

Dünyada Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri personelinin durumu

Dr. Hande Büyükdâğ



1996 yılında Denizli'de doğmuştur. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2020 yılında mezun olmuştur. 2021 yılında İzmir SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık eğitimine başlamıştır ve hâlâ burada araştırma görevlisi doktor olarak görev yapmaktadır. Ayrıca 2023 yılından beri EYFDM (European Young Family Doctors' Movement) Türkiye İmaj Koordinatörü olarak görevini sürdürmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, toplumun genel sağlığını koruma ve iyileştirme amacıyla temel sağlık hizmetlerini sunan doktorlar, hemşireler ve ebelerden oluşur. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, kapsamlı, erişilebilir, sürekli ve koordineli sağlık hizmetleri sunulan, hastaların sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır. Bu bölümde, dünyadaki birinci basamak sağlık çalışanlarının mevcut durumu ele alınacak aynı zamanda GZFT (SWOT) analizi yapılacaktır.

Güçlü Yönler

1-) Eğitim: OECD ülkelerinin çoğu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışan genel pratisyen hekimlerin, aile hekimliği uzmanlarının ve hemşirelerin eğitimine büyük önem vermektedir. Sağlık sistemlerinin etkinliğini artırmak ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, hekimlerin mesleki gelişimlerini destekleyen kapsamlı eğitim programları sunmaktadır. Örneğin Kanada'da tıp fakültesinden mezun olan doktorlar iki yıl, ABD'de ise üç yıl süren aile hekimliği uzmanlık eğitim programına katılırlar. Her iki ülke için de mezuniyet sonrası Sürekli Tıp Eğitimi (Continuing Medical Education-CME) zorunludur. Sertifikaların yenilenmesi için CME etkinliklerine katılım gereklidir. Almanya'da genel pratisyen hekim olarak çalışmak için mezuniyet sonrası en az beş yıl süren

mesleki eğitim gereklidir. İlk iki yıl hastanelerde iç hastalıkları, pediatri, kadın doğum gibi bölümlerde eğitim alırken son üç yıl Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde pratik yapılır. Hollanda'da genel pratisyen hekim olarak çalışmak için en az üç yıl süren mesleki eğitim gereklidir. Bu eğitim programı teorik ve pratik bölümlerden oluşur. Ayrıca tüm genel pratisyenler (GP) Hollanda Genel Pratisyenler Koleji ve Hollanda Genel Pratisyenler Derneği gibi mesleki kuruluşlar tarafından geliştirilen çok sayıda kılavuza uymak zorundadır. GP'ler için bu kılavuzlar, çok sayıda hastalık için tedavi kriterlerini ve reçete kılavuzlarını içerir. İspanya'da tıp fakültesinden sonra yapılan ulusal sınav (MIR) ile uzmanlık alanı seçilir. Aile hekimliği için dört yıl süren uzmanlık eğitimi mevcuttur. İngiltere'de ise genel pratisyenlik eğitim programı üç yıldır. İlk yıl hastanede rotasyonlar yapılır, sonraki iki yıl Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışılır. Tüm eğitim süresince danışman gözetiminde pratik yapılır ve teorik eğitimler alınır. Ayrıca bu ülkelerde hemşire ve ebeler için lisans eğitimi sonrası çeşitli sertifikasyon programları ve uzmanlık eğitimleri mevcuttur.

2-) Ekip çalışması: BBSH'de doktorlar, hemşireler, eczacılar ve diğer sağlık profesyonelleri birlikte çalışarak hastaların sağlık ihtiyaçlarını bütüncül bir yaklaşımla ele alırlar. Ekip çalışması, her bir uzmanın kendi uzmanlık

alanındaki bilgilerini ve becerilerini paylaşarak, hastaların en iyi şekilde tedavi edilmesini ve iyilik hallerinin korunmasını sağlar. Bu durum, ABD, Kanada, Hollanda, Almanya, İngiltere ve Avusturya gibi bazı OECD ülkelerinde daha yaygındır. Bu ülkeler, hemşirelerin BBSH'deki rollerini artırmak için hemşire pratisyen (Nurse Practitioners) programları gibi ileri eğitim programları geliştirmiştir. Bu programlar sayesinde hemşireler, doktorlar tarafından yapılacak hizmetlerin bir kısmını üstlenebilirler. Örneğin, hemşire pratisyenler minör hastalıkları olan kişiler için ilk temas noktası olabilir, kronik hastalıkları olan hastaların rutin takiplerini yapabilir, belirli ilaçları reçete edebilir ve testler isteyebilirler. Hollanda'da da birinci basamakta hemşire liderliğinde diyabet klinikleri yürütülmekte ve sağlık eğitimi verilmektedir. Avustralya, Kanada, İrlanda, İngiltere ve ABD gibi birçok ülkede hemşireler, belirli ilaçları reçete etme yetkisine sahiptir ve bu yetkilerin kapsamı zamanla genişlemektedir. Ayrıca küresel bir sağlık tehdidi olan COVID-19 salgını sırasında Avusturya, Kanada, İrlanda, ABD ve Portekiz gibi ülkelerde, eczacılara reçetelerin süresini uzatma ve belirli ilaçları reçete etme yetkisi verilmiştir. Bu önlemler, doktorların daha acil ve kritik vakalara odaklanmalarını ve tıbbi konsültasyon sayılarını azaltmalarını sağlamıştır. Bu strateji, sağlık sistemlerinin üzerindeki yükü hafifletmiş ve sağlık hizmetlerinin daha etkili bir şe-



kilde sunulmasına katkıda bulunmuştur. Bu tür düzenlemeler ve ileri eğitim programları, BBSH'nin etkinliğini arttırmakta ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmektedir. Ekip çalışmasının ve profesyoneller arası iş birliğinin teşvik edilmesi, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve hasta memnuniyeti açısından da büyük önem taşımaktadır.

Zayıf Yönler

1-) Coğrafi dengesizlik: Birçok OECD ülkesinde devam eden en önemli sorunlardan biri de BB hekimlerinin farklı coğrafi bölgelere eşitsiz dağılımıdır. Kırsal/uzak bölgelerde kişi başına düşen doktor sayısı genellikle kentsel bölgelere göre çok daha düşüktür. Bu durum Avustralya, Kanada, ABD ve İskandinav ülkeleri gibi coğrafi olarak büyük ülkelerde sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin 2021 yılında, ABD nüfusunun yüzde 7.3'ünün aile hekimi bulunmadığı tespit edilmiştir. Kırsal bölgelerde çalışan doktorlar, aynı bölgede yeterli sayıda meslektaşlarının bulunmaması nedeniyle uzun çalışma saatleri ve sık nöbetler gibi zorluklarla karşılaşır. 2010 yılında Avustralya'da yapılan bir çalışmada kırsal alanlarda çalışan doktorların, metropol doktorlarına göre çalışma ve nöbet sürelerinin ortalama iki katı arasında olduğu bulunmuştur. İş dışında kalan zamanlarının azalması ve artan

iş yükü, burada çalışan sağlık personellerinde önemli bir stres kaynağı olmaktadır.

2-) Ekonomik faktörler: Neredeyse tüm OECD ülkelerinde, genel pratisyen hekimler diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerden çok daha az kazanmaktadır. OECD 2015 verilerine göre OECD ülkeleri genelinde ortalama olarak, genel pratisyenler, ülkelerindeki tüm çalışanların ortalama ücretinin yaklaşık 2,5 katını kazanırken, diğer uzmanlık alanlarındaki hekimler ortalama ücretin 3 katından fazlasını kazanmaktadır. 2005'ten bu yana, diğer uzman hekimlerin ücretleri Kanada, Finlandiya, Fransa, Macaristan, İzlanda, İsrail, Lüksemburg ve Meksika'da genel pratisyen hekimlerin (GP) ücretlerinden daha hızlı artmış ve bu ücret farkı son yıllarda da artmaya devam etmiştir. Farklı olarak Avusturya, Belçika ve Hollanda'da, GP'lerin ücretlerindeki artış, uzmanların ücretlerindeki artış aşmış ve böylece ücret farkı bir ölçüde daralmıştır.

Fırsatlar

1-) Dijital sağlık ve tele sağlık uygulamaları: Dijital sağlık teknolojileri ve tele sağlık uygulamaları, birçok OECD ülkesinde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, verimliliğini ve sürdürülebilirliğini büyük ölçüde arttırmıştır. Kanada,

OECD ülkelerinin çoğu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışan genel pratisyen hekimlerin, aile hekimliği uzmanlarının ve hemşirelerin eğitimine büyük önem vermektedir. Sağlık sistemlerinin etkinliğini artırmak ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, hekimlerin mesleki gelişimlerini destekleyen kapsamlı eğitim programları sunmaktadır.

Birçok OECD ülkesinde devam eden en önemli sorunlardan biri birinci basamak hekimlerinin farklı coğrafi bölgelere eşitsiz dağılımıdır. Kırsal/uzak bölgelerde kişi başına düşen doktor sayısı genellikle kentsel bölgelere göre çok daha düşüktür.



Kosta Rika, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Fransa, Norveç ve İsveç gibi ülkelerde tele-sağlık uygulamaları, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan hastaların sağlık hizmetlerine erişimini artırmak için kullanılmaktadır. Bu teknoloji idari ve seyahat maliyetlerini düşürerek hastalarla doktorları mesafe gözetmeksizin buluşturmaktadır. Gelecekte de özellikle kırsal ve kentsel alanlar arasındaki sağlık hizmeti eşitsizliklerini azaltma konusunda önemli bir rol oynayacaktır.

Avustralya, Kanada, İsrail ve ABD'de yaygın kullanılan elektronik sağlık kayıtları (EHR) ve dijital sağlık uygulamaları, hasta kayıtlarına kolayca erişim sağlar, evrak işlerini azaltır, zamandan ve enerjiden tasarruf edilmesini sağlar. Klinik karar alma ve reçeteleme süreçleri, kanıtlara, kılavuzlara, ikinci görüşlere ve elektronik kayıtlara kolay erişim sayesinde daha etkili hâle gelir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimi hızlandırır, hata oranlarını azaltır ve tedavi sürecini kolaylaştırır. Bu uygulamalar genel pratisyen hekimlerin uzmanlarla iletişime geçmelerini

mümkün kılarak, meslektaşlar arasında sürekli öğrenme fırsatları sunar ve gereksiz ikincil bakıma sevkleri azaltır.

Ayrıca bu uygulamalar doktorlara, özellikle kronik hastalığı olan hastalar için önleyici ve sürekli bakım hizmetlerini daha etkili bir şekilde takip etme imkânı sunar. Bu sistemler, anlık hatırlatıcılar sağlayarak hekimlerin tedavi planlarını zamanında uygulamalarına ve hastaların sağlık durumunu etkin bir şekilde yönetmelerine yardımcı olur. Aynı zamanda bazı yapay zekâ tabanlı uygulamalar, hastaların sağlık sorunlarıyla ilgili sorularını yanıtlayarak onları uygun sağlık hizmeti sağlayıcısına veya uzmana yönlendirmektedir. Bu sayede, hastaların ihtiyaç duydukları doğru tedavi ve bakıma zamanında ulaşmaları sağlanmaktadır.

Dijital teknolojilerin doğru ve verimli uygulanması, birinci basamak sağlık ekiplerinin daha etkin çalışmasına, sınırlı sağlık kaynaklarının daha akılcı kullanılmasına olanak tanıyacak ve sağlık sistemlerini gelecekteki olası krizlere karşı daha dirençli hâle getirecektir.

2-) Eğitim teşvikleri: OECD ülkelerinden birçoğu, BBSH'deki hekim sıkıntısını gidermek amacıyla genel tıp alanındaki eğitim kontenjanlarını artırmaya yönelik önemli adımlar atmıştır. Bu çabalar, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilmesini sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Örneğin 2022 yılında Hollanda'daki Tıbbi İstihdam Planlama Danışma Kurulu, hükümete, 2024-2027 döneminde tüm uzmanlık eğitim programlarının neredeyse yarısının genel pratisyenlik eğitim programına tahsis edilmesini önermiştir (Bu oran 2021'de ise yüzde 40'tı.). Fransa'da 2017'den bu yana, tüm lisansüstü eğitim kontenjanlarının en az yüzde 40'ı GP eğitim programına tahsis edilmektedir. Kanada'da ise, 2023'te doldurulan uzmanlık eğitim kontenjanlarının neredeyse yüzde 45'i aile hekimliği uzmanlığına ayrılmıştır. Ayrıca bu ülkeler aile hekimliğini ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini teorik ve uygulamalı olarak tıp fakültesi eğitim süreçlerine dahil ederek, tıp fakültesi öğrencilerini bu alanı tercih etmeleri için teşvik ediyorlar. Uzman

doktorlar ve aile hekimliği eğitmenleri, öğrencilere pozitif rol modeller sunarak bu alana olan ilgiyi artırabilir. 2019 yılında yapılan bir çalışmada, yeni mezun olan 1.814 tıp öğrencisinin yüzde 39.2'si aile hekimliği branşını tercih etmek istediğini belirtmiş ve bu tercihi etkileyen en önemli faktörün, tıp eğitimi sırasında aile hekimliği eğitmenlerinin desteği olduğunu ifade etmiştir.

Tehditler

1-) Artan iş yükü ve tükenmişlik: 2000 ile 2017 yılları arasında genel doktor ve hemşire sayısında büyük artışlar gözlemlenmesine rağmen, birçok ülkede genel pratisyen hekimlerin oranı düşmüştür. İngiltere, Avustralya ve Kanada da dâhil olmak üzere çeşitli OECD ülkelerinde gözlemlenen genel pratisyen hekimlerin sayısındaki azalma hem klinik hem de idari iş yükünde artmaya neden olmuştur. Avrupa'da 2017 yılında yapılan bir araştırmada, 14 ülkede (Hırvatistan, Macaristan, İrlanda, Litvanya, Malta, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovenya, İspanya, İsveç, Türkiye) BBSH hekimlerinin iş yükünün uzun vadede sürdürülemez olduğu bulunmuştur. Ayrıca Kanada'da, aile hekimlerinin ve genel pratisyen hekimlerin haftada ortalama 48.69 saat çalıştığı ve bu sürenin ortalama bir Kanadalı'dan haftada 14 saat daha fazla olduğu gösterilmiştir. ABD'de yapılan bir diğer çalışmaya baktığımızda, BB hekimlerinde yüksek oranda tükenmişlik görülmektedir. Tü-

kenmişlik oranlarının 2020'de yüzde 42'den 2021 ve 2022'de sırasıyla yüzde 47 ve yüzde 53'e yükseldiği gösterilmektedir. Artan iş yükü, tükenmişlik ve azalan pratisyen hekim sayısı, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Bu nedenle, sağlık politikaları ve uygulamalarının bu sorunları ele alacak şekilde yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Örneğin Çek Cumhuriyeti, Almanya ve İngiltere gibi ülkelerde, kırsal veya zorlu bölgelerde görev yapan hekimlerin iş yükünü hafifletmek ve motivasyonlarını artırmak amacıyla finansal teşvikler ve ek ücret uygulamaları başlatılmıştır. ABD, Kanada ve Hollanda gibi ülkelerde ise sağlık profesyonellerine düzenli eğitim ve gelişim fırsatları sunmak, tükenmişlik sorununu azaltmada etkili bir strateji olarak kabul edilmektedir. Bunlara ek olarak stres yönetimi ve dayanıklılık becerilerini geliştiren programlar, hekimlerin iş yaşamlarındaki zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Kariyerlerinin farklı aşamalarında olan hekimlere yönelik kariyer geliştirme fırsatları ve mentorluk programları, iş tatminini artırma amacıyla önemli bir kaynak olarak değerlendirilmelidir. Bir diğer örnek ise çoğu OECD ülkesinde kullanılan elektronik hasta kayıt sistemleri, uzaktan sağlık hizmetleri ve yapay zekâ çözümleri, hekimlerin iş yükünü hafifletmekte ve zaman yönetimini iyileştirmektedir. Telekonsültasyonlar, BBSH hekimlerinin meslektaş-

larından daha az izole hissetmelerine ve hastaları daha iyi sınıflandırıp tedavi edebilmelerine de imkân tanıyabilir.

Sonuç

Eğitim ve ekip çalışması, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin kalitesini artırmakta ve sağlık profesyonellerinin etkinliğini desteklemektedir. Ancak, coğrafi dengesizlikler ve ekonomik faktörler, sağlık sistemlerinde eşitsizliklere ve zorluklara yol açmaktadır. Dijital sağlık teknolojileri ve eğitim teşvikleri, mevcut sorunlara çözümler sunarken, artan iş yükü ve tükenmişlik gibi tehditler, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından endişe verici unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının bu zorlukları ele alacak şekilde yeniden yapılandırılması ve iyileştirilmesi gerekmektedir. Genel olarak, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için kapsamlı stratejiler ve yenilikçi çözümler geliştirilmelidir.

Kaynaklar

Avery, D. Factors associated with choosing family medicine as a career specialty: what can we use. *Am J Clin Med.* 2009;6(4):54-58.

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. *Building primary care in a changing Europe: Case studies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. PMID: 29064645 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/ (Erişim Tarihi: 31.07.2024).*

Kost, A., Bentley, A., Phillips, J., Kelly, C., Prunuske, J., Morley, C.P. *Graduating medical student perspectives on factors influencing specialty choice: an aafp national survey. Fam Med.* 2019;51(2):129-136.

Lee FJ, Brown JB, Stewart M. *Exploring family physician stress: helpful strategies. Can Fam Physician.* 2009 Mar;55(3):288-289.e6. PMID: 19282541; PMCID: PMC2654819.

OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023 (Erişim Tarihi: 31.07.2024).*

OECD, *Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2020.*

OECD, *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2024 (Erişim Tarihi: 31.07.2024).*

State of the Primary Care Workforce, 2023, <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/data-research/state-of-primary-care-workforce-2023.pdf> (Erişim Tarihi: 25.07.2024).

WHO. *Building the primary health care workforce of the 21st century, https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/workforce.pdf (Erişim Tarihi: 31.07.2024).*

WHO. *Germany Health System Summary 2022, https://euroh.ealtho.bse.rva.tory.who.int/publications/l/germany-health-system-summary-2022 (Erişim Tarihi: 22.07.2024).*

