

**Aile Sağlığı Merkezlerinde Hemşirelik ve Ebelik Hizmetleri
Çalıştay Raporu***

**Nursing and Midwifery Services in Family Health Centers Workshop
Report**

 **Kamer GÜR¹  **Çiğdem APAYDIN KAYA**²  **Serap ÇİFÇİLİ**²
 **Emrah KIRIMLI**³  **Saime EROL**¹  **Nevin ŞİŞMAN**¹  **Nurcan KOLAÇ**¹

¹ Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

² Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

³ Ümraniye Merkez Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye.

Sayın Editör,

Aile Sağlığı Merkezlerinde Hemşirelik ve Ebelik Hizmetleri Çalıştayının (2022) kısa bir değerlendirmesini yapmanın okuyucular, ilgili ve yetkili kişiler için yararlı olacağını düşünüyoruz. Ülkemizde yürütülen birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda yaşanan sorunlar, ihtiyaç duyulan hizmet içi eğitim alanları ve aile sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarının neler olması gerektiği konularında bilgi paylaşımı, çözüm önerileri, geleceğe dönük planlamalar açısından bu çalıştay raporunun önemli bir bakış açısı kazandıracağını düşünüyoruz.

Bu yazının amacı; çalıştayı yürüten moderatörler tarafından çalıştay sonrası oluşturulan raporun konuya ilgi duyan tüm tarafları ve siz değerli okurlar ile buluşmasıdır.

Aile sağlığı merkezlerinde hemşirelik ve ebelik hizmetleri çalıştayı 24 Aralık 2022 tarihinde Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Konferans Salonunda düzenlendi. Çalıştay, Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalından öğretim üyeleri, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından öğretim üyeleri, aile sağlığı merkezlerinde aktif olarak görev yapan doktor, ebe ve hemşireler ile birinci basamak sağlık çalışanları sendika ve dernek temsilcilerinden oluşan 41 sağlık profesyonelinin katılımıyla gerçekleşti. Çalıştayda üç çalışma grubu ile üç farklı konu ele alındı. Birinci grupta “mevcut koşullar ve iş gücü ile neler yapılıyor, neler yapılabilir?” konu başlığı, ikinci grupta “hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının saptanması” ve üçüncü grupta “aile sağlığı hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları neler olmalı?” konu başlıkları ele alındı.

* Geliş Tarihi: 13.03.2023 / Kabul Tarihi: 22.03.2023

**Sorumlu Yazar: kamergur@gmail.com

Atf: Gür, K., Apaydın Kaya, Ç., Çifçili, S., Kırımlı, E., Erol, S., Şişman, N., & Kolaç, N. (2023). Aile sağlığı merkezlerinde hemşirelik ve ebelik hizmetleri çalıştay raporu. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 1-9. Doi: 10.54061/jphn.1263299



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 International License.

Mevcut Koşullar ve İş Gücü

Mevcut koşullar ve iş gücünün tartışıldığı çalıştay oturumu; altı hemşire-ebe, iki aile hekimi, üç hemşirelik fakültesi öğretim üyesi, iki hemşirelik doktora öğrencisi ve bir hemşirelik dördüncü sınıf öğrencisinin katılımı ile toplam 14 kişiyle gerçekleştirildi. Katılımcılardan iki kişi sendika temsilcisi, bir kişide dernek temsilcisi olarak katılım sağladı. Çalıştay oturumu iki aşamada gerçekleştirildi. Birinci aşamada aile hekimliği uygulaması, ikinci aşamada ise mevcut iş gücü SWOT analizi ile güçlü ve zayıf yanları ile fırsatlar ve tehditler açısından dört başlıkta değerlendirildi. SWOT analizi sonuçları ve çözüm önerileri aşağıda sunulmuştur.

- Aile hekimliği sisteminin güçlü yönleri olarak nüfusun birçoğuna ulaşılabilir olması, insanın bulunduğu her alana hitap edebiliyor olması, sistemde eğitimli kişi sayısının fazla olması, primer sağlık hizmetinin verilmesi, sistemdeki birinci basamak çalışan sayısının fazla olması olarak belirlendi.

- Sistemin zayıf yönleri değerlendirildiğinde en büyük sorunun vekalet sorunu olduğu belirtilirken, diğer sorunlar ise sistem içerisinde görev yapan sağlık profesyonellerinin adının olmaması, “aile sağlığı çalışanı” olarak isimlendirilmesi, özlük hakları ile ilgili kaygılar olması, sistemde liyakat eksikliğinin olması, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) arası bireysel farklılıkların uygulanması, hizmet içi eğitimin standardize olmaması, yeni göreve başlayanlara oryantasyon eğitiminin olmaması, aile sağlığı çalışanının görev tanımı dışındaki işleri takip etmesi (adres takibi, ikametgah takibi vb.), sağlık sorumluluğunun aileye verilmeyip tüm eksik uygulamaların sorumlusu olarak aile sağlığı çalışanlarının gösterilmesi ve cezaların uygulanması, aileleri ASM'lere çağırarak için çok çaba gösterilip hastaya ulaşamaması ve hastanın gelmemesinden dolayı hastaya yaptırımda bulunulamaması, evde bakım hizmetlerinin yürütülememesi şeklinde belirtilmiştir. Bunların dışında ASM'lerin fiziksel yapısının eksikliği, sağlık eğitimi ve danışmanlık için alanın olmaması, bazı ASM'lerde hemşirelerin çalışması için ayrı bir oda olmaması veya yetersizliği, ikinci ve üçüncü basamağa entegre bir sistemin olmaması, birinci basamak hizmet veren kurumların birbiri ile iletişim bağlarının olmaması, bilgi paylaşımının yapılamaması (ASM, TRSM, KETEM vb.), kurumlar arası entegrasyon yokluğu da sorunlar arasındadır. Ek olarak başka bir kişiye vekalet ederken hemşirenin ve doktorun aldığı ücret yüzdeliğinin farklı olması, sağlıkta hak edişe göre maaş verilmesi, ücretlendirme, yıllık izin, doğum ve süt izni haklarının kullanılması esnasında yaşanan problemler, ILO'ya uygun olmayan durumların yaşanması, sağlık elemanlarının görev yetkilerinin tanımlanmamış olup hekimin verdiği tüm görevleri yapmalarının beklenmesi şeklinde belirtilmektedir. Bunlara ek olarak ASM içinde sık yaşanan şiddet olayları, sağlık hizmeti sunumu ile ilgili bilgi akışının hiyerarşik olmaması, bilginin sosyal medya aracılığıyla en üstteki kişiden hizmet alana direkt iletilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerine yeterince yer verilmemesi de zayıf yönler arasında ifade edilmiştir.

- Sistemin sunduğu fırsatlar değerlendirildiğinde ise; evlilik öncesinden başlayıp yaşlılık ve ölüm dönemine kadar tüm topluma ulaşabilmek, topluma yön vermek, sağlıklı, güçlü geleceğin oluşturulmasına katkıda bulunmak olarak belirtilmiştir.

- Sistemin getirdiği tehditler incelendiğinde ise; performansa dayalı bir sistem olması, standardize olmayan esnek mesai (her birimin kendi içinde esnek olması), esnek çalışma neticesinde çalışma barışının bozulması, misafir hastaya ve her hastaya eşit hizmetin sunulmaması, bazı ASM'lerde aşı yapıp bazılarında yapılmaması, ev ziyaretlerindeki güvenlik sorunları, sunulan hizmetler için yeterli materyalin olmaması, İş Sağlığı ve Güvenliğinin olmaması, güvenlik problemi varlığı, sağlık çalışanının korunmaması, sağlık çalışanının dinlenmemesi, şiddet sonrası suç bildirimini yapılmaması ve yapılması ile şiddete maruz kalmak ve hasta şikayetinde direkt şikayetin kabul edilmesi şeklinde sunuldu. Bunlara ek olarak sağlık

birimlerinin ticarethane olarak görülmek zorunda kalması ve sağlık elemanlarının görev yetkilerinin tanımlanmamış olup hekimin verdiği tüm görevleri yapmalarının beklenilmesi olarak belirlendi.

Tüm bu sorunlara yönelik bazı çözüm önerilerinde bulunuldu. Çözüm önerileri aşağıda sunulmuştur. Daha iyi bir birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için;

- Uzmanlığına uygun sertifika sistemi olması
- Oryantasyonların sistematik planlanması
- Standart hizmet içi eğitimleri planlanması
- Mobil hizmetler için muhtarlıklara yetkiler verilmesi
- Sağlıkta performans sisteminin uygulanmaması
- Emekliliğe yansıyan teşviksiz, desteksiz tek tip maaş sisteminin getirilmesi.

Çalışma grubunun ikinci bölümünde ise mevcut işgücünün SWOT analizi yapılarak devam edildi.

• Aile sağlığı çalışanı olarak mevcut iş gücünün güçlü yönleri ele alındığında; ekip içi uyumlu çalışma, ebe ve hemşirelerin ülkenin anneleri pozisyonunda olup tüm bebekleri sağlıklı bir geleceğe hazırlamaları, sağlık eğitimi verebilecek donanımlı mesleki bilgi düzeyine sahip olunması, sağlık eğitimi ve fiziksel muayene ve takip ile riskli gebeliklerin oluşmasını önleyebilmek, aile planlaması yöntemini etkili uygulayabilmek, hastanın doğru kaynaktan sağlık bilgisini almasını sağlamak, toplum için savunucu ve liderlik rolüne sahip olması, toplantı ve eğitimlere katılıp mesleğe tutunmak olduğu belirlendi.

• Mevcut işgücünün zayıf yönleri olarak kişilerin hukuki ve mesleki haklarını bilmemeleri, örgütlenme yetersizliği, sisteme dair bilgi eksikliği, hemşire ve ebe görev tanımının olmaması, hekimin verdiği görevleri yapmak gibi ucu açık bir görev tanımının yapılması, hemşire ve ebe sınıflandırılmayıp hepsine “çalışan” denilmesi, standardizasyonun olmaması olarak sıralandı. Bunların dışında; ‘hemşirenin hemşireye düşmanlığı’ düşüncesi, kadın ağırlıklı meslek olması, kadınlarının mesleki rollerinin dışında farklı rollerinin de olması, branşlaşmanın sahaya yansımaması, tek bir kişide birçok meslek rollerini gerçekleştirmesinin beklenilmesi (muhasibe, hukuk, temizlik, laborant, eczacı vb.), rollerini yerine getirememesi durumunda tükenmişlik yaşanması olduğu belirlendi.

• Mevcut işgücünün sunduğu fırsatların neler olduğu incelendiğinde ise; hastaların olumlu geri bildirim yapmasının çalışanların mesleki motivasyonunu arttırması, çocukken izlemeyi yaptığı çocuğun ileri yaşamında gelip ziyaret ederek manevi doyum sağlaması ve mesleki örgütlenmeye katılabilme olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

• Mevcut işgücünün kullanımındaki tehditler incelendiğinde ise ilk sıralarda hizmet alıcıları gözünde mesleki saygınlığı yitirmesi, mesleki imajın olumsuz olması, lisans eğitimindeki aile sağlığı hemşireliği uygulamalarının sahada ve yönetmelikte karşılığının bulunmaması gelmekte olup bunları; meslek üyeleri arasında korku kültürünün olması, örgütlenmeye karşı korkutulması, sistem içerisinde sesini çıkaramaması, iş gücünün para kazanma amaçlı bir takım memur işlerinin yapılması, mesleki doyumun geri planda kalması, ebeveynlik, eş, eğitim ihtiyaçları ile mesleki rolleri arasında sıkışmışlık hissini yaşanması olduğu belirtildi.

Mevcut işgücünün etkin kullanılmasına yönelik sunulan çözüm önerileri olarak aşağıda belirtilen maddeler sunulmuştur. Mevcut iş gücünü daha etkin kullanmak için;

- Mesleki örgütlenme için çalışanların birbirini motive etmesi, desteklemesi ve cesaretlendirmesi.
- Eğitim müfredatlarına aile sağlığı hemşireliğine yönelik seçmeli derslerin eklenmesi.
- Çalıştayların yapılması ve devamlarının getirilmesi.
- Sağlık çalışanlarının sesini daha güçlü çıkarması için sendikalaşması.
- Sertifikalaşma ve uzmanlaşmanın sağlanması.
- Hizmet içi eğitimlerin düzenli ve güncel olması ve bu eğitimlere sağlık çalışanlarının düzenli katılması
- Soğuk zincirde 7/24 icap görevinin maddi olarak karşılığının sağlanması.

Hizmet İçi Eğitim İhtiyaçlarının Saptanması

Çalıştayın ikinci grubunda “hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının saptanması” konu başlığı ele alındı. Bu grupta, aile hekimleri, halk sağlığı hemşireliği öğretim üyeleri, halk sağlığı hemşireliğinde doktora ve yüksek lisans öğrencileri, aile sağlığı merkezinde çalışan hemşire ve ebe, dernek, sendika temsilcilerinden oluşan 13 kişilik bir grupta konu ele alındı. Grupta, her bir konuşmacıya sırası ile söz hakkı verilerek mevcut durum ve sorunların çözümüne yönelik öneriler soruldu. Gruptaki konuşmalar sonucunda tespit edilen sorunlar ve çözüm önerileri aşağıda sunulmuştur:

Aile Sağlığı Merkezinde göreve yeni başlayacak çalışanların bu basamağa özgü rol ve sorumlulukları eksiksiz ve tam bir şekilde yerine getirebilmeleri çok önemlidir. Bunun için sertifika programından geçirilerek bilgilendirilmeleri ve yetkilendirilmeleri gerekmektedir. Katılımcılar, ASM’de göreve yeni başlayan hemşire/ebelerin çalışma ortamına, yeni rol ve uygulamalarına adapte olmakta zorlandıklarını belirttiler. Ayrıca, teorik ve uygulamalı standart bir hizmet içi eğitim ya da sertifika programına ihtiyaç duyduklarını ifade ettiler. Mevcut sistemde, ihtiyaç duyulan sertifika/hizmet eğitim ve oryantasyon programlarının istendik düzeyde karşılanmadığı bildirildi. Aile Sağlığı Merkezinin mevcut çalışma koşulları nedeni ile çalışma ortamında öğrenmenin söz konusu olmadığı ve diğer çalışanların oryantasyon konusunda destek olma şanslarının olmadığı belirtilmiştir. Çünkü ASM’de bir hekim bir hemşire/ebe ile çalışmaktadır, iş yükü fazladır ve ekip anlayışı söz konusu değildir. Bu durumda ASM’de yeni işe başlandığında tek başına öğrenme söz konusudur ve bu durumda hata yapma şansını arttırmaktadır. Oysaki birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinden biri de birinci basamakta çok disiplinli ekip çalışmasının olması ve sağlık çalışanlarının birinci basamağa uygun içerikte eğitim almış olmasıdır.

Aile Sağlığı Merkezinde göreve yeni başlayanlar, gebe, lohusa, bebek izlemi, bağışıklama uygulamaları, soğuk zincir, aşı takvimi, erken tanı ve taramalar, sağlık eğitimi, danışmanlık ve kronik hastalıkların yönetimini yapabilecek bilgi ve deneyime sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Hizmet içi eğitimlerin verilmediğini, verilse bile eğitimlerin gereksinimi karşılayacak nitelikli ve uygulamaya dönük olmadığı ifade ettiler.

Aile Sağlığı Merkezlerinde, hemşire, ebe, acil tıp teknikeri gibi farklı mesleki eğitim almış bireylerin çalıştırıldığı ve her birinden de aynı görev, rol ve sorumlulukların beklendiği bildirildi. Mesleki eğitimler ve çalışma alanları dikkate alındığında farklı mesleki disiplinlerinden aynı görevi beklemenin çok ciddi sorunlara yol açma riskine sahip olduğu, bu nedenle ASM’de göreve başlayanların mutlaka standartlaştırılmış bir sertifika programından

geçirilerek, mesleki sorumlulukları çerçevesinde hizmetler ile yetkilendirilmeleri gerektiği vurgulandı.

Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının, çalışma koşulları nedeni ile kongre, sempozyum ve çalıştay gibi bilimsel etkinliklere katılarak sürekli eğitim ve gelişme ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını ve yenilikleri takip edemediklerini dile getirmiştir. Sürekli bir hizmet içi eğitim ve bilimsel etkinliklere katılım söz konusu olmaması, birinci basamakta geliştirici, koruyucu hizmetler konusunda yetkin olan çalışan sayısının azalmasına, bilgi ve beceri eksikliği olan bir personelin artmasına ve hizmet kalitesinin düşmesine yol açmaktadır.

Tüm bu sorunlara yönelik çözüm önerileri dört başlık altında toplanmış ve alt başlıklar halinde sıralanmıştır:

1. Eğitim Olanaklarının Oluşturulması

- Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışabilmek için Aile Sağlığı Çalışanı sertifikasyon eğitimi ön koşulu getirilmesi,
- ASM çalışanlarının sürekli eğitimler ile bilgilerinin güncellenmesi ve değerlendirilmesi,
- Eğitim ASM'lerin sayısının ilçedeki ASM sayısına göre artırılması ve hizmet içi eğitim konusunda etkin ve yetkin hale getirilmesi,
- Sürekli eğitimler konusunda ilgili akademik birimler ile iş birliği içinde çalışılması,
- Sürekli Mesleki Gelişim için teşvik sağlanması (performans kaybı olmaması),
- Eğitim ASM'lerde çalışanlara eğitici eğitimi sertifikası ve teşvik verilmesi,
- ASM'lerde eğitim salonları, danışmanlık odalarının olması ve kaynak sağlanması,
- Kamudan, eğitim ortamı, malzemesi ve materyaller konusunda destek alınması,

2. Eğitimin Planlanması ve Uygulanması-(Aile Sağlığı Çalışanı Sertifikasyon Eğitimi)

- Aile Sağlığı Çalışanı Sertifika eğitim içeriğinin ihtiyaçlar ve standartlar doğrultusunda oluşturulması
- Eğitim süresinin içeriğe göre belirlenmesi, eğitimin uygulama ağırlıklı olması,
- Sertifikasyon eğitiminin akademik birimler tarafından verilmesi,
- Eğiticilerin yetişkin eğitimi konusunda yetkin olması,
- Eğitimden sorumlu gezici eğitici ekiplerin oluşturulması,
- Sertifika eğitiminin uygulanması için Eğitim ASM'lerde çalışan iyi uygulayıcıların eğitici olarak görevlendirilerek destek sağlanması,

3. Hizmet İçi Eğitim İhtiyaçlarının Saptanması ve Eğitimin İçeriği

Hizmet içi eğitim konularının;

- Toplum odaklı yaklaşım,
- Bilişim teknikleri,
- Sağlık eğitim ve danışmanlık,
- İletişim becerileri,
- Yaşam dönemlerine özgü izlem protokolleri,
- Kronik hastalık yönetimi,
- Tarama yöntemleri,
- Bağışıklama, aşı uygulamaları, soğuk zincir,
- Ekip üyelerinin görev tanımları,
- Enfeksiyon, sürveyans ve yönetimi

- Ev ziyaretleri, evde bakım,
- Anne sütü, emzirme,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanma ve sürdürme,
- Hizmet verdiğimiz toplumu, gereksinimlerini, toplumdaki mevcut kaynaklarını tanılama,
- Sağlık sorunlarının tanınması, konularının ele alınması,

4. Eğitim Yöntemi- Ölçme ve Değerlendirme

- Eğitimin içeriğinin belli aralıklar ile güncellenmesi,
- Eğitimde çoklu yöntemler, yüz yüze ve interaktif yöntemler kullanılması,
- Yeterli süre, eğitim materyali, araç ve gereç sağlanması,
- Eğitimin sonunda içerik ile uygun şekilde değerlendirme yapılarak sertifikaya edilmesi,
- Performansa dayalı re-sertifikasyon sınavı yapılması önerilmiştir.

Aile Sağlığı Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları Neler Olmalı?

Çalıştayın üçüncü grubunda “Aile Sağlığı Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları Neler Olmalı?” başlıklı konu ele alındı. Birinci aşamada Aile sağlığı hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları, mevcut koşulları tartışıldı. Bu oturuma 4 hemşire 2 ebe 2 doktor 3 akademisyenin toplam 11 kişinin katılımı ile gerçekleştirildi. Katılımcılardan 1’i sendika temsilcisi, 1’i dernek temsilcisi olarak katıldı. Aile sağlığı hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları mevcut koşulları iki başlık altında değerlendirildi. Birinci aşamada aile sağlığı hemşirelerinin sorunları ikinci aşamada ise çözüm önerileri tartışıldı ve aşağıda sunuldu.

Aile hekimliği yönetmeliğinde ebe ve hemşirelerin görev yetki ve sorumluluğu üzerinde başlatılan tartışmada katılımcılar konunun tek başlık altında “aile sağlığı çalışanı” olarak toplandığını ifade ettiler. Katılımcılar bu başlık altında ebe, hemşire ve acil tıp teknisyenlerinin (ATT) aynı görev yetki ve sorumluluklara sahip oldukları dile getirildi. Genel olarak, ebeler ve hemşireliğin dört yıllık lisans eğitimi sonucu kazanılan bir unvan olduğu, müfredatları, ders içerikleri ve program çıktılarının birbirinden farklı olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte hemşire ve ebelerin lisans eğitimi sonrası yüksek lisans ve doktora eğitimleri de alabildikleri vurgulanmıştır. Tartışmada ATT’lerin ise lise ve/veya ön lisans düzeyinde bir eğitim derecesine sahip oldukları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumuna dair bir eğitim almadıkları, acil müdahale ve ilk yardım hizmetlerinin sunulmasına yönelik bir eğitim aldıkları vurgulandı. Ayrıca Aile sağlığı merkezinde çalışan ebe ve hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları ayrı ayrı tanımlanmadığından dolayı uygulamada çatışmalar yaşandığı ifade edildi. Ebelerin çalışma alanları net bir şekilde belirlenmiş olup ebeler kadın ve çocuk sağlığı (0-6 yaş) alanında spesifik eğitimler almış kişilerdir. Ebelerin tek başlık altında aile sağlığı çalışanı olarak adlandırıldıkları zaman, eğitim alanlarının dışındaki birçok görevi yerine getirmeleri beklendiği ifade edildi (Kronik hasta izlemi, yaşlı izlemi, 15-49 yaş yetişkin izlemi, okul çağı izlemi vb.).

Katılımcılar tarafından vurgulanan bir diğer sorun da Aile Hekimliği Yönetmeliğinde belirtilen görev yetki ve sorumlulukların hemşire ve ebelerin teknik el becerileri ile sınırlı tutulduğu düşüncesi olmuştur. Buna örnek olarak da kan almak, yaşam bulgularını ölçmek, sekreter olmadığında sekreteryaya işlerini yapmak gibi işler sıralanmıştır. Katılımcılar aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin sayıca yetersiz kaldığını bu nedenle ev ziyaretlerine, koruyucu sağlık hizmetlerine ve eğitimlere yeterince zaman ayıramadıklarını ifade ettiler. Bir hekime bir hemşire veya bir ebe oranı birinci basamak hizmetlerinin kapsamlı şekilde sürdürülmesi açısından yeterli gelmediği konusunda fikir birliği içinde oldukları görülmüştür. Aile Hekimliği Yönetmeliği 40. Maddede (3) Her aile hekiminin yanında en az bir aile sağlığı

elemanı çalışır ibaresi bulunmaktadır. Yasal olarak birden fazla ebe ve hemşire çalıştırmanın önünde bir engel bulunmamasına rağmen uygulamada çoğunlukla bire bir oranının korunduğu görülmektedir. Katılımcılar Aile Sağlığı Merkezlerinin büyük bir kısmında tıbbi sekreter olmaması nedeniyle sekreteryaya işlerinin ebe ve hemşirelerin yapıklarını ifade ettiler. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin sağlık hizmeti sunma süresinin kısaltıldığı, kısalan süre ile beraber hizmet alacak bireylerin aynı sayıda devam etmesinin hizmet kalitesini düşürdüğü ve mesai dışında da çalışmaların sürmesine neden olduğu ifade edilmiştir.

Katılımcılar aile hekimliği hasta yönetim sistemlerinde hemşireye ait bir üyelik girişi bulunmadığını ifade etmişlerdir. Bu nedenle ebe ve/veya hemşireler tarafından yapılan her işlem hekim sistemi üzerinden yapılan giriş ile kaydedilmektedir. Hatta hekimin olmadığı zamanlarda ebe ve/veya hemşireler yaptıkları işlemleri sisteme kaydedememektedir. Her meslek grubunun görev yetki ve sorumlulukları farklı olduğu için ebe ve hemşirelerin tamamlaması gereken işlerin de o meslek grubuna özgü olması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca yapılan uygulamaların herhangi bir sağlık çalışanı olarak kendi alanında uzman profesyonel bir meslek grubu tarafından yapıldığının görünürlüğünü sağlamanın önemi vurgulandı.

Aile sağlığı merkezlerinde maddi kaygılar sebebi ile fiziki uygunluğun sağlanmadığı bu nedenle çalışanların kendini korumakta ve sorumluluklarını yerine getirmekte güçlük çektikleri (maske, eldiven, odanın soğuk olması, aşuların zamanında gelmemesi gibi) ifade edilmiştir.

Katılımcılar aile hekimini değiştiren veya adres taşıyan bireyleri takip etmenin kimin sorumluluğunda olacağını belli olmadığını ifade ettiler. Örneğin aile hekimini değiştiren, taşınan, özel sağlık kurumlarında doğum yapmayı tercih eden kadınlara ebe ve hemşireler ulaşmaya çalışmaktadır. Ancak tüm çabalara rağmen ulaşılamaması durumunda performans puanlarında kayıp yaşandığını belirttiler.

Sağlık Bakanlığınca belirlenen performans sistemi ile hekim, ebe ve/veya hemşirelerden beklenen iş yükümlülüğünün çok fazla olduğu ve bu işler için verilen sürenin çok kısıtlı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca her bölge için aynı hedefler belirlendiğini, oysaki toplumların farklı özellikler ve ihtiyaçlara sahip olduğunu bu nedenle bu yaklaşımın doğru olmadığı ifade edilmiştir.

Katılımcılar aile sağlığı merkezlerinin fiziki koşullarının uygun olmadığını, farklı birimlere bağlı ebe ve hemşirelerin aynı odalarda görev yapmak zorunda kaldıklarını, bu durumun hasta mahremiyetinin sağlanması açısından sorunlar yarattığını ifade etmişlerdir. Ayrıca benzer özellikleri olan bireylere eğitim verirken zaman yönetimi adına grup eğitimi tercih edildiğinde eğitimin uygulanacağı yer konusunda kısıtlılıklar yaşandığını ifade etmişlerdir.

Katılımcılar Sağlık Bakanlığına yapılan raporlandırma sisteminde verilen hizmetin niteliğinden çok niceliği ile ilgilenildiğini ifade ettiler. Bu durumun verilen hizmetin (kaliteli eğitim ve bakım vb.) niteliğini ölçülemez kıldığını ve hizmetin görünürlüğünü azalttığını belirttiler.

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim, ebe ve hemşireler ihtiyaçları olması halinde İl Sağlık Müdürlüğü ile iletişim kurmakta ve yetkililerle ulaşmakta güçlük çektiklerini bildirdiler. Ayrıca, yönetmelikte yer alan; “Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek” ibaresindeki diğer kavramının sınırının olmadığını ifade ettiler.

Aile sağlığı merkezlerinde kayıtlı olan bireylere ev ziyaretlerinin gerçekleştirilebilmesi noktasında; zaman, ulaşım, araç ve malzeme sıkıntısı yaşandığını ifade etmişlerdir. Bir diğer

sorun olarak aile sağlığı merkezlerindeki izin süreçlerinde problemler yaşadıklarını, aşı reddi yapan ebeveynlerin kararı sonucunda performans değerlendirmesi kapsamında ebe ve hemşirelerin ödeneklerinde kesilmeler olduğunu ifade etmişlerdir. Tüm bu sorunlara yönelik bazı çözüm önerilerinde bulunuldu. Çözüm önerileri aşağıda sunulmuştur.

Çözüm Önerileri;

- Aile hekimliği yönetmeliğinde ebe ve hemşirelerin görev yetki ve sorumluluğu tek başlık altında aile sağlığı elemanı olarak ele alınması yerine aile sağlığı ebesi ve aile sağlığı hemşiresi olarak ele alınması,
- Birinci basamak hizmetlerinin sunumunda acil tıp teknisyenlerinin görev almaması, eğer alacaksa da yönetmelikte farklı bir başlık altında görev yetki ve sorumluluklarının belirtilmesi,
- Ebe ve hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukların ayrı ayrı belirtilmesi, uygulamada yaşanan kargaşaların da önüne geçilmesi,
- Ebelik ve hemşirelik dört yıl lisans eğitiminin verildiği bir meslek grubu olup bu nitelikli insan gücünden daha fazla yararlanılabilir. Özellikle aile sağlığı merkezlerinde birinci, ikinci ve üçüncü düzey koruma hizmetlerinin birlikte verilmeye çalışıldığı bir ortamda sağlık profesyonelleri daha fazla katkı verebilir. Ayrıca uygulamada yapılan fakat yönetmelikte belirtilmeyen görevlerin de (eğitim verme, taramalar, anamnez alma ve takip yapma vb.) yönetmeliğe eklenmesi,
- Aile sağlığı merkezinin sınıfına ve iş yüküne göre ebe ve/veya hemşire istihdamının, daha planlı bir şekilde verilmesi,
- Özellikle kayıtlı nüfusu yüksek olan Aile Sağlığı Merkezlerinde sağlıklı bir işleyişin sağlanması amacıyla tıbbi sekreterlerin istihdam edilmesi,
- Aile hekimliği otomasyon sistemlerine ebe ve hemşire girişi de eklenmelidir.
- Kayıtların kim tarafından tutulduğunun net bir şekilde belirlenmesi ayrıca hemşirelik tanıları ve bakım planları, eğitim kayıtları sisteme eklenmesi,
- Sadece hekimin girebileceği veriler, hekim, hemşire ve ebenin girebileceği veriler ve hemşire veya ebenin girebileceği veriler olmak üzere üç başlık altında toplanması, görev yetki ve sorumlulukların net şekilde belirlenmesi.
- Aile sağlığı merkezlerindeki sarf malzemelerinin hastanelerde olduğu gibi daha uygun fiyatla toplu şekilde ihale usulü İl Halk Sağlığı müdürlüklerince gerçekleştirilmesi,
- Adres değişikliği veya farklı nedenlerden dolayı yer değiştiren kişilerin takibi için nasıl bir yol izleneceğinin yönetmelikte belirtilmesi ve üst kurum tarafından koordinasyonun sağlanması,
- Performans sistemindeki hedefler ve performans değerlendirme kriterlerinin aile sağlığı merkezinin bulunduğu bölgeye ve bölgedeki bireylerin özelliklerine göre belirlenmesi,
- Bakanlıkça tamamlanması beklenen işler için tanımlanan süreler hesaplanırken hizmet verilen grubun insanlar olduğu, insan ilişkilerinin dinamik bir süreç olduğu göz önüne alınması,
- Aile sağlığı elemanı adı altında istihdam edilen ebe ve hemşirelerin unvanları ile beraber görev yetki ve sorumlulukları da ayrılması,
- Aile sağlığı merkezi olarak hizmet veren binalar için kriterler belirlenmeli, bu kriterleri taşıyan merkezlerde hizmetler sunulmalıdır.
- Verilen hizmetlerin değerlendirilme kriterleri Sağlık Bakanlığınca revize edilmelidir.
- Birinci basamak sağlık çalışanları için il sağlık müdürlüklerince ayrı bir danışma - görüş/öneri - şikayet hattı oluşturulması

- “Diğer” kavramının sınırları açılarak yönetmeliğe eklenmesi, yapılan bu eklemelerin kurum içi anlaşmazlıkların ortadan kaldırılması,
- Aile sağlığı merkezlerinde kayıtlı olan bireylerin ev ziyaretlerinin gerçekleştirilebilmesi noktasında; zaman, ulaşım için araç ve malzeme sıkıntısının giderilmesi,
- Ev ziyaretlerinde yaşanan teknik sıkıntılar ilçe sağlık müdürlüklerine bildirilmesi, ve çözüm noktasında gerekli iş birliklerinin yapılması
- Aile sağlığı merkezlerinde çalışan bireylerin izin ve vekalet süreçleri yönetmelikte düzenlenmelidir.
- Aşı reddi yapan ebeveynlerin kararı sonucunda performans değerlendirmesi kapsamında ebe ve hemşirelerin ödeneklerinde kesilmeler yapılmaması,
- Bu noktada ödenek kesilmesine direk gidilmemesi, ebe ve hemşirelerin aileleri ikna edebilmek adına yaptıkları; aşı bilgilendirme, farkındalık eğitimleri, danışmanlıklarının değerlendirilmesi,
- Birinci basamakta sertifikasyon veya lisansüstü eğitimlerle uzmanlaşmış bireylerin yer alması,
- İstismar ve ihmal gibi önemli konularla beraber kronik hastalıkların da tanınması ve yönetiminde ebe ve hemşirelerin yükü çok büyüktür. Bu sebeple bu işlemler için gerekli zamanın ayrılması,
- Kurumlar arası sevk zinciri sisteminin yönetmeliklerle düzenlenmesi,
- “Hemşirelik Yönetmeliğinde” yer alan aile planlaması hemşiresi aile sağlığı hemşireliğine dönüştürülmelidir. Görev tanımına anamnez, erişkin sağlığı yaşlı sağlığı, taramalar ve kronik hastalık takibinin eklenmesi önerilmiştir.

Sonuç olarak;

24 Aralık 2022 tarihinde, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Konferans Salonunda düzenlenen *Aile Sağlığı Merkezlerinde Hemşirelik ve Ebelik Hizmetleri Çalıştayı*na İstanbul ili birinci basamak sağlık çalışanlarının yanı sıra Bursa, Kocaeli, Balıkesir ve Ankara illerinden de katılım olmuştur. Çalıştaya, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, MARSEV (Marmara Sağlık Eğitim Vakfı), Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Birlik Dayanışma Sendikası ve T.C. Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğünden temsilciler katılarak katkı vermişlerdir

Konferans salonu ve oturumlar için sınıflar çalıştay için önceden hazır duruma getirilmiştir. Katılımcıların sosyal bir ortamda bir arada tanışması mümkün olmuştur. Çalıştayın her grubunda, akademisyenler, sağlık çalışanları, sendika temsilcileri, lisans, yüksek lisans ve doktora öğrencileri yer almış ve karma bir ekiple konular tartışılmıştır. Bu nedenle katılım kapsayıcı ve çok sesli olmuştur. Katılımcılar ilgi duydukları oturuma katılmışlardır. Katılımcılar, sorunların konuşulması, tartışılması ve çözüm üretme amacıyla daha sık bir araya gelme noktasında birleşmiştir. Gelecek yıllarda benzeri çalışmaların Türkiye'nin farklı kentlerinde bilim ortamlarında gerçekleştirilmesi dileğiyle...

Yazar Katkısı: Fikir: KG, ÇAK; Tasarım: KG, ÇAK, EK; Kaynaklar ve Malzemeler: KG, ÇAK, SÇ, EK; Veri toplanması ve analizi: KG, ÇAK, SÇ, EK, SE, NŞ, NK; Literatür Tarama: KG, ÇAK, SÇ, EK, SE, NŞ, NK; Makale Yazımı: KG, ÇAK, SÇ, EK, SE, NŞ, NK; Eleştirel İnceleme: KG, ÇAK, SÇ, EK, SE, NŞ, NK.

Teşekkür: Çalıştaya katılan aile sağlığı merkezleri çalışanlarına ve değerli akademisyenlere verdikleri bilgiler için teşekkür ederiz.