yola çıkılarak altı başlık altında AH uzmanlık dalının çekirdek yeterlilikleri belirlenmiştir. Bu yeterlilikler profesyonellerin içinde bulundukları sağlık sisteminden bağımsız olarak mutlaka sahip olmaları gereken değerlerdir:

1- Birinci basamak yönetimi

2- Kişi merkezli bakım

3- Özel problem çözme yeteneği

4- Kapsamlı yaklaşım

5- Toplum yönelimi

6- Bütüncül yaklaşım

2011 revizyonu ile 'Kalitenin Geliştirilmesi' kavramı eklenmiş ve özellikle birinci ve üçüncü çekirdek yeterlilikle birlikte temel becerilerden biri olarak düşünülmesi gerektiği belirtilmiştir.

Çekirdek yeterliliklerden birinci basamak yönetimi; AH disiplininin herkesin kolayca ulaşabileceği bir konumda ve genellikle sağlık sistemine girişte ilk temas noktası olması, bireylerin yaş, cinsiyet ve diğer özelliklerine bakılmaksızın tüm sağlık problemleriyle ilgilenmesi, gerektiğinde hastanın savunucusu rolünü üstlenerek, diğer BB profesyonelleriyle birlikte çalışarak ve diğer dal uzmanlarıyla etkileşimi yöneterek (sağlık hizmetlerinin eşgüdümü) sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlaması karakteristik özellikleri ile ilgilidir. BBSH'nin temel uygulama özelliklerinden ve AH disiplinin karakteristik özelliklerinden biri olan eşgüdüm; bireyin sağlık bakımına dâhil olan tüm profesyoneller arasında bilgi alışverişi ve iletişimin sağlanması temeline dayanır ve her yaş ve cinsiyetten bireyin çok geniş yelpazedeki sağlık ihtiyaçlarına yanıt veren AH'de hekimlerin diğer meslektaşlarından sürekli öğrenmelerini ve bilgilerini güncel tutmalarını destekler. Diğer tıp disiplinlerinden farklı olarak bir düşük prevalans hekimliği olan AH'de bu sürekli öğrenme ve mesleki gelişimde devamlılık, disiplinin karakteristik özelliklerinden olan toplumdaki hastalıkların insidansı ve prevalansı ile belirlenen özel karar verme süreci, uygun ve etkili müdahalelerle sağlık ve iyilik hâlini teşvik etme ve toplum sağlığı için sorumlulukları yerine getirme işlevleri için özellikle önemlidir.

1. 4. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yaşanılan Süreçler

Ülkelerin sağlık politikalarını belirleyen faktörlerin başında, o ülkenin öncelikli sağlık sorunları, sağlık insan gücü durumu, ekonomik ve demografik yapısı ile sosyo-kültürel özellikleri gelmektedir.[12] Sağlık hizmet sunumunda merkezi rol oynayan BBSH'nin sunum şekli, organizasyonu, önceliklendirdiği konular da sağlık politikalarıyla şekillenerek farklılık göstermektedir.

Tablo 1. Türkiye'de BBSH'nin sunumunda yaşanılan süreçler

1920-1950 dönemi[13,14]: Hükümet Tabipliği Sistemi
Sorunlar: Bulaşıcı hastalıklar, yetersiz sağlık insan gücü, ekonomik sıkıntılar Önceliklendirilen konular: Koruyucu sağlık hizmetleri, sanitasyonun sağlanması, sıtma-trahom-veremle mücadele, sağlık insan gücünün arttırılması, sağlık örgütlenmesinin geliştirilmesi Uygulamalar: Yatılı tıp okullarının açılması, verem ve sıtma savaş dispanserlerinin açılması
1950-1990 dönemi[14,15,16]: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi
Sorunlar: Doğurganlık hızının artışı, anne ve bebek ölüm hızındaki artışlar Önceliklendirilen konular: Hastane yapılanması ve tedavi edici hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi, aile planlaması, aşı kampanyaları, ishalli hastalıklarla mücadele, doğumun sağlıklı koşullarda yapılması, anne sütünün teşviki, yenidoğan bebek bakımı ve büyüme gelişmenin izlenmesi Uygulamalar: Farklı kamu kuruluşların bağlı hastanelerin (Devlet Demir Yolları, Millî Eğitim Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri gibi) açılması, sağlık ocağı ve sağlık evlerinin kurulması, ana-çocuk sağlığı merkezlerinin açılması
1990 sonrası dönem[17,18,19]: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve Aile Hekimliği
Sorunlar: Sağlık taleplerinin değişmesi, hastane ve uzman hekim başvurularının aşırı artışı, sağlık harcamalarındaki artış, global neo-liberal politikalar Önceliklendirilen konular: BBSH'nin ilk başvuru noktası olmasının teşviki, etkili ve kademeli sevk zincirine geçiş denemesi, her bireyin bir aile hekiminin olması, hastanelerin özerkleştirilmesi, genel sağlık sigortası uygulaması Uygulamalar: Aile sağlığı merkezi (ASM) ve toplum sağlığı merkezi (TSM) birimlerinin açılması (Yakın zamanda yapılan değişiklikle toplum sağlığı merkezleri, ilçe sağlık müdürlüklerine bağlanmıştır.)

1. 5. Türkiye'de Aile Hekimliği, Güncel Sorunlar ve Geliştirilmesi Gereken Yönler

Ülkemizde bir tıpta uzmanlık dalı olarak AH, ilk kez 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır. O dönemde eğitim süresi pratisyen hekimler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. İlk AH anabilim dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuş, AH uzmanlık eğitimi ise ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde verilmeye başlanmıştır. 1993 yılında 12547 sayılı Yüksek Öğrenim Kurulu kararı ile tıp fakültelerinde AH anabilim dalları kurulması uygun görülmüş ve Trakya Üniversitesi'nden başlanılarak AH anabilim dallarının sayısı hızla arttırılmıştır. 1995 yılında Avrupa Topluluğu'na üye ülkelerde BBSH'de çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az iki yıl eğitim görmelerini zorunlu hâle getiren bir karar alınmış, bu zorunlu eğitim süresi 1996 yılında üç yıla çıkarılmıştır.[16] 2003 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, WONCA'ya tam üye olmuş,[16] aynı yıl Sağlık Bakanlığı tarafından duyurulan SDP ile sağlık hizmetlerinde bir dizi düzenlemeye gidilmiştir. SDP'de yer alan sekiz temel değişiklik: planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı; herkesi tek bir çatı altında toplayan genel sağlık sigortası; yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi (güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve AH, etkili ve kademeli sevk zinciri, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri); bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü; sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları; nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon; akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma; karar sürecinde etkili bilgiye erişim (sağlık bilgi sistemi) olarak sıralanmıştır.

AH uygulaması bu dönüşüm programının en önemli bileşeni olarak dikkati çekmektedir. SDP gibi köklü yeniden düzenleme süreçleri konunun tüm paydaşlarının aktif katılımını ve katkısını gerektiren zorlu ve uzun süreçlerdir, tüm yönleriyle düşünülüp gerekli altyapının hazırlanması ve kaynak ayrılması ile duyurulup, uygulama aşamasında da sürekli olarak değerlendirilerek iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gerekir. Türkiye'de AH sistemi hâlâ istenilen ve hedeflenilen noktada olmamakla birlikte, bugün gelinen noktada yaşanan sorunlar ve geliştirilmesi gereken yönlerin objektif bir şekilde ortaya konması gelecekte yapılması gerekenlere ışık tutacaktır. Bu sorunlar ve geliştirilmesi gereken yönler aşağıda sıralanmıştır (Kutu 1-6):

Kutu 1: Uzmanlık eğitim programı

- Tıp fakültesi öğrencileri, eğitimlerinin erken dönemlerinde AH uygulamaları ile karşılaştırılmalı ve bir kariyer seçimi olarak BB hekimliği teşvik edilmelidir.[20]
- Uzmanlık eğitimi teşvik edilmeli ve sahada BBSH veren tüm sunucuların uzman hekim olmasını sağlayacak planlamalar yapılmalıdır.[21]
- Tam zamanlı AH uzmanlık eğitiminin nitelik ve kapsamının standardize edilmesi gerekmektedir.[22]
- Yarı zamanlı AH uzmanlık eğitiminin yarattığı ikilik ve bunun tam zamanlı asistanlığın teşvikine engel olması problemi çözülmelidir.[21]
- Her AH anabilim dalı/kliniği bünyesinde, asistanların bir eğitici gözetiminde saha eğitimi alabilecekleri Eğitim-ASM'nin kurulması sağlanmalıdır.[20,21]

Kutu 2: Aile hekimlerinin özlük hakları

- Aile hekimlerinin sözleşmeli personel olarak çalışmasının neden olduğu iş güvencesizliği ve özlük haklarını kaybetme endişesi, uygun yasal düzenlemeler ile giderilmelidir.[23]
- Aile hekimlerinin görev tanımı netleştirilmeli ve mevcut yönetmeliklerde yapılması planlanan değişikliklerde ilgili meslek örgütleri ile istişareler yapılmalıdır.[22,23]
- Esnek çalışma saatleri nedeni ile haftalık çalışma süresinin 40 saatin üzerine çıkması ve izinli olunan dönemde vekil hekim bulma problemi çözüme kavuşturulmalıdır.[21,23]
- AH uzmanlarının devlet hizmet yükümlülüğü görevleri için direkt olarak BB sağlık kurumlarına atanmaları sağlanmalıdır.[21]

Kutu 3: Fiziki şartlar ve ulaşılabilirlik

- BBSH kurumlarının donanımı ve fiziki şartları standardize edilmelidir.[23]
- ASM sınıflandırma kriterleri hizmet verilen nüfusun öncelikli gereksinimlerine yönelik olmalıdır.[23]
- Özellikle kırsal alan ve dağınık yerleşimli bölgelerde BBSH'nin ulaşılabilirliği arttırılmalıdır.[21,23]
- Yılın büyük bölümünü başka şehirlerde geçiren mevsimlik işçiler ve öğrenciler ile yaşadıkları yere uzak konumda çalışanlar gibi kendi aile hekimlerine ulaşması her zaman mümkün olmayan kişilerin, BBSH'ye ulaşmalarının önündeki engeller kaldırılmalıdır.[21,23]

Kutu 4: TSM ve ASM ilişkileri

- TSM ve ASM hekimleri arasında denetleyen-denetlenen ilişkisinin yarattığı olumsuzluklar giderilmeli, iki kurumun birbirini destekleyici şekilde çalışması teşvik edilmelidir.[23]
- TSM'de çalışan hekimlerin geçici görevlendirmeler ile farklı hizmetleri vermek zorunda bırakılmaları; özellikle defin ruhsatı düzenleme, okul aşılamaları, evde sağlık gibi hizmetleri kimin vermesi gerektiği konusunda aile hekimleri ile yaşanan anlaşmazlıklar çözüme kavuşturulmalıdır.[21,23]

Kutu 5: Hizmet sunumunda kapsam ve kalite

- Aile hekimi başına düşen nüfus sayısının ortalama 3267 olduğu ülkemizde[24], bu sayının 2000 gibi kabul edilebilir sayılara inmesi sağlanmalıdır.[21]
- Bireylerin aile hekimini seçme özgürlüğü belli kriterlere bağlanmalı, hastaların sık ve keyfî nedenlerle hekim değiştirmesinin önüne geçilmelidir.[23]
- Aile hekimlerinin fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı gibi diğer BB profesyonelleriyle birlikte ekip olarak çalışması sağlanmalıdır.[20,22,25]
- Aile hekimlerinin idari/yönetimsel iş yüklerinin azaltılması için tıbbi sekreter, danışma görevlisi, sağlık memuru gibi gerekli personelin BB sağlık kurumlarında istihdam edilmesi gereklidir.[20,23,25]
- Performans değerlendirmesi dışında kalan aile planlaması, üreme sağlığı hizmetleri, sigara bırakma danışmanlığı, hasta eğitimi, küçük cerrahi girişim uygulamaları ve kronik hastalık yönetimi konuları ile ilgili pozitif performans ölçütleri belirlenmeli ve bu hizmetlerin sunumu teşvik edilmelidir.[21,25]
- Aile hekimlerinin mesleki gelişimlerini destekleyecek akademik ve eğitsel aktivitelere katılımları sağlanmalıdır.[21,23]
- Aile hekimlerinin çalışmalarında motivasyon düşürücü bir etki yaratan negatif performans uygulamasının kaldırılması düşünülmelidir.[23]

Kutu 6: Sağlık hizmet basamakları arası eşgüdüm ve meslektaşlar ile iş birliği

- BBSH'nin bireylerin sağlık hizmetlerine girişte ilk başvuru noktası olması sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmet basamakları arasında eşgüdümün sağlanması ve sevk zincirinin uygulamaya konulması gerekmektedir.[20,21]
- Hastanede çalışan hekimler ve aile hekimlerinin birbirlerini destekleyecek şekilde çalışmaları teşvik edilmeli, bu konuda yaşanan ekonomik çıkar çatışmalarının giderilmesi için ödeme sistemleri gözden geçirilmelidir.[22]
- BB ile ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ortak çalışabilirliğini ve tıbbi bilgi paylaşımını sağlayacak sağlık bilgi teknolojileri geliştirilmelidir.[20]
- Diğer tıp branşlarının aile hekimlerine karşı olumsuz ön kabulleri ve sağlık yöneticilerinin AH ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmaması problemleri, başta politika yapıcılar olmak üzere uzmanlık dernekleri ve sivil toplum örgütleri aracılığıyla toplumda BB bilinci oluşturularak giderilmelidir.[22,23]

1. 6. Sağlık Hizmetlerinin Eşgüdümü

Hasta merkezli sağlık bakım hizmetlerinin anahtar öğelerinden biri olan eşgüdüm terimi ile ilgili ilk tanımlamalara 1940'lı yıllarda rastlanmaktadır**.** 1970'li yıllara kadar eşgüdüm kavramı, sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği ve bu profesyonellerin etkili iletişim yolu ile birbirlerini hasta ile ilgili konularda haberdar etmeleri ve güncel tutmaları olarak tanımlanmıştır. 1970-80'li yıllarda eşgüdüm ile daha çok 'hastanın bakımında diğer sağlık profesyonellerinin varlığının ve onlardan gelen bilgilerin öneminin farkında olma' vurgulanmış, 1990'lı yıllarda yapılan çalışmalarda hasta bakış açısının ön plana çıkmasıyla eşgüdüm kavramının tanımı 'hastanın, temasta bulunduğu sağlık profesyonellerinin birbirlerinin klinik ziyaretleri hakkında ne derece bilgi sahibi olduğu algısı' olarak evrilmiştir.[26] Buraya kadar yapılan tanımlarda eşgüdüm ile BBSH'nin diğer temel öğeleri olan süreklilik ve bütünleşme kavramlarının zaman zaman birbirinin yerine kullanıldığı ve bazı ortak noktaları olduğu görülmektedir.[27] Sağlık sorunlarının türünden ve varlığından bağımsız olarak, hasta ile aynı BB hekimi ve/veya ekibi arasında uzun erimli bir ilişki bulunması olarak ifade edilen süreklilik kavramı; bilgi paylaşımında süreklilik, yönetimsel ve ilişkisel süreklilik olarak üç alt başlıkta incelenmektedir. Zamanında ve etkili bilgi paylaşımının vurgulandığı 'bilgi paylaşımında süreklilik' alt başlığı, eşgüdüm ile benzerlik

gösterse de genel olarak birey ile BB sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkiye vurgu yapmakta, eşgüdüm kavramı ise sağlık profesyonellerinin birbirleri arasındaki ilişkiyi merkeze almaktadır.[28] Bütünleşme kavramı, 1950'li yıllardan itibaren ileri uzmanlaşmanın sonucu olarak ortaya çıkan sağlık hizmetlerindeki parçalanmaya karşıt olarak kullanılmaya başlanmıştır (parçalı hizmet sunumu-bütünleşik hizmet sunumu). Sağlık profesyonellerini birbirinden ayırmak yerine bir ekip olarak bir araya getirmenin, hizmet sunumunda ortak hedefler belirleyip her bir ekip üyesinin görev ve sorumluluklarını ortaya koymanın, profesyoneller arasındaki klinik ve kişisel etkileşim ve iletişimin önemine dikkat çeken bütünleşme kavramı; kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm kavramlarının hepsini bir araya getiren bir şemsiye kavram olarak kullanılmakta ve fonksiyonel, hekim-sistem ve klinik bütünleşme olarak kategorize edilmektedir. Literatürde en sık rastlanan, BB ile ilgili uzmanlık dalları arasındaki 'klinik bütünleşme'dir: BB ile geriatristler arasında yaşlı sağlığı ve multimorbidite bütünleşmesi, BB ile medikal onkologlar arasında palyatif bakım bütünleşmesi gibi.[29] 2000'li yıllara geçerken ortaya atılan diğer kavramlar olan 'vaka yönetimi', 'bakım yönetimi', 'bakım algoritmaları' kavramları, zaman zaman eşgüdüm ile birlikte ele alınsa da, bakımına birden fazla sağlık profesyonelinin dâhil olmasını gerektirecek karmaşık problemleri olan vakaların (multimorbiditesi olan kişiler, geriatrik popülasyon, ruh sağlığı problemi olanlar, kanser ve palyatif bakım hastaları gibi) birlikte çözümlenmesi ihtiyacından doğmuştur. Tanımlanmış bir probleme ya da belirlenmiş bir hastaya özel olması yönüyle eşgüdümden ayrılan bu kavramlar, 'klinik bütünleşme' kavramıyla ise benzerlik göstermektedir.[26,29,30,31] Tüm bu sentezlerin sonucu olarak literatürde iki farklı eşgüdüm tanımı bulunmaktadır. En yaygın kabul edilen tanımı ile sağlık hizmetlerinin eşgüdümü; bir kişinin sağlık bakımında hizmetlerin en uygun şekilde dağıtılmasını kolaylaştıran, iki ya da daha fazla katılımcı (hasta dâhil) arasındaki tüm planlı, organize edilmiş aktivitelerdir. Bakımın organizasyonu, yerine getirilmesi gereken tüm bu aktiviteler için gerekli olan sağlık personeli ve diğer tüm kaynakların sağlanmasını gerektirir ve sıklıkla bakımın farklı yönlerinden sorumlu katılımcılar arasındaki bilgi alışverişi ile yönetilir. Eşgüdümün amacı, uygun sağlık bakımının doğru zamanda, doğru sıra ile ve doğru yerde alınmasını kolaylaştırmaktır.[32] Eşgüdümün bir diğer tanımı ise; çıkar çatışması olmaksızın ortak hedefleri başarmak üzere, bir hastanın bakımında gerekli tüm hizmet ve aktivitelerin bakımın sürekliliği yolu ile harmanlanmış birleşimidir. Eşgüdümü geliştirmek için üç mekanizma mevcuttur: bilgi alışverişinde eşgüdüm, klinik yönetimde eşgüdüm ve yönetimsel eşgüdüm.[33]

Kaliteli BBSH sunumunda mutlaka sağlanması gereken eşgüdümün ana hatlarını ortaya koymak, değerlendirilmesini ve ölçülmesini kolaylaştırmak üzere 15 anahtar özellik ve bunların birbirleriyle bağlantısı belirlenmiştir.[32,34,35,36]

Organizasyonlar arası mekanizmalar

- Görev tanımlamaları: Görevlerin çeşitlilik veya standardizasyon derecesi, basitlik ya da karmaşıklık derecesi, kişilerin birbirine bağımlılığı
- Altyapı: Bir ekip veya organizasyonun yapısı ve organizasyonlar arası ağ; toplam katılımcı sayısı, katılan uzmanlıkların çeşidi, katılımcılar arası ilişkiler ve eşgüdüm için paylaşılması gereken bilgi miktarı
- Bilim, tecrübe ve bilgi teknolojileri: Beceriler, uzmanlık, eğitim ve bilgi teknolojileri
- İdari/operasyonel süreçler: Kişisel temaslar ve ekip toplantıları ile bakımın standardizasyonu ve adaptasyonu, ortak bakım rehberlerinin oluşturulması, kişiler arası ve kişiler ile grup liderleri arası geri bildirim mekanizması
- Kültürel faktörler: Davranış, tutum, inanç ve değerler, iş birliğine isteklilik
- Eşgüdüm ihtiyacı: Algılanan ya da değerlendirilen bilgi alışverişi ihtiyacı ve eşgüdüm sağlanmasının önemi

İlişkisel eşgüdüm

- Roller: Tanımlama ve birbirlerinin rollerinin farkında olma
- İlişkinin kalitesi: Profesyoneller arası karşılıklı saygı ve iş birliği, hasta ile ilişkide güven
- Bilgi alışverişi: Bilginin, düşüncenin, fikirlerin aktarımı ve paylaşılması
- Hedefler: Ortak hedeflerin belirlenmesi, paylaşılması ve sahiplenilmesi

Sonuçlar

- Hastaya ait sonuçlar: Hastanın sağlık profesyonellerinin performansını nasıl algıladığı, bakımın sürekliliği, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, hastanın sağlık durumu, hizmete ulaşılabilirlik ve hasta uyumu
- Ekibe ait sonuçlar: Ekibin davranışları ve memnuniyeti
- Organizasyonlar arası sonuçlar: Kapsayıcılık, ulaşılabilirlik, uyum, çatışma ve etkililik

Dış faktörler

- Ulusal sağlık politikası, ekonomik faktörler, var olan kaynaklar ve düzenlemeler, sigorta sistemleri, mevcut yasalar

Hasta karakteristiği

- Başa çıkma becerileri, sağlık bakımından beklentileri, sosyal etkileşimi, aile öyküsü

Dış faktörler özelliği, organizasyonel mekanizmalardan altyapı, bilim ve bilgi teknolojileri ve kültürel faktörler ile bağlantılıdır. Ulusal sağlık politikaları, ekonomik faktörler, var olan kaynaklar ve düzenlemeler; organizasyonlar arası bağı örneğin BB ile hastane hizmetleri arasındaki ilişkiyi, bilgi teknolojileri ve elektronik veri paylaşım sistemlerini, hastaların ve hastalara karşı sağlık profesyonellerinin tutum ve davranışlarını etkilemektedir. Kültürel faktörler; iş birliğine ve sorumlulukların paylaşımına istekliliği belirleyip sağlık profesyonellerinin iş yükünü arttırıp/azalttığı için görev karakteristiği ile, organize olmayı etkilediği için altyapı ile, gerekli bilgiyi edinme ve mevcut bilgi sistemlerini kullanma isteğini belirlediği için bilim ve bilgi teknolojileri ile ve meslektaşlar ile etkileşim kurmayı etkilediği için idari/operasyonel süreçler ile bağlantılıdır. Organizasyonlar arası mekanizmalardan görev karakteristikleri; altyapı, bilim ve bilgi teknolojileri ve idari/ operasyonel süreçler ile bağlantılıdır. Bu şu anlama gelmektedir; profesyoneller tek bir merkezde bulunmadığında ya da çok fazla profesyonelin katılımı gerektiğinde, gerekli bilgi paylaşımı olmadığında, kişisel bağlantılar ve ekip toplantıları ile süreç standardize ve adapte edilmediğinde görev tanımları daha belirsiz ve karmaşık hâle gelmektedir. Bu aynı zamanda bilim ve bilgi teknolojileri ile idari/operasyonel süreçler arasındaki bağlantıyı da ortaya koymaktadır. Eşgüdüm ihtiyacı, diğer tüm organizasyonlar arası mekanizmalar ve hasta karakteristiği ile; tüm organizasyonlar arası mekanizmalar, ilişkisel eşgüdüm özellikleri ile; ilişkisel eşgüdüm özelliklerinin her biri de birbiriyle bağlantılıdır. Örneğin bakım süreci standardize edildiği zaman roller belirlenir, sağlık profesyonelleri birbirlerinin rollerini bildiği zaman sağlıklı ve kaliteli bir ilişki kurabilirler. Bu ilişki onların görevlerini yerine getirebilmeleri için ihtiyaç duydukları zamanında, kesin ve problem çözücü bilgi paylaşımını kolaylaştırır ve ortak hedeflere ulaşmak için birlikte hareket edilir. Sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği ve karşılıklı saygı hem bakım sürecinin adaptasyonunu kolaylaştırır hem de hastanın sağlık hizmet sunucularına olan güvenini arttırır. Bir sağlık profesyonelinin hasta ile ilişkisi, hasta ile tüm ekip arasındaki ilişkiyi de etkilemektedir. İlişkisel eşgüdüm özellikleri üç ayrı başlıkta sonuçları doğurmakta, bunlardan hastaya ait sonuçlar hasta karakteristiğinden etkilenmekte olup, sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü değerlendirmede en çok kullanılan sonuç çıktısıdır.[37,38]

Sağlık hizmetlerinin eşgüdümüne en duyarlı olan hasta gruplarından biri hiç şüphesiz, birden fazla sağlık profesyoneli ile uzun süreli ilişki kurması gereken multimorbiditesi olan hastalardır. Çünkü ileri uzmanlaşma her tıp disiplininin kendi uzmanlık alanına yoğunlaşmasına, hasta ile ilgili diğer problemleri görmezden gelmesine ve sağlık hizmet sunumunda parçalanmalara sebep olmuştur. Parçalanma, sağlık hizmetlerinin sunumu

sırasında farklı profesyoneller arasındaki iş birliği ve iletişimin bozulması olarak tanımlanmaktadır. Multimorbite yönetimi ve bakımın eşgüdümü arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda eşgüdüm kabaca iki başlık altında incelenmiştir:[38,39]

- Organizasyonel seviyede eşgüdüm: Finansal teşvikler ve grup liderliğinin önemi
- Profesyonel seviyede eşgüdüm: Farklı disiplinlerdeki profesyonellerin rollerinin ve sorumluluklarının net bir şekilde belirlenmesi, iş birliği ve iletişimin önemi

Sağlık hizmetlerinin eşgüdümünün değerlendirilmesinde kullanılan tüm yöntemlerin ele alındığı sistematik bir analizde, en çok beş öğenin değerlendirildiği ve ilk sırada iletişim öğelerine, ikinci sırada ise bilgi alışverişine yer verildiği saptanmıştır.[37] Sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim ve bilgi alışverişinin toplamı, klinik eşgüdüm olarak ifade edilebilir. Klinik eşgüdüm ise iki başlık altında incelenir:[40]

- Klinik bilgi eşgüdümü: Klinik bilginin transferi, transfer edilen bilginin kullanımı
- Klinik yönetim eşgüdümü: Sunulan hizmette standardizasyon, uyumluluk, basamaklar arası takip ve ulaşılabilirlik

Sağlık hizmetlerinin eşgüdümü, kaliteli ve etkin BBSH sunumu için olmazsa olmaz öğelerden biridir.[2,32] Artan ve yaşlanan nüfus ile kronik hastalıklar gibi uzun dönem bakımı gereken sağlık problemlerinin artması, sağlık sisteminden beklentilerin değişmesi, sağlık hizmetlerinin sadece hastane ve polikliniklerde değil, toplumsal düzeyde ve hastaların yaşam alanlarında veriliyor olması sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü zorunlu kılmaktadır. Eşgüdümün olmaması aynı tetkik ve girişimlerin tekrarlanmasına, önlenebilir hastaneye yatışların ve acil servis başvurularının artmasına neden olarak sağlık harcamalarını arttırmakta; profesyonellerin ortak tedavi stratejileri ve hedefleri ortaya koyamamaları sonucu tedaviler arasında uyumsuzluk ve ilaç yan etkileri nedeniyle hasta güvenliğini tehlikeye sokmaktadır; ayrıca etkileşimde bulunduğu sağlık sunucularının birbirlerinden haberdar olmaması nedeni ile hastaların sağlık profesyonellerine güvenini ve tedaviye uyumunu azaltmakta; profesyonellerin kendi hizmet alanlarına izole olup meslektaşları ile sosyal ve klinik etkileşimlerinin ve birlikte çalışma ruhunun kaybolmasına neden olmaktadır.

1. 7. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Eşgüdümü ve Sevk Zinciri Denemeleri

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin eşgüdümü ve sevk zinciri ile ilgili ilk düzenlemelere, 1960 yılı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa'da rastlanmaktadır. Alma-Ata konferansından tam 17 yıl önce çıkarılan yasa, konferans bildirgesinde yer alan toplum hekimliği ilkelerinin çoğunu içermesi ile öncü özellikte olup

Türk sağlık sisteminin köşe taşlarından biridir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde sağlık evleri ve sağlık ocaklarını BB, hastaneleri de yeterliliklerine göre ikinci/üçüncü basamak kurumlar olarak belirleyen yasanın ilgili 13. maddesinde, acil vakalar dışında herkesin önce BB kurumlara başvurması gerektiği, burada tedavisi mümkün olmayan kişilerin, gerekli görüldüğü durumda hastanelere ve doğum evlerine sevk edileceği; 14. maddesinde ise sağlık ocağı tarafından sevk edilmediği halde (acil vakalar hariç) doğrudan hastanelere başvuran kişilerin hizmetlerinin ücrete tâbi olduğu belirtilmiştir. Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulduğu ve kapsamlı planlamanın ulusal kalkınmanın temel aracı olarak görüldüğü yıllarda çıkan yasanın 17. maddesinde 'Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez' denilerek yasanın sağlam temeller üzerinde, planlı olarak hayata geçirileceğine işaret edilmiştir.[15] Sağlık ocakları 5-10.000 kişiye koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri; hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, hizmetli, şoför ve tıbbi sekreterden oluşan bir ekip tarafından verecek şekilde düşünülmüş ve her üç-dört köye bir sağlık evi, her sağlık ocağına üç-dört sağlık evi bağlanmıştır. BBSH'nin işleyen bir sevk zinciri ile ikinci basamakta hastaneler ile desteklenmesi planlanmış ve ileride hizmetin en üst noktası olarak öngörülen tıp fakültesi hastanelerine bir başlangıç teşkil etmesi için üniversiteler ile dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı arasında protokoller imzalanmıştır. Böylece hem tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık ocaklarında staj yapması sağlanmış hem de üniversitelere eğitim ve araştırma bölgesi imkânı sunulmuştur. Sosyalleştirme çalışmalarının ilk olarak Muş, Çankırı ve Edirne illerimizde başlatılması planlanmış ancak bütçe yetersizlikleri nedeniyle ilk yıl sadece Muş sosyalleştirilmiştir. Hizmetin kilit noktasında bulunan sağlık ocağı hekimi, haftada bir sağlık evlerini ziyaret ederek ebeler ile bir araya gelmiş; kişisel sağlık formlarını doldurarak hastaneye sevk ettiği ve aynı yolla geri bildirim aldığı hastalarını takip etmiştir. Bu eşgüdüm ve ekip çalışması, hem hizmet içi eğitime katkı sağlamış hem de sağlık çalışanları arasında kişisel ve sosyal ilişkilerin gelişmesini sağlamıştır.[41,42] Sosyalleştirmenin 1978'e kadar tüm ülkede yaygınlaştırılmasının planlanması ve ilk yıllarından başarılı sonuçlar elde edilmesine rağmen,[43,44] zamanla ülkemizin ve dünyanın içinden geçtiği süreçler ve değişen siyasi politikalar nedeniyle zamanla açılan sağlık ocağı sayısı azalmış, ocaklara yeterli hekim, ebe ve sağlık memuru görevlendirilememiş ve personelin hizmet içi eğitimi sağlanamamıştır. Gerekli yönetici kadroların yetiştirilememesi, uygun altyapı ve malzemelerin temin edilememesiyle de uygulama kendi hâline bırakılmıştır. BBSH ve koruyucu hekimlik hizmetlerine verilen önemin azalıp tedavi odaklı ve hastane merkezli sağlık hizmeti

anlayışına geçilmiş olması, üniversitelerin bölge hastanesi işlevini yürüttüğü yerler dışında sağlık ocakları ile hastaneler arasındaki iş birliğinin sağlanamamış olması nedenleri ile sağlık ocaklarına başvuru zorunluluğu ve sevk zinciri uygulamaları ülke geneline yaygınlaştırılamamış ve zamanla varlığını kaybetmiştir.

Basamaklar arasında sağlık hizmetlerinin eşgüdümü, birinci basamağa ilk başvuru ve sevk zinciri ile ilgili ikinci deneme 2003 yılında duyurulan SDP'nin bileşenlerinden biri olan AH uygulamasında karşımıza çıkmaktadır. 9.12.2004 tarihli 24665 sayılı resmî gazetede yayınlanan 'Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun' ile uygulamanın ana hatları çizilmiş, sağlık ocağı yerini ASM'ye bırakmış ve yeni tanımlanan TSM ile kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmıştır.[17] 06.07.2005 tarihli 25867 sayılı resmî gazetede yayınlanan 'Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Yönetmelik'te ise aile hekimi ve aile sağlığı elemanı (ASE) görevlerinden performans ve hizmet kalite standartlarına, teknik altyapı ve donanımdan kayıtların tutulması ve denetime kadar birçok konuya açıklık getirilmiştir.[18] Bu yönetmeliğin 4. maddesinin g fıkrasında aile hekiminin görevleri arasında 'tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci/üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak'; 5. maddesinin f fıkrasında ise ASE'nin görevlerinden biri olarak 'poliklinik hizmetlerinde bulunmak, hastaların başka bir sağlık kuruluşuna sevki durumunda sevk işlemlerini yürütmek, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak' yer almış ve BBSH'nin hizmetin eşgüdümünü sağlayıcı rol oynaması öngörülmüştür. İlgili yönetmeliğin 8. maddesinde 'acil hallerde aile hekiminin bilgilendirilmesi' başlığı altında; 'Hastaneye başvuruyu gerektiren ve aile hekiminin müdahil olamadığı acil durumlarda, hasta veya başvurulan acil servisin yetkilisi mümkün olan en kısa süre içerisinde aile hekimine/aile sağlığı merkezine gerekçesini belirterek yazılı olarak bilgi verir.' ifadelerinin yer alması, aile hekimleri aracılığıyla hasta ile ilgili tüm tıbbi kayıtların tek elde toplanmasının ve buradan yönetilmesinin amaçlandığını göstermektedir. Yönetmeliğin 3. bölümünde 'performans ve hizmet kalite standartları' başlığının 14. maddesinde; 'Aile hekimlerinin performans değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınır.' denilmesi, uygulanması planlanan sevk zinciri sisteminde bir limitin konulacağını göstermektedir. 15. maddede de 'Öngörülen sevk oranını aşan aile hekimleri, sevk ettiği vakaların niteliğine göre hizmet içi eğitime tabi tutulabilirler.' ifadesi ile konulacak limit ile beraber hekimlerin verilecek hizmet içi eğitimlerle destekleneceği belirtilmiştir. Sağlık hizmet basamakları arası eşgüdüm ve sevk

zinciri ile ilgili diğer önemli ifadelere 25. maddede yer verilmiştir. Bu maddede aile hekimlerine sağlık hizmetlerinin bütünüyle kullanımından sorumlu kişi, diğer basamaklara sevk gerekliliğine karar verici, sevk ettiği hastaları geri bildirim yolu ile takip eden koordinator sıfatları verilmiş; bir üst basamağa hasta sevki yaparken sevk formuna sevk gerekçesi, yapılan tetkik sonuçları ve hastanın temel sağlık bilgilerinin yazılmasının zorunlu olduğu, aynı şekilde ikinci/üçüncü basamakta tedavi gören hastaların hekimleri tarafından aile hekimine iletilmek üzere epikiriz yazılmasının zorunlu olduğu, yazılmaması halinde ve aile hekiminin durumu Sağlık Grup Başkanlığı'na bildirmesi durumunda ilgili hekimler hakkında 657 sayılı kanun gereğince işlem yapılacağı ifade edilmiş; bu durum sevk ve geri bildirim ile BB ve hastaneler arasındaki iletişimin sağlanmasında yaptırımlar uygulanacağını düşündürtmüştür. Bir dizi değişiklikle beraber 2010 yılında bu yönetmeliğin adı 'Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği' olarak değiştirilmiş ve 2013, 2015 ve 2017 yıllarında revize edilmiştir. Daha önce sinyali verilen sevk oranları ile ilgili limitler, 12.08.2005 tarihli 25904 sayılı resmî gazetede yayınlanan 'Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkındaki Yönetmelik'in 18. maddesinde yer almış ve aile hekimlerinin sevk oranının %15'in üzerinde olduğu durumlarda brüt ücret üzerinden kesinti yapılacağı belirtilmiştir.[19] Arka arkaya çıkarılan kanun ve yönetmeliklerin ardından 15.09.2005 tarihinde pilot il olarak seçilen Düzce'de uygulama başlamıştır. Düzce'de sadece Ekim 2006 ve Ocak 2007 tarihleri arasında sevk mecburiyeti uygulanmış, Ocak 2007'de yapılan bir düzenleme ile mecburiyet kaldırılmıştır. Sağlık ocağı dönemi (Dönem 1) ve AH uygulaması dönemi (Dönem 2) arasında Düzce'de sağlık göstergelerinin karşılaştırıldığı bir tez çalışmasında sevk oranının dönem 1 de %8.8 iken dönem 2'de %11.6 olduğu görülmüştür.[45] 23.10.2008 tarihli 27033 sayılı resmî gazetede yayınlanan 'Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nde sevk zinciri uygulamasının sadece AH uygulamasına geçilen iller arasından seçilen pilot illerde (Denizli, Gümüşhane, Bayburt, Isparta) ve 01.07.2009 tarihinden itibaren geçerli olacak şekilde zorunlu olarak uygulanacağı belirtilmiş, tebliğde 31.12.2008'de yapılan düzenleme ile zorunlu sevk zinciri uygulanan illerde kişilerin aile hekimlerinden sevk almadan diğer basamaklara doğrudan başvurmaları durumunda (acil haller dışında) tedavi giderlerinin ödenmeyeceği; AH uygulamasına geçilen diğer illerde BB sağlık kuruluşlarına başvuru ve sevk zincirinin zorunlu olarak uygulanmayacağı ancak teşvik edileceği; AH uygulamasına geçilmeyen illerde ise hastaların doğrudan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurabileceği belirtilmiştir. Ancak, dört ilde başlatılan sevk zinciri denemesi yaşanan birçok olumsuzluktan dolayı kısa bir süre sonra iptal edilmiştir. Başta sistemin uygulayıcısı hekimler olmak üzere, politikacılar, tabip odaları, akademisyenlerin yaptığı

saptamalar uygulamanın başarısız olmasının nedenlerini şöyle sıralamaktadır: Sağlık sistemine girişte ilk olarak aile hekimine başvurma ve gerektiğinde onun tarafından hastanelere sevk edilme uygulaması, toplumumuzun BBSH'ye olumsuz bakışı değiştirilmediği sürece teşvik edilmesi zor bir durumdur. Zorunlu sevk uygulaması ile aile hekimlerine günlük başvuru sayısı %100 artmış, bu durum -kayıtlı nüfus sayısının 4000'lere vardığı düşünüldüğünde- BBSH'de iş yükünü içinden çıkılamaz hâle getirmiştir. Hastaların sevk için uyguladıkları baskı nedeni ile aile hekimleri âdeta sevk memuruna dönüşmüşler, sevk evrakı hekimler arası bir klinik iletişim ve geri bildirim kaynağı olamayıp sadece bir formaliteye dönüşmüştür. İkinci/üçüncü basamak hastanelere başvuru sayısı %30-50 azalmış, bu beklenen ve istenen bir sonuç olsa da beraberinde SDP'nin bir diğer değişikliği olan performans sistemi ile hasta başına ve hizmet başına ödeme uygulamasında bir düzenleme yapılmaması nedeniyle hastanelerin döner sermaye ödeneği azalmış, bu durum hastanede çalışan hekimlerle aile hekimlerini karşı karşıya getirmiştir.

Bugün geldiğimiz noktada ülkemizde BBSH, sağlık hizmetine girişte çoğunlukla ilk başvuru noktası olmayıp, sevk zinciri uygulaması da olmadığından basamaklar arasında eşgüdüm sağlanamamaktadır.[46,47] Sağlık ocağı sistemi ve AH uygulamasının karşılaştırıldığı çalışmalarda yeni sistemin bu konuda bir fark yaratmadığı görülmüştür.[47,48,49,50,51] 2016 yılı sağlık istatistikleri verilerine göre ikinci/üçüncü basamak sağlık merkezlerine yapılan ayaktan başvuru sayısı, BBSH'ye yapılan başvuruların yaklaşık iki katı kadardır. Hekimlere yapılan tüm müracaatlar arasında AH'nin payı %31'dir.[24] İlk başvuru görevini yerine getiremeyen BBSH ve eşgüdüm yokluğu; hizmet sunumunda kopukluk, artan acil servis başvuruları, pahalı görüntüleme yöntemleri ve tetkiklerin gereğinden fazla kullanımı, hizmet kalitesinde azalma ve hem hizmet sunucuları hem de kullanıcıları arasında artan memnuniyetsizlik olarak karşımıza çıkmaktadır. Eşgüdüm sağlanmadan sağlık hizmetlerinde yaşanan problemlerin çözülemeyeceği gerçeği ve Sağlık Bakanlığı temsilcileri tarafından Malatya, Edirne, Bartın ve İstanbul-Silivri'de yeni bir sevk zinciri pilot uygulaması yapılacağının gündeme getirilmesi önümüzdeki ayların yeni bir uygulama yönetmeliğine gebe olduğunu işaret etmektedir.

1. 8. İş Doyumu Kavramı

İlk kez 1920'lerde ortaya çıkan iş doyumu kavramı, bireylerin işini yaparken hissettiği memnuniyet düzeyi, meslekleri hakkındaki pozitif ve negatif tutumlarının toplamı[52], işine karşı gösterdiği tepki veya tutum[53] olarak tanımlanmaktadır. İş doyumunun sadece işin

kendisi değil, kişinin işinden sağlamayı umduğu beklentilerle de bağlantılı olduğunu vurgulayan bir başka tanımlamada ise, bireyin bir işten bekledikleri ile iş bittiğinde elde ettiklerinin fonksiyonu iş doyumu; beklentilerle elde edilenler arasındaki uyum düzeyi ise iş doyumu düzeyi olarak belirtilmiştir.[54] Son yıllarda davranış bilimcilerin önem verdiği konulardan biri olan iş doyumu, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını doğrudan etkilediği gibi iş hayatında etkinlik ve verimlilik üzerine de etkilidir. En önemli iş doyumsuzluk göstergeleri; verim düşüklüğü, şikâyet ve yakınmaların artması, işe devamsızlık ve gecikme oranlarının artmasıdır.[55] İş doyumu ile ilgili farklı teoriler ve varsayımlar bulunmakta olup bunlar arasında Herzberg'in 'çift faktör kuramı' veya 'motivasyon-hijyen teorisi' iş doyumunu etkileyen içsel ve dışsal faktörleri tanımlamasıyla önemlidir. İçsel faktörlerle ilgili olumlu tutum, iş konusunda da olumlu tutum geliştirmeyi sağladığı için güdüleyen/ motivasyonel faktörler olarak tanımlanmıştır. İçsel faktörlerin varlığı iş doyumuna katkıda bulunurken yokluğu nötr bir durum yaratır, iş doyumsuzluğuna sebep olabilir ya da olmayabilir. Hijyen faktörleri olarak tanımlanan dışsal faktörlerin yokluğu iş doyumsuzluğuna neden olan olumsuz iş tutumuna neden olmakta, ancak varlığı iş doyumunu sağlamak için yeterli olmamaktadır.[54,56]

Tablo 2. Herzberg'in çift faktör kuramı

İçsel faktörler (güdüleyen/motivasyonel faktörler)
● Bir işi başarı ile bitirmiş olmanın verdiği mutluluk, ● İş ortamında başarılarıyla tanınma, ● Başarılarından dolayı takdir edilme ve ödüllendirilme, ● Yetenek ve bilgilerine uygun bir işte çalışma, ● İş yaparken yeterli düzeyde yetki ve sorumluluğa sahip olma, ● Terfi imkânlarına sahip olma, ● İşinde kendisini geliştirebilme ve katkı sağlama olanağına sahip olma.
Dışsal faktörler (hijyen faktörleri)
● İş ortamının fiziksel koşullarının yeterli oluşu, ● Ücret ve maaş düzeyinin ve artışlarının tatminkâr oluşu, ● Şirket politikasının ve yönetiminin tutumu, ● Teknik bilgi ve ilginin yeterli oluşu, ● Amir ile olan ilişkiler, ● İş arkadaşlarıyla olan ilişkiler, ● İşgörenin kişisel yaşamına gereken saygının gösterilmesi, ● İstihdam güvenliğinin yeterli oluşu.

1. 9. Aile Hekimlerinin İş Doyumu

Sonuçları doğrudan insan sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan sağlık hizmet sektöründe, yetiştirilmiş insan gücü ve hizmet sunucularının iş doyumu hayati önem arz etmektedir. Son birkaç dekata bakıldığında hekimlerin gittikçe artan oranda klinik otonomilerinin azaldığı, idari iş yüklerinin arttığı, artan sağlık harcamalarından sorumlu tutulduğu, talepleri ve beklentileri artmış eleştirel bir topluma hizmet verdiği görülmektedir.[52,57,58] İş stresi ve tükenmişlik sendromu ile yakından ilişkili olan iş doyumu,[52,59] sadece hekimlerin ruhsal sağlığı ve iyilik hâli için değil; reçeteleme davranışları, hastanın tedaviye uyumu, hasta memnuniyeti, sağlık iş gücü, diğer sağlık çalışanlarının morali, bakımın sürekliliği ve maliyet-etkin bir sağlık hizmet sunumu için de oldukça önemlidir.[58] Diğer uzmanlık dalları ile karşılaştırıldığında daha stresli bir dal olan AH uzmanlığında[60] genç mezunların AH'yi bir kariyer yolu olarak seçmelerinde, sistemde çalışan hekimlerin meslekten ayrılma eğilimlerinde ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesinde iş doyumu çok önemli bir belirleyicidir.[57,58,61] Demografik değişkenler, sosyo-kültürel faktörler, sağlık sisteminin organizasyonu gibi birçok faktörden etkilenen ve açıkça gözlenemeyip ancak bireye sorularak öğrenilebilen iş doyum düzeyini arttıran ve azaltan başlıca faktörler şöyle sıralanabilir:

Tablo 3. Aile hekimlerinin iş doyumunu arttıran ve azaltan faktörler

İş doyumunu arttıran faktörler
• Klinik çeşitlilik[52,61] • Meslektaşlarla etkileşim ve iletişim[52,61] • Tıp öğrencilerinin eğitiminde yer almak[52,62] • Klinik otonomi[52,57,61] • Becerilerini kullanma fırsatı verilmesi[52] • Akademik faaliyetler[52] • Multidisipliner bakım sunabilmek[61,62] • Sürekli eğitim fırsatları[58,59,61] • Asistanlığını tamamlamış olmak[62] • Yarı zamanlı çalışmak[57]
İş doyumunu azaltan faktörler
• Uzun çalışma saatleri[52,61] • Yönetimsel/idari iş yükü[52,58,61] • Aileye/sosyal hayata yeterince vakit ayıramama[52,57,58] • Düşük gelir düzeyi[52] • Mesleki izolasyon[59,61] • Kırsalda çalışma[52] • Tam zamanlı çalışma[52,57,61] • İş çevresinin yeterince motive edici olmaması[52,57] • Düşük prestij/takdir edilmeme hissi[52,58,61] • Kendini/görevlerini tanımlayamama[52] • Artan talepler/gerçekçi olmayan beklentiler[52,57,61] • Sevk etmede/geribildirim almada zorluk[62]

1. 10. Aile Hekimlerinin Eşgüdümü Sağlayıcı Rolleri

Dünyanın birçok ülkesinde BBSH sunumundan birinci derecede sorumlu olan aile hekimleri, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmada ilk başvuru noktası olup, gerektiğinde ve zamanında hastayı bir üst basamağa sevk edip geri bildirim alarak, ileri uzmanlaşma nedeni ile parçalara bölünmüş sağlık hizmet sunumunda eşgüdümü sağlayıcı rol oynarlar. Aile hekimlerinin bu temel rolü;

-Diyabet, astım, kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklar; majör depresyon, demans gibi mental sağlık problemleri; palyatif bakım gibi zor durumların multidisipliner yaklaşımla yönetilmesini ve basamaklar arasında bilginin aktarımı sağlamakta, hekimlerin birbirlerinden sürekli öğrenmelerine fırsat yaratmakta ve BB hekimlerinin mesleki izolasyon hissini azaltmaktadır.[59,63,64]

-Yasaların gittikçe artan oranda hastaları koruması, malpraktis korkusu, medyadaki kötü propaganda ve resmî kurumlar tarafından uygulanan ceza ve yaptırımlar nedeniyle artan savunma tıbbı uygulamaları iyatrojenik problemler, artmış iş yükü, kaynakların gereksiz kullanımı ve iş doyumunda azalma ile sonuçlanmaktadır. Aile hekimlerinin sağlık hizmet basamakları arasında sağladığı eşgüdüm, hekimlerin birbirleriyle klinik iletişimini arttırarak sorumlulukların paylaşılması yolu ile savunma tıbbı uygulamalarını azaltmaktadır.[65]

-Sevk zinciri olan sağlık sistemlerinde BB hekimleri ile hastanedeki uzmanlar arasındaki klinik yazışma şekli olan sevk/konsültasyon mektubu ve geri bildirim raporu, bir eğitim materyali işlevi görerek karşılıklı olarak hekimlerin bilgilerinin güncel kalmasını sağlar; BB hekimlerinin sevk edilen vaka üzerinden öğrenme yolu ile ilerde karşılaşılabilecek benzer durumların yönetimini kolaylaştırır; hekimlerin klinik yeterliliğini destekler ve en önemli iş streslerinden biri olan yapılan işte yetersizlik hissini azaltır.[64,66,67,68,69]

2. AMAÇ

BBSH ve onun temel uygulayıcısı olan AH disiplini, bir ülkede sağlık hizmetlerinin eşit ve ulaşılabilir olması, maliyet-etkin ve kaliteli sunumunda anahtar role sahiptir. Gelişen tıbbi bilgi birikimi ve tıp teknolojisi, değişen nüfus yapısı ve hasta karakteristiği ışığında sağlık hizmetlerinin sürekli geliştirilmesi gerektiği ortak amacında olan birçok ülke, sağlık sistemlerinde yaptıkları düzenlemelerde AH uygulamalarını merkeze almaktadır. Dünyada ve ülkemizin içinde bulunduğu Avrupa bölgesinde hemen hemen her ülkede AH uygulamasının yapılanması, organizasyonu, finansmanı, insan gücü çeşitliliği, sağladığı hizmetler, kalite çıktıları ve değerlendirilmesi farklılık göstermektedir. Bu durum, ülkelerin BBSH ve AH uygulamalarını karşılaştırma, birbirlerinin deneyimlerinden öğrenme, benzerlikleri ve farklılıkları ortaya koyma talebini de beraberinde getirmektedir. Uluslararası düzeyde bu amaçla kullanılabilecek bir materyale ihtiyaç olduğunun ortaya çıkması üzerine, Avrupa Komisyonu tarafından desteklenen 'Avrupa için Birincil Bakım Aktivitesi İzlemi' (PHAMEU) projesi bünyesinde 2008-2009 yıllarında yapılan uluslararası bir çalışma ile 'Birincil Bakım İzlemi' (Primary Care Monitor) olarak adlandırılan bir değerlendirme aracı geliştirilmiştir. Birincil bakımı yapılanma, sunum ve sonuç seviyelerinde 9 boyut, 41 özellik ve 99 gösterge ile değerlendiren bu ölçüm aracında; yapılanmanın boyutları BB yönetimi, ekonomik koşullar ve iş gücü gelişimi; sunumun boyutları ulaşılabilirlik, kapsamlılık, süreklilik, eşgüdüm; sonuçların boyutları ise kalite ve etkililik açısından ele alınmıştır.[70] Projenin devamında 2009-2010 yılları arasında, Birincil Bakım İzlem'i kullanılarak 31 Avrupa ülkesinin (27 Avrupa Birliği üyesi ülke ve İzlanda, Norveç, İsviçre, Türkiye) BBSH'nin gücü yapılanma ve sunum boyutlarıyla değerlendirmiş ve karşılaştırılmıştır. Türkiye BB yönetimi, ekonomik koşullar ve iş gücü gelişimi açısından orta güçlü; BB'ye ulaşım, birincil bakımın sürekliliği ve hizmetlerin eşgüdümü açısından zayıf; birincil bakımın kapsamlılığı açısından ise orta güçlü bulunmuştur. Ülkemiz çalışmada yer alan 31 ülke arasında, bütün boyutları ile birlikte değerlendirildiğinde BBSH'nin gücü açısından 'zayıf' ülkeler arasında yer almıştır.[71]

Aile hekimlerinin iş doyumunu etkileyen faktörleri inceleyen çok sayıda çalışma olmakla birlikte, eşgüdümü sağlayıcı rolleri ile iş doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, PHAMEU çalışması sonuçlarına göre sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü farklı düzeylerde gerçekleştiren ülkelerde, aile hekimlerinin eşgüdümü sağlayıcı rollerinin iş doyumu üzerine etkisini araştırmak, sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü farklı düzeylerde gerçekleştiren ülkelerde eşgüdüm bileşenlerinin rollerini saptamaktır.

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

Tanımlayıcı özellikte kesitsel bir araştırma tipi planlanmıştır.

3. 1. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini PHAMEU projesi içerisinde yer alan 31 ülkede yaşayan aile hekimleri oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde olasılığa dayalı olmayan örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme yöntemi seçilmiştir. PHAMEU çalışmasının sonucunda sağlık hizmetlerinin eşgüdümü açısından Türkiye ile birlikte Avusturya, Bulgaristan, Kıbrıs, Almanya, Macaristan, İzlanda, İrlanda, Norveç, Romanya ve Slovakya zayıf; Belçika, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Finlandiya, Fransa, İtalya, Letonya, Luksemburg, Portekiz ve İsviçre orta güçlü; Danimarka, Yunanistan, Litvanya, Malta, Hollanda, Polonya, Slovenya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık ise güçlü bulunmuştur. Türkiye dışında kalan 30 ülkenin her bir grupta (güçlü, orta güçlü, zayıf) 10 ülke olacak şekilde dağıldığı görülmektedir. Ülkeler, yer aldıkları grupta 2017 yılı nüfus sayılarına göre sıralanmış ve her gruptaki 10 ülkeden nüfus sayısı en fazla ilk üç ülke seçilmiştir. 'State of Health in the EU Companion Report 2017' verilerine göre, belirlenmiş dokuz ülkedeki toplam aile hekimi/genel pratisyen sayısının yaklaşık 451.283 olması üzerine, %5 hata payı ve %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 384 kişi olarak hesaplanmıştır. Her bir ülke için en az 40 kişiye ulaşılması hedeflenmiş, çevrimiçi bir ankete daha önce iletişim kurulmayan kişilerin yanıt verme oranının %20 düzeyinde olabileceği tahmin edilerek, anketin her ülkede en az 200 kişiye gönderilmesi planlanmıştır. Ülkelerdeki katılımcılara ulaşmak üzere Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi (VdGM) ve Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı (EGPRN) gruplarından iş birliği yapmayı kabul eden araştırmacılara; çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi içeren ve katılımcıları çalışmaya davet eden bir davet mektubu, çalışma hakkında daha ayrıntılı bilgi içeren çalışma planı formu ve çalışma anketinin linki e-posta yoluyla gönderilmiş ve araştırmacılardan bu bilgileri ülkelerindeki aile hekimlerine ulaştırmaları istenmiştir. Çalışmaya dâhil edilecek katılımcılarda aranan özellikler; AH/GP asistanlık eğitimini bitirmiş olmak, AH uzmanı ya da genel pratisyen olarak BB koşullarında çalışıyor olmak, orta ve üzeri seviyede İngilizce biliyor olmak şeklinde belirlenmiş; sürekli ve sadece acil serviste çalışanlar, yalnızca akademik alanda çalışanlar/ akademik aktivite için ayrılan süre AH pratiğinde geçirilen süreden fazla olanlar ve AH asistanları çalışmaya dâhil edilmemiştir. Eşgüdüm düzeyi orta güçlü olan ülkelerden Belçika ve Çek Cumhuriyeti ile ve güçlü ülkelerden Polonya ile veri toplamak üzere iş birliği yapılamadığından örneklemde şu ülkeler yer almıştır: İngiltere, İspanya, Hollanda, Fransa, İtalya, Portekiz, Almanya, Romanya, Macaristan ve Türkiye.

*Tablo 4. Ülkelerin eşgüdüm düzeyi**

Güçlü ülkeler	**Orta güçlü ülkeler**	**Zayıf ülkeler**
İngiltere	Fransa	Almanya
İspanya	İtalya	Romanya
Polonya**	Belçika**	Macaristan
Hollanda	Çek Cumhuriyeti**	Avusturya
Yunanistan	Portekiz	Bulgaristan
İsveç	İsviçre	Slovakya
Danimarka	Finlandiya	Norveç
Litvanya	Letonya	İrlanda
Slovenya	Estonya	Kıbrıs
Malta	Luksemburg	İzlanda

* Ülkeler 2017 yılı nüfus sayılarına göre azalan sırada dizilmişlerdir.
** Veri toplamak üzere iş birliği yapılamayan ülkelerde seçim bir sonraki ülke ile devam etmiştir.

3. 2. Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi

Nisan-Haziran 2017 tarihleri arasında 'Coordination of Care', 'Job satisfaction', 'General Practitioners', 'Integration of Care', 'Interprofessional Care', 'Communication with Specialists', 'Referral System', 'Gatekeeping', 'Aile Hekimi', 'İş Doyumu', 'Sevk Zinciri' anahtar sözcükleri ile herhangi bir zaman kısıtlaması olmadan mevcut İngilizce ve Türkçe literatür taranmıştır. Eşgüdüm kavramının:

- BBSH'nin ilk başvuru noktası olması ve aile hekimlerinin kapı-tutuculuk işlevi[72]
- İkinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk kararını etkileyen faktörler ve sevk oranları[73]
- Hasta sevkinde yaşanan problemler ve hastane uzmanlarının ulaşılabilirliği[62,66]
- Aile hekimlerinin ne sıklıkta ve ne kadar zamanında geri bildirim raporu aldıkları[62,66]
- Sevk ve cevap mektubunun klinik içeriğinin kalitesi ve önemi[68,74,75,76]
- Aile hekimleri ve ikinci/üçüncü basamakta çalışan uzmanlar arasındaki etkileşim ve iş birliğinin her iki tarafın profesyonelliğine katkıları[65,67,69]
- BB hekimlerinin sürekli eğitim ihtiyaçlarının karşılanması ve bilgilerini güncel tutmalarında meslektaşları ile etkileşimin önemi[59,63,64,68]
- BB ile ikinci/üçüncü basamak arasında eşgüdüm sağlanamamasının sağlık harcamaları üzerine etkisi[77,78]

- Sağlık hizmetlerinin kullanıcısı olarak hastaların, bakımın eşgüdümü ile ilgili deneyimleri[79] başlıklarında ele alındığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda aile hekimlerinin iş doyum düzeyinin değerlendirilmesinde şu yolların izlendiği görülmüştür:

1. 'Tüm yönlerini hesaba kattığınızda işinizden ne kadar memnunsunuz?'[59] veya 'Mevcut işinizden ne derece memnunsunuz?'[62] gibi tek bir sorunun Likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanması
2. Warr-Cook-Wall İş Doyum Ölçeği,[57] Türkçe geçerliliği ve güvenirliği de yapılmış olan Minnesota İş Doyum Ölçeği[55] ve Cooper ve ark. tarafından geliştirilen Genel Pratisyenlerin İş Stresörleri Ölçeği[57] gibi bir ölçeğin kullanılması
3. Araştırmacılar tarafından geliştirilen çalışma amacına yönelik özgün sorular[53] ya da ülkelerin kendi sağlık sistemlerine özgü daha önce geliştirilmiş olan bir aracın kullanması[58]

3. 3. Anket Formu

Mevcut literatür ışığında ve hedeflenen amaçlar doğrultusunda, aşağıdaki değişkenleri içeren İngilizce bir anket formu geliştirilmiştir.

<u>Bağımlı değişken</u>

- İş doyumu, 5'li Likert ölçeği ile yanıtlanan aşağıda belirtilen tek soru ile ölçülmüştür.

'Tüm yönleriyle düşündüğünüzde işinizden ne kadar memnunsunuz?'

<u>Bağımsız değişkenler:</u>

- Sosyo-demografik özellikler: İkamet edilen ülke, yaş, cinsiyet, medeni hâl, AH uzmanı olarak çalışılan süre sorgulanmıştır.
- İş yükü ve çalışma koşulları özellikleri: Kayıtlı nüfus sayısı, haftalık çalışma saati, klinikte görülen günlük hasta sayısı, evde ziyaret edilen günlük hasta sayısı, telefon, e-posta, fax vs. yolu ile iletişim kurulan günlük hasta sayısı iş yükü özellikleri olarak; klinikte birlikte çalışılan aile hekimi sayısı, yerleşim yeri türü, gelirin finansman türü ise çalışma koşulları özellikleri olarak belirlenmiştir.
- Kapı-tutuculuk sistemi: Aile hekimlerinin sağlık sistemine girişte kapı-tutucu rol oynadıkları sistemin varlığı sorgulanmıştır.
- Sevk oranları ve nedenleri: Haftada ortalama sevk edilen hasta sayısı ve en sık sevk nedeni/nedenleri sorgulanmıştır.
- Sevk ve konsültasyon ile ilgili önermeler: Sevk ve konsültasyon için hastanedeki uzmanlara ulaşabilirlik; sevk/konsultasyon yanıt raporunun ne sıklıkla zamanında

geldiği; hastaların hastane başvuruları, bir merkezden taburcu edilmeleri veya acil servis başvurularından aile hekimlerinin ne sıklıkla haberdar edildiği; sevk yanıt raporu/mektubu/e-postası yolu ile alınan bilgilerin, aile hekimlerinin ilgili uzmanlık dalındaki klinik bilgilerine katkısı; aile hekimlerinin diğer uzmanları BB ile ikinci/üçüncü basamak arasındaki epidemiyolojik farklılıklar hakkında bilgilendirmesinin gerekliliği; aile hekimleri ve diğer branş uzmanları arasındaki karşılıklı etkileşim ve iletişimin, her iki tarafın birbirlerinin rol ve sorumluluklarını daha iyi anlamasındaki rolü sorgulanmıştır.

- Elektronik tıbbi kayıt sistemi (ETKS) özellikleri: Farklı disiplinlerde çalışan hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri; ayaktan hasta bakımı, yataklı tedavi merkezleri, acil servisler gibi bölümler; laboratuvar ve görüntüleme üniteleri; sosyal destek merkezleri gibi farklı kurumlar arasında sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü sağlamak, ortak kullanıma elverişli, kolay ulaşılabilir, güvenilir bir altyapısı olan sağlık bilgi teknolojilerinin kullanımını zorunlu kılmaktadır.[80] Eşgüdüm kavramının en çok işlenen başlığı olan klinik bilgi ve veri alışverişi; elektronik ortamda sağlık kayıtlarının tutulması ve bilgi teknolojilerinin kullanımı ile yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinin eşgüdümünün sağlanmasında elektronik sağlık kayıtlarının; farklı branşlar tarafından yazılan ilaçların gözden geçirilmesi ve birbiriyle bağdaştırılmasında, laboratuvar sonuçlarının takip edilmesinde, kurumlar arasında iletişimin sağlanmasında, farklı disiplinler arasında sağlık bakım planları ve hedeflerinin paylaşılmasında, sevk/konsultasyon ve bakımın hizmet birimleri arasında aktarılması (hastaneden ve/veya acil servisten taburculuk sonrası gibi) süreçlerinin yönetilmesinde olmak üzere beş noktada önemli rol oynadığı bilinmektedir.[81] Sağlık hizmetlerinin eşgüdümünün değerlendirildiği sınırlı sayıda ölçekte ETKS/sağlık bilgi teknolojilerinin yeri ile sağlık profesyonellerinin konuya bakış açısına yer verilmiştir.[37] Geliştirilen anketin son bölümünde katılımcılara ETKS ile ilgili özellikler sunulmuş ve bunlardan kendileri için uygun olanları işaretlemeleri istenmiştir.

‘Googleforms’ programı üzerinden oluşturulan anket formunun ilk örneği e-posta yolu ile İtalya, İngiltere, İspanya, Hollanda ve Portekiz’den gönüllü ikişer araştırmacıya gönderilmiş, araştırmacılardan soruların anlaşılabilirliği ve farklı ülkelerde uygulanabilirliği açısından anket formunu değerlendirmeleri istenmiştir. Gelen geri bildirimler doğrultusunda bazı soruların yanıt seçenekleri arttırılmış, bazı sorulara ise parantez içinde açıklamalar eklenerek anket formuna son şekli verilmiştir (Ek 1. Tez Anket Formu).

3. 4. Katılımcılara Ulaşılması

Geliştirilen anket formu ve çalışma planı, Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi (VdGM) ve Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı (EGPRN) gruplarından iş birliği yapmayı kabul eden araştırmacılar aracılığıyla, belirtilen ülkelerdeki aile hekimlerine e-posta yoluyla gönderilmiştir. Yapılan ilk duyuruyla İtalya ve Portekiz'de hedef katılımcı sayısına ulaşılmış, diğer ülkelerde ise iki ay sonra aynı yol üzerinden ikinci bir duyuru yapılmıştır. Macaristan dışındaki altı ülkede istenilen katılımcı sayısına hâlâ ulaşılamaması nedeni ile birer ay aralıklarla üç duyuru daha yapılmış, yanıt sayısının istenilen düzeyde olmaması nedeniyle kişisel temaslar yoluyla bu ülkelerdeki hedef katılımcı sayısına ulaşılmaya çalışılmıştır. Ağustos 2017'de başlayan veri toplama işlemi Mayıs 2018'de sonlandırılmıştır.

3. 5. Etik Kurul Onayı

Çalışmanın etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmış olup protokol kodu 09.2017.578'dir (Ek 2. Etik Kurul Onay Formu).

3. 6. İstatistiksel Analizler

Tüm soruların yanıtlandığı anket formları analize dâhil edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS.20 paket programı kullanılmıştır. Sürekli ve kesikli değişkenlerin tanımlanmasında normal dağılıma uyan veriler için aritmetik ortalama ve standart sapma, uymayanlar için ortanca ve dağılım aralığı kullanılmıştır. Sıralı (ordinal) ve sırasız (nominal) değişkenlere ait verilerin tanımlanmasında yüzde değerleri verilmiştir. Karşılaştırmalı analizlerde non-parametrik testler kullanılmıştır. Karşılaştırmalı analizleri yapabilmek için, haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı; '0-5 kişi' ile '6-10 kişi' seçenekleri '0-10 kişi' olarak; '11-15 kişi' ile '16-20 kişi' seçenekleri '11-20 kişi' olarak birleştirilmiştir, >20 seçeneği ise mevcut şekli ile bırakılmıştır. Benzer şekilde iş doyumu sorusuna verilen yanıtlardan 'Hiç memnun değilim' ile 'Memnun değilim' seçeneklerine verilen yanıtlar 'Memnun değilim' başlığı altında, 'Oldukça memnunum' ile 'Memnunum' seçeneklerine verilen yanıtlar 'Memnunum' başlığı altında birleştirilmiştir, 'Kararsızım' seçeneği ise mevcut şekli ile bırakılmıştır. Sevk ve konsültasyon ile ilgili önermelerden ikisinin yanıt seçenekleri arasında yer alan 'Genellikle' ve 'Daima' yanıtları 'Genellikle' başlığı altında birleştirilmiş, 'Asla', 'Nadiren' ve 'Bazen' seçenekleri mevcut şekli ile bırakılmıştır. Yine sevk ve konsültasyon önermelerinden üçünün yanıt seçenekleri arasında olan 'Kesinlikle katılmıyorum' ile 'Katılmıyorum' seçenekleri 'Katılmıyorum' başlığı altında, 'Katılıyorum' ile 'Kesinlikle katılıyorum' seçenekleri 'Katılıyorum' başlığı altında birleştirilmiştir, 'Kararsızım' seçeneği ise mevcut şekli ile bırakılmıştır.

4. BULGULAR

4. 1. Sosyo-demografik Özellikler

Çalışmaya 10 ülkeden toplam 278 hekim katılmıştır. Katılımcıların %54'ü kadın, %73,4'ü evli, yaş ortalaması 45±12,6 yıl ve uzman hekim olarak çalışma süresinin ortancası 8 yıldır (dağılım aralığı:0,5-42). Tüm katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni hâl ve uzman hekimlik süresi gibi sosyo-demografik özelliklerinin ülkelere göre dağılımı Tablo 5'de özetlenmiştir.

Tablo 5. Sosyo-demografik özelliklerin ülkelere göre dağılımı

Eşgüdüm düzeyi	Ülkeler	Toplam katılımcı sayısı(n)*	Cinsiyet(n)		Yaş (Ort+ SS)**	Medeni hâl(n)		Uzman hekimlik süresi(yıl) (M, R)***
			Kadın	Erkek		Evli	Bekâr	
Güçlü (n=65)	Hollanda	29	11	18	47,7±9,9	27	2	14, R:1,5-38
	İngiltere	16	10	6	38,2±9,3	9	7	3,5, R:1-34
	İspanya	20	14	6	40,5±9,9	10	10	7, R:1-32
Orta güçlü (n=118)	İtalya	55	16	39	57,4±9,8	46	9	32, R:1-42
	Portekiz	40	30	10	37,9±7,6	30	10	4,5, R:0,5-37
	Fransa	23	19	4	30,8±1,9	11	12	3, R:1-7
Zayıf (n=95)	Almanya	9	4	5	43,6±10,2	8	1	3, R:1-23
	Romanya	25	14	11	37,3±6,9	13	12	5, R:1-21
	Macaristan	41	17	24	53,4±11,8	35	6	19, R:2-42
	Türkiye	20	15	5	40,8±8,8	15	5	6,5, R:0,5-25
Toplam		278	150	128	45±12,6	204	74	8, R:0,5-42

*n: kişi sayısı
**Ort+SS: Ortalama+standart sapma
***M, R: Ortanca, dağılım aralığı

4. 2. İş yükü ve Çalışma Koşulları Özellikleri

Katılımcıların kayıtlı nüfus sayısı, haftalık çalışma saati, klinikte görülen günlük hasta sayısı, evde ziyaret edilen günlük hasta sayısı, telefon, e-posta, fax vs. yolu ile iletişim kurulan günlük hasta sayısı gibi iş yükü özellikleri; gelirin finansman türü, yerleşim yeri türü ve birlikte çalışılan aile hekimi sayısı gibi çalışma koşulları özelliklerinin ülkelere göre dağılımı Tablo 6 ve 7'de özetlenmiştir.

Tablo 6. İş yüküne ait özelliklerin ülkelere göre dağılımı

	Kayıtlı nüfus sayısı (M, R)*	Haftalık çalışma saati (M, R)	Klinikte görülen hasta sayısı (M, R)	Ev ziyareti (M, R)	Tel, e-posta konsultasyonu (M, R)
Hollanda	1925, R:1080-3250	36, R:18-60	28, R:20-35	2, R:1-4	6, R:2-20
İngiltere	1445, R:750-2000	32,5, R:13-48	30, R:24-36	1, R:0-3	6, R:0-15
İspanya	1500, R:800-4600	37, R:35-40	35, R:20-50	1, R:0-8	4, R:0-10
İtalya	1500, R:600-2500	40, R:14-60	30, R:10-100	2, R:1-6	10, R:0-35
Portekiz	1780, R:600-1980	40, R:15-42	20, R:10-40	1, R:0-4	2, R:0-15
Fransa	700, R:100-3000	35, R:22-60	35, R:22-60	1, R:0-5	3, R:0-10
Almanya	1200, R:500-4000	40, R:16-50	40, R:20-80	3, R:1-8	5, R:1-10
Romanya	1700, R:900-5000	35, R:20-50	25, R:10-46	1, R:0-3	4, R:0-18
Macaristan	1876, R:720-4000	40, R:15-80	60, R:20-150	2, R:0-10	10, R:0-30
Türkiye	3663, R:2200-4410	40, R:40-56	50, R:25-90	1, R:0-5	4, R:0-20
Genel	1600, R:100-5000	40, R:13-80	30, R:10-150	2, R:0-10	5, R:0-35

*M, R: Ortanca, dağılım aralığı

Kayıtlı nüfus sayısı değerlendirmesinde bazı özellikler dikkati çekmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 268'i 'hizmet verdikleri nüfusun büyüklüğü/ kişisel olarak toplam kaç kişiye sağlık hizmeti vermekle yükümlü oldukları' sorusuna net bir yanıt verebilirken Hollanda'dan bir, İngiltere'den bir, Portekiz'den bir, Fransa'dan altı ve Almanya'dan bir olmak üzere toplam 10 hekim 'değişken' yanıtını vermiştir. Bu hekimlerin tamamının beş yıl ve daha kısa süredir uzman hekim olarak çalıştığı ve yarısının 'çalıştıkları klinikte toplam kaç aile hekimi bulunduğu' sorusuna da 'değişken' yanıtını verdikleri görülmüştür. Bu durum

Avrupa'nın birçok ülkesinde genç uzman hekimlerin belirli bir nüfusa hizmet verecekleri bir klinikte çalışmaya başlamadan önce 'vekil hekim' olarak çalışmayı tercih etmelerinden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde benzeri bulunmayan uygulamada vekil hekimler, izin veya başka bir nedenle bir süre çalışamayacak olan aynı ya da başka kliniklerdeki aile hekimlerinin yerine gündüz poliklinik hizmeti, gece acil nöbeti gibi görevleri için vekâlet etmektedirler. İngiltere'den yanıt veren 16 hekimden 10'u, kendilerine kişisel olarak tanımlı bir nüfus olmadığını, çalıştıkları kliniğe tanımlı toplam nüfustan klinikte çalışan tüm hekimlerin sorumlu olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumda belirtilen toplam nüfus sayısı, klinikte çalışan toplam aile hekimi sayısına bölünerek elde edilen değer hesaba katılmıştır.

Tablo 7. Çalışma koşullarına ait özelliklerin ülkelere göre dağılımı

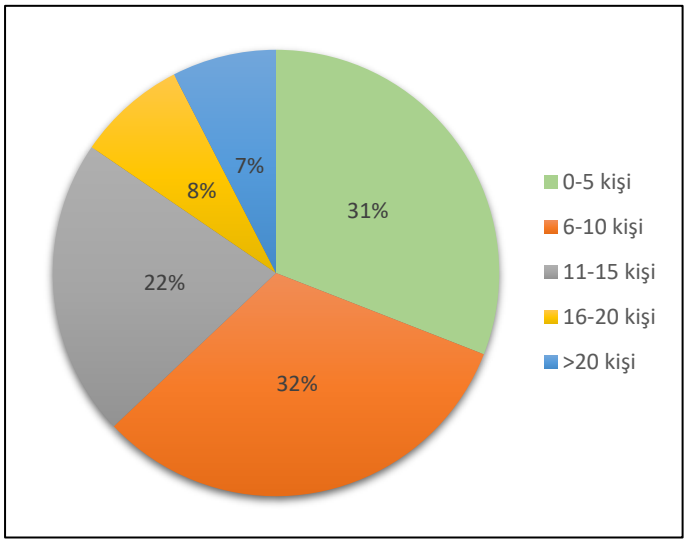
Özellik n(%) / Ülkeler	Gelir finansman türü -Devlet -Özel sektör -İkisi de	Yerleşim yeri türü -Şehir merkezi -Kırsal, köy -İlçe, belde	Aile hekimi sayısı -yalnız -<5 kişi -≥5 kişi -değişken
Hollanda	5(%17,2) 24(%82,8) -	9(%31) 10(%34,5) 10(%34,5)	1(%3,4) 16(%55,2) 9(%31) 3(%10,3)
İngiltere	9(%56,3) 7(%43,8) -	6(%37,5) 4(%25) 6(%37,5)	- 2(%12,5) 11(%68,8) 3(%18,8)
İspanya	19(%95) - 1(%5)	6(%30) 5(%25) 9(%45)	2(%10) 1(%5) 15(%75) 2(%10)
İtalya	8(%14,5) 47(%85,5) -	18(%32,7) 19(%34,5) 18(%32,7)	13(%23,6) 22(%40) 16(%29,1) 4(%7,3)
Portekiz	- 40(%100) -	19(%47,5) 8(%20) 13(%32,5)	1(%2,5) 4(%10) 33(%82,5) 2(%5)
Fransa	21(%91,3) 2(%8,7) -	5(%21,7) 8(%34,8) 10(%43,5)	1(%4,3) 15(%65,2) 1(%4,3) 6(%26,1)
Almanya	2(%22,2) 7(%77,8) -	1(%11,1) 4(%44,4) 4(%44,4)	1(%11,1) 7(%77,8) 1(%11,1) -

Tablo 7 devamı

Özellik n(%) / Ülkeler	Gelir finansman türü -Devlet -Özel sektör -İkisi de	Yerleşim yeri türü -Şehir merkezi -Kırsal, köy -İlçe, belde	Aile hekimi sayısı -yalnız -<5 kişi -≥5 kişi -değişken
Romanya	6(%24) 17(%68) 2(%8)	5(%20) 7(%28) 13(%52)	17(%68) 3(%12) 1(%4) 4(%16)
Macaristan	26(%63,4) 15(%36,6) -	11(%26,8) 17(%41,5) 13(%31,7)	41(%100) - - -
Türkiye	19(%95) 1(%5) -	17(%85) 1(%5) 2(%10)	- 9(%45) 11(%55) -
Genel	115(%41,4) 160(%57,6) 3(%1,1)	97(%34,9) 83(%29,9) 98(%35,3	77(%27,7) 79(%28,4) 98(%35,3) 24(%8,6)

*n: kişi sayısı.

4. 3. Kapı-tutuculuk Sistemi, Hasta Sevk Oranları ve Sevk Nedenleri Özellikleri



Şekil 3. Haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı oranları

Kapı-tutucu sistemin varlığına Hollanda, İngiltere, İspanya ve Fransa %100, Romanya %96, Portekiz %92,5, Macaristan %90,2, İtalya %83,6, Almanya %33,3 ve Türkiye %10 oranında evet yanıtını vermiştir.

Haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısının katılımcıların %63'ünde 10 ve daha az olduğu, haftada >20 sayıda hasta sevk edenlerin oranının %7 olduğu görülmüştür (Şekil 3). Katılımcıların haftalık sevk oranlarının ülkelere göre dağılımı Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısının ülkelere göre dağılımı

Ülkeler(n*)	Haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı (%)				
	0-5 kişi	6-10 kişi	11-15 kişi	16-20 kişi	>20 kişi
Hollanda(29)	27,6	44,8	20,7	3,4	3,4
İngiltere(16)	31,3	37,5	12,5	12,5	6,3
İspanya(20)	35	40	20	-	5
İtalya(55)	9,1	30,9	38,2	12,7	9,1
Portekiz(40)	60	37,5	2,5	-	-
Fransa(23)	39,1	39,1	13	8,7	-
Almanya(9)	11,1	22,2	33,3	22,2	11,1
Romanya(25)	8	24	36	8	24
Macaristan(41)	36,6	22	17,1	9,8	14,6
Türkiye(20)	50	20	20	10	-

*n: kişi sayısı

Tablo 9. Sevk nedenlerinin genel dağılımı

Sevk nedenleri	Kişi sayısı	Yüzde
Tedavi seçenekleri	216	%77,7
Tanı güçlüğü	173	%62,2
Takip önerileri	83	%29,9
Uzm. Hemşire ziyareti	21	%7,6
Diğer	18	%6,5

Katılımcılar sevk nedenlerinde birden fazla seçenek işaretleyebilmiş ve serbest metin kısmına diğer sevk nedenleri ekleyebilmişlerdir. En sık belirtilen sevk nedeni %77,7 ile tedavi seçenekleri, en az sıklıkla belirtilen sevk nedeni ise %7,6 ile uzman hemşire ziyaretidir.

Toplam 18 (%6,5) hekim, sunulan seçeneklere ek olarak diğer sevk nedenleri tarif etmiştir. Bunlar; belli ilaçların reçetelenmesi (Romanya 4, Macaristan 2, İtalya 1 kişi), BB'de yapılamayan görüntüleme yöntemleri ve bazı laboratuvar testlerinin yapılması (Portekiz 1, Fransa 1, Romanya 2 kişi), hastanın talebi ve ısrarı (Hollanda 1, Romanya 2 kişi), acil durumlar (Fransa 1 kişi), komplikasyon durumunda (İtalya 1 kişi), bazı sağlık raporlarının düzenlenmesi (Türkiye 1 kişi) şeklindedir.

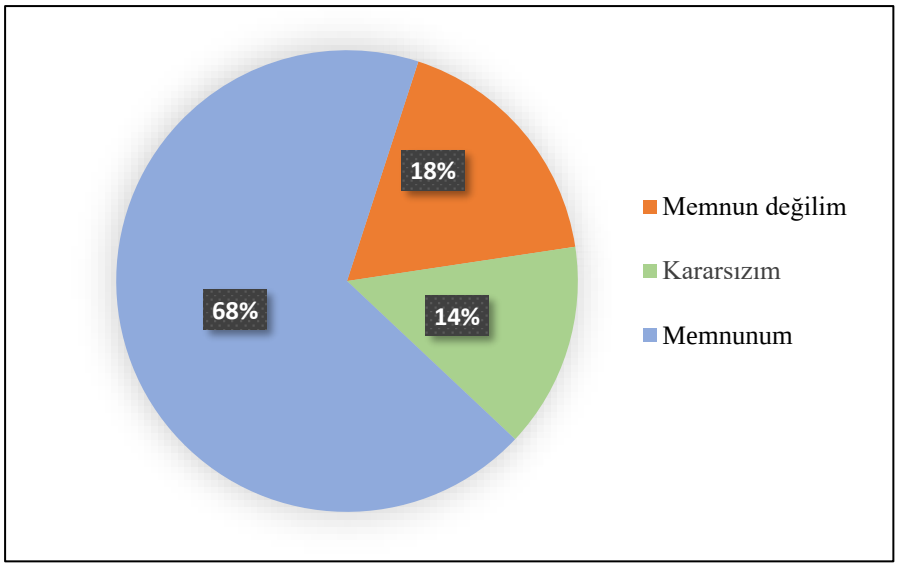
Tablo 10. Sevk nedenlerinin ülkelere göre dağılımı

Ülkeler (n)*	Sevk nedenlerini belirten katılımcı sayısı (%)			
	Tanı güçlüğü	Tedavi seçenekleri	Takip önerileri	Uzm. hemşire ziyareti
Hollanda(29)	79,3	70,3	3,4	6,9
İngiltere(16)	56,3	100	18,8	-
İspanya(20)	60	80	15	-
İtalya(55)	61,8	70,9	21,8	16,4
Portekiz(40)	60	92,5	30	-
Fransa(23)	78,3	82,6	47,8	4,3
Almanya(9)	100	77,8	33,3	-
Romanya(25)	36	52	52	4
Macaristan(41)	65,9	78	51,2	14,6
Türkiye(20)	40	70	20	10

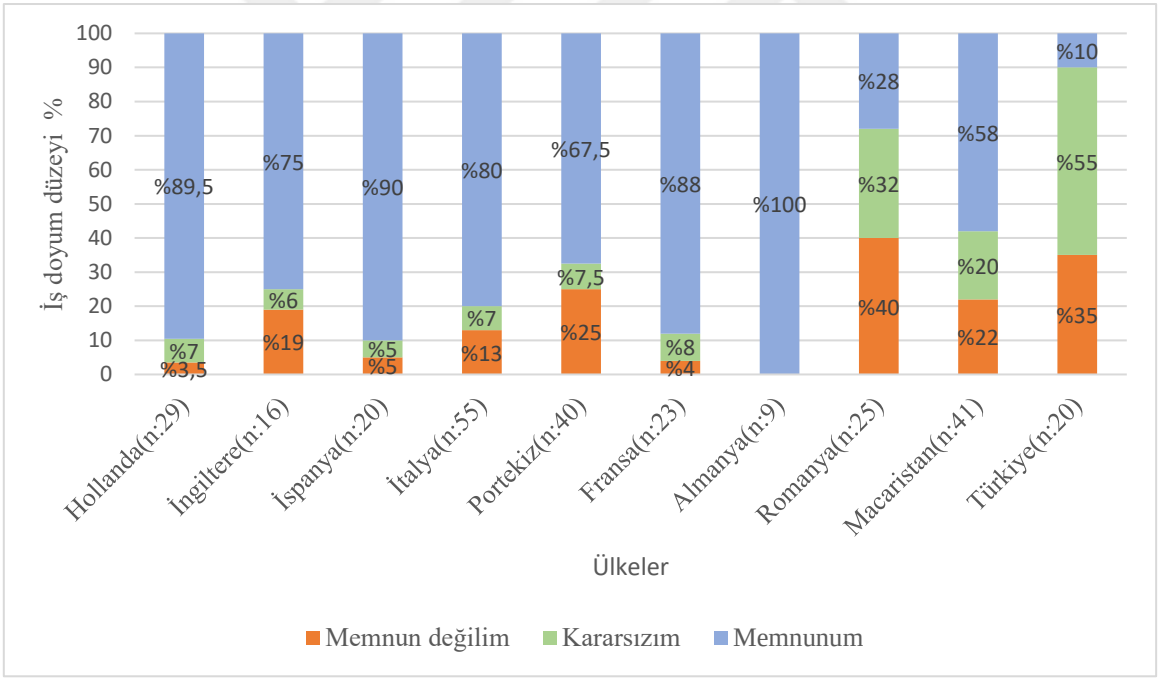
*n: kişi sayısı

4. 4. İş Doyumu

Çalışmanın bağımlı değişkeni olan iş doyumunu değerlendirmede katılımcılara yöneltilen ‘Tüm yönleriyle düşündüğünüzde işinizden ne kadar memnunsunuz?’ sorusuna verilen yanıtların dağılımı sırasıyla; %58,6 ‘Memnunum’, %15,8 ‘Memnun değilim’, %14,4 ‘Kararsızım’, %9,4 ‘Oldukça memnunum’ ve %1,8 ‘Hiç memnun değilim’ şeklindedir. Karşılaştırmalı analizleri gerçekleştirmek amacı ile ‘Memnunum’ ile ‘Oldukça memnunum’ ve ‘Memnun değilim’ ile ‘Hiç memnun değilim’ yanıtları birleştirilmiştir. Buna göre, katılımcıların iş doyum düzeyi %68 ‘Memnunum’, %18 ‘Memnun değilim’ ve %14 ‘Kararsızım’ şeklindedir (Şekil 4). İş doyum düzeyinin ülkelere göre dağılımı Şekil 5’de sunulmuştur.



Şekil 4. İş doyum düzeyi



Şekil 5. İş doyum düzeyinin ülkelere göre dağılımı

4. 5. Sevk ve Konsultasyon ile İlgili Önermeler

Katılımcılara 5'li Likert tipi ölçekle yanıtlanan aşağıdaki önermeler sunulmuştur. Önerme 2 ve 3'ün yanıt seçeneklerindeki 'Genellikle' ve 'Daima' yanıtları 'Genellikle' başlığı altında; önerme 1, 4, 5 ve 6'nın yanıtları arasında olan 'Kesinlikle katılmıyorum' ile 'Katılmıyorum' seçenekleri 'Katılmıyorum' başlığı altında ve 'Katılıyorum' ile 'Kesinlikle katılıyorum' seçenekleri 'Katılıyorum' başlığı altında birleştirilmiştir.

Önerme 1: Sevk/konsültasyon için hastanedeki uzmanlara genellikle kolaylıkla ulaşılabilir.

Önerme 2: Hastanedeki uzmanlardan sevk/konsültasyon yanıt raporu zamanında gelir.

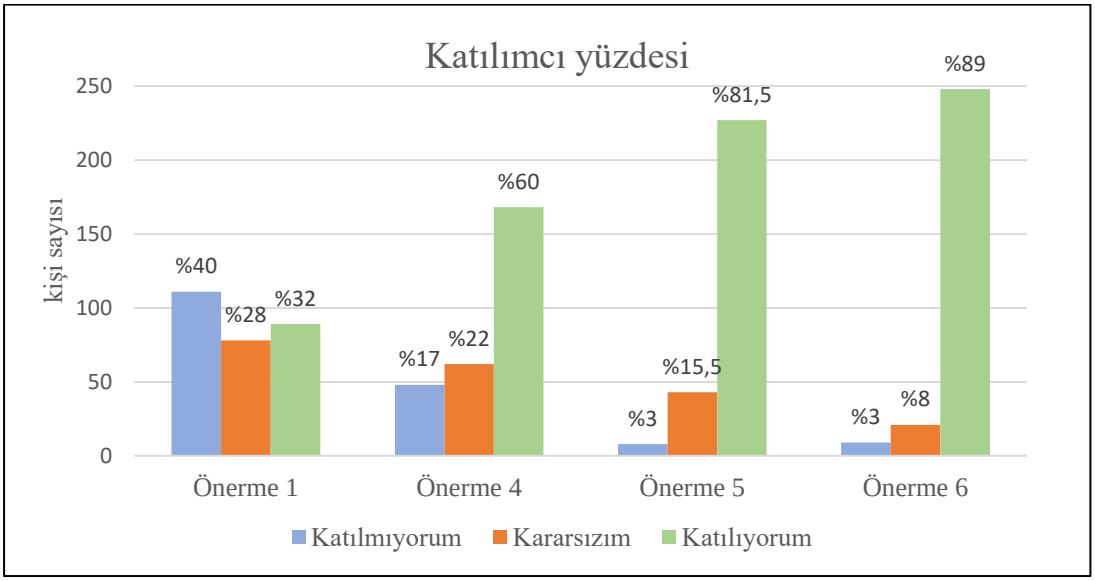
Önerme 3: Hastalarımdan herhangi biri hastanede görüldüğünde, hastaneden taburcu edildiğinde ya da acil servis başvurusunda bulunduğunda bundan haberdar edilirim.

Önerme 4: Hastanedeki uzmanların, sevk/konsültasyon yanıt raporu yoluyla aile hekimlerinin ilgili branştaki tıbbi bilgilerini arttırmada önemli rol oynadıklarını düşünüyorum.

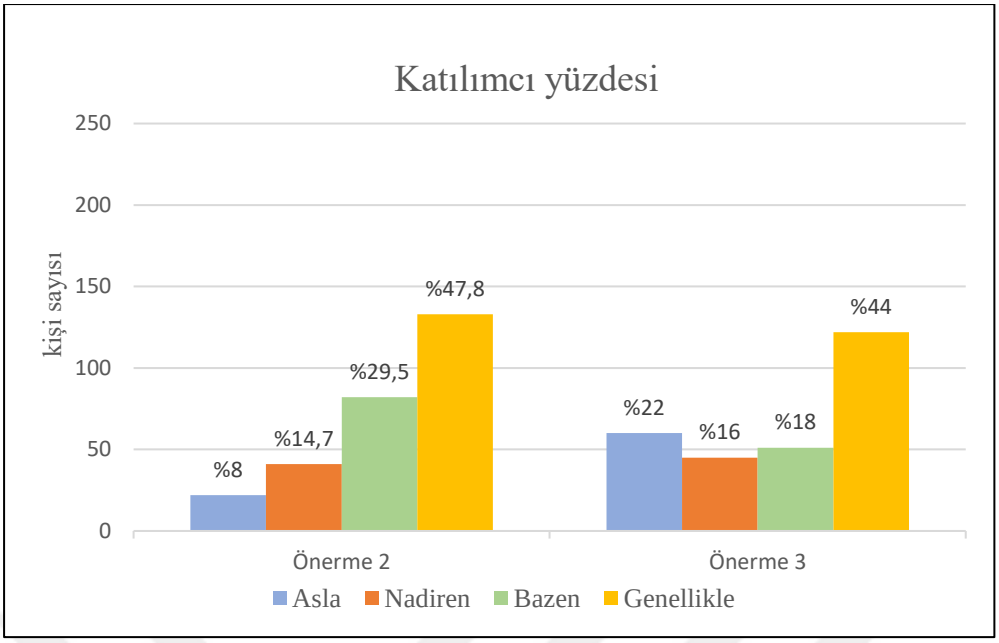
Önerme 5: Aile hekimlerinin, BB ile diğer basamaklar arasındaki epidemiyolojik farklılıklar hakkında hastanedeki uzmanları bilgilendirmeleri gerektiğini düşünüyorum.

Önerme 6: Meslektaşlarla etkileşim ve iletişim, her iki tarafın birbirlerinin rol ve sorumluluklarını daha iyi anlamasını sağlar.

Şekil 6 ve 7, tüm önermelere verilen yanıtların genel dağılımını, Tablo 11-16 ise her bir önermeye verilen yanıtların ülkelere göre dağılımını göstermektedir.



Şekil 6. 1, 4, 5 ve 6 no'lu önermelere verilen yanıtların genel dağılımı



Şekil 7. 2 ve 3 no'lu önermelere verilen yanıtların genel dağılımı

(Tablo 11-16'da n:kişi sayısı)

Tablo 11. Önerme 1'e verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı

Eşgüdüm düzeyi	Ülkeler(n)	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
Güçlü	Hollanda(29)	-	4(%14)	25(%86)
	İngiltere(16)	6(%37,5)	6(%37,5)	4(%25)
	İspanya(20)	5(%25)	7(%35)	8(%40)
Orta güçlü	İtalya(55)	23(%42)	19(%34,5)	13(%23,5)
	Portekiz(40)	28(%70)	8(%20)	4(%10)
	Fransa(23)	7(%30)	6(%26)	10(%44)
Zayıf	Almanya(9)	2(%22)	4(%44)	3(%34)
	Romanya(25)	11(%44)	6(%24)	8(%32)
	Macaristan(41)	16(%39)	12(%29)	13(%32)
	Türkiye(20)	13(%65)	6(%30)	1(%5)
Toplam	278	111(%40)	78(%28)	89(%32)

Tablo 12. Önerme 2'ye verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı

Eşgüdüm düzeyi	Ülkeler(n)	Asla	Nadiren	Bazen	Genellikle
Güçlü	Hollanda(29)	-	-	4(%14)	25(%86)
	İngiltere(16)	1(%6)	3(%19)	9(%55)	3(%19)
	İspanya(20)	2(%10)	-	5(%20)	13(%70)
Orta güçlü	İtalya(55)	3(%6)	9(%16)	17(%31)	26(%47)
	Portekiz(40)	2(%5)	19(%48)	16(%40)	3(%7)
	Fransa(23)	-	1(%4)	6(%26)	16(%70)
Zayıf	Almanya(9)	-	1(%11)	4(%44,5)	4(%44,5)
	Romanya(25)	1(%4)	1(%4)	9(%36)	14(%56)
	Macaristan(41)	1(%2)	2(%5)	12(%29)	26(%64)
	Türkiye(20)	12(%60)	5(%25)	-	3(%15)
Toplam	278	22(%8)	41(%14,7)	82(%29,5)	133(%47,8)

Tablo 13. Önerme 3'e verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı

Eşgüdüm düzeyi	Ülkeler(n)	Asla	Nadiren	Bazen	Genellikle
Güçlü	Hollanda(29)	-	-	4(%14)	25(%86)
	İngiltere(16)	-	-	3(%23)	13(%77)
	İspanya(20)	-	4(%20)	6(%30)	10(%50)
Orta güçlü	İtalya(55)	11(%20)	6(%11)	13(%24)	25(%45)
	Portekiz(40)	11(%28)	15(%37)	11(%28)	3(%7)
	Fransa(23)	1(%5)	4(%17)	6(%26)	12(%52)
Zayıf	Almanya(9)	1(%11)	3(%33)	1(%11)	4(%45)
	Romanya(25)	14(%56)	2(%8)	3(%12)	6(%24)
	Macaristan(41)	10(%24)	7(%17)	4(%10)	20(%49)
	Türkiye(20)	12(%60)	3(%15)	3(%15)	2(%10)
Toplam	278	60(%22)	45(%16)	51(%18)	122(%44)

Tablo 14. Önerme 4'e verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı

Eşgüdüm düzeyi	Ülkeler(n)	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
Güçlü	Hollanda(29)	7(%24)	6(%21)	16(%55)
	İngiltere(16)	4(%25)	3(%19)	9(%56)
	İspanya(20)	3(%15)	2(%10)	15(%75)
Orta güçlü	İtalya(55)	11(%20)	14(%25)	30(%55)
	Portekiz(40)	6(%15)	8(%20)	26(%65)
	Fransa(23)	2(%9)	4(%17)	17(%74)
Zayıf	Almanya(9)	1(%11)	1(%11)	7(%78)
	Romanya(25)	5(%20)	8(%32)	12(%48)
	Macaristan(41)	3(%7)	12(%29)	26(%64)
	Türkiye(20)	6(%30)	4(%20)	10(%50)
Toplam	278	48(%17,3)	62(%22,3)	168(%60,4)

Tablo 15. Önerme 5'e verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı

Eşgüdüm düzeyi	Ülkeler(n)	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
Güçlü	Hollanda(29)	2(%7)	8(%28)	19(%65)
	İngiltere(16)	-	3(%19)	13(%81)
	İspanya(20)	-	1(%5)	19(%95)
Orta güçlü	İtalya(55)	2(%4)	5(%9)	48(%87)
	Portekiz(40)	-	-	40(%100)
	Fransa(23)	2(%9)	6(%26)	15(%65)
Zayıf	Almanya(9)	-	1(%11)	8(%89)
	Romanya(25)	1(%4)	5(%20)	19(%76)
	Macaristan(41)	1(%2)	10(%24)	30(%74)
	Türkiye(20)	-	4(%20)	16(%80)
Toplam	278	8(%3)	43(%15,5)	227(%81,5)

Tablo 16. Önerme 6'ya verilen yanıtların ülkelere göre dağılımı

Eşgüdüm düzeyi	Ülkeler(n)	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
Güçlü	Hollanda(29)	-	-	29(%100)
	İngiltere(16)	2(%13)	1(%6)	13(%81)
	İspanya(20)	-	1(%5)	19(%95)
Orta güçlü	İtalya(55)	2(%4)	4(%7)	49(%89)
	Portekiz(40)	-	2(%5)	38(%95)
	Fransa(23)	1(%4)	2(%9)	20(%87)
Zayıf	Almanya(9)	-	2(%22)	7(%78)
	Romanya(25)	2(%8)	3(%12)	20(%80)
	Macaristan(41)	1(%2)	5(%12)	35(%86)
	Türkiye(20)	1(%5)	1(%5)	18(%90)
Toplam	278	9(%3)	21(%8)	248(%89)

4. 6. Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemleri ile ilgili Özellikler

Katılımcılara elektronik tıbbi kayıt sistemlerinin özellikleri ile ilgili aşağıdaki seçenekler sunulmuş ve bunlardan kendileri için uygun olan/olanları işaretlemeleri istenmiştir. Özellikler:

1. Kliniğimde tetkik isteme, reçete yazma ve tetkik sonuçlarına ulaşma işlemleri için ETKS kullanırım.
2. Kullandığım ETKS, hastaneler, diğer basamaklardaki hekimler ve eczanelerden tıbbi veri alışverişine olanak sağlar.
3. Klinik dışında iken de kullandığım ETKS'ye ulaşabilirim.
4. Kullandığım ETKS, hastaları tanılarına, kullandıkları ilaçlara, sağlık hizmet ihtiyaçlarına (aşı, antenatal bakım gibi) göre listeleme kolaylığı sağlar.
5. Kullandığım ETKS'deki kayıtlara hastalar da erişebilir.
6. Kullandığım ETKS, hasta görüşmeleri hakkında notlar almak, randevu hatırlatmaları göndermek için kullanışlıdır.
7. Kullandığım ETKS, olası ilaç etkileşimleri ve yakın zamanda görülmesi gereken test sonuçları hakkında uyarıcı özelliktedir.

Tablo 17. ETKS kullanım özelliklerinin genel dağılımı

Özellikler	Özelliği belirten katılımcı sayısı	
	n*	%
ETKS 1	265	95,3
ETKS 2	136	48,9
ETKS 3	95	34,2
ETKS 4	166	59,7
ETKS 5	59	21,2
ETKS 6	130	46,8
ETKS 7	149	53,6

*n: kişi sayısı

Tablo 18. ETKS kullanım özelliklerinin ülkelere göre dağılımı

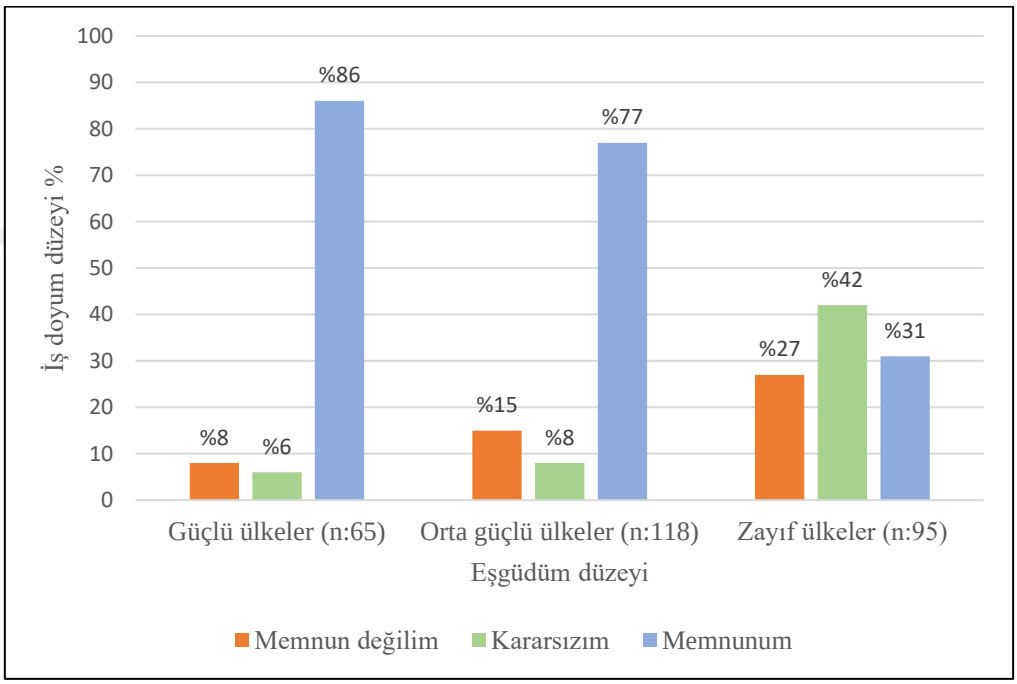
Ülkeler (n)*	ETKS özelliklerini belirten katılımcı sayısı (%)						
	ETKS 1	ETKS 2	ETKS 3	ETKS 4	ETKS 5	ETKS 6	ETKS 7
Hollanda(29)	100	93,1	75,9	75,9	10,3	44,8	86,2
İngiltere(16)	100	68,8	37,5	93,8	50	75	81,3
İspanya(20)	100	75	10	55	30	65	65
İtalya(55)	92,7	32,7	40	72,7	14,5	52,7	76,4
Portekiz(40)	95	62,5	2,5	20	17,5	22,5	22,5
Fransa(23)	95,7	39,1	13	21,7	4,3	34,8	69,6
Almanya(9)	100	11,1	22,2	66,7	11,1	77,8	33,3
Romanya(25)	92	16	72	72	24	60	12
Macaristan(41)	92,7	56,1	34,1	58,5	31,7	29,3	46,3
Türkiye(20)	95	15	25	85	30	60	30

*n: kişi sayısı

4. 7. Karşılaştırmalı Analizler

4. 7. 1. İş Doyum Düzeyi ile Karşılaştırmalı Analizler

Eşgüdümü farklı düzeylerde gerçekleştiren ülkelerdeki katılımcıların iş doyum düzeyi çok gözlü düzende Ki Kare testi ile karşılaştırılmıştır. Eşgüdüm düzeyi, aile hekimlerinin iş doyumunu etkilemektedir. Eşgüdüm düzeyi güçlü ve orta güçlü ülkelerdeki katılımcılar, zayıf ülkelerdeki meslektaşlarına göre, iş doyumunu daha yüksek oranda 'Memnunum' şeklinde belirtmişlerdir (p<0,001).



Şekil 8. Eşgüdüm düzeyi ile iş doyumu ilişkisi

İş doyum düzeyi ile katılımcıların sosyo-demografik, iş yükü ve çalışma koşulları özellikleri Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve çok gözlü düzende Ki Kare testleri ile karşılaştırılmıştır. İş doyumu ile katılımcıların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni hâl, uzman hekimlik süresi), iş yükü (haftalık çalışma saati, klinikte görülen günlük hasta sayısı) ve çalışma koşulları özellikleri (klinikte birlikte çalışılan aile hekimi sayısı, yerleşim yeri türü, gelirin finansman türü) arasında bir ilişki bulunmamaktadır. İş yükü özelliklerinden kayıtlı nüfus sayısı ise iş doyumunu etkilemektedir. İş doyumunu 'Kararsızım' olarak ifade eden hekimlerin kayıtlı nüfus sayısı, 'Memnunum' olarak ifade eden hekimlere göre fazladır (p=0,009).

Tablo 19. İş doyumu ile bazı sosyo-demografik ve iş yükü özelliklerinin ilişkisi

Özellikler	Memnun değilim (M, R)*	Kararsızım (M, R)	Memnunum (M, R)	p değeri
Yaş	38, R:2-68	37, R:29-74	44, R:25-70	0,137
Uz. hekimlik süresi	6, R:0,5-41	7, R:1-42	11, R:0,5-42	0,850
Kayıtlı nüfus sayısı	1700, R:750-5000	1876, R:720-4410	1537, R:100-4000	0,018**
Haftalık çalışma saati	40, R:20-60	40, R:18-55	40, R:13-80	0,837
Günlük hasta sayısı	26, R:10-100	32, R:18-90	30, R:10-150	0,203

*M, R: Ortanca, dağılım aralığı
**p<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 20. İş doyumu ile bazı sosyo-demografik ve çalışma koşulları özelliklerinin ilişkisi

Özellik		Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Toplam	Pearson Chi^2
Cinsiyet	Kadın	26(%17)	26(%17)	98(%66)	150	0,314
	Erkek	23(%18)	14(%11)	91(%71)	128	
Medeni hâl	Bekar	16(%22)	12(%16)	46(%61)	74	0,438
	Evli	33(%16)	28(%14)	143(%70)	204	
Aile hekimi sayısı	Yalnız	18(%23)	15(%19)	44(%57)	77	0,220
	<5	10(%13)	10(%13)	59(%74)	79	
	≥5	17(%17)	10(%10)	71(%73)	98	
	Değişken	4(%17)	5(%21)	15(%63)	24	
Yerleşim yeri türü	Merkez	14(%14)	17(%18)	66(%68)	97	0,067
	Kırsal	17(%20)	9(%11)	57(%69)	83	
	İlçe	18(%18)	14(%14)	66(%68)	98	
Gelirin finansman türü	Devlet	21(%18)	22(%19)	72(%63)	115	0,058
	Özel sk.	26(%16)	18(%11)	116(%73)	160	
	İkisi de	2(%67)	0	1(%33)	3	

İş doyum düzeyi ile kapı-tutuculuk sistemi, haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı ve sevk nedenleri çok gözlü düzende Ki Kare testi ile karşılaştırılmıştır. İş doyum düzeyi ile haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı ve sevk nedenleri arasında bir ilişki yoktur; kapı-tutuculuk sistemi ise iş doyum düzeyini etkilemektedir.

Tablo 21. İş doyum ile kapı-tutuculuk sistemi, sevk sayısı ve sevk nedenlerinin ilişkisi

	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Toplam	Pearson Chi^2
Kapıtutuculuk					
Var	42(%18)	27(%11)	168(%71)	237	0,002*
Yok	7(%17)	13(%32)	21(%51)	41	
Sevk sayısı					
0-10 kişi	29(%17)	24(%14)	122(%70)	175	0,520
11-20 kişi	15(%18)	15(%18)	52(%64)	82	
>20 kişi	5(%24)	1(%5)	15(%71)	21	
Tanı güçlüğü					
X	20(%19)	19(%18)	66(%63)	105	0,293
√	29(%17)	21(%12)	123(%71)	173	
Tedavi seçnk.					
X	12(%19)	12(%19)	38(%61)	62	0,363
√	37(%17)	28(%13)	151(%70)	216	
Takip öneri.					
X	33(%17)	27(%14)	135(%69)	195	0,792
√	16(%19)	13(%16)	54(%65)	83	
Uzm.Hemşire					
X	46(%18)	38(%15)	173(%67)	257	0,690
√	3(%14)	2(%10)	16(%76)	21	

*p<0,05 değeri istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İş doyum düzeyi ile sevk/konsültasyon ile ilgili önermelere verilen yanıtlar çok gözlü düzende Ki Kare testi ile karşılaştırıldığında; önerme 1, 2, 3 ve 6 ile iş doyum düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 22. İş doyumu ile sevk ve konsültasyon önermelerinin ilişkisi

	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Toplam	Pearson Chi^2
Önerme 1: Sevk/konsültasyon için hastanedeki uzmanlara genellikle kolaylıkla ulaşılabilir.					
Katılmıyorum	34 (%31)	20 (%18)	57(%51)	111	<0,001*
Kararsızım	10(%13)	11(%14)	57(%73)	78	
Katılıyorum	5(%6)	9(%10)	75(%84)	89	
Önerme 2: Hastanedeki uzmanlardan sevk/konsültasyon yanıt raporu zamanında gelir.					
Asla	9(%41)	6(%27)	7(%32)	22	0,002*
Nadiren	11(%27)	6(%15)	24(%58)	41	
Bazen	13(%16)	13(%16)	56(%68)	82	
Genellikle	16(%12)	15(%11)	102(%77)	133	
Önerme 3: Hastalarımdan herhangi biri hastanede görüldüğünde, bir merkezden taburcu edildiğinde ya da acil servis başvurusunda bulunduğunda bundan haberdar edilirim.					
Asla	18(%30)	12(%20)	30(%50)	60	0,003*
Nadiren	9(%20)	3(%7)	33(%73)	45	
Bazen	11(%21)	9(%18)	31(%61)	51	
Genellikle	11(%9)	16(%13)	95(%78)	122	
Önerme 4: Hastanedeki uzmanların, sevk/konsültasyon yanıt raporu yoluyla aile hekimlerinin ilgili branştaki tıbbi bilgilerini arttırmada önemli rol oynadıklarını düşünüyorum.					
Katılmıyorum	12(%25)	10(%21)	26(%54)	48	0,214
Kararsızım	9(%15)	10(%16)	43(%69)	62	
Katılıyorum	28(%17)	20(%12)	120(%71)	168	
Önerme 5: Aile hekimlerinin, BB ile diğer basamaklar arasındaki epidemiyolojik farklılıklar hakkında hastanedeki uzmanları bilgilendirmeleri gerektiğini düşünüyorum.					
Katılmıyorum	2(%25)	1(%12)	5(%63)	8	0,458
Kararsızım	6(%14)	10(%23)	27(%63)	43	
Katılıyorum	41(%18)	29(%13)	157(%69)	227	
Önerme 6: Meslektaşlarla etkileşim ve iletişim, her iki tarafın birbirlerinin rol ve sorumluluklarını daha iyi anlamasını sağlar.					
Katılmıyorum	6(%67)	0	3(%33)	9	0,002*
Kararsızım	2(%10)	4(%19)	15(%71)	21	
Katılıyorum	41(%17)	36(%14)	171(%69)	248	

*p<0,05 değeri istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İş doyum düzeyi ile ETKS özellikleri çok gözlü düzende Ki Kare testi ile karşılaştırıldığında; ETKS 1, 2 ve 7 numaralı özellikler ile iş doyum düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 23. İş doyumu ile ETKS kullanım özelliklerinin ilişkisi

	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Toplam	Pearson Chi^2
ETKS 1: Kliniğimde tetkik isteme, reçete yazma ve tetkik sonuçlarına ulaşma işlemleri için ETKS kullanırım.					
√	45(%17)	35(%13)	185(%70)	265	0,008*
X	4(%31)	5(%38)	4(%31)	13	
ETKS 2: Kullandığım ETKS, hastaneler, diğer basamaklardaki hekimler ve eczanelerden tıbbi veri alışverişine olanak sağlar.					
√	15(%11)	13(%10)	108(%79)	136	<0,001*
X	34(%24)	27(%19)	81(%57)	142	
ETKS 3: Klinik dışında iken de kullandığım ETKS'ye ulaşabilirim.					
√	14(%15)	13(%14)	68(%71)	95	0,604
X	35(%19)	27(%15)	121(%66)	183	
ETKS 4: Kullandığım ETKS, hastaları tanılarına, kullandıkları ilaçlara, sağlık hizmet ihtiyaçlarına (aşı, antenatal bakım gibi) göre listeleme kolaylığı sağlar.					
√	30(%18)	25(%15)	111(%67)	166	0,882
X	19(%17)	15(%13)	78(%70)	112	
ETKS 5: Kullandığım ETKS'deki kayıtlara hastalar da erişebilir.					
√	13(%22)	10(%17)	36(%61)	59	0,427
X	36(%16)	30(%14)	153(%70)	219	
ETKS 6: Kullandığım ETKS, hasta görüşmeleri hakkında notlar almak, randevu hatırlatmaları göndermek için kullanışlıdır.					
√	22(%17)	20(%15)	88(%68)	130	0,887
X	27(%18)	20(%14)	101(%68)	148	
ETKS 7: Kullandığım ETKS, olası ilaç etkileşimleri, yakın zamanda görülmesi gereken test sonuçları hakkında uyarıcı özelliktedir.					
√	21(%14)	13(%9)	115(%77)	149	0,001*
X	28(%22)	27(%21)	74(%57)	129	

*p<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. 7. 2. Eşgüdüm Düzeyi ile Karşılaştırmalı Analizler

Çalışmamızda ülkelerin eşgüdüm düzeyi, PHAMEU çalışması sonuçları baz alınarak belirlenmiştir.[71] Bu çalışmada kullanılan değerlendirme aracında (Birincil Bakım İzlemi), eşgüdüm düzeyinin saptanmasında yer verilmeyen ancak çalışmamızda yer alan katılımcıların kayıtlı nüfus sayısı, haftalık çalışma saati, klinikte görülen günlük hasta sayısı gibi iş yükü özellikleri Kruskal-Wallis testi kullanılarak; haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı ve sevk nedenleri çok gözlü düzende Ki Kare testi kullanılarak ülkelerin eşgüdüm düzeyi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 24 ve 25).

Tablo 24. Eşgüdüm düzeyi ile iş yükü özelliklerinin ilişkisi

	M, R*	p değeri
Kayıtlı nüfus sayısı		
• Güçlü	1500, R:750-4600	p<0,001**
• Orta güçlü	1500, R:100-3000	
• Zayıf	2000, R:500-5000	
Haftalık çalışma saati		
• Güçlü	36, R:13-60	p=0,170
• Orta güçlü	40, R:14-60	
• Zayıf	40, R:15-80	
Günlük hasta sayısı		
• Güçlü	30, R:20-50	p<0,001**
• Orta güçlü	25, R:10-100	
• Zayıf	46, R:10-150	

*M, R: Ortanca, dağılım aralığı
**p<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Kayıtlı nüfus sayısı ve klinikte günlük görülen hasta sayısı ile eşgüdüm düzeyi arasındaki ilişkinin, güçlü-zayıf ve orta güçlü-zayıf ülkeler arasındaki anlamlı farktan kaynaklandığı saptanmıştır (Man Whitney U testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda Bonfferoni düzeltmesi ile istatiksel anlamlılık düzeyi p<0,017 olarak kabul edilmiştir). Haftalık çalışma saati ile eşgüdüm düzeyi arasında ise bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 25. Eşgüdüm düzeyi ile sevk nedenlerinin ilişkisi

Eşgüdüm düzeyi	Tedavi seçenekleri için sevk etme		Pearson Chi^2
	Evet	Hayır	
Güçlü	55(%85)	10(%15)	0,049*
Orta güçlü	95(%80)	23(%20)	
Zayıf	66(%69)	29(%31)	
	Takip önerileri için sevk etme		
	Evet	Hayır	
Güçlü	7(%11)	58(%89)	<0,001*
Orta güçlü	35(%30)	83(%70)	
Zayıf	41(%43)	54(%57)	

*p<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı eşgüdüm düzeyine göre farklılık göstermezken, tedavi seçenekleri ve takip önerileri için sevk etme nedenleri ile eşgüdüm düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İkili karşılaştırmalarda tedavi seçenekleri için sevk etme nedeninin güçlü-zayıf ülkeler arasında, takip önerileri için sevk etme nedeninin ise tüm gruplar arasında farklılık gösterdiği görülmüştür. (Ki Kare testi kullanılarak yapılan ikili karşılaştırmalarda istatiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.)

4. 8. Alt Analizler: Türkiye Verilerinin Çıkarılması

- Kayıtlı nüfus sayısı ortancası dokuz ülkede 2000'nin altında iken Türkiye'de 3663 olması nedeniyle, iş doyumu ve kayıtlı nüfus sayısı arasındaki ilişki Türkiye verileri çıkarılarak tekrar değerlendirildiğinde, istatiksel anlamlılık düzeyinin ortadan kalktığı görülmüşür (p=0,138).
- Türkiye'de sağlık hizmetlerinin organizasyonunda basamaklar arasında sevk zinciri ve geri bildirim sistemi olmaması ve çalışmamızda sevk/konsültasyon önermelerinden 1, 2 ve 3'e verilen yanıtların iş doyumunu etkilediği saptanması nedeniyle, Türkiye verileri çıkarılarak bu ilişki tekrar değerlendirilmiş ve istatiksel anlamlılık düzeyinin devam ettiği görülmüştür (p_1<0,001; p_2=0,049; p_3=0,038).
- Türkiye için saptanan kayıtlı nüfus sayısı ortancasının, aynı grupta yer aldığı diğer eşgüdüm düzeyi zayıf ülkelerden belirgin farklı olması nedeniyle, eşgüdüm düzeyi ile kayıtlı nüfus sayısı arasındaki ilişki Türkiye verileri çıkarılarak tekrar değerlendirildiğinde, istatiksel anlamlılık düzeyinin devam ettiği görülmüştür (p=0,002).

5. TARTIŞMA

5. 1. Ana Bulgular

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü sağlayıcı rollerinin aile hekimlerinin iş doyumu üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu amaçla katılımcıların sosyo-demografik, iş yükü ve çalışma koşulları özellikleri, kapı-tutuculuk sistemi, sevk oranları ve nedenleri, sevk ve konsültasyon ile ilgili önermelere verilen yanıtlar ve ETKS kullanım özellikleri ile iş doyum düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Eşgüdüm düzeyi güçlü ve orta güçlü ülkelerdeki katılımcıların iş doyumunu 'Memnunum' olarak belirtme oranları, zayıf ülkelerdeki meslektaşlarına göre fazladır. İş doyum düzeyi; sosyo-demografik özelliklere, kayıtlı nüfus sayısı hariç iş yükü ve çalışma koşulları özelliklerine göre farklılık göstermemektedir. İş doyum düzeyini 'Kararsızım' olarak ifade eden Türk katılımcıların kayıtlı nüfus sayısı, 'Memnunum' olarak ifade edenlere göre fazladır. Haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı ve sevk nedenleri, iş doyum düzeyini etkilememektedir. Kapı-tutuculuk sisteminin varlığı, iş doyum düzeyinde artışla beraberdir. Sevk/konsültasyon ile ilgili önermelerden; sevk için hastanedeki uzmanlara ulaşabilirliğin kolaylaşması, sevk yanıt raporunun aile hekimine zamanında gelme sıklığındaki artış, aile hekimlerinin hastalarının hastaneler, acil servisler gibi diğer birimlerden aldıkları sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilme sıklığındaki artış iş doyum düzeyini arttırmaktadır. ETKS'nin tetkik isteme, reçete yazma ve tetkik sonuçlarına ulaşma işlemleri için kullanımı; hastaneler, diğer basamaklardaki hekimler ve eczanelerden tıbbi veri alışverişine olanak sağlaması ve olası ilaç etkileşimleri, yakın zamanda görülmesi gereken test sonuçları hakkında uyarıcı özelliğinin olması iş doyumunu arttırmaktadır. Eşgüdüm düzeyi zayıf ülkelerdeki katılımcıların kayıtlı nüfus sayısı ve klinikte görülen günlük hasta sayısı, güçlü ve orta güçlü ülkelerdekine göre fazladır. Eşgüdüm düzeyi zayıf ülkelerden güçlü ülkelere doğru, tedavi seçenekleri için hasta sevk etme sıklığı; eşgüdüm düzeyi güçlü ülkelerden zayıf ülkelere doğru ise takip önerileri için hasta sevk etme sıklığı artmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin iş doyumunu etkilemediği saptanmıştır. Literatür bu konuda net sonuçlar ortaya koyamamaktadır. Yaş ve cinsiyete bağlı olarak aile hekimlerinin iş doyumunun değişmediğinin ortaya koyan çalışmalar [53,58] olduğu gibi, kadınların erkeklerden daha yüksek iş doyum düzeyi tariflediği [57] ve yaşla birlikte iş doyumunun arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.[57,58,59] Artan yaşla birlikte iş doyum düzeyinin artmasının ve iş stresi ile tükenmişlik sendromunun azalmasının, işten beklentilerin azalması/değişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.[57] Artan yaşla birlikte kendini ve mesleğini tanıma, içinde bulunulan koşulları kabullenme sonucu iş doyum

düzeyi arttıyor olabilir. Diğer taraftan artan yaşla birlikte işten beklentinin azalması, mesleğini anlamlandıramama ve amaçsızlık hissine neden olup iş doyumunu azaltabilir. Yakın zamanda Danimarka'da aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada, en düşük iş doyum düzeyi ve en yüksek tükenmişlik sendromu skoru 45-59 yaş arası erkeklerde saptanmıştır.[82] Çalışmamızda iş doyum düzeyini 'Memnunum' olarak ifade etme oranı kadınlarda %66, erkeklerde %71'dir. Her iki cinsiyet de benzer oranda iş doyumu tarif etmekle birlikte, aile hekimi olarak çalışmanın kadın ve erkeklerde iş doyum düzeyini farklı açılardan etkilediği düşünülebilir. Örneğin daha önce yapılan çalışmalarda yarı zamanlı çalışma imkânı, aile/özel hayat ve iş arasında dengeye kurmaya olumlu katkısının özellikle kadınlarda iş doyumunu arttırdığı saptanmıştır.[52,57]

Çalışmamızda uzman hekim olarak çalışma süresinin, iş doyum düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Literatürde meslekte geçirilen süre arttıkça iş doyumunun arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur.[83] Uzman hekim olarak çalışma süresi arttıkça, kazanılan mesleki tecrübenin iş ile ilgili olumsuzlukların üstesinde gelme becerisi geliştirmesi ile iş doyumunda artma beklenebilir. Diğer taraftan meslekte uzun yıllardır çalışıyor olmak, işin sıradanlaşması ve yeni gelişmeleri takip etmede zorlanma nedeniyle iş doyumunu azaltabilir. Bu nedenle AH uzmanı olarak geçirilen süre ile iş doyumu arasındaki ilişkide, sürenin niceliksel değil niteliksel özelliğinin daha belirleyici olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin çalışma koşullarının iş doyumu düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda, bunu destekler şekilde birlikte çalışılan aile hekimi sayısı ve yerleşim yeri türünün iş doyumunu etkilemediğini gösterenler[83] kadar, kırsal bölgede çalışma ve tek hekim olarak çalışmanın iş doyumunu azalttığını gösterenler[52] de bulunmaktadır. Kırsal bölgede ve tek hekim olarak çalışmanın iş doyumunu azaltması, çoğunlukla mesleki izolasyon hissine neden olmasıyla açıklanmıştır. Ancak mesleki izolasyon kavramını sadece fiziki şartlarla açıklamak eksik bir yaklaşım olacaktır. Çünkü örneğin hekimler birden fazla kişi ile birlikte, şehir merkezinde çalışsalar da mesleki izolasyon hissedebilirler ya da tam tersi, tek hekim olarak küçük bir köyde yaşayıp mesleki izolasyon hissetmeyebilirler. Burada fiziki şartlara ek olarak; yaptığı işi isteklerine ve becerilerine uygun bulma, mesleğini kendi isteğiyle seçme, AH disiplinini benimseme ve sahiplenme, akademik ve sosyal aktivitelere olan isteklilik faktörlerinin etkisi de düşünülmelidir. Nitekim çalışmamızda şehir merkezinde ve kırsal bölgede çalışanların iş doyum düzeyini 'Memnunum' olarak belirtme oranı nerdeyse eşittir (sırasıyla %68 ve %69).

Çalışmamızda gelirin finansman türüne bağlı olarak iş doyum düzeyinin değişmediği saptanmıştır. Literatürde bir çalışma, gelirin finansman türünün devlet sektörü olmasının iş

doyumunu azalttığını göstermektedir.[83] Bu durum devlet sektöründe çalışmanın, özel sektörde çalışmaya göre klinik ve idari otonomiyi azaltmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda ise bu konuda bir farklılık bulunmamasının nedeni, Avrupa'nın birçok ülkesinde BB'nin finanse edilmesinde devlet ve özel sektör arasında net bir ayrım olmaması, aile hekimlerinin gelirlerinin çoğunlukla sigorta şirketleri aracılığıyla finanse edilip, devlet kurumlarının kaynak sağlayıcı ve denetleyici rol üstlenmesi olabilir.

Çalışmamızda iş yükü özelliklerinden kayıtlı nüfus sayısının sadece Türk katılımcıların iş doyumu düzeyini etkilediği saptanmıştır. Dokuz ülkede kayıtlı nüfus sayısı ortancası 2000'nin altında iken bu değer Türkiye için 3663'tür ve iş doyumunu 'Kararsızım' olarak ifade eden Türk katılımcıların kayıtlı nüfus sayısı, 'Memnunum' olarak ifade edenlere göre fazladır. Daha önce yapılan çalışmalarda idari/yönetimsel iş yükü, evrak iş yükü ve çalışma saatlerinin fazla olmasının aile hekimlerinin iş doyumunu azalttığı saptanmıştır.[52] Çalışmamızda ise haftalık çalışma saati ve klinikte görülen günlük hasta sayısı, iş doyum düzeyini etkilememektedir. Aile hekimleri sağlık hizmet sunumlarını; ev ziyareti, telefon ile danışmanlık, e-posta yolu ile bilgilendirme, hastanın klinikte görülmesi gibi çok çeşitli yollarla sağlayabilirler. Hizmet verilen nüfusun sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile belirlenen sağlık ihtiyaçları, bu sunum şekillerinin günlük pratikteki yerini belirler. Burada sunum şeklinden bağımsız olarak iş yükünü arttıracak olan etmen kayıtlı nüfus sayısının artışıdır ve Türk katılımcılar için iş doyumunu azalttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı ve sevk nedenleri iş doyumunu etkilememektedir. Sevk nedenlerinde katılımcıların sunulan seçeneklere ek olarak BB'de yapılamayan bazı laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri, belli ilaçların reçetelenmesi gibi nedenler tarif etmeleri; sevk nedenlerinin klinik ve hasta yönetimi ile olduğu kadar, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, BB'deki mevcut olanaklar, ilaç geri ödeme sistemleri ile de ilgili olduğunu vurgulamaktadır. Üç katılımcı, hastanın talebi ve ısrarının da bir sevk nedeni olduğunu belirtmiştir. Yüksek sevk oranları, sağlık harcamalarını arttırması nedeniyle genellikle olumsuz bir çıktı olarak ve aile hekimlerinin tükenmişlik sendromunun bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.[73] Sevk kararını; hastaya ait (klinik gereklilik, hasta ısrarı ve talebi), hekime ait (klinik bilgi ve beceri, tecrübe) ve sağlık sistemine ait (BBSH olanakları, finansal teşvik veya kesintiler) birçok faktör etkileyebilmektedir, bu nedenle sevk oranları ve nedenlerinin iş doyum düzeyini etkilemediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda kapı-tutuculuk sisteminin, iş doyum düzeyini arttırdığı saptanmıştır. Katılımcıların %85'i aile hekimlerinin kapı-tutucu rol üstlendikleri bir sistemde çalıştıklarını belirtmiştir, bunların da %71'i iş doyum düzeyini 'Memnunum' olarak ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin, sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü sağlamada ilk başvuru noktası olmaktan memnun oldukları görülmektedir. Literatürde kapı-tutuculuk ile aile hekimlerinin iş doyumu arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmıştır. Sanchez-Piedra ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları yedi ülkede aile hekimlerinin iş doyumunu karşılaştırmalı olarak değerlendiren bu çalışmada, hastaların diğer uzmanlara direkt ulaşabilmesinin mümkün olduğu durumlarda iş doyumunun arttığı, kapı-tutuculuk sisteminin ise iş doyumunu azalttığı saptanmış ve bu sonuç kapı-tutuculuk sisteminin BB hekimlerinin iş yükünü arttırdığı şeklinde yorumlanmıştır.[83] Kapı-tutuculuk sistemi, BBSH'nin temel uygulama özelliklerinden biri olan ilk başvuru noktası olma özelliğini garanti eden bir uygulamadır ve sağlık hizmetlerinin eşgüdümü için de bir ön koşuldur. Kapı-tutuculuk sistemi, aile hekimine kayıtlı nüfus sayısının fazla olduğu ve yapılandırılmış bir sevk zinciri olmayan sağlık sistemlerinde, günlük başvuru sayısının artışı ile iş yükünü arttırabilir ve iş doyumunu azaltabilir. Diğer taraftan hastaların ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetlerine direkt ulaşabildikleri durumlarda, tıbbi gereklilik dışında kişilerin istek ve talepleri doğrultusunda da yaptıkları başvurular nedeniyle tüm hizmet basamaklarının iş yükü artabilir. Bu durum aile hekimlerini çoğunlukla gelişim sürecine en başından dâhil olmadıkları problemlerin çözüm talebiyle karşı karşıya bırakarak iş stresini arttırıp iş doyumunu azaltabilir. BBSH'nin sağlık sistemine girişte ilk başvuru noktası olmasının, aile hekimlerinin farklı klinik çeşitlilikte hasta görmesini ve tıbbi verilerin akışında anahtar konumda olmalarını sağlayarak iş doyumunu arttırdığını savunan görüşler vardır.[84] Günümüzde kapı-tutuculuk sisteminin hekimler, hastalar ve sağlık sistemine etkileri ve etik kaygılar tartışılmaktadır.[6,84,85]

Çalışmamızda sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü güçlü ve orta güçlü düzeyde gerçekleştiren ülkelerdeki katılımcıların, zayıf ülkelerdeki meslektaşlarına göre, iş doyumunu daha yüksek oranda 'Memnunum' şeklinde belirttikleri saptanmıştır. Eşgüdümün bileşenlerinden sevk/konsultasyon ile ilgili önermelerde; hastanedeki uzmanlara ulaşılabilirlik kolaylaştıkça, sevk/konsültasyon yanıt raporunun zamanında gelme sıklığı arttıkça ve aile hekimlerinin hastalarının hastane taburculukları, acil servis başvuruları gibi diğer birimlerden aldıkları sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilme sıklığı arttıkça iş doyum düzeyinin arttığı görülmüştür. Thind ve arkadaşlarının 2009 yılında Kanada'da yaptıkları çalışmada bulgularımızı destekler şekilde, hasta sevk etmede yaşanan zorluğun ve sevk mektubuna zamanında geri bildirim alamamanın aile hekimlerinin iş doyumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır.[62] 2005 yılında İtalyan aile hekimleri arasında yapılan başka bir çalışmada ise, meslektaşlarla zayıf iş birliği ve hastanedeki uzmanlara ulaşmada yaşanan

zorluğun iş doyumunu azalttığı ve iş stresini arttırdığı saptanmıştır.[86] Aile hekimlerinin iş doyumunun değerlendirildiği bazı çalışmalarda, 'meslektaşlarla etkileşim ve profesyonel iletişim' ayrı bir öğe veya iş doyum anketinin bir öğesi olarak yer almış ve iş doyumu üzerine olumlu etkisi gözlenmiştir.[52,57,58,86,87] BB hekimlerinin ikinci/üçüncü basmaktaki meslektaşları ile olan bu mesleki etkileşim ve iletişimin, bilginin ve sorumlulukların paylaşılması yoluyla mesleki izolasyon hissini ve iş stresini azalttığı, iş doyumunu ise arttırdığı saptanmıştır.[59,65] Aile hekimlerinin sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü sağlayıcı rollerinde, hastalarının hastane ve acil servis başvuruları, hastaneye yatış ve taburculuk işlemlerinden haberdar edilmelerinin ayrı bir önemi vardır. Sağlık bakımının hizmet birimleri arasında aktarımı, eşgüdümün en kırılgan noktasıdır[88] ve bu aşamada yaşanan problemler tedavi uyumsuzluğu, ilaç yan etkileri, tekrarlayan acil servis başvuruları ve önlenebilir hastane yatışlarına neden olmaktadır.[89,90] Kaliforniya'da 2002 yılında aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada, hekimlerin %73'ü hastane yatışı sırasında, %78'i hastaneden taburculuk sırasında hastanedeki hekimle telefonla konuşmak istediklerini belirtmiş; %94'ü taburculuk sırasındaki ilaç listesinin ve %90'ı hastane yatış tanılarının, öğrenmek istedikleri en önemli bilgi olduğunu vurgulamışlardır.[91] Sağlık bilgi teknolojilerinin, bakımın hizmet birimleri arasında aktarımında yaşanan problemlerin çözümüne yönelik kullanımı ile ilgili çalışmalar mevcuttur.[92,93]

Sağlık hizmet basamakları arasında eşgüdüm sağlanmasında ETKS ve sağlık bilgi teknolojilerinin kullanımı önemli bir altyapı sağlamaktadır. Çalışmamızda sorgulanan ETKS özelliklerinden; reçete yazma, tetkik isteme ve tetkik sonuçlarına ulaşma işlemleri için ETKS kullanımı; ETKS'nin hastaneler, diğer basamaklardaki hekimler ve eczanelerden tıbbi veri alışverişine olanak sağlaması ve olası ilaç etkileşimleri, yakın zamanda görülmesi gereken test sonuçları hakkında uyarıcı özelliğinin olması iş doyumunu arttırmaktadır. Aile hekimlerinin reçete ve laboratuvar işlemleri için ETKS kullanımı ile iş doyumu arasındaki ilişki, günlük pratiğin önemli bir parçası olan bu işlemler için kolaylık sağlaması ve zaman kazandırması ile ilgili olabilir. ETKS'nin hastane ve eczaneler ile veri paylaşımını sağlaması, eşgüdümü destekleyen bir özelliktir ve hekimlerin ihtiyaç duydukları bilgiye kolay ve zamanında ulaşmalarını sağlayarak iş doyumu üzerine olumlu katkı sağladığı düşünülebilir. ETKS'nin ilaç etkileşimleri ve yakın zamanda görülmesi gereken test sonuçları hakkında uyarıcı özelliği; gittikçe artan oranda multimorbiditesi olan ve yaşlanan nüfusla ilgilenen aile hekimlerinin klinik karar vermelerini destekleyerek ve tıbbi hata oranlarını azaltarak iş doyumunu arttırıyor olabilir.

Çalışmamızda sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü zayıf düzeyde gerçekleştiren ülkelerde aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı ve klinikte görülen günlük hasta sayısı, güçlü ve orta üçlü ülkelere göre fazladır. 2017'de İngiltere'de aile hekimlerinin iş yükü algılarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %93'ü artmış iş yükünün sundukları sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Çalışmada iş yükünü etkileyen faktörler arasında kayıtlı nüfus sayısı, kliniğe başvuran günlük hasta sayısı, artan yaşlılık ve multimorbidite oranları nedeniyle görüşmelerin uzaması, ulaşılabilirliğin artması ile telefon ile danışma sayılarının artması, hasta beklentilerinin artması, bazı ikinci basamak sağlık hizmetleri görevlerinin BB'ye aktarılması ve idari iş yükü yer almıştır.[94] BB hekimliğinde hastalar çok geniş yelpazede şikayetler ile başvurabilmektedirler, bu nedenle -hekim ile yüz yüze görüşmeyi gerektirmeyen basit işlemler için- telefon, e-posta gibi aracıların kullanımı artmaktadır. Çalışmamızda da telefon, e-posta, fax vb yolu ile iletişim kurulan günlük hasta sayısının bazı ülkelerde (İtalya, Macaristan gibi) 35 sayısına ulaştığı görülmektedir.

Çalışmamızda haftalık sevk edilen ortalama hasta sayısı eşgüdüm düzeyine göre farklılık göstermezken; eşgüdüm düzeyi güçlü ülkelerdeki katılımcıların tedavi seçenekleri için sevk etme sıklığının, zayıf ülkelerdeki meslektaşlarına göre fazla; takip önerileri için sevk etme sıklığının ise, orta güçlü ve zayıf ülkelerdeki meslektaşlarına göre az olduğu saptanmıştır. Sağlık hizmet basamakları arasında eşgüdümü güçlü düzeyde sağlayan ülkelerde, aile hekimlerinin hastalarının tedavi planlarının yapılması aşamasında ikinci/üçüncü basamaktaki meslektaşları ile daha fazla iletişim kurdukları, takip aşamasında ise bu ihtiyacın azaldığı düşünülebilir. Eşgüdüm düzeyi zayıf ülkelerdeki katılımcıların daha sıklıkla takip önerileri için hasta sevk etme nedenleri; ilaç yan etkisi, komplikasyonlar, tedaviye uyumsuzluk gibi takipte karşılaşılabilecek sorunların yönetiminde hastalarını yakından takip etmeye ve problemlerin çözümüne yeterli zaman bulamamaları olabilir. Nitekim eşgüdüm düzeyi orta güçlü ülkelerden İtalya'dan bir katılımcı, sevk nedeni olarak komplikasyon durumunu vurgulamıştır. Daha önce yapılan çalışmalar belli hastalık veya hasta gruplarının BB'den sevk nedenleri üzerinde durmuştur. Fransa'da kanser tanısı olan hastaların BB'den onkoloji bakım ekibine sevk nedenlerini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, aile hekimlerinden erken evre kanser hastalarını hemen daima sevk ettiklerini belirtenlerin oranı %53 iken, ileri evre kanser tanısı olanlar için bu oran %46'dır.[95] Norveç'te 44 aile hekiminin sevk nedenlerinin sorgulandığı bir çalışmada 'tıbbi gereklilik' seçeneği nedenlerin %93'ünde yer almış, bunu %43,7 ile 'hasta tercihi' ve %27,5 ile 'herhangi bir durumu gözden kaçırmanın önüne geçmek' izlemiştir.[96] Çalışmamızda Hollanda'dan bir ve Romanya'dan iki katılımcı, hasta talebi ve ısrarının da bir sevk nedeni olduğunu belirtmiştir.

Hollanda'da 18 aile hekimi ile BB'de demans tanısının tartışıldığı bir çalışmada hekimler, tedavi planını etkileyecek ise kesin tanı için hastalarını ikinci basamağa sevk ettiklerini belirtmişlerdir.[97]

5. 2. Türkiye Bulguları

Türkiye'den katılan 20 aile hekiminin; %75'i kadın, %25'i evli, yaş ortalaması 40,8±8,8 yıl ve uzman hekim olarak çalışma süresinin ortancası 6,5 yıldır (R:0,5-25). Kayıtlı nüfus sayısı ortancası 3663 (R:2200-4410), haftalık çalışma saati ortancası 40 (R:40-56), ve klinikte görülen günlük hasta sayısı ortancası 50 (R:25-90)'dir. İş doyum düzeyi katılımcıların %55'inde 'Kararsızım', %35'inde 'Memnun değilim' ve %10'unda 'Memnunum' şeklindedir. 'Sevk ve konsültasyon için hastanedeki uzmanlara genellikle kolaylıkla ulaşılabilir' önermesine Türk katılımcıların %5'i katılmaktadır. 'Hastanedeki uzmanlardan sevk/konsültasyon yanıt raporu zamanında gelir' ve 'Hastalarımdan herhangi biri hastanede görüldüğünde, bir merkezden taburcu edildiğinde ya da acil servis başvurusunda bulunduğunda bundan haberdar edilirim' önermelerine %60 oranında 'Asla' yanıtı verilmiştir. 'Hastanedeki uzmanların, sevk/konsültasyon yanıt raporu yoluyla aile hekimlerinin ilgili branştaki tıbbi bilgilerini arttırmada önemli rol oynadıklarını düşünüyorum.' önermesine katılım oranı %50'dir. ETKS özelliklerinden en sık (%95) belirtilen 'Kliniğimde tetkik isteme, reçete yazma ve tetkik sonuçlarına ulaşma işlemleri için ETKS kullanırım.' ve en nadir (%15) belirtilen 'Kullandığım ETKS, hastaneler, diğer basamaklardaki hekimler ve eczanelerden tıbbi veri alışverişine olanak sağlar.' özellikleridir.

Sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü zayıf düzeyde gerçekleştiren ülkemizde, katılımcıların kayıtlı nüfus sayısı ortancası 3663 iken, diğer tüm ülkelerde bu değer 2000'nin altındadır ve kayıtlı nüfus sayısındaki artış, Türk katılımcılar için iş doyumunda azalma ile birliktedir. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2016 yılı verilerine göre de aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı ortalaması 3267'dir.[24]

Türk katılımcıların iş doyum düzeyini 'Memnunum' şeklinde belirtme oranları %10 ile tüm ülkelerin gerisindedir. Literatürde Türkiye'de aile hekimlerinin iş doyumunu araştıran sınırlı sayıda çalışmada, iş doyum düzeyi orta seviyede saptanmıştır.[53,55,56,98] Efeoğlu ve arkadaşlarının 2013 yılında Adana ilinde 135 aile hekimi ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %62,2'si işinden gerçekten haz aldığını belirtirken,[53] Malatya'da 138 aile hekimi ile yapılan çalışmada hekimlerin %17,5'i işi bırakmayı düşündüklerini belirtmişlerdir.[98] Mesleki izolasyon, kırsalda çalışma, tam zamanlı çalışma, küçük işletme

çalıştırma mücadelesi, bilgi ve becerileri koruma ve edinme mücadelesi iş doyumunda azalma; yapılan işi kendine uygun bulma, uzun süredir çalışıyor olma, aldığı ücretten memnun olma ve aynı mesleği tekrar seçme düşüncesi iş doyumunda artış ile ilişkili faktörler olarak bulunmuştur.[61,99] Türk katılımcıların hastanedeki uzmanlara ulaşabilirlik, sevk yanıt raporunun zamanında gelmesi ve hastaların hastane taburculukları ve acil servis başvurularından haberdar edilme ile ilgili sevk/konsültasyon önermelerine verdikleri yanıtlar; ETKS'nin hastaneler, diğer basamaklardaki hekimler ve eczanelerle veri paylaşımı için kullanım özelliğini en düşük oranda belirtmeleri; bireylerin sağlık sistemine istedikleri herhangi bir basamaktan giriş yapabildikleri, BB ile ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında sevk ve geri bildirim mekanizmasının olmadığı ülkemiz için beklenen sonuçlardır. Kapı-tutuculuk sisteminin uygulanmadığı, iki kez başarısız sevk zinciri denemesi yaşanan ve sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü zayıf düzeyde gerçekleştiren ülkemizde, aile hekimlerinin iş doyumunun bundan nasıl etkilendiğini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Konu ile ilgili literatürde bulunan tek çalışmada, 2012 yılında aile hekimleri ve hastanedeki uzmanlarla niteliksel görüşmeler yapılmış ve mevcut şartlarda Türkiye'de sevk zinciri uygulanmasının gerekli olup olmadığı ve uygulanması durumunda ne gibi sonuçlar doğuracağı tartışılmıştır. İlgili çalışmada uygulamanın gerekliliği ancak mevcut koşulların buna uygun olmadığı, uygulamanın hayata geçirilmesi durumunda aile hekimlerinin iş doyumunun bundan olumsuz etkileneceği yönünde fikirler ortaya konmuştur.[100] Ülkemizde bu konuda yapılacak yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

5. 3. Çalışmamızın Güçlü Yanları

Sağlık hizmetlerinin eşgüdümü ve aile hekimlerinin iş doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Literatürde sağlık hizmetlerinin eşgüdüm düzeyi ile farklı ülkelerdeki aile hekimlerinin iş doyumunu karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın bu yönüyle ilk olması özelliği, güçlü yanlarından biridir. Çalışmamıza on farklı ülkeden hekimin katılmış olması sayesinde, veriler farklı sağlık sistemlerinde çalışan hekimlerin tecrübelerini ve görüşlerini yansıtacak zenginliktedir.

5. 4. Çalışmamızın Zayıf Yanları

Çalışmamıza katılan ülkeler, PHAMEU çalışması sonuçları baz alınarak eşgüdüm düzeyine göre gruplara ayrıldıktan sonra nüfus büyüklüne göre sıralanıp seçilmiştir, örneklem seçiminde tabakalandırma işlemi yapılmamıştır.

Çalışmamızın verilerinin e-posta yoluyla toplanmış olması nedeniyle her bir ülkedeki yanıt oranı bilinmemektedir. Toplam 384 olarak belirlenen örneklem büyüklüğünün %72'sine ulaşılmıştır.

Çalışmamızda kullanılan anket İngilizce olarak hazırlanmış ve katılımcı her bir ülkenin resmi diline çevrilmemiştir. Bu durum yanıt oranının düşük olmasına neden olmuş olabilir.

İş doyum düzeyinin değerlendirilmesinde tek bir sorunun kullanılmış olması çalışmanın hem güçlü hem zayıf yanı olarak değerlendirilebilir. Tek ve net bir sorunun kullanılmış olması; bir iş doyum ölçeğinin kullanılması hâlinde her bir ülke için dil geçerlilik testi yapılması gerekliliğini ortadan kaldırmıştır; bu aynı zamanda, on farklı ülkedeki katılımcılara e-posta yoluyla ulaştırılan anketin tamamlanma süresini kısaltarak yanıt oranını arttırmış olabilir. Diğer taraftan tek soru, iş doyum düzeyi hakkında genel bir fikir vermekle birlikte, iş doyumunu etkileyen farklı parametrelerin bundaki payı hakkında bilgi vermemektedir.

5. 5. Sonuç

Çalışmamızın sonuçlarına göre aile hekimlerinin iş doyumu, çalıştıkları sağlık sisteminin hizmet basamakları arasında eşgüdümü gerçekleştirme düzeyinden etkilenmektedir. BBSH'de işgücünün sağlanmasında ve aile hekimlerin ruhsal iyilik hâlinde çok önemli bir belirleyici olan iş doyum düzeyini;

- Aile hekimlerine kayıtlı nüfus sayısının azaltılması,
- Aile hekimlerinin sağlık hizmetlerine girişte ilk başvuru noktası olmaları,
- Sevk/konsültasyon aşamasında BB ile ikinci/üçüncü basamak hekimlerinin iletişimlerinin arttırılması,
- Aile hekimlerinin hastalarının hastane taburculukları ve acil servis başvuruları gibi diğer birimlerden aldıkları hizmetlerden haberdar edilmeleri,
- ETKS'nin ilaç yazma, tetkik isteme ve sonuçlara ulaşma özelliği ile birlikte hastaneler ve eczanelerle veri paylaşımı, olası ilaç yan etkileri ve yakın zamanda görülmesi gereken test sonuçları hakkında uyarıcı özelliklerinin olması,

arttırmaktadır.

Sağlık sistemlerinde yapılması planlanan organizasyonel, finansal ve teknolojik düzenlemelerde bu faktörlerin dikkate alınması gereklidir.

6. KAYNAKLAR

1. Okay B. Basamaklandırılmış sağlık hizmet sunumu ve birinci basamak. Türk Aile Hek Derg. 2007;11(3):135-39.

2. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford University Press, 1998;3-17.

3. Mocinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(3):831-65.

4. Starfield B. Global health, equity and primary care. J Am Board Fam Med. 2007;20(6):511-3.

5. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Saint. 2012;26(S):20-6.

6. Garrido M.V, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scand J Prim Health Care. 2011;29:28-38.

7. Öcek Z.A, Çiçeklioğlu M, Türk M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapı tutuculuk nedir? Türkiye'de uygulanabilir mi? Sürek Tıp Egit Derg. 2006;15(8):144-8.

8. The European definition of general practice/family medicine. WONCA European edition 2011.

9. Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care. September 6-12, 1978.

10. World Health Organization report 2008, chapter 1 and 3.

11. http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx. Erişim tarihi: 22.03.2018.

12. Türkiye'de nüfus konuları ve politika örnekleri. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 1993, Ankara.

13. Beylik U, Kayral İ.H, Çıraklı Ü. 13.yüzyıldan 21. yüzyıla Türk sağlık sisteminin gelişim süreci üzerine bir derleme. Health Care Acad J. 2015;2(4):183-9.

14. Özcan C, Erdal Rengin. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan süreçler. Smyrna Tıp Dergisi. 2017;1.

15. Kanun 224. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. Resmî gazete:12.01.1961 sayı:10705.

16. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye'de bir tıp disiplini olarak aile hekimliğinin gelişimi. GeroFam. 2010;1(1):29-40.

17. Kanun 5258. Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun. Resmî gazete. 09.12.2004 sayı:25665.

18. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Resmî gazete. 06.07.2005 sayı:25867

19. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yönelik Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik. Resmî gazete. 12.08.2005 sayı:25904

20. Ünalan P.C, Uzuner A. Türkiye'de aile hekimliğinin geleceğine yönelik planlar. Türk Aile Hek Derg. 2005;9(1):37-40.

21. Üstü Y, Uğurlu M, Keskin A. Türkiye'de aile hekimliği uygulamasında geliştirilmesi gereken noktalar. Ankara Med J. 2016;16(1):82-9.

22. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. Hacettepe Sağlık İdare Derg. 2004;7(3):250-75

23. Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2013.

24. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016.

25. Akman M, Sakarya S, Sargın M, Ünlüoğlu İ, Tas M, Eğici T, Boerma W.G.W, Schafer W.L.A. Changes in primary care provision in Turkey: a comparion of 1993 and 2012. Health Policy. 2017;121(2):197-206.

26. Uijen A.A, Schers H.J, Schellevis F.G, Bosch W.J.H.M. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. Fam Pract. 2012; 29:264-271.

27. Shi L. The impact of primary care: a focused review. Scientifica. 2012 article ID:432892

28. Banfield M, Gardner K, McRae I, Gillespie J, Wells R, Yen L. Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. BMC Fam Pract. 2013;14:34.

29. Benzer J.K, Cramer I.E, Burgess J.F, Mohr D.C, Sullivan J.L, Charns M.P. How personal and standardized coordination impact implementation of integrated care. BMC Health Serv Res. 2015;15:448.

30. Deneckere S, Euwema M, Lodewijckx C, Panella M, Sermeus W, Vanhaecht K. The European Quality of Care Pathways (EQCP) study on the impact of care pathways on interprofessional teamwork in an acute hospital setting: study protocol: for a cluster randomised controlled trial and evulation of implementation processes. Implement Sci. 2012;7:47.

31. Seys D, Bruyneel L, Deneckere S, Kul S, Veken L.V, Zelm R, Sermeus W, Panella M, Vanhaecht K. Better organized care via pathways: a multicenter study. PLoS One. 2017;12(7):e0810398.

32. McDonald K.M, Sundaram V, Bravata D.M, Lewis R, Lin N, Kraft S.A, McKinnon M, Paguntalan H, Owens D.K. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. (Vol.7 care coordination). Agency for health care research and quality, 2007. Report no: 04(07)-0051-7.

33. Varga I, Mogollon-Perez A.S, Paepe P, Silva M.R.F, Unger J.P, Vazquez M.L. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. BMC Health Serv Res. 2015;15:213.

34. Houdt S, Heyrman J, Vanhaecht K, Sermeus W, Lepeleire J. An in-depth analysis of theoretical frameworks fort he study of care coordination. Int J Integr Care. 2013;13:e024.

35. Houdt S, Sermeus W, Vanhaecht K, Lepeleire J. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. BMC Fam Pract. 2014;15:177.

36. Kim B, Lucatorto M.A, Hawthorne K, Hersh J, Myers Raquel, Elwy A.R, Graham G.D. Care coordination between specialty care and primary care: a focus group study of provider perspectives on strong practices and improvement opportunities. J Multidiscip Healthc. 2015;8:47-58.

37. Schultz E.M, Pineda N, Lonhart J, Davies S.M, McDonald K, M. A sytematic review of the care coordination measurement landscape. BMC Health Serv Res. 2013;13:119.

38. Maeng D.D, Martsolf G.R, Scanlon D.P, Christianson J.B. Care coordination for the chronically ill: understanding the patients' perspective. Health Serv Res. 2012;47:5.

39. Doessing A, Burau Viola. Care coordination of multimorbidity: a scoping study. JOC. 2015;5:15-28.

40. Aller M.B, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, Farre J, Llopart J.R, Colomes L, Vazquez M.L. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. BMC Health Serv Res. 2015;15.323.

41. Aksakoğlu G. Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. Memleket Siyaset Yönetim, 2008;8(3):7-62.

42. Fişek A.G. Sağlıkta Sosyalleştirme: 'Genel' ile 'Yerel'in Önemi. Fişek Enstitüsü, 2010. https://sosyalpolitika.fisek.org.tr/category/sosyal-hekimlik/ Erişim tarihi: 28.04.2018.

43. Kılıç B, Aksakoğlu G. Eğitim araştırma ve sağlık bölgeleri(1964-2005). Toplum Hekim Bül. 2006;25(3):7-14.

44. Civaner M, Demiral Y, Aksakoğlu G. An invaluable experience: institute of community medicine Hacettepe University. 38th International Congress on the History of Medicine. 1-6 September 2002, İstanbul.

45. Töre E. Düzce ilinde aile hekimliği pilot bölge uygulaması öncesi ve sonrası hizmet sunum niteliğindeki farklılıkların ve sağlık göstergelerinin karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara, 2007.

46. Üstü Y, Uğurlu M. Bir analiz: aile hekimliği ülkemizde etkin kullanılıyor mu? Ankara Med J. 2015;15(4):244-48.

47. Aydın A, Atadağ Y, Kaya D, Köşker H.D, Başak F, Uçak S. Aile hekimliği uygulamasının bir eğitim ve araştırma hastanesine ayaktan hasta başvurularındaki etkisi. Arch Clin Exp Med. 2017;2(3):74-8.

48. Üstü Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu S.Y. 2002-2008 yılları arasında Erzurum bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Balkan Med J. 2011;28:55-61.

49. Üstü Y, Uğurlu M, Kasım İ, Eğici M.T. Sağlıkta dönüşüm projesi sonrası sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2012;4(2):48-53.

50. Çevik C. Manisa iline ait sağlık düzeyi göstergeleri: yıllara göre sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinin karşılaştırılması. Halk Sağlığı Doktora Tezi. İzmir, 2013.

51. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türk Aile Hek Derg. 2014;18(2):70-8.

52. Van Ham I, Verhoeven A.A.H, Groenier K.H, Groothoff J.W, Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. Eur J Gen Pract. 2006;12(4):174-80.

53. Efeoğlu İ.E, Özcan E. Aile hekimlerinin iş doyumu: Adana il merkezinden bir çalışma. Çukurova Medical Journal. 2013;38(4)567-73.

54. Adıgüzel O, Keklik B. Sağlık kurumlarındaki iş görenlerin iş tatmini ve bir uygulama. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2011;29.

55. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu. (Eskişehir) TAF Prev Med Bull. 2008;7(5):377-84.

56. Turgu S. Edirne il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumu ile ilişkisinin araştırılması. Tıpta uzmanlık tezi. Edirne, 2012.

57. Sibbald B, Enver I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990, 1998: lessons for the future? Fam Pract. 2000;17(5):364-71.

58. Bovier P, Pernever T.V. Predictors of work satisfaction among physicians. Eur J Public Health. 2003;13:299-305.

59. Kushnir T, Cohen A.H, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. Med Educ. 2000; 34:340-436.

60. Swanson V, Power K, Simpson R. A comparison of stress and job satisfaction in female and male GPs and consultants. Stress Med. 1996;12:17-26.

61. Yıkılkan H, Aypak C, Görpelioğlu S. Aile hekimliği uzmanı olmak için öğrencilerin motivasyonları ve aile hekimliği uzmanlarının iş doyumları: literatür taraması. TJFMPC. 2012;6(2):36-41.

62. Thind A, Freeman T, Thorpe C. Family physicians' satisfaction with current practice: what is the role of their interactions with specialists? Healthc Policy. 2009;4(3):145-158.

63. Marshall M.N. Qualitative study of educational interaction between general practioners and specialists. BMJ. 1998;316:442-5.

64. MoffattJ, Hossain D, Hansford G. Physician in practice clinic: educating GPs in endocrinology through specialist-outreach. Rural Remote Health. 2012;12:2265.

65. Kwamme O.J, Olesen F, Samuellson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice(EQUIP). Qual Health Care. 2001;10:33-9.

66. Berendsen A.J, Kuıken A, Benneker W.HGM, Jong B.M, Voorn T.B, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication. BMC Health Serv Res. 2009;9:143.

67. Meijer L.J, Groot E, Westerlaken M.B, Damoiseaux R.A.M.J. Interprofessional collaboration and learning between specialists and general practitioners during postgraduate training: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2016;16:376.

68. Gangliardi A. Use of referal reply letters for continuing medical education: a review. J Contin Educ Health Prof. 2002;22:222-29.

69. Liddy C, Rowan M.S, Afkham A, Maranger J, Keely E. Building access to specialist care through e-consultation. Open Med. 2013;7(1)e1-8.

70. D.S, Boerma W.G, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic D.R, Svab I, Tedeschi, P, Wilson A, Windak A, Dedeu T, Wilm S. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Fam Pract. 2010;11:81.

71. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic D.R, Svab I, Tedeschi P, Wilm S, Wilson A, Windak A, Zee J, Groenewegen P. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 2013;63(616):e742-50.

72. Bjornsson S, Sigurdsson J.A, Svavarsdottır A.E, Gudmundsson G.H. Gatekeeping and referral to cardiologists: general practitioners' views on interactive communications. Scan J Prim Health Care. 2013;31:79-82.

73. Kushnir T, Greenberg D, Madjar N, Hadari I, Yermiahu Y, Bachner Y.G. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? Fam Pract. 2013;31(1):44-50.

74. Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L, Mior A.M, Talbot Y, Vayda E. Enhancing continuity of information. Essential components of consultation reports. Can Fam Physician. 2009;55:624-5.e1-5.

75. Jiwa M, Arnet H, Bulsara M, Ee H.C, Harwood A. What is the importance of referral letter in the patients journey? A pilot survey in western Australia. Qual Prim Care. 2009;17:31-6.

76. Jiwa M, Dhaliwal S. Referral writer: preliminary evidence fort he value of comprehensive referral letters. Qual Prim Care. 2012;20:39-45.

77. Schenider A, Donnachie E, Tauscher M, Gerlach R, Maier W, Mielck A, Linde K, Mehring M. Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria. BMJ Open. 2016;6:e011621.

78. Hollingworth S, Zhang J, Vaikuntam B.P, Jackson C, Mitchell G. Case conference primary-secondary care planning at the end of life can reduce the cost of hospitalizations. BMC Palliat Care. 2016;15:84.

79. O'Malley A.S, Cunningham P.J. Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source. J Gen Intern Med. 2008;24(2):170-7.

80. Steichen O, Gregg W. Health information technology coordnation to support patient-centred care coordination. Yearb Med Inform. 2015;10:34-7.

81. Bates D.W. Health information technology and care coordination: the next big opportunity for informatics? Yearb Med Inform. 2015;10:11-4.

82. Noroxe K.B, Pedersen A.F, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. BMC Fam Pract. 2018;19:130.

83. Sanchez-Piedra C.A, Jaruseviciene L, Prado-Galbarro F.J, Liseckiene I, S_anchez-Alonso F, Garcia-Perez S, Santamera A.S. Factors associated with professional satisfaction in primary care: results from EUprimecare project. Eur J Gen Pract. 2017;23(1):114-20.

84. Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeping role. BMJ. 2016;354:i4803.

85.Willems D.L. Balancing rationalities: gatekeeping in health care. J Med Ethics. 2001;27:25-9.

86. Mazzaglia G, Lapi F, Silvestri C, Roti L, Giustini S.E. Association between satisfaction and stress with aspects of job and practice management among primary care physicians. Qual Prim Care. 2009;17:215-23.

87. Floch B.L, Bastiaens H, Reste J.L, Lingner H, Hoffmann R.D, Czachowski S, Assenova R, Koskela T.H, Klemenc-Ketis S, Nabbe P, Sowinska A, Montier T, Peremans L. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? a systematic literature review. BMC Fam Pract. 2016; 17:133.

88. Kripalani S, Jackson A.T, Schnipper H.L, Coleman E.A. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. J Hosp Med. 2007;2(5):314-23.

89. Foulon V, Wuyts J, Desplenter F, Spinewine A, Lacour V, Paulus D, Lepeleire J. Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences. Acta Clin Belg. 2018;22:1-9.

90. Walraven C, Seth R, Austin P.C, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmissions. J Gen Intern Med. 2002;17:186-92.

91. Pantilat S.Z, Lindenauer P.K, Katz P.P, Wachter R.M. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. Dis Mon. 2002;48(4):218-29.

92. Liss D.T, Serrano E, Wakeman J, Nowicki C, Buchanan D.R, Cesan A, Brown T. 'The doctor needs to know': acceptability of smartphone location tracking for care coordination. JMIR Mhealth Uhealth. 2018;6(5):e112.

93. Okkaniewska B.M, Santana M.J, Holroyd-Reduc J, Flemons W, O'Beirne M, White D, Clement F, Forster A, Ghali W.A. The seamless transfer-of-care protocol: a randomised controlled trial assessing the efficacy of an electronic transfer-of-care communication tool. BMC Health Serv Res. 2012;12:414.

94. Croxon C, Ashdown H.F, Hobbs R. GPs'perceptions of workload in England: a qualitative interview study. Br J Gen Pract. 2017;67(655): e138-e147.

95. Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux J, Moreaud P, Soubeyran P, Sasco A.J, Manthoulin-Pelissier S. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. BMC Cancer. 2011;11:5.

96. Ringberg U, Fleten B, Forde O.H. Examining the variation in GPs' referral practice: A cross-sectional study of GPs' reaasons for referral. Br J Gen Pract. 2014;64(624):e426-33.

97. Prins A, Hemke F, Pols J, Charante E.P.M. Diagnosing dementia in Dutch general practice: a qualitative study of GPs' practices and views. Br J Gen Pract. 2016;66(647):e416-22.

98. Tekin Ç, Bozkır Ç, Sazak Y, Özer A. Malatya il merkezinde çalışan aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri, iş doyumu düzeyleri ve etkileyen faktörler. Firat Med J. 2014;19(3):135-9.

99. Kaya F, Oğuzöncül A.F. Birinci basamak sağlık çalışanlarında iş doyumu ve etkileyen faktörler. Dicle Med J. 2016;43(2):248-55.

100. Güllüoğlu M, İnce N. To refer or not to refer: what should we do? International Balkan Conference Proceeding Book. 2012;2:477-90.

7. EKLER

Ek 1. Tez Anket Formu

Thesis Study Survey

E-mail Address: …

Sociodemographic Characteristics:

1-Country of residence: …

2-Age: …

3-Gender: …

4-Marital status:
- Married
- Single

Professional Characteristics:

1-Years of practicing medicine as a Family Medicine Specialist: …

2-Type of practice: (number of Family Physicians in the clinic where you work)
- Solo practice
- Group practice with less than 5 Family Physicians
- Group practice with 5 or more than 5 Family Physicians
- It changes I work in multiple clinics.

3-Work place:
- City centre
- Rural area
- Urban area

4-Practice volüme (total number of population you are responsible for):…

5-Weekly working hours: …

6-Average number of patients you see in practice office in a day: …

7-Average number of patients you visit at home in a day: …

8-Average number of patients you have via telephone/email consultation in a day: …

9-Type of employment:
- State-employed (I am paid by the government)
- Self-employed (I am not paid by the government, I work in a private clinic)
- Both

Job Satisfaction

Taking into account all possible aspects of your work how satisfied are you with your job?
- Extremely dissatisfied
- Dissatisfied
- Neutral
- Satisfied
- Extremely satisfied

Coordination of care and Communication with specialists:

1-Do you work in a system that family physicians act as gatekeepers of health care? (Gatekeeping is defined as the requirement to visit a family doctor to obtain a referral from him/her prior to accessing specialist care)

- Yes
- No

2-Specialists are generally easily reached for colleague consultation.

- Strongly disagree
- Disagree
- Neutral
- Agree
- Strongly agree

3-My average number of usual referral per week is:

- 0-5 patients
- 6-10 patients
- 11-15 patients
- 16-20 patients
- 20 patients

4-I mostly refer patients to specialist for: (you can mark more than one option)

- Diagnosis
- Treatment options
- Follow-up recommendations
- Practice nurse visit (Practice nurse is a nurse who is specialized in mental health care, diabetes care, COPD etc.)
- Others (……)

5-The specialist response report comes back to me in a timely manner.

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Usually
- Always

6-I am notified when one of my patients is seen by specialist, discharged from hospital or seen in emergency room.

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Usually
- Always

7-I think specialists play important role in increasing Family Physicians' medical knowledge in their fields of medical expertise via response report/letter/mail/fax etc.

- Strongly disagree
- Disagree
- Neutral
- Agree
- Strongly agree

8-I think Family Physicians' should educate specialist on the impact of epidemiological differences between primary and specialist care.

- Strongly disagree
- Disagree
- Neutral
- Agree
- Strongly agree

9-Interaction and communication with specialists lead to mutual understanding of each other's role and responsibilities.

- Strongly disagree
- Disagree
- Neutral
- Agree
- Strongly agree

Health Information Technology

Please mark the options which are right for you. (You can mark more than one option)

- I use an Electronic Medical Record Sytem (EMRS) in my practice for ordering tests, prescribing medications and accessing test results.
- The EMRS allows me to send and receive clinical data to and from consultant specialists, hospitals and pharmacies.
- The EMRS is accessible outside office setting.
- The EMRS is easy to generate list of patients by diagnosis, medications or/and needs like vaccination, maternity care.
- The EMRS allows patients to access to records.
- The EMR is useful for drafting notes about patients' visits or/and sending appointment reminders.
- The EMRS displays potential drug interactions or/and test results need to be seen in a short while.

Ek 2. Etik Kurul Onay Formu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2017.478**
	PROJE ADI	Sağlık Hizmetlerinin Koordinatörü Rolünün Aile Hekimlerinin İş Doyumu Üzerine Etkisi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Serap ÇİFÇİLİ

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 14.07.2017 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	