



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMLERİNİN HASTALARI BİR ÜST
BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA TIBBİ
ENDİKASYON DIŞI SEVK NEDENLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Furkan OKUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA / 2019



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMLERİNİN HASTALARI BİR ÜST
BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA TIBBİ
ENDİKASYON DIŞI SEVK NEDENLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Furkan OKUR

Tez Danıőmanı:

Doç. Dr. Derya İREN AKBIYIK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA / 2019

TEŞEKKÜR

Tez sürecinde her zaman yardımcı olup anlayış gösteren ve bilim insanı olmayı öğreten **Doç. Dr. Derya İren AKBIYIK' a,**

Bu zorlu asistanlık eğitim sürecinde bilgi, tecrübe ve birikimlerini bizlerle paylaşan **Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU, Doç. Dr. Cenk AYPAK** ve başasistanımız **Uzm. Dr. Özlem SUVAK** hocama,

İyi günde de kötü günde de yanlarında olmaktan büyük mutluluk duyduğum **asistan arkadaşlarıma,**

Tez sürecinde değerli vakitlerini bize ayırıp odak grup görüşmelerine katılan asistan ve uzman **hekim arkadaşlarıma,**

Varlığıyla beni mutlu eden, bitmek bilmeyen enerjisiyle beni hayata bağlayan, varlığımı hep yanımda hissettiğim biricik eşim **Emine Betül OKUR'a,**

Bugüne kadar her türlü desteğiyle yanımda hissettiğim babam **Salih OKUR** ve annem **Nurcan OKUR'a,**

Teşekkürlerimi borç bilirim.

Dr. Furkan OKUR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR	III
TABLO LİSTESİ	IV
ŞEKİL LİSTESİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
3. YÖNTEM	144
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	342
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	40
7. KAYNAKLAR	42
ÖZGEÇMİŞ	45
EK-1	46

KISALTMALAR

- EAH** : Eğitim ve Araştırma Hastanesi
SAHU : Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı
WONCA : World Organization of Family Doctors



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Odak Grup Görüşmelerinin Yapılandırıldığı Ana Başlıklar.....	16
Tablo 2. Her 3 Odak Grup Görüşmelerine Katılan Hekimlerin Özellikleri.....	18
Tablo 3. Üç Odak Grup Görüşmesinde Ortaya Çıkan Sevk Nedenleri.....	19
Tablo 4. Üç Odak Grup Görüşmesinde Tespit Edilen Ortak Sevk Nedenleri.....	20
Tablo 5. Her Grup İçin Ortak Nedenlerden Farklı Olarak Gruba Özgü Sevk Nedenleri.....	27

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri ve Çekirdek Yeterlilikler.....7



ÖZET

Amaç: Aile hekimleri; bireylerin kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsamlı ve devamlı olarak veren doktorlardır. Kimi zaman aile hekimleri teşhis, tedavi ve rehabilitasyon esnasında çeşitli sebeplerden hastalarını bir üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk etme ihtiyacı hissetmektedir. Biz de bu çalışmamızda sahada çalışan aile hekimlerinin hastaları bir üst basamak sağlık kuruluşlarına tıbbi endikasyon dışında neden sevk ettiğini yarı yapılandırılmış odak grup görüşmeleriyle öğrenmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu kalitatif çalışma örneğinde Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesindeki 8 aile hekimliği asistanı, 8 sözleşmeli aile hekimliği asistanı (SAHU) ve sahada aktif çalışan 7 uzman aile hekimi ile 3-3 farklı odak grup görüşmesi ~~yapılmış~~ görülmüş, katılımcıların tecrübeleri ses kayıt cihazıyla kaydedilip yazıya aktarılmıştır. Odak grup görüşmeleri ile toplanan veriler iki araştırmacı tarafından betimsel analiz metoduyla analiz edilmiştir.

Bulgular: Odak grup görüşmelerinde aile hekimlerinin anlattıkları endikasyon dışı sevk nedenleri hekim, hasta, sağlık sistemi ve çalıştıkları kurum ile ilgili olmak üzere 4 ana başlık ve 33 alt başlık altında özetlenmiştir. Aile hekimleri en çok; çalıştıkları kurumun imkanlarının ve kendilerinin bilgi ve tecrübelerinin yetersiz kaldığı durumlarda, hastaları veya kendileriyle ilgili risk almak istemediklerinde, hastaların tedaviye uyumsuz, memnuniyetsiz olduğu durumlarda ve hastalarla iletişim problemi yaşadıklarında hastaları bir üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk ettiklerini söylemişlerdir.

Sonuç: Aile hekimlerinin çalıştıkları kurumların şartları iyileştirilerek, aile hekimlerine eğitimler ile daha iyi bir iletişim becerisi kazandırılarak, hastalara yeterli ölçüde tıp eğitimi verilerek ve en önemlisi sağlık sisteminde hasta sevki ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılarak sağlık hizmetleri iyileştirilebilir.

Anahtar kelimeler: birinci basamak sağlık, hasta, sevk.

ABSTRACT

Aim: Family physician, who is the first point of consultation; is a medical doctor who comprehensively and continuingly provides preventive healthcare and primary diagnosis, treatment and rehabilitation services in a easily accessible places by people. In some cases, family physicians feel the need to refer their patient to higher level facilities for various reasons during diagnosis, treatment and rehabilitation. In this study we, through semi structured focus group interviews aimed to find out the reasons why actively working family physicians are referring the patients out-~~of-~~medical indication to higher level facilities ~~through semi structured focus group interviews~~.

Materials and Methods: In this qualitative study sample, 3 focus group interviews were conducted with 8 family medicine residents within Dışkapı Training and Research Hospital, 8 contracted family ~~physicians~~ medicine residents and 7 family medicine specialists actively working in the field; participants' experiences were recorded by means of a voice recorder. Data gathered from the focus group interview and was analysed by two the researchers using a descriptive analysis method.

Results: In the focus group interviews out-of-indication referral reasons reported by family physicians outlined under 4 main titles and 33 subtitles regarding physicians, patient, healthcare system and the institution they work. Family physicians mostly stated that they made referrals when facilities of the institution were limited; their knowledge and experience were insufficient; they didn't want to take risks about patients or themselves; patients were nonadherent to the treatment and dissatisfied; and they had communicating problems with patients.

Conclusion: The existing healthcare system can be developed by improving the technical conditions of the institutions where family physicians work, giving better communication skills to physicians with education, educating ~~of education,~~ ~~making the necessary arrangements in line with the expectations of the~~ patients

adequately on some medical issues and most importantly making necessary arrangements related to patient referral.

Keywords: referral, patient, primary health care.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmeti sunan özelleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 yılında Alma Ata'da düzenlenen konferans sonrasında sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasında, maliyet etkinliğin iyileştirilmesinde birinci basamak hekimliğinin merkezi role sahip olması gerektiği belirtilmiştir. Bu disiplin anlayışının kendine özgü tutum ve davranış modelleri içermesinden ötürü uzmanlaşmış hekimlerce yapılması gerektiğine karar verilmiştir (1).

Aile hekimliği disiplininin kendine özgü sorumluluk ve görevleri vardır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nca açıklanan temel sorumluluk ve görevler arasında, koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin yanında aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak da vardır. Buna göre aile hekimi mevcut şartlar altında gerekli gördüğü hastaları sevk etmek, sevk ettiği hastasını takip etmek, hasta ile ilgili kayıtları tutmak ile yükümlüdür (2).

Mc Whinney'e göre günümüzde, birinci basamak hekiminin en önemli görevlerinden biri hekimliğin ve toplumun bütün olanaklarını hastasının kullanımına sunmaktır. Aile hekiminin sürekli bakımı ve sorumluluğu olmaksızın bölünmüş uzmanlık dalları tarafından verilen eşgüdümünden yoksun bakım hizmeti vermesi, zararlı ve tehlikeli olabilir. Hekim ve diğer sağlıkçılarla etkili iletişim aile hekiminin temel becerilerinden biri olmalıdır (3).

Türkiye Halk Sağlığı kurumu birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda ana ilkelerini; sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine ağrılık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması olarak açıklamıştır (4). Bu yaklaşımlar ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek, hastalara yeterince zaman ayrılmasına ve sağlık hizmetlerinin iyileşmesine katkı sağlayacaktır.

Aile hekimliğinin multidisipliner bir sağlık yaklaşımı olduğu düşünülürse bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür. Bu ilkelere göre Türkiye’de aile hekimleri sağlık hizmetlerini verirken aralıklı olarak güncellenen tedavi kılavuzlarını takip eder, hastaları imkanlar dahilinde tedavi eder, bilgilendirir ve gerekli görürse bir üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk eder veya yönlendirir.

Ülkemizde sevk zincirinin uygulanmaması beraberinde birtakım problemler getirmektedir. Hastaların doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurabilmesi ve aile hekimlerini sağlık sisteminde giriş kapısı rolünde görmemesi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yığılmalara yol açmaktadır. Bunların yanında sevk ederken resmi yollarla sevk uygulanmaması aile hekimlerinin hastaları hangi nedenlerle sevk ettiği konusunda merak uyandırmıştır.

Bu çalışmanın amacı, sahada çalışan aile hekimlerinin hastaları bir üst basamak sağlık kuruluşlarına tıbbi endikasyon dışında hangi nedenlerle yönlendirdiğini, yarı yapılandırılmış odak grup görüşmeleri ile ortaya koymaktır. Birinci basamakta tedavi edilebilecek hastaların hangi nedenlerle üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk edildiği öğrenilecektir. Elde edilecek veriler mevcut aile hekimliği disiplini ve uygulamalarının geliştirilmesi amacıyla kullanılacaktır. Ayrıca hastaların hekimlere karşı yaklaşımları ortaya konup, poliklinik hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla düzenlemeler önerilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 AİLE HEKİMLİĞİNİN TANIMI

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na göre aile hekimleri; “bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir” olarak tanımlanmıştır (2).

Birinci basamakta aile hekimliği uygulaması her ülkenin kendi sağlık sisteminden, hastaların ihtiyaçlarından etkilendiği için her ülke kendine özgü aile hekimliği tanımı geliştirmek durumunda kalmıştır. Bir uzmanlık alanı olan aile hekimliğinde bu karışıklığı gidermek için World Organization of Family Doctors (WONCA) tarafından uluslararası yeni bir tanım belirlenmiştir. Bu tanımına göre; “Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen, bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştiren birinci basamak yönelimli akademik ve bilimsel bir uzmanlık alanıdır” (5).

Yine WONCA'ya göre aile hekimliğini “Kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık alanı olarak tanımlayabiliriz” (5).

Aile hekimi tanımlaması, ülkemizde ilk kez Sağlık Bakanlığı'nın 1983'te çıkardığı uzmanlık tüzüğünde yer almıştır (6). Gün geçtikçe önemi artan birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek için tıp fakültesi sonrası 3 yıllık uzmanlık eğitimi, aile hekimi branşını seçen doktorlar için çok önemlidir. Hastanın sistemle ilk karşılaştığı kişi olan aile hekiminin eğitimi, hastanın birinci basamakta tedavi edilip

edilemeyeceğini, diğer branş uzmanına ve/veya hastaneye sevkinin gerekip gerekmeyeceğini ayırt edebilecek, güncel tarama, korunma, tedavi ve takip protokollerini uygulayabilecek ve birinci basamağın gerektirdiği gibi multidisipliner araştırmalar yapıp yürütebilecek nitelikte olmalıdır.

2.2 AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak hastalar arasında herhangi bir ayırım yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlayan hekimlerdir. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken de her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslara oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarıyla koordineli bir şekilde gerçekleştirirler. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar (7).

Aile Hekimliği disiplininin, WONCA'da açıklandığı gibi kendine özgü özellikleri şöyle sıralanabilir (7);

Sağlık hizmeti almak isteyenlerin sağlık sistemine ilk başvuru noktası özelliğini taşır; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın bütün sağlık sorunlarıyla ilgilenir (7).

Bireylere birinci basamakta sunulan bakımı koordine ederek, diğer sağlık çalışanlarıyla ve gerekirse diğer uzmanların görüşlerini de alarak sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar (7).

Birey merkezli yaklaşımı benimser. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıkacağını anlatmak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir (7).

Kendine özgü görüşme süreci içerisinde aile hekimi ve hasta arasında zaman içinde güvene dayalı bir ilişki kurulmasını sağlar. Aile Hekiminin ilgisi hastalığın sadece belirli bir evresiyle sınırlı değildir, kişilerin sağlıklı dönemleri de dâhil olmak üzere tüm yaşantılarını kapsar. Yani, kişiye gerek sağlıklı iken gerekse hastalığında sürekli hizmet sunan bir uygulamadır. (7).

Gelişiminin erken evresinde henüz ayırıcı tanısı yapılmamış ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Hastasını şahsen tanıyan bir doktor, sadece epizodik bakım veren doktora göre daha kapsamlı bir sağlık hizmeti verdiği gibi bunu daha ekonomik olarak da yapabilir. Sorunların doğasını daha hızlı ve etkili değerlendirir. Olası tanıları ayırt edebilmek için pahalı laboratuvar ve radyolojik yöntemlere daha az ihtiyaç duyar (7).

Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. Problemler, sağlık sistemine giriş hükmünde olan aile hekimlerine, ikinci basamakta olduğundan farklı bir şekilde sunulur. Hiçbir ön eleme olmadığı için rahatsızlıkların prevalans ve insidansı hastane ortamından farklıdır ve ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Bu ise hastalara ve içinde yaşadıkları topluma ilişkin bilgilerin kullanıldığı ve istatistiğe dayalı özgün bir karar verme süreci gerektirir (7).

Sağlık hizmetlerine kolay ulaşım sağlar. Bu ulaşılabilirlik hem coğrafi hem de kültürel anlamda sağlanırken mali sorunlardan etkilenmemelidir (7).

Aile hekimi hastasını bütüncül yaklaşım kapsamında sorunları aile ve kişinin sosyal örüntüsü bağlamında ele alır, hastasının biyo-psiko-sosyal anlamda sağlıklı olması için çaba harcar (7).

Uygun ve etkili girişimlerle kişilerin ve toplumun sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Toplumun sağlığı için ayrıca bir sorumluluk üstlenmiştir (7).

2.3. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANININ ÇEKİRDEK YETERLİLİKLERİ

Bu disiplinin ilkelerine göre yetişen uzmanların sahip olmaları beklenen altı temel yeterlilik tanımlanmıştır. Bunlar (7);

2.3.1. Birincil Bakım Yönetimi

- Hastalarla ilk teması yönetebilme,
- Gerekğinde hastanın sorumluluğunu üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme.

2.3.2. Kişi Merkezli Yaklaşım

- Hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme,
- Aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme,
- Bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlama.

2.3.3. Özgün Problem Çözme Yetenekleri

- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilme,
- Erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilme ve gerektiğinde ivedi girişimlerde bulunabilme.

2.3.4. Kapsamlı Bakım

- Bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme,
- Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme.

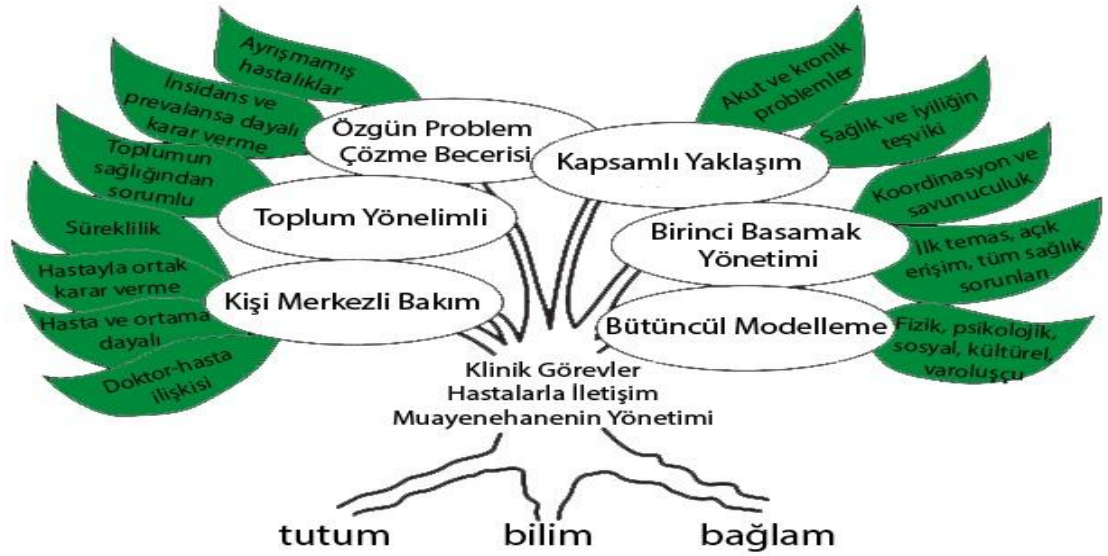
2.3.5. Toplum Yönelimi

- Birey olarak hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.

2.3.6. Bütüncül Yaklaşım

- Kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme,

Sayılan 6 çekirdek yeterlilik ve 12 temel özellik aile hekimliği disiplini tanımlar. Bu özellikleri WONCA'nın 2005 yılında yayınladığı rapordaki gibi şekil ile şu şekilde özetleyebiliriz (7):



Şekil 1: Aile Hekimliği Temel Özellikleri ve Çekirdek Yeterlilikleri

(The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2011:1-22.).

2.4. AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMEL UYGULAMA ÖZELLİKLERİ

Yeterliklerin aile hekimliğinde, öğretilmesine ve öğrenilmesine üç temel ek özelliğin dikkate alınması gerekir; bağlamsal, tutumsal ve bilimsel. Bunlar hekimlerin özellikleri ile ilgilidir ve onların gerçek hayatta çalışma ortamında

çekirdek yeterlikleri uygulayabilme yeteneklerini belirler. Ancak bu temel özellikler sadece aile hekimlerine özgü olmayıp diğer bütün doktorları da kapsar (7).

2.4.1. Bağlamsal Boyut

Çalışma koşulları, toplum, kültür, ekonomik ve ahlaki çerçeveler dahil hekimlerin bizzat kendi bağlamlarını ve çalıştıkları çevreyi anlamaları bu kapsamda yer alır (7).

2.4.2. Tutumsal Boyut

Hekimin mesleksel yeteneklerine, değerlerine, duygularına ve ahlakına dayanır, klinik uygulamanın etik boyutunu tanımlar. Hekimin kendi yeteneklerinin ve değerlerinin farkına varması, etik değerlere sahip olması ve hayata geçirmesi, iş ve özel hayatının etkileşimlerinin farkında olması ve dengesinin kurulabilmesini tanımlar (7).

2.4.3. Bilimsel Boyut

Uygulamada tıbbi literatüre erişebilme, okuyabilme ve eleştirel olarak değerlendirebilme, bilimsel anlamda patoloji, semptomlar ve tanı, tedavi ve prognoz, epidemiyoloji, karar kuramı, hipotez kurma ve problem çözme kuramları, koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin kapsamlı bilgi sahibi olma ve bunun sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yolu ile sürdürülmesini amaçlar (7).

2.5. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Türkiye'de aile hekimliği dalı ilk defa 1983'te Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır. Yüksek Öğretim Kurumu 1993'te tıp fakültelerinde de aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasına uygun bulmasının ardından 1993 Eylül'de Trakya Üniversitesi aile hekimliği bölümüne asistan olarak eğitime başlanmıştır. Süreç içerisinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi 2 yıldan 3 yıla çıkarılmıştır. 2001'de

WONCA'nın yönetim kuruluna ülkemizden bir aile hekimliği uzmanı seçilmiştir. 2004 yılında ise Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına dair kanun çıkarılmıştır. 2002 yılının Kasım ayında Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamı içinde olan; koruyucu sağlık hizmetleri, Aile Hekimliği, genel sağlık sigortası, sağlık bilgi sistemi, tanı ve tedavi kurumları ile teşkilat yapılanması konuları üzerine politikaları ile aile hekimliği üzerine başlatılan çalışmalar yoğunluk kazanmış ve halen tüm ülkede uygulamaya geçilebilmesi için çalışmalar devam etmektedir (6).

2.7. SEVK ZİNCİRİ

Sağlık bakanlığı tarafından sağlık hizmet sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak basamaklandırılmıştır. Sağlık kuruluşları arasında aile hekimleri birinci basamak hizmetini verir, kendisine başvuran hastanın tedavisini mevcut koşulları itibariyle devam ettirir, gerekirse hastayı ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşuna sevkini gerçekleştirir (8).

Sağlık bakanlığının birinci basamak olarak nitelendirdiği hizmet sunucuları; kamu idarelerinin bünyesinde bulunan kurum hekimlikleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, 112 acil sağlık hizmeti birimleri, üniversitelerin mediko-sosyal merkezleri, belediye poliklinikleri ve Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yapmış aile hekimleridir. Birinci basamak özel sağlık kuruluşları arasında özel poliklinikler, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık merkez ve kuruluşları da yer alır (9).

Sağlık bakanlığının ikinci basamak olarak nitelendirdiği hizmet sunucuları ise; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, dal hastaneleri ve bunlara bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, belediye hastaneleri, kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler, ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik hükümlerine göre açılan tıp merkezleri ve dal merkezleridir (9).

Üçüncü basamak hizmet sunucuları arasında ise Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite

hastaneleri, üniversite dış hekimliği fakülteleriyle bütün bu sayılan hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ve semt poliklinikleri yer almaktadır (9).

2.7.1. Sevk Zincirinin Önemi

Birinci basamakta tedavi edilebilecek hastaların ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlara başvurmamış olması ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında daha kaliteli sağlık hizmeti ve eğitim verilebilmesine olanak sağlayacaktır. Aynı zamanda etkili bir sevk zinciri ile ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarına sevk edilmeden birinci basamak sağlık kuruluşlarında etkili tedavi ve koruyucu hekimlik anlayışı ile sağlık harcamalarında da önemli oranda tasarruf da sağlanmış olacaktır. Sağlık anlayışına daha bilimsel bir yaklaşım getirilecektir. Aile hekimlerinin bu görev anlayışına kapı tutuculuk da denmektedir (10).

Örneğin Ankara’da bir kulak burun boğaz polikliniğe başvuran hastaların %70’i birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebileceği saptanmıştır (11). Yapılan başka bir araştırmada ise aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra bir eğitim araştırma hastanesinde incelemeye alınan klinikler arasında iç hastalıkları, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji kliniklerine başvuran hasta sayılarında nüfus artışına oranla anlamlı bir artış olmadığı görülmüştür. Buradan aile hekimlerinin iç hastalıkları, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji branşlarında etkili olabildiği anlaşılmaktadır (12). Ancak aynı araştırmada genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, ruh sağlığı ve hastalıkları branşlarına başvuru sayılarında nüfus ile korele artış olduğu saptanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinin uygulama sonrası üçüncü basamak hastaneler üzerinde başlangıç için olumlu etkiler oluşturduğu aşıkardır (12).

Atadağ ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada (2016) ise branşlar kendi içerisinde değerlendirildiğinde en sık konulan tanı gruplarından iç hastalıklarında 10 tanının 5’inde, kardiyolojide 10 tanının 1’inde, genel cerrahide 14 tanının 3’ünde, göğüs hastalıklarında 9 tanının 5’inde, kadın hastalıkları ve doğumda 9 tanının 2’sinde, pediatri 11 tanının 1’inde ve acil serviste 12 tanının 2’sinde aile hekimliği uygulaması sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı düşüş

saptanmıştır (13). Yapılan araştırmalar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve sevk zincirinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Gelişmiş ülkelerde birinci basamak, sağlık sistemi reformlarının dönüm noktaları arasındadır. Güçlü bir birinci basamak sistemi toplum sağlığının gelişmesiyle direkt ilişkilendirilir (14).

2.8. TÜRKİYE’DE SEVK ZİNCİRİ

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri 2005 yılında Düzce ilinde pilot olarak uygulanmaya başlanmış ve 2008 yılında da 33 ilde daha uygulamaya alınmıştır. O yıllarda aile hekimleri kendilerine kayıtlı ortalama 3,500 kişinin koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerini sunmakla mükelleftiler. 2010 yılında yapılan araştırmaya göre aile hekimliği uygulamasına geçildiğinden beri kişilerin aile hekimlerine başvurmadan doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gidebilmelerinden dolayı Düzce, Adıyaman, Bolu, Denizli, Edirne, Elâzığ, Eskişehir, Gümüşhane, Isparta, İzmir, Samsun gibi illerdeki sevk oranı düşük saptanmıştır (15).

Türkiye’de aile hekimliği uygulamasının en zayıf noktası sevk zincirinin olmamasıdır. Sevk zinciri olmadan etkili ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmetlerinden bahsetmek güçtür. Aile hekimlerinin sağlık sisteminin ana giriş kapısı olması beklenir. Sevk zinciri olmadığında aile hekiminin sağlık hizmetinin koordinasyonunu da tam olarak sağlaması olanaksızdır. Kringos’un yapmış olduğu bir çalışmada (2013) birinci basamağın hastalar tarafından tercih edilme oranının, sevk zinciri gibi zorunlu bir uygulama olmadıkça, yıllar içerisinde değişmeden sabit bir seyir izlediği gösterilmiştir (16).

2014 yılında yapılan başka bir çalışmada sağlık sistemimizin aile hekimliğinin kapı tutuculuk görevini yapamadığı, her hastanın birinci, ikinci ve üçüncü basamaklara da başvurabildiği; bunun da sağlık masraflarını artırdığı gösterilmiştir. Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’de aile hekimliğine gerekli önemin verilmediği, yapısal ve uygulama özelliklerinin geliştirilmesi gerektiği gözlemlenmiştir. Sağlık reformları birinci basamak odaklı değil,

uzmanlaşma ve teknolojiyi destekler görünmekle beraber birinci basamağın işlevsiz hale getirildiği ve sevk zincirinin öneminin yeterince kavranmadığı görülmektedir (17).

2.9. KALİTATİF (NİTEL) ARAŞTIRMALAR

Araştırma, saptanan problemlere güvenilir çözümler aramak amacı ile planlı ve sistemli olarak verilerin toplanması, çözümlenmesi, yorumlanarak değerlendirilmesi ve rapor edilme sürecidir. Araştırma bir arama, öğrenme, bilinmeyen değerlere dikkat çekme çabasıdır (18).

Psikoloji, sosyoloji, antropoloji, eğitim gibi sosyal bilim alanlarında insan ve toplum davranışları incelenmektedir. Bu davranışları sayılarla açıklamak zordur. Sayısal ifadeler bize kişilerin nasıl davrandığını gösterir, ancak “niçin?” sorusuna cevap veremez. İnsan ve grup davranışlarının “niçin” ini anlamaya yönelik araştırmalara niteliksel (kalitatif) araştırma denir (18).

Bir başka deyişle kalitatif araştırma; gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi niteliksel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamında gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlanabilir (19).

Nitel araştırmalarda araştırma kapsamındaki olgu içinde bulunduğu doğal ortamda incelenir. Araştırmacı araştırma sürecinde alanda bizzat zaman harcar, katılımcılarla doğrudan görüşür ve alanda deneyim kazanır ve çözümlenme sürecinde bu deneyimlerini kullanır. Katılımcıların davranışlarını gerçekleştirdiği çevrenin özellikleri ile bu özelliklerin kişiyi nasıl etkilediği bütüncül bir yaklaşımla ele alınır. Araştırmaya katılan bireyler önemli veri kaynakları kabul edilir ve katılımcıların tepkileri sınırlandırılmaz. Nitel araştırmaların aksine daha esnek ve açık uçlu bir tutum izlenerek araştırma problemine yönelik ayrıntılı ve derinlemesine bilgi toplanmaya çalışılır. Ayrıca araştırmanın başında oluşturulan kavramsal ve yönetsel yapı, nitel araştırma süreci içerisinde değişikliklere uğrayabilmektedir. Nitel araştırmada, araştırma sürecinde araştırmanın yönünün değişmesi, yeni problemlerin ortaya çıkması ve yeni yöntemlere başvurulması olasıdır. Araştırmacı

alandaki kazandığı ve topladığı deneyim ve bilgilerden yola çıkarak incelediği probleme ilişkin ana temaları ortaya çıkarır, bilgileri anlamlı bir yapıya kavuşturur. Burada sözü edilen ‘kuram oluşturma’ kavramını araştırmacının, topladığı verilerden yola çıkarak araştırdığı konuyu açıklama, yorumlama ve anlam kazandırma süreci olarak açıklamak mümkündür (20). Her ne kadar nitel araştırmada toplanan veriler üzerinde bazı sayısal analizler yapmak mümkün ise de nitel araştırmada temel amaç sayılar yoluyla sonuçlara ulaşmak değildir. Nitel veriler, hipotezler kurmak ve çalışmalara temel oluşturmak üzere birincil olarak kullanılmaktadır. Nitel değişkenlerin kategorileri isimlerle ifade edildiği gibi rakamlarla da belirtilebilir. Ancak bu rakamlar sayısal işleme tabi tutulmaz. Nitel değişkenlerle ilgili sadece betimsel istatistikler hesaplanabilmektedir (20).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE EVRENİ

Araştırmamızın evrenini Ankara ilinde çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Odak grup görüşmeleri Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesindeki toplantı salonlarında yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmamız kalitatif (nitel) bir çalışmadır. Aile hekimlerinin sevk nedenlerini ortaya koymak ve kuram oluşturmak adına fenomenolojik nitel araştırma deseninden yararlanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak odak grup görüşmeleri düzenlenmiştir. Araştırmamız *Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research* kılavuzuna uygun olarak yapılmıştır (21).

3.3. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Araştırma 1 Eylül 2017 – 1 Kasım 2018 tarihleri arasında planlanmıştır. SAHU'lar ile yapılan odak grup görüşmesi 5 Aralık 2017, aile hekimliği asistanları ile yapılan odak grup görüşmesi 11 Nisan 2018 ve aile hekimliği uzmanları ile yapılan odak grup görüşmesi 13 Haziran 2018 tarihlerinde planlanmıştır. Toplantıların Temmuz 2018 ayı içerisinde çözümlenmesi yapılmış, verilerin analizi 31 Ağustos 2018 tarihine kadar bitmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Odak grup görüşmelerine aile hekimliği asistanlarıyla yapılan görüşme için Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aktif çalışan 8 aile

hekimliği asistanı, uzmanlarla yapılan görüşme için Ankara ili Yenimahalle ilçesinde çalışan 8 aile hekimliği uzmanı, SAHU'lar ile yapılan odak grup görüşmesi için ise rotasyonları için Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eđitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan 8 hekim olmak üzere toplam 24 hekim sečilmiřtir. Davet edilen aile hekimleri basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle sečilmiřtir. Odak grup görüşmesine davet edilen 8 aile hekimliği uzmanından 7 uzman hekim katılabımiştir.

Aile hekimliği uzmanlarına Ankara Aile Hekimliği Derneği internet adresinde yer alan aile sağlığı merkezlerinin bilgileri doğrultusunda telefon yoluyla ulaşılmıştır. Aile hekimliği asistanları ve SAHU'lara yüz yüze görüşme yoluyla ulaşılmıştır. Çalışmadan önce araştırmaya katılmayı kabul eden doktorlara araştırma hakkında sözel bilgi verilmiş, aydınlatılmış onamları alınmıştır.

3.5. ARAşTIRMANIN KABUL VE RET KRİTERLERİ

Araştırmaya aktif görev yapan aile hekimi, aile hekimliği asistan ve uzmanları katılmıştır. Sözlşmeli olarak aktif aile hekimliği yapmayan hekimler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. ARAşTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŐEKLİ

Araştırmanın veri kaynaklarını ~~elektronik veri tabanında (MEDLINE, Google Scholar) literatür taraması sonucunda elde edilen veriler~~, katılımcılara sorulan sorular doğrultusunda alınan cevaplar ve görüşme esnasında tutulan notlar oluşturmaktadır. Literatür taraması Eylül- Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Katılımcılarla üç farklı zaman ve mekânda üç adet odak grup görüşmesi yapılmıştır. Odak grup görüşmelerine katılmadan önce katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmış ve katılımcılar gönüllü olarak çalışmaya dahil olmuşlardır. Görüşmelere iki araştırmacı birlikte katılmıştır. Odak grup çalışmalarının önemli bir unsuru olan ses kaydı; katılımcıların konuşmalarının kayıt altına alındığı vurgulanarak, cihaz görünür yerde olacak şekilde, Samsung Tab III ile kaydedilmiştir. Önceden yapılandırılmış yönergeye uygun bir şekilde sorular açık uçlu bir şekilde sorulmuş ve cevaplar ses kayıt cihazına kayıt edilmiştir. Odak grup görüşmeleri yaklaşık ikişer saat

planlanmıştır. Görüşmeler esnasında eş zamanlı olarak araştırmacılar tarafından notlar tutulmuştur.

Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğine göre odak grup görüşmelerine katılan aile hekimlerinin endikasyon dışı sevk nedenlerini genel olarak dört ana başlık altında yapılandırmış, bir görüşme planı oluşturulmuştur (Tablo 1). Görüşmeler o sırada ortaya çıkan farklı konulara da fırsat verecek şekilde sürdürülmüştür. Yani önceden kısmen yapılandırılmakla birlikte derinleşme gereksinimi doğan konuların açılması ve yeni konulara fırsat verilmesi amacı ile tam yapılandırmadan kaçınılmıştır.

Tablo 1. Odak Grup Görüşmelerinin Yapılandırıldığı Ana Başlıklar

Görüşmelerin Yapılandırıldığı Ana Konular

1. Endikasyon dışı sevk nedenlerinden hasta ile ilgili olanlar
 2. Endikasyon dışı sevk nedenlerinden hekimler ile ilgili olanlar
 3. Endikasyon dışı sevk nedenlerinden sağlık sistemiyle ilgili olanlar
 4. Endikasyon dışı sevk nedenlerinden çalıştıkları kurum ile ilgili olanlar
-

3.7. VERİ ANALİZİ

Çalışmamızda araştırmacının odak grup toplantılarında katılımcılarla yüz yüze gerçekleştirdiği görüşmelerden sonra kaydedilen veriler, metin haline dönüştürülmüştür. Verilerin analizinde “Tümevarımsal Betimsel İçerik Analizi” (fenomenolojik analiz) yönteminden faydalanılmıştır. Görüşmelerden elde edilen ham verilerden kodlama yapılarak, kategoriler belirlenmiştir. Tekrarlayan veriler bu kategoriler altında sınıflandırılarak okuyucu için anlamlı bir hale getirilmiştir. Kodlama ve kategorileştirme işlemi araştırmacı tarafından tekrarlı olarak yapılmış verilerdeki yanıtlar 4 kategori ve 33 başlık altında incelenmiştir. Böylece araştırmanın sorusuna ve amacına bağlı kalınarak, gereksiz kodlamalar çıkarılmış,

gerekli görülen kısımlarda yeni kodlamalar eklenmiştir. Ortaya çıkan veriler her bir araştırmacı tarafından ayrı ayrı, birbirlerinden etkileşim olmadan kodlanmış ve sonuçlar karşılaştırılmış, ortak noktalar ortaya konmuştur.

3.8. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Çıkar çatışması yaratacak herhangi bir durum oluşmamıştır.

3.9. ETİK ONAY

Çalışma için, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 25.09.2017 tarih ve 41/17 karar numarasıyla yazılı izin alınmıştır. (Ek-1).

4. BULGULAR

Çalışmamızda hedeflenen 24 doktordan 23'ü araştırmaya katılabiştir (%95,8). Katılımcıların özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur. Katılımcılardan SAHU'ların yaşları genelde daha büyük olup hekimlik süreleri daha uzun olmakla birlikte aile hekimi olarak çalışma süreleri 8 yılı geçmemektedir. Ayrıca araştırmaya katılan katılımcıların kadın ağırlıklı olması dikkat çekmiştir.

Tablo 2. Her 3 Odak Grup Görüşmelerine Katılan Hekimlerin Özellikleri

Aile Hekimliği Uzmanları

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş (yıl)	Aile Hekimliği Yapma Süresi (yıl)
U1	- Erkek	- 33	- 6
U2	- Erkek	- 37	- 5
U3	- Kadın	- 52	- 19
U4	- Kadın	- 41	- 4
U5	- Kadın	- 42	- 10
U6	- Kadın	- 38	- 8
U7	- Kadın	- 33	- 4

Aile Hekimliği Asistanları

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş (yıl)	Aile Hekimliği Yapma Süresi (yıl)
A1	- Kadın	- 37	- 4
A2	- Kadın	- 28	- 2
A3	- Erkek	- 28	- 2
A4	- Erkek	- 48	- 8
A5	- Kadın	- 48	- 2
A6	- Kadın	- 30	- 2
A7	- Kadın	- 29	- 2
A8	- Kadın	- 32	- 3

Aile Hekimliği Sözleşmeli Asistanları

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş (yıl)	Aile Hekimliği Yapma Süresi (yıl)
S1	- Erkek	- 45	- 8
S2	- Kadın	- 37	- 7
S3	- Kadın	- 48	- 8
S4	- Kadın	- 43	- 5
S5	- Kadın	- 41	- 8
S6	- Kadın	- 40	- 5
S7	- Kadın	- 38	- 8
S8	- Kadın	- 44	- 8

Her üç odak grup görüşmesinde ortaya çıkan sevk nedenleri Tablo 3'te sunulmuştur. Endikasyon dışı sevk nedenlerinin daha çok hekim ve hasta ile ilgili nedenler olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 3. Üç Odak Grup Görüşmesinde Ortaya Çıkan Nedenler.

<u>Hasta ile İlgili Nedenler</u>	<u>Hekim İle İlgili Nedenler</u>	<u>Sistem İle İlgili Nedenler</u>	<u>Kurum İle İlgili Nedenler</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın memnuniyetsizliği - Hastanın tedaviye uyumsuzluğu - Hastanın kronik şikayetleri - Hastanın hekime yaklaşım tarzı - İletişim bozuklukları - Hastanın endikasyon dışı istekleri - Karşı cins hastaların doktora karşı tutumları - Hastanın mesleği - Hastanın tedavi ile ilgili kaygısı - Riskli gebeliği olan hastalar - İstirahat raporu isteyen hasta - Titiz hasta 	<ul style="list-style-type: none"> - Riskten kaçınmak - Doktorun bilgi ve tecrübe birikiminin yetersizliği - Pediatrik yaş grubu hasta - Doktorun yorgunluğu - Doktorun ilgi alanına girmeyen hastalıklar - Ön tanıyı ilgili dal uzmanına onaylatıp kayıt oluşturma ihtiyacı - Başka hekimlerin uygulanan tedaviye yorum yapma ihtimali - Hekimin raporlu ilaçlar hakkındaki düşüncesi - Hekimin sağlık raporları konusunda düşünceleri - Bulaşıcı hastalıklardan korkmak - Hekimin başka bir hekimden fikir alamaması - Sıra bekleyen hastaların doktor üzerindeki baskısı - Özel hastanede yapılan tetkiklere güvenmemek - Sağlık raporları konusunda hekimin kendi düşünceleri - Hekimin yeşil reçeteli tedavisi olan hastaların tedavileri hakkındaki düşüncesi - Hekimin ceza evinde iyi halli olan hastalar hakkındaki düşüncesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Raporlu ilaçların yazılması - Hastaların geçmiş sonuçlarına ulaşamaması - Ülkenin politik gündemi 	<ul style="list-style-type: none"> - Sevk edilecek yerin yakınlığı - Çalışılan kurumun teknik imkanları

Her üç odak grup görüşmelerinde ortak olarak sıklıkla söylenen endikasyon dışı sevk nedenleri Tablo 4'te belirtilmiştir. Hekimlerin sevk nedenleri arasında hastaların memnuniyetsizliği, hastanın tedaviye uyumsuzluğu, doktorların risk almak istememesi ve doktorun bilgi ve tecrübe birikiminin yetersizliği gibi nedenler önemli

yer tutmaktadır. Çalışılan kurum ile ilgili teknik imkanların yetersizliği ve sevk edilen yere yakınlığı sevk sayısını artırdığını söylemişlerdir. Hekimlerin sağlık sistemiyle ilgili olarak hastaların ilaç raporunu çıkartılamamasından ötürü sevk ettikleri anlaşılmıştır.

Tablo 4. Üç Odak Grup Görüşmesinde Tespit Edilen Ortak Nedenler.

<u>Hasta ile ilgili nedenler</u>	<u>Doktor ile ilgili nedenler;</u>	<u>Sistem ile ilgili nedenler</u>	<u>Çalışılan yer ile ilgili nedenler</u>
- Hastanın memnuniyetsizliği - Hastanın tedaviye uyumsuzluğu - Hastanın hekime yaklaşım tarzı	- Riskten kaçınmak - Doktorun bilgi ve tecrübe birikimi - Doktorun yorgunluğu	- İlaç idame raporunun çıkartılamaması	- Sevk edilecek yerin yakınlığı - Çalışılan kurumun teknik imkanları

Hekimler sağlık hizmeti verdikleri kişilerin bazen kendilerinden veya verilen tedaviden memnun olmadıklarını ve bu memnuniyetsizlik karşısında bazı hastaları sevk ettiklerini dile getirdiler. Hekimler böyle hastalara karşı yaklaşımlarını şu ifadelerle anlattılar:

- *Hastanın tedavisini veriyorum, takip ediyorum, kontrole çağırıyorum. Hastanın ilk zamanına göre rahatlama oluyor ama hasta bir türlü memnun olmuyor. Hastanın bizden beklentileri oluyor; bir enjeksiyon yapmak, bir kan almak, bir serum takmak gibi... Böyle hastalara; “Benim tıbbi bilgim becerim ile bunlara gerek yok. Ama gitmek istiyorsan da gidebilirsin.” diyorum. (U2)*

- *Bakıyorum ki aile huzursuz, uyumsuz, mutlu değil. Verdiğim tedaviye rağmen hala şikâyet eder tarzda konuşuyorsa ben diyorum ki; “Bilgim yeterli olmasına rağmen ben size yeterli gelmiyorum, siz en iyisi bir başka hekime görünün.”. (U1)*

- *Endikasyon dışı en çok yönlendirdiğim hasta grubu da kronik ağrılı yaşlı bayanlar oluyor. Çünkü nasıl muayene edersem, nasıl ilaç yazarsam yazayım yine memnun olmayacaklar. En son pregabalın verince mutlu oluyorlar. O yüzden analjezikleri denemek yerine “Sizde çok uzun zamandır var, bu ağrılarınız artık bizlik kısmı geçmiş. Sizin fizik tedaviye gitmeniz gerekiyor.” deyip onları yönlendiriyorum. (A3)*

Hekimler sevk endikasyonlarından birinin de tedaviye uyumsuz hasta grubu olduğunu söylemişlerdir. Hekimler böyle hastalar ile ilgi düşüncelerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

- *Ben uyumsuz hastaları sevmiyorum. Tansiyon hastası, tansiyonları düzenli gitmiyor, ilaç vermişim, takip vermişim, ek ilaç da başlamışım kullanmıyor. Kişilik nedeniyle de inatçı. Uyumsuz. Tatmin olmuyor. Kullanmayı reddediyor. Kendi kafama göre takılıyorum diyor. Ben de “En iyisi sen bir dahiliyeye git. Biz seni burada çözemeyeceğiz.” dedim. Sevk ettim. (U4)*

- *Hastaya bir kutu ilaç yazmışlar. Bana ilacı kullandım diyor. Açıp bakıyorum içinden sadece bir tanesini kullanmış 10 günde. Ben de “Neden kullanmadın?” dedim. Kavga çıktı. Ben de “Seni muayene etmek istemiyorum.” diye gönderdim. Ben böyle hastaları direk gönderirim. (A6)*

- *Tedavi ediyorsunuz. Tedaviye başlıyor, ertesi gün “Ben iyileşmedim.” diye geri geliyor. Zaten iyileşmesi için 72 saat geçmesi gerekiyor. O süreyi bekleme sabrı yoksa hastanın o zaman hastayı sevk ediyorum. (S3)*

Hekimlerin, hastaların kendilerine yaklaşımının da sevk endikasyonlarını etkilediği anlaşılmıştır. Bazı hekimler hastaların tartışmacı yaklaşımından, bazıları ise hastaların şikayetlerini söylemeden isteklerini anlattıklarından dolayı hastaları sevk ettiklerini söylediler. Konu ile alakalı hekimler sevk endikasyonlarını şu şekilde ifade ettiler:

- *Kişilik nedeniyle de inatçı. Sağlık ocağına her geldiğinde ortalığı ayağa kaldırıyor. Kavga çıkararak bir tip. Baktım bir hafta takip ettim şey yaptım. Uyumsuz. Kendi kafama göre takılıyorum diyor. Ben de “Biz seni burada çözemeyeceğiz.” Dedim. Sevk ettim. (U4).*

- *Hasta şikayetini anlatmadan önce idrar tahlili istedi. İdrar ile alakalı bir şikâyeti olduğunu düşündüm doğal olarak. İdrarı sonucu temiz geldi. Sonra hasta idrar tahlilini Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu tanısı koymak için istediğini söyledi. İdrarda tanı koyup koyulamayacağını sordu. O zaman isteğinin başka olduğunu anlayıp; “O zaman enfeksiyon hastalıklarına gitmeniz gerekiyor.” diye hastayı*

yönlendirmiştim. Ben de hastanın öyküsünü sorgulamadım. Baştan bana demediyse direk enfeksiyona hastalıklarına gönderdim. (A7)

- 18 yaşını yeni doldurmuş erkek hastalara ehliyet için sağlık raporlarını, aslında verebilecek iken, vermek istemiyorum. Çünkü artist tarzda gelip daha dün 18 yaşını doldurup “Ehliyet istiyorum.” şeklinde yaklaşan hastaların işlerini zorlaştırmak istiyorum. Sevk ediyorum. (S6)

Hekimler çalıştıkları kurumun sevk edecekleri yere yakın olduğu zaman daha kolay sevk ettikleri ve sevk sayılarını arttırdığını, tam tersi durumda, sevk edilen kurumun uzaklığı arttıkça hastaları daha zor sevk ettiklerini, hastaların da sevk edilmek istemediklerini ifade etmişlerdir. Aile hekimliği asistanları hastane içerisinde hastaları daha kolay yönlendirdiklerini söylemiştir. Ayrıca aile hekimlerinin sevk edecekleri kurum uzak olduğunda hasta ile alakalı çözüm önerilerini araştırdıkları anlaşılmıştır. Hekimler konu ile alakalı düşüncelerini aşağıdaki ifadelerle dile getirdiler:

- Bakıyorum orada takip edilebilir hastaları takip etmek istemiyorum. Bunun bana getirisi yok. Zorunlu değilim. Ankara'nın merkezi gibi bir yerde çalışıyorum. Ben Türkiye'nin en kötü yeri gibi söylenen Şırnak Beytüşşebap'ta zorunlu hizmet yaptım. En yakın gönderdiğiniz bir üst basamak ambulansla 3,5 saat. Sevk edemiyorsunuz, etseniz de yolunuz çok uzak olduğu için bunun da vatandaş tarafından bilindiği için vatandaş zaten kendisi diyor; “Hocam ben burada ölmek istiyorum, aman beni göndermeyin.” Ben orada müdahaleli doğumlar yaptırmak zorunda kaldım. 2. 3. derecede yüzde yirmiyi kaplayan yanıkları takip ettim. Kafa travmalı çocukları yatırdım, takip ettim. Tek uzmansınız sadece size danışıyorlar. Göğüs ağrıları falan, hepsini takip ettik. Ben mecburi hizmetimi daha merkezi bir yerde yapsaydım, ben de ona göre sevk ederdim.” (U1)

- Burası büyük bir hastane, burada da var fizik tedavi. Hemen daha kapıdan girip şikayetini söyleyince “Girişinizi iptal ettirip fizik tedaviye sıra alın.” diyorum. O şekilde gönderiyorum. (A3)

- Bir de içinde bulunduğumuz hastaneyle alakalı. Küçük bir yerde olsaydık. Tek başımıza olsak. Hiçbir hastayı geri çevirme lüksümüz olmazdı. Ama şu an birçok bölüm var. Yan dallar var. Sevk etmek daha kolay. (A1)

- Biraz tabii aile hekimliğinin çalıştığı yerle alakalı. Periferde çalışıyorsanız, merkeze uzaksanız, ulaşım imkanları yoksa, o zaman daha çok çözümleyici yaklaşımlar buluyorsunuz. Ama merkezde iseniz bir adım ötenizde poliklinik ise, bu hastaya çözümleyecek bu hastaya da zaman ayıracak yerde o hastayı sevk etmek daha kolay oluyor.” (S2)

Araştırmamıza katılan hekimler çalıştıkları kurumda tanı koyabilmek adına bazı tetkiklere ihtiyaç duyduklarını ve eksikliklerini bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederek giderdiklerini dile getirdiler. Hekimler özellikle görüntüleme noktasında eksik olduklarını “Görüntüleme anlamında akciğer alt solunum yolu enfeksiyonu görüntülenebilir. Ayaktan takibi yapılabilir.” (U6) gibi sözlerle ifade ettiler. Kan ve idrar tahlilleri noktasında da eksik olduklarını; akciğer grafisi, ayakta direk batın grafisi, kan D vitamini düzeyi, hemostaz testleri, idrar kültürü, batın ultrasonu gibi tetkikleri isteyemediklerini ve sevk ettiklerini söylediler. Ayrıca çalıştıkları kurumlarda hastalardan alınan tam kan, biyokimya ve tam idrar tahlili gibi tahlillerin sonuçlarının da bir sonraki gün çıktığını ve bunun da bazen sevk endikasyonu oluşturabildiğini “Bazı şeylere tetkik anlamında ihtiyaç duyuyorum. Bir röntgen olsa veya bir idrar kültürü görebilsek bir D vitamini bakabilsek diye düşünüyorum. Röntgen olsa saat 2 de gelen hastanın tahlilini isteyemeyeceğim, kan göremeyeceğim ertesi sabaha kalacak. Görsem sonraki güne çıkacak zaten o hastayı bütün olarak başka şeylerle de değerlendirmek lazım. Kan parametrelerini göremeyeceğim.” (U7) gibi sözlerle ifade ettiler. Kurumun teknik imkanlarının sevk sayılarına etkisini hekimler “Bu bulunduğumuz yer ile alakalı. Çünkü bazı yerlerde biyokimya veya hemogram var sadece. Ben başka bir tetkik isteyemeyeceğim için sevkim artardı. Ama tam teşekküllü bir çalışma şartlarım varsa o zaman azalır.” (A5) şeklinde açıkladılar. Ayırıcı tanı koyabilmek için özellikle röntgen, tam idrar tahlili gibi testleri yapamadıklarını ve sevk ettiklerini “Hasta karın ağrısıyla geldi. Akut batın da olabilir, normal bir gaz ağrısı da olabilir. İdrar yolu enfeksiyonu da olabilir. Bizim bunları ayırmak için ileri tetkik gerekiyor. Ama tam idrar tahlili mesela ertesi gün çıkıyor. O kadar bekleyecek zamanımız olmuyor.” (S8) şeklinde

ifade eden hekimler bu imkanları verilirse sevk sayılarının azalacağını dile getirdiler. İlaç dozu ayarlanması için gelen hastalarda da ilaçların kan düzeylerine bakamadıklarını ve sevk ettiklerini şu ifadelerle söylediler “*Bir de hemostaz olayında da hemostaz testleri yapılamadığı için oral antikoagülan alan hastaları da mecburen gönderiyoruz onlar isteseler bile biz mecburen gönderiyoruz.*” (S6).

Yapılan odak grup görüşmelerinde hekimlerin bazı hastaları bilgi ve tecrübelerinin yetersizliğinden dolayı sevk etmek durumunda kaldıklarını söylemişlerdir. Hekimler bu sevk endikasyonlarını “*Adını koyamadığım döküntülü hastalıkları, bir türlü kontrol edemediğimiz ateşi, ağlama nöbetleri gibi hastalıkları, yine pediatrik yaş grubunda nöbeti düşündüren bulgular olursa, daha ayrıntılı incelenmesi için bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ediyorum.*” (U3) gibi cümlelerle ifade ettiler. Bazı hekimler ise 6 aydan küçük pediatrik yaş grubu hastaların hepsini, kendi bilgisinin yeterli olmadığını düşünerek pediatri uzmanlarına yönlendirdiklerini açıkladılar. Hekimlerin pediatrik yaş grubu hastaları bu sebeple daha çok gönderdikleri anlaşılmıştır. Hekimler ayrıca ilaç idame raporlarının yenilenmesi esnasında bazı ilaçları ilgili branşlara yönlendirdiğini şu şekilde ifade ettiler:

- *Ben raporlu ilaç yazdırmaya gelen hastaların raporu çıkartan birimin ilacı yazması daha uygun olduğunu düşünerek gönderdiğim hastalar oluyor. Özellikle psikiyatri, nöroloji ve kardiyoloji alanında ilaçlar olunca, dahiliye ilaçlarını pek fazla göndermiyorum ama. Benim bilgimle alakalı sanırım. Kendimi yeterli hissetmiyorum. Sadece ilaç konusunda değil. Bazı bölümlerle alakalı. Özellikle nöroloji ve psikiyatri. Kendimi gerçekten yetersiz hissediyorum. O yüzden hastaları sevk ediyorum.* (A1)

- *Nöroloji çok derin bir konu mesela. Kendimi yetersiz hissediyorum, sevk ediyorum.*” (S2) şeklinde ifade etmiştir. Odak grup görüşmelerinden yola çıkarak hekimlerin özellikle Pediatri, Psikiyatri, Nöroloji ve Kardiyoloji alanlarında kendilerini eksik hissettikleri ve hastaları ilgili branş uzmanlarına yönlendirdikleri anlaşılmıştır.

Hekimler ihtiyaç hissettiklerinde imkân olsa başka bir uzman hekime danışmak istediklerini, danışmaları halinde sevk sayılarının azalacağını da “*Bence*

hepimiz yardımcı olmak istiyoruz. Zaten işin özünde de bu var, ama hem yetersizlikten, hem o an kimseye ulaşamamaktan hastaları sevk ediyorum. Ama danışabileceğimiz biri olsa giderek de azalırdu bu durum.” (A7) şeklinde ifade ettiler. Ayrıca bilgiye ulaşmak noktasında hastaların tıbbi geçmişlerini de öğrenemediklerini de “Hastaların gittikleri veya ileri tetkik yaptırdıkları işlemleri bize geri gönderilebilse, onun epikrizlerini alabilsek, o zaman sevk sayım azalır.” (A5) şeklinde ifade eden aile hekimleri, oluşturulacak bir sağlık bilgi sistemi sayesinde hastaların tıbbi geçmişlerine ulaşp, hastalar hakkında daha geniş ve daha kaliteli bilgilere sahip olacaklarını ve sevk sayısının azalacaklarını dile getirdiler.

Yapılan odak grup görüşmelerinde aile hekimlerinin hastaları ilaç idame raporunun çıkarılması konusunda sevk ettikleri anlaşılmıştır. Hekimlerin hastalarının tedavilerinin düzenleyebileceklerini düşündüklerini, ancak mevcut sağlık sistemin ilaçları yazmasına izin vermediğinden dolayı hastaları sevk ettiklerini anlatmışlardır. Aile hekimleri konuyla alakalı düşüncelerini şöyle dile getirmişlerdir:

- *Diyabetlerde uzman olmamıza rağmen ikili kombine ya da insülin başlayamıyoruz. Sevk ediyoruz.* (U1)

- *Kronik hastalığı olan hastalar var mesela. Bunların ilaçları yazılırken bütün raporları yenilenmesi lazım. Bunun için mutlaka hastaneye gitmesi lazım. Biz onların raporlarını yenile yemiyoruz. Büyük bir sıkıntı. Bence bu bir endikasyon değil. Biz de yapabiliriz, ama yetkimiz yok.* (S3)

Aile hekimliği asistanlarının ilaçların idame raporlarını çıkartırken bazı hastaları ilgili uzman hekimlere sevk ettikleri de anlaşılmıştır. Hastaların ilaç raporlarında belirtilen dozda kullanmadığını ve daha çabuk bitirdiklerini anladıklarında hastaları neden sevk ettiklerini “Bazı psikiyatri ilaçlarının raporu var. Ama 2 3 haftada bir yazdırmaya geliyor. Onları tespit ettiğim zaman ben de yazmıyorum. Onların bazı ilaçları dışarda sattığını düşünüyorum. Onu öğrendim. İçinde uyuşturucu madde olduğunu biliyor. Ben onları sevk ediyorum. Kim raporunu çıkardıysa oraya yazdırmasını öneriyorum.” (A5) şeklinde ifade etmiştir. Aile hekimliği asistanları hastanın tedavisini uzmanların kendisinden daha iyi düzenleyeceğini düşündüğü için hastaları sevk ettiklerini dile getirmiştir. Ayrıca hastaların yeşil reçeteye dahil olan ilaçları neden yazmak istemediğini “Ben bazen

yeşil reçeteye dahil ilaçları olan hastaları yönlendiriyorum. Eğer hastanın ilacıyla alakalı kronik bir hastalığı yoksa ve geçmişini de bilmiyorsam hastaya kesinlikle o ilacı yazmıyorum. Sevk ediyorum.” (S3) diye anlatmışlardır.

Araştırmamıza katılan hekimlerin hastayı tedavi edebilecek durumda iken çeşitli nedenlerden dolayı hastaları sevk ettiklerini şu şekilde dile getirmişlerdir:

- Ben biliyorum sevk etmeye gerek yok ama kendimi korumak amaçlı sevk ediyorum. Bir komplikasyon geliştiğinde ben hastayı gönderdiğimde “Hastayı daha önce gönderseydiniz.” gibi ithamlarla karşı karşıya kalıyoruz. Şahsi görüşüm ki birkaç arkadaşım da görüyorum. Risk almak istemiyoruz artık. Polikliniğime gelen 1 yaş altı çocuğa çok kolay el ayak ağız hastalığı, kızıl, kızamıkçık, yüksek ateş, boğaz enfeksiyonu, idrar yolları enfeksiyonunu şikayetlerinden bile koyabiliyorum. Ama ben bu riski neden alayım. 2 gün sonra geliyor diyor ki; ‘Siz bize bir şey olmaz dediniz.’ Halbuki el ayak ağız hastalığının komplikasyonlarından birisi kalp kapaklarını tutabiliyor. Bu çocuğu yarın bir gün götürdüğlerinde bu hastalığa bağlı olmuş diyecekler. Çocuğu neden önceden götürmediniz diyecekler. Halbuki bir şey değişmeyecek. Ama bu sorumluluğu ben üzerime alıyorum. Bunun karşılığında bana hiçbir getirisi yok. Maddi olsun manevi olsun. (U1)

- 6 aydan küçük çocuklarımızda, çocuk açısından riske girmek istemiyorum. O yüzden gönderiyorum. (U5)

- Bence hastalarda risklerin önemi var. Bir mide ağrısıyla gelen hastaya bişey olmaz diye düşünüyorsun ama bir kalp rahatsızlığı çıkabiliyor, ölümcül olabiliyor. Daha çok sevk ediyoruz. (A6)

- Örnek vereyim. Kıymetli gebelik varsa. Hiçbir problem olmasa dahi gönderiyorum. (S1)

Hekimlerin yorgunluklarının da sevk sayılarını artırdığını “*Hele öğleden sonra son saatlere gelmişse daha çok yapıyorum. Yorgunlukla beraber endikasyon dışı sevklerim daha çok artıyor.*” (A3) gibi ifadelerle dile getirdiler. Hekimler öğle arası tatiline ve mesai saati sonuna doğru gelen hastaları, yorgunluk nedeniyle başka bir hekime daha fazla yönlendirdiklerini anlatmışlardır.

Aile hekimliği uzmanlık süreçlerine göre düzenlenen odak grup görüşmelerinde hekimlerin, her üç toplantıda da geçmeyen, endikasyon dışı sevk nedenleri olduğu da görülmüştür. Düzenlenen odak grup görüşmelerinde her grup

için ortak nedenlerden farklı olarak gruba özgü. endikasyon dışı sevk nedenleri Tablo 5’te özetlenmiştir. Hekimlerin çalıştıkları kurum ile alakalı ayrıca bir sevk nedeni olmadığı dikkati çekmiştir. Aile hekimliği asistanları ile yapılan odak grup görüşmesinde hekimlerin sevklerinde ülkenin gündeminin etkili olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 5. Her Grup İçin Ortak Nedenlerden Farklı Olarak Gruba Özgü Sevk Nedenleri.

Aile Hekimliği Uzmanlarının Endikasyon Dışı Sevk Nedenleri	Aile Hekimliği Asistanlarının Endikasyon Dışı Sevk Nedenleri	Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanlarının Endikasyon Dışı Sevk Nedenleri
<p><u>Hasta ile ilgili nedenler</u> - Hastanın endikasyon dışı istekleri - Karşı cins hastaların doktora karşı tutumları - Hastanın kronik şikayetleri</p> <p><u>Hekim ile ilgili nedenler</u> - Başka hekimlerin uygulanan tedavi üzerindeki yorumları - Doktorun ilgi alanı - Ön tanıyı ilgili dal uzmanına onaylatıp kayıt oluşturma ihtiyacı</p> <p><u>Sistem ile ilgili nedenler</u> Her üç görüşmede saptanan ortak nedenler dışında özgün bir endikasyon dışı sevk nedeni saptanmamıştır.</p> <p><u>Çalışılan yer ile ilgili nedenler</u> Her üç görüşmede saptanan ortak nedenler dışında özgün bir endikasyon dışı sevk nedeni saptanmamıştır.</p>	<p><u>Hasta ile ilgili nedenler</u> - Hastanın endikasyon dışı istekleri - Hastanın mesleği - İstirahat raporu isteyen hasta - Hastanın kronik şikayetleri - Pediyatrik yaş grubu hasta - Titiz hasta</p> <p><u>Hekim ile ilgili nedenler</u> - Hekimin başka bir hekimden fikir alamaması</p> <p><u>Sistem ile ilgili nedenler</u> - Ülkenin politik gündemi</p> <p><u>Çalışılan yer ile ilgili nedenler</u> Her üç görüşmede saptanan ortak nedenler dışında özgün bir endikasyon dışı sevk nedeni saptanmamıştır.</p>	<p><u>Hasta ile ilgili nedenler</u> - Riskli gebeliği olan hastalar</p> <p><u>Hekim ile ilgili nedenler</u> - Hekimin sağlık raporları konusunda düşünceleri - Sıra bekleyen hastaların hekim üzerindeki baskısı - Başka hekimlerin uygulanan tedavi üzerindeki yorumları - Özel hastanede yapılan tetkiklere güvenmemek - Hekimin, ceza evindeki hastalar hakkındaki düşüncesi</p> <p><u>Sistem ile ilgili nedenler</u> Her üç görüşmede saptanan ortak nedenler dışında özgün bir endikasyon dışı sevk nedeni saptanmamıştır.</p> <p><u>Çalışılan yer ile ilgili nedenler</u> Her üç görüşmede saptanan ortak nedenler dışında özgün bir endikasyon dışı sevk nedeni saptanmamıştır.</p>

Odak grup görüşmelerinde geçen diğer sevk sebeplerini de irdeleyecek olursak; aile hekimliği uzman ve asistanlarının, hastaların kendilerinden endikasyon dışı istekleri olduğu zamanlarda, hastalara isteklerinin neden uygunsuz olduğunu anlatmaya çalıştıkları, bazen de hastaları direkt yönlendirdikleri anlaşılmıştır. Bir aile hekimliği uzmanı bu konuyu “*Bir hastanın sosyalleşme ihtiyacı. Özellikle umutsuz ev kadınlarında görülen bir şey. O kadar çok bize tıbbi hizmet için başvuruyorlar ki. Sırf sosyalleşebilmek için, sırf kendilerini anlatabilmek için. Tıbbi endikasyon dışı*

artık ben de bu hastaları sevk ediyorum.” (U3) şeklinde ifade etmiştir. Aile hekimi asistanları ise kendilerinden daha çok kan tahlili istediklerini “Çinkoya kadar her şeyi istiyorlar. Kanser taraması, çinko, böyle uçuk kaçık şeyler istiyorlar. Genelde o durumuyla olabilecek daha bariz, daha mantıklı şeyleri anlatıyorum, ama genelde bu tip hastalar kabullenmek istemiyor. Genelde aklındaki yapılmasını istiyor, ısrarcı oluyorlar. Böyle hastaları dâhiliyeye gönderiyorum.” (A3) şeklinde ifade ettiler. Ayrıca bu konuda hekimler, hastaların kendilerine tetkiklerle ilgili sosyal medya veya kulaktan duyma bilgilerle başvurduklarını ve yanlış bilgileri düzeltmenin çok zor olduğunu dile getirdiler. Bazı hekimler ise kendilerine böyle istekte bulunan hastaların isteklerini yerine getirdiğini “Ben de öyle istemlerde onu göndermek yerine istemini yapıyorum. Anlatmaktansa tamam isteyeyim. Çünkü bu sefer diğer doktora gidince o doktora da aynı şey olacak. En sonunda bir doktora denk gelip geri çevirmeyeceğini düşünüyorum. Nasıl olsa istenecek diyorum. Ben de kan istemini yapıyorum. Anlatmaya çalışıyorum anlamazsa da istiyorum.” (A6) şeklinde ifade etmiştir. Endikasyon dışı istekler konusunda aile hekimlerinin bir fikir birliği içerisinde olmadığı anlaşılmıştır. Hastaların endikasyon dışı olarak da en çok kan çinko, romatoid faktör, C-reaktif protein, hormon düzeyleri ve sedimantasyon istendiği anlaşılmıştır. Başka bir taraftan aile hekimlerinin hastası eğer doktor olursa, doktorların isteklerini sorgulamadan yerine getireceklerini söylemişlerdir. Bu durumu aile hekimleri “Doktor gelse dese ki beni şuraya yönlendirse dese. Ben direk yönlendiririm. Doktorların her türlü isteğini yaparım.” (A6) şeklinde ifade etmişlerdir.

Aile hekimliği uzman ve asistanlarıyla yapılan toplantılarda hekimler hastaların kronik şikayetleri olduğu zaman sevk ettiklerini söylemişlerdir. Bu konuda hekimler düşüncelerini şu şekilde dile getirmişlerdir:

- Bazı hastalar var. Somatizasyon bozukluğu olanlar. Sürekli bir yerleri ağrıyor. Karın ağrısı geçmiyor, kolunun ağrısı geçmiyor. Muayenenizde herhangi bir şey yok. Tetkik yapıyorsunuz, majör bir bulgusu yok ama bir sıkıntı var. Somatizasyon bozukluğu mu, yoksa gerçekten bir şey mi gizli... Ayırt edemediğim, sürekli şikâyetle bulunan huzursuz, uyumsuz hastaları da sevk ediyorum. (U4)

- Bir hastam vardı. Artık ümidimi kestiğim için sevk ettim. Çocuğu her hafta iki kere gelişme geriliği açısından değerlendirilmesi için getiriyordu. Persentil tablosunu gösteriyorum, her şey normal diyorum, ama en sonun da hasta ikna olmayınca hastayı gönderdim. (U1)

- Özellikle 65 yaş üstü yaşlı bayan hastaların kronik ağrı durumları oluyor. Parmağında, sırtında... Benim yaklaşımım genelde; bazen ağrı kesici yazıp, bazen yazmadan ilgili bölüme sevk ediyorum. O ağrılı kısma bulaşmamaya çalışıyorum. Benim en çok yönlendirdiğim hasta grubu o oluyor. (A7)

Aile hekimliği asistanları ve SAHU'ların hastalarla iletişim problemi yaşadıkları zaman hastaları sevk etme yolunu tercih ettiklerini dile getirdiler. Hekimlerin verdikleri önerileri eğer hastalar yeterince anlamadıkları veya tam tersi hekimlerin sordukları sorulara hastalar yeteri kadar açık cevap veremedikleri zaman hastaları sevk ettiklerini söylemişlerdir. Bir aile hekimliği asistanı düşüncelerini "Tedavisini verebilirim ama hastayla iletişim kurabilirsem bunu yapıyorum. İletişim kuramazsam çok algılayamayacaksa o zaman sevk ediyorum." (A5) şeklinde dile getirmiştir. SAHU'lar "Hastayla ilgili iletişimde de sıkıntı olabiliyor. Hasta sorduğumuz sorulara net cevap veremeyebiliyor. Ya da olayı çok dramatize edebiliyor. Hasta o kadar çok abartabiliyor ki gerçekte olmasa bile ya gerçekten öyleyse deyip hastayı bir üst basamağa sevk edebiliyoruz." (S3) diye düşüncelerini anlatmıştır. Hekimler hastaların anamnezlerini ayrıntılandırmak istediklerinde bazı hastalar sorulara net cevap vermediklerini söylemişlerdir. Ayrıca bazı hastaların polikliniğe bakıcısı tarafından getirildiğini, hastanın kendisini ifade edemediği zamanlarda da bakıcısından da anamnez alamadıklarını ve bakıcı probleminin pediatrik yaş grubu hastalarda daha çok olduğunu ifade etmişlerdir. İletişim problemlerinin konusunda bazı hekimler "Bizim açımızdan bizce doğru soruyu soramıyoruz veya doğru şekilde soramıyoruz veya hastaya doğru şekilde yansıtamıyoruz." (S1) şeklinde özeleştirisi de yapmıştır. Hastaların yöresel dil farklılıklarının da sebep olduğu iletişim problemlerine örnek olarak bir aile hekimi yaşadıklarını "Egzamanın temra olduğunu hastalardan öğrenmiştim. Orada hastalar egzamadaki lezyonları temra diye tarif ediyorlar. Önceleri garipsemiştim, sonra ayağını açıp gösterdiğinde anlamıştım. Yoksa kendi halk dili çok farklı oluyor." (S8) diye anlatmıştır. Hekimlerin yöresel dil farklılıklarını bir şekilde aşmaya

çalıştıklarını ancak anamnezi derinleştiremedikleri zaman hastaları sevk ettiği anlaşılmıştır.

Aile hekimliği asistanları ve SAHU'lar endişeli hastaları neden sevk ettiklerini “*Obsesyonlu kişiliklerde hekimi hedef almasın diye gönderiyorum. Kendinde milyonda bir olacak hastalıkları düşünüyor. Şimdi tarif edemedim ama öyle hastalarım var. Mesela hekim olarak müdahale ediyoruz ama en ufak bir şeyde problemi sizin üzerinize atabilecek hastalarım var. Kişiliğini bildiğim takıntılı hastalarla da uğraşmayabilirim yani. Ben tedaviyi öneririm. Kabul etmezse de sevk ederim.*” (S6) şeklinde ifade etmişlerdir.

Bazı aile hekimi asistanları hastaya istirahat raporu vermediklerini ve rapor isteyen hastaları sevk ettiklerini aşağıdaki ifadelerle anlatmışlardır:

- *Onun sebebi de, hani adı çıkmış gibi bir şey. Aile hekimine git rapor al deniyor. Dışkapı' da bu böyle. Diğer bölümlerden de geliyorlar. Muayene eden kişiye tekrar gönderiyorum. Ya da direk rapor isteyen hastalara da rapor vermiyorum. Ama normal muayenesini olmuş ve tedavisini almışsa sonrasında istirahat raporu istiyorsa o zaman gerek varsa veriyorum.* (A2)

- *Ben de genelde vermiyorum. Ben mesela geçtiğimiz ayda kriptik tonsillit oldum. 2 ay kadar öksürdüm. Ben o haldeyken üst solunum yolu enfeksiyonlarına rapor vermek istemiyorum açıkçası. Basit bir üst solunum yolu enfeksiyonu diyorum. Başka bölümlerden de istirahat için gelen olursa, ben de doktora kaşeli not yazarak geri gönderiyorum.* (A3)

- *Sizden işin sonunda 10 gün rapor istiyor. Hastaya bir iki gün verebileceğini söylüyorsunuz. Hasta illa on gün istiyor. O zaman “Ben vermiyorum. İsteddiğiniz hastaneye gidebilirsiniz diyorum.* (S7)

- *15 temmuzdan sonra asker ve polislerde özellikle etkiliyor. Öğretmenlere verirken sorun olmuyor ama aynı şekilde bir polis veya asker istirahat raporu istediği zaman bende bir soru işareti oluyor. Ama mühendis veya öğretmen olursa veriyorum. Rapor için meslek farklılıkları bende önemlidir.”* (A1)

Aile hekimliği asistanları ve SAHU'ların endikasyon dışı sevk sayılarını artıran bir başka sebep olarak da muayene sırasında bekleyen hastaların fazlalığı

olduğu anlaşılmıştır. Hekimler bu konuda sevk sayısının nasıl arttığını “Zaten poliklinik sayımız da çok yüksek. Bu hastaya çözümleyecek, zaman ayıracak yerde, orada 80 kişi beklerken, bu hastaya odaklanamıyorsunuz o zaman. Hastayı sevk etmek daha kolay oluyor.” (S2) şekilde açıklamışlardır.

Aile hekimliği uzmanı ve SAHU’lar pediatrik yaş grubu hastaları neden sevk ettiklerini şu şekilde dile getirdiler:

- Sınırı 6 ay olarak görüyorum. 6 aydan küçük çocuklarımızda çocuk açısından riske girmek istemiyorum o yüzden gönderiyorum. Ama biraz kendime güveniyorsam çocuğu takip edebileceğimi düşünüyorsam o zaman bu yaş sınırı 2 yaşına kadar çekiliyor. (U5)

- Kıymetli bebek... Tüm bebekler kıymetlidir ama onlar için ekstra kıymetli olanları gönderiyorum. (S1)

Araştırmamıza katılan aile hekimleri, kendilerinin verdiği tedavi konusunda başka hekimlerce yapılan yorumların verdiği rahatsızlıktan dolayı hastaları sevk ettiklerini söylemişlerdir. Aile hekimleri başka hekimlerin verdikleri tedaviyi gereksiz bulduklarını, özellikle de kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının aile hekimlerinin uyguladığı aşıları gebelik açısından riskli bulduklarını dile getirmişlerdir. Bu durumda aile hekimleri tedaviye başlamadan önce hastaları ilgili dal uzmanlarına sevk edip, gerekirse tedavinin ilgili dal uzmanlarınca başlanması, gerekirse kendi tedavileri için ilgili dal uzmanından onay alınmasını istemişlerdir. Hekimler bu konu hakkında düşüncelerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

- Bir tane daha sevk nedenim hekimin hekime düşmanlığı. “Keşke daha önce bunu daha önce gönderseydiniz.” dediği ve milyonda bir çıkacak bir komplikasyonu, bir veya ikinci üst kurumdaki arkadaşım beni suçladığında, ben yine mesleğimin toplumdaki yerini ve kendime güvenimi kaybetmemek için, el ayak ağız hastalığını kendim takip etmiyorum, uzman hekime görüş almak için sevk ediyorum. (U3)

- Biz hastaya aşısını yaptığımız zaman kadın doğum doktorlarının tepkileriyle karşılaşabiliyoruz. Hastaya “Niye yaptırdın ki?” diye duyularımız oluyor. O yüzden çekincelerimiz oluyor. Ben mesela o tarz hastalarda kıymetli gebeliklerde,

tedaviyle gebe kalmış ise, “Kadın doğum doktorundan onay al, tetanoz aşını ona göre yaptıracağım.” diye mecburen sevk ediyorum. (S8)

Aile hekimliği uzmanları diğer endikasyon dışı sevklerini şu şekilde açıkladılar:

- Kişinin hastalığıyla ilgili olarak bayağı sağlam bir ön tanı oluştursam da hem tıbbi hem hukuki sebeplerle, bunu ilgili dal uzmanına onaylatma ihtiyacından dolayı hastayı sevk ediyorum. Çünkü yarın bir gün o dosyadan dolayı meslek hayatımı korumanın en önemli yolu da ilgili dal uzmanının bir onayının o dosyaya girmesi. Yani kayıt oluşturma sebebi. Bu tamamen tıbbi endikasyon dışıdır. (U3)

- Tamamen karşı cinsten kaynaklanan sebepler. Net olarak yaşadığım bir olayı örnekleyeyim. Hipertiroidi hastası bir hastam var. 50 yaşına yakın bir bey efendi. Son 3 günde her gün birer sefer gördüm. Patlar tarzında şikayetlerini anlattı. Vurguladığı seksüel birtakım yetersizliklerini de dile getirdi. Bugün geldiğinde de beyefendinin paçaları sıvalıydı, gömlek düğmeleri beline kadar açıktı. Çok yakın konumuma bir sandalye çekerek oturma çabasında oldu. Doğal olarak ben bunu hastaneye sevk ettim. Bir kadın hekimin kendini koruma amaçlı bir sevki. (U3)

Aile hekimliği asistanlarının endikasyon dışı sevklerine asistanlık sürecinin etki ettiği anlaşılmıştır. Bir aile hekimliği asistanı neden sevk ettiğini “Asistanlıkta her ay yerimiz değiştiği için hastayı tekrar görme şansım az oluyor. Psikiyatri için, hastaya belki bir ilaç kendim başlayacağım, kendim takip etmek isterim ama takip edemeyeceğim. O zaman sevk ediyorum. Asistanlığım bittiğinde sevk oranlarım biraz daha düşeceğini düşünüyorum.” (A5) şeklinde ifade etmiştir.

Aile hekimi asistanlarının, ülkenin politik gündemiyle de ilgili olarak endikasyon dışı sevk nedenlerinin değiştiği anlaşılmıştır. Bir aile hekimliği asistanı ülkede son yaşanan olaylar doğrultusunda endikasyon dışı sevkini “Ülkenin politik gündemi de çok etkiliyor. En son karlov suikastinde dört dörtlük örneği işte. Rapor veren doktoru da açığa aldılar. Doktorun hiçbir şeyden haberi yok, hastaya rapor veriyor. Zanlı raporluyken Karlov’a suikast düzenlediği için doktor da etkilendi bu durumdan. Veren doktorun belki de hiçbir şeyden haberi yok. Nereden bilsin. Ben de rapor isteyenleri sevk ediyorum.” (A4) şeklinde dile getirmiştir.

Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı asistanları verilen tedaviden dolayı hastaların endişe duyduğu zaman hastaları sevk ettiklerini şu şekilde açıkladılar:

“Örneğin bakıyorum çocukta bişey yok, ancak anne çok tereddütlüyse bu benim için çok önemli. Çünkü çocuğu en iyi takip edip, sürekli yanında duran annedir. Mesela nefes değişikliğinden bahsediyor. Bakıyorsun, muayene ediyorsun, ama anne o kadar endişeli ve tereddütlü ki; mutlaka bir şey vardır deyip gönderiyorum. Çünkü mutlaka bir şey çıkıyor.” (S2)

Yapılan odak grup görüşmesinde SAHU’lar, hastalarına sağlık raporu verirken kendi düşünceleri doğrultusunda hastaları endikasyon dışında sevk ettiklerini söylemişlerdir. Bir aile hekimi yivsiz av tüfeği raporları konusunda düşüncelerini *“Yivsiz av tüfeği raporlarının hiçbirisini vermiyorum. Önce bir psikiyatriye gönderiyorum. Normalde yetkim var, ama yenilemek için bile gelse önce psikiyatriye gönderiyorum. Çünkü söz konusu olan şey silah. Silah almasını istemediğim için, av tüfeği bile olsa bunu yapıyorum.” (S3)* şeklinde ifade etmiştir. Başka bir aile hekimi ise ehliyet almak için gerekli olan muayene raporunu verirken hastaları yönlendirdiğini *“Ehliyet raporlarında 18 yaşını yeni doldurmuş erkek hastaya aslında verebilecek iken vermek istemiyorum. Biraz hayatın zorluğunu görsün öğrensün diye kendi adıma gönderiyorum. Bir psikiyatri görsün. Ama adam dolmuş şoförü ehliyetini yenilemek istiyor 50 yaşında onu uğraştırmıyorum.” (S6)* şeklinde dile getirmiştir.

Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı asistanları ile yapılan toplantıda bir aile hekimi cezaevinde tutuklu hastaları endikasyon dışında sevk ettiğini dile getirmiştir. Sevkin nedenini *“Ben aynı zamanda cezaevine de bakıyorum. Cezaevinde yatan hastalar normalden fazla oranda sevk almak istiyorlar. Ben endikasyon dışında orda tek bir nedenle sevk veriyorum. O da orda düzenli olarak çalışıyor. Hiçbir problem çıkarmıyor. Ekstra olarak herhangi bir uyuşturucu kullanımı yok. Böyle sorunsuz birisi dışarıya çıkmak istiyorum. Bir hava almak istiyorum derse ona bir seferlik sevk veriyorum. Hastanenin bahçesinde dolanıyor geliyor.” (S1)* şeklinde açıklamıştır.

5. TARTIŞMA

Birinci basamakta üstlenmiş olduğu kapı tutuculuk görevi gereği aile hekimleri yaş, kültürel, sosyal ve eğitim düzeyi anlamında çok çeşitli hasta gruplarına hizmet vermektedirler. Araştırmamıza göre hekimlerin karşılaştığı olduğu hastaların bir kısmının, hekiminin tedavisinden memnun olmadığı anlaşılmaktadır. Yapılan odak grup görüşmelerinde elde edilen verilere göre hastaların bu memnuniyetsizliklerini dile getirme ve hekim ile iletişim kurma tarzından, hastanın tedaviye uyumsuzluğuna kadar çeşitli şekilde ifade ettikleri anlaşılmaktadır. Hekimlerin bu durumda hastaları bir üst basamağa sevk etme yoluna gittikleri görülmüştür. Ayrıca hekimler yorgun ve mesainin bitiş saatlerine yakın zamanlarda, sevk ettikleri sağlık kurumlarının kendi çalıştıkları kuruma yakın olduğunda endikasyon dışı sevk sayılarının arttığı anlaşılmaktadır. Açıklanan endikasyon dışı sevk nedenlerine ek olarak hekimler hastaları bilgi ve tecrübelerinin ve çalıştıkları kurumun teknik imkanlarını yetersizliği gibi durumlarda sevk ettikleri de anlaşılmıştır.

European Academy of Teachers in General Practice, aile hekimliği çekirdek yeterliliklerini tanımladığı eğitim ajandasında hasta hekim ilişkisi ve iletişimin vazgeçilmezliğine pek çok yerde vurgu yapmıştır. Ajandaya göre bir aile hekiminin birinci basamak yönetiminde yeterli olabilmesinin koşullarından biri hasta ve ailesine etkin bir danışmanlık, eğitim ve tedavi hizmeti sunabilecek iletişim becerisine sahip olmasıdır. Aynı kapsamda hastanın savunuculuğunu yapabilmek için hasta ile onun tüm süreçlere katılımını sağlayacak tarzda bir ilişki ve iletişim kuralı ve bunu sürdürmelidir (22). Aynı şekilde Dilek Güldal ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada (2012) hastalar doktorlar ile kurdukları iletişimde kendilerini dikkate almalarını ve güvene dayalı bir diyalog kurmalarını beklemektedirler (23). Bizim çalışmamızda aile hekimleri hastalar ile kurdukları iletişimde bir problemle karşılaştıklarında hastaları sevk ettikleri görülmektedir. Hekimler hastaların kendilerinden endikasyon dışında tahlil, tetkik ve istirahat raporu gibi isteklerde bulunmaları halinde hastalara önce isteklerini neden reddettiklerine dair açıklama yaptıklarını sonrasında açıklamalarını dinlemeyen veya tartışma çıkaran hastaları sevk ettiklerini dile getirmişlerdir. Ayrıca araştırmamıza katılan hekimlerin;

hastaların kendilerine yaklaşım tarzlarının da sevk konusunda önemli olduğu, kendilerine şikayetlerinden önce isteklerini anlatan hastaları sevk yoluna daha kolay gittikleri görülmektedir. Gjessing ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya (2009) göre, hekim ile hasta arasındaki iletişimin sürekliliği oluşmayacaksa, hekimlerin tedavinin güvenliği ve sürekliliği adına hastaları sevk ettikleri anlaşılmıştır (24). Araştırmamızın bulguları irdelendiğinde bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüştüğü gözlemlenmiştir. Hekim ile hasta arasındaki iletişimin kötü olması; hastanın verilen tedaviye uymaması, malpraktis, hastanede kalma süresinin uzaması gibi istenmeyen durumlara yol açacağı aşikardır. Thomas Gordon bu konulara eğilmiş, iletişim problemlerinin çözümüne yönelik modeller üzerine çalışmalar yapmıştır (25).

Araştırmamızda hekimlerin hastaları sevk edecekleri kuruma yakın olması ve hastaların sevki daha kolay gerçekleştirebileceği ortamlarda sevk sayısının arttığı görülmüştür. Hekimlerden bazıları aynı konuyu sevk ettikleri kurum ile çalıştıkları kurum arasındaki uzaklık arttıkça, hastaların uzak merkezlere gitmek istemediklerini ve sevk sayısının azaldığını dile getirerek açıklamıştır. Iverson ve arkadaşlarının Washington'da yaptığı bir araştırmaya göre (2005) büyük şehirlerde birinci basamakta çalışan hekimler, küçük şehirlerde yaşayan hekimlere göre daha fazla sevk etmektedir (26). Bu yönüyle araştırmamızın bulguları bu araştırmaya göre örtüşmektedir. Ancak Japonya adalarında 2018 yılında yapılan başka bir çalışmaya göre ise uzaklık, zaman ve maliyet ile sevk sayısı arasında bir korelasyon gösterilememiştir (27). İtalya'nın Veneto bölgesinde ise sevk endikasyonları incelendiğinde uzaklık ile gerek endikasyon dışı sevkler gerekse endikasyon dahilinde olan sevkler arasında anlamlı bir fark saptanmadığı görülmüştür. Yani uzaklık hekimlerin hastaları sevk etme konusundaki kararlarını değiştirmemiştir (28).

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre hekimlerin, teknik ve laboratuvar imkanların eksikliğinde hastaları sevk ettikleri görülmüştür. Araştırmamıza katılan bazı hekimler ise teknik imkanların arttırılmasının aile hekimlerine bir fayda sağlamaktan daha çok iş yükünü arttıracaklarını düşünmektedir. Bir araştırmaya göre hekimler kurumun imkanlarının yetersizliğini çok büyük bir problem olarak görmemektedirler (29). Japonya'da birinci basamak hekimlerin teknik ve tedavi imkanlarının yetersizliğini bir üst basamağa sevk ederek karşıladığı

görülmüştür (27). Ayrıca Gjessing ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2009) doktorların tanıya ulaşmak için kullandığı tetkiklerin yetersizliği halinde doktorların hastaları ve kendileri adına risk almak istemediği gösterilmiştir (24). Araştırmamızın bulguları bu çalışmaların sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin, bilgi ve tecrübelerinin yetersiz kaldığı durumlarda hastaları sevk etme yoluna gittikleri anlaşılmıştır. Aile hekimleri asistanlarından bazıları bilgisini aşan durumlarda, konuyla alakalı uzman bir hekime danıştığı, kimisinin de sevk ettiği görülmüştür. Uzman hekimler sürekli eğitime ihtiyaç duydukları ve bilgi ve tecrübelerini artıracak bir yolu bulamadıklarını söylemişlerdir. Oysa ki; ülkemizde Aile Hekimliği Federasyonu, Ankara Aile Hekimliği Derneği gibi dernekler ve kuruluşlar, belli aralıklarla eğitim toplantıları düzenlemekte, aile hekimlerinin eğitimlerine destek vermektedirler (30,31). Ayrıca asistan hekimler aile sağlığı merkezinde konsültasyon imkanları olsa, danıştıkları konularda bilgi sahibi olacaklarını ve bu durumun da sevk sayısına etki edeceğini söylemişlerdir. Şu anki sağlık sisteminde hastaların doğrudan üst basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yapabilmesi, sevklerin sözel yollarla yapılması ve sevk edilen hastanın aile hekimine geri dönmemesi gibi sebeplerden dolayı hekimlerin tedavi yaklaşımlarını geliştiremediği anlaşılmıştır. Heidelberg Üniversitesi'nde yapılan araştırmada hekimlerin sevklerini yazılı olarak yaptıklarından dolayı uzman hekimlerden geribildirim aldıklarını ve tedavi stratejileri konusunda geribildirimlerin etkili olduğu gösterilmiştir (32). Gu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre (2014) ise sağlık sisteminin ve sevklerin kalitesinin artırılması, iletişimin ve dokümantasyon güvenliğinin iyileştirilmesi, sağlık harcamalarının azaltılması adına sevklerin elektronik ortamda yapılması gerektiği vurgulanmıştır (33). Ayrıca elektronik ortamda yapılan sevkler ile sağlık sisteminde hastanın bilgilerine daha kolay ulaşılabilir, sağlığın iletişimin güvenliği sağlanmış olur. Bunlara rağmen bilgiye ulaşmak için çeşitli imkanlar da sunulsa, araştırmamıza katılan bazı hekimler, Psikiyatri ve Nöroloji uzmanlık dallarının ilgi alanlarına girmediğini; Depresyon, Somatik Bozukluk, Kişilik Bozukluğu, Kronik Ağrı gibi ön tanı koyduklarında ileri tedavi için hastaları sevk ettiklerini açıklamışlardır. Ancak aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri arasında aile hekimleri hastayı bir bütün olarak ele almalı, hastanın mevcut sağlık sistemi içerisinde hastasının savunuculuğunu yapmalıdır (7).

Martunissen'in yapmış olduğu bir çalışmada (2013) aile hekimlerinin bilgi ve tecrübelerinin arttığı durumlarda hekimlerin daha kaliteli sevkler gerçekleştirdiğini göstermiştir (34). Bunların yanında doktorların yorgun ve sevk edecekleri st basamak sağlık kuruluşlarına ulaşımının kolay olduğu durumlarda özellikle de poliklinik başına fazla sayıda hasta düşen yerlerde hastaları daha kolay sevk ettikleri ve sevk sayılarının arttığı anlaşılmıştır. Aynı çalışmada sevklerin kalitesini dşiren başka bir etkenin de poliklinik sayıları olduğu gösterilmiştir (34).

Çalışmamızda SAHU'lar, sağlık sistemimizin hekimlere getirdiği yüklerden ve iş yoğunluğundan dolayı da hastaları bir st basamak sağlık kuruluşlarına sevk ettiği grlmştir. Ayrıca poliklinik başına günlük bakılan hasta sayısının fazlalığından ve muayene esnasında sıra bekleyen hastaların artmasından dolayı hekimlerin hastalara daha az zaman ayırmak zorunda kaldığı, hastaları sevk etmeyi daha kolay tercih anlaşılmıştır. Benzer şekilde Gjessing ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2009) doktorların hastayı sevk etmeyi tercih etmesinde doktorun iş yükünün fazlalığı da etki edebileceği konusunda fikir birliği sağlanmıştır (24).

Londra niversite Hastanesi'nde yapılan bir araştırmaya göre hastaların yaşı ve hastalığının morbiditesi arttıka, doktorların hastaları sevk etme oranı da artmış olarak saptanmıştır (35). Çalışmamızda ise aile hekimlerinin sevk sebepleri arasında morbidite bir etken olarak görülmemiştir. Araştırmamıza göre aile hekimlerimizin sevk ettiği hastaların yaş grupları çok çeşitlilik göstermektedir. Hekimlerimiz özellikle 6 aylıktan daha kk pediatrik yaş grubu hastalarda risk almaktan çekinmiş, son sözü pediatri uzmanının söylemesini istemiş, hastaların sevk edildikleri anlaşılmıştır. Evhamlı ebeveynlerin de sevk sayılarına etki ettiğini söyleyen aile hekimleri, olası aksi bir durumda suçlu durumuna düşmemek için hastaları daha çok sevk ettiklerini söylemiştir. İtalya'nın Veneto bölgesinde de hekimlerin ileri yaştaki hastalara nazaran kk yaştaki hastaları daha çok endikasyon dışı sevk ettiği grlmştir (28). Araştırmamızın sonuçları bu yönüyle diğer araştırmaların bulgularıyla örtüşmektedir. KwaZulu Natal' da Uwemedimo ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmaya göre ise (2014) sevklerle etki eden başka bir etkenin ise pediatrik yaş grubu hastaların ebeveynlerinin düşük eğitim düzeyi olduğu bulunmuştur. Araştırılmanın yapıldığı bölgede hekimler düşük eğitim düzeyi olan ebeveynli hastaları daha çok sevk ettikleri grlmştir (36).

Çalışmamıza katılan aile hekimleri sevklerine etki eden bir faktör olarak ebeveynlerin eğitim durumundan daha çok sağlık hizmeti aldığı sıradaki evhamları olduğunu söylemişlerdir.

Aile hekimlerinin hastaların tedavi esnasında oluşabilecek komplikasyon ve malpraktis riskinden dolayı bir çekincesi olduğu ve sevk ettiği üst basamak kuruluşlarında çalışan uzmanların daha iyi tedavi düzenleyip, takip edebileceğini düşündüğü anlaşılmıştır. Benzer şekilde Heidelberg Üniversitesi'nde de yapılan çalışmada aile hekimlerinin hastaların daha iyi bir tedavi alabileceğini düşünerek sevk ettiği gösterilmiştir (32). Ayrıca aynı çalışmada sevk gerçekleştirildiği kliniklerde hastaların tedavileri hakkında daha detaylı bilgi alabilmesinden dolayı memnuniyetlerinin arttığı dile getirilmiştir. Özetle hastalar sevk sistemlerinden de memnun olmaktadır (32). Bizim çalışmamız da ise hastaların sevk edilirken memnuniyet düzeylerini ölçmemiştir. Başka bir çalışma ile hastaların sevk sistemine ihtiyaç hissedip hissetmediği, mevcut sağlık sistemiyle ilgili memnuniyet düzeyleri araştırılabilir.

Araştırmamız nitel araştırma deseninde yapıldığı için yalnızca sevk sebepleri ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Halihazırda hekimlerimiz hastalarını sözel ifadelerle yönlendirmektedir. Türkiye'deki sevklerin kaçının endikasyon dışı kaçının endikasyon dahilinde olduğu anlaşılamamaktadır. Sevklerin nedenlerinin daha iyi aydınlatılması, poliklinik başına sevk sayılarının ve oranlarının ortaya konulması için hekimlerin sevklerini yazılı ortamda yapması ve kayıt altına alması gerekmektedir. Biggerstaff ve Short'un 2015 yılında 6 aylık bir süreçte 10 hekim ile yaptıkları bir çalışmada endikasyon dışı sevklerin sayıları endikasyon dahilindeki sevkler göre fazla bulunmuştur. Buna bağlı olarak da hastaların çoğunluğunun sevklerini tamamlamadığı dikkati çekmiştir (37). Out-of-Hours Primary Care Centre'de yapılan çalışmaya göre ise (2013) yapılan sevklerin %21'inin önlenebilir sevkler olduğu ortaya çıkarılmıştır (38). Senitan ve arkadaşları araştırmalarında (2013) sevk sayılarının dünya genelinde fazla ancak sevklerin kalitesinin düşük olduğunu ve geri bildirimlerin sevklerle uyumlu olmadığını söylemişlerdir (39). Türkiye'de sevklerin kalitesinin artırılması için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmaya Ankara ili merkez ilçelerinde çalışan hekimler katılabilmıştır. Bu nedenle merkezde çalışan hekimlerin endikasyon dışı sevk nedenleri incelenebilmiş,

kırsal alanlarda birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin endikasyon dışı sevk nedenleri incelenememiştir. Ayrıca, odak grup görüşmelerinde hekimlerin ses kayıt cihazının varlığını bildikleri ve bir arada olmalarından dolayı, hekimler kişisel performans kaygısı hissedip endikasyon dışı sevklerini tam olarak ifade edememiş olabilir. Sevk nedenlerinin çeşitliliğini incelemek adına bu hususlar kısıtlılık oluşturmaktadır.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgulara, göre hekimler daha çok iletişim becerileri konusunda ve çalıştıkları kurumun tetkik imkanlarının eksikliği sebebiyle hastaları bir üst kuruma sevk etmektedirler. Aile hekimlerine iletişim becerileri eğitimi verilmesi ve çalıştıkları kurumun tetkik imkanlarının iyileştirilmesi endikasyon dışı sevklerin azalması noktasında etkili olacaktır.

Birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin çalıştıkları yerlerde kimi hastaları bilgi eksikliği konusunda sevk ettiklerini, bu sevkler konusunda farkındalık kazanmalarını öneriyoruz. Hekimler aralıklı düzenlenen toplantılar, konferanslar gibi eğitimlere katılarak ve yayımlanan tedavi rehberlerini takip ederek bilgi düzeylerini artırabilirler. Bunlara ek olarak aile hekimlerinin iletişim becerilerini güçlendirmek adına ek çalışmalar yapması, endikasyon dışı hastaları sevk etmesini azaltacaktır.

Bu konuda farklı araştırmalar yapmak isteyenler, kırsal alanlarda birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler gibi daha özgün odak grupları seçerek görüşmeler düzenleyebilir, araştırmamızın sonuçlarını zenginleştirebilirler. Ayrıca çalışmamızda ortaya çıkan her bir sevk nedeni, yapılacak olan araştırmaya konu olabilir, endikasyon dışı sevk nedenleri derinleştirilebilir.

Sağlık politikasını yönlendiren kişi ve kuruluşlara da şu önerilerde bulunmaktayız;

Öncelikle hekimlerin yapmış oldukları hasta sevk bilgilerine ulaşabilmek adına sağlık hizmeti veren kuruluşlarının entegrasyonunun sağlanması, ulusal sağlık veri tabanı oluşturulması, sevklerin yazılı ortamda yapılması ve takip edilebilmesi sağlanmalıdır. Hasta sevklerinin yazılı ortamda yapılmaması sevklerin takip edilmesini ve denetlenmesini zorlaştırmaktadır. Sevklerin kalitesinin artırılması, uygunluğunun denetlenmesi ve sevk endikasyonu tanımının ortaya konması için birinci basamak tedavi rehberleri oluşturulabilir. Sağlık bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler için 2012 yılında bir tedavi rehberi çıkartmıştır (40). Rehberde aile hekimlerinin hastaları ne zaman ve nasıl sevk etmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu açıdan aile hekimlerine yol gösterici olmuştur. Ancak değişen şartlara ve çalışmamızda ortaya çıkan nedenler doğrultusunda rehberin gözden

geçirilmesi daha uygun olacaktır. Yapılan bir çalışmada oluşturulan rehberlerin sevk sayılarını azaltmadığı ancak sevk kalitesinin arttırdığı belirtilmiştir (41). Literatürde sevk sayılarını ve uygunluğunu araştıran çalışmalar yapılmış olduğu görülmektedir (41-43). Oluşturulacak ulusal sağlık veri tabanı ve sağlıklı bir sevk sistemi ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gereksiz yığılmalar engellenebilir, sağlık harcamalarında verimlilik sağlanabilir. Ayrıca ulusal sağlık veri tabanı oluşturulduktan sonra hekimlerin tüm muayene notlarını sistem üzerinde kayıt altına alması sağlanmalı ve her türlü iş ve işlemlerini yazılı olarak gerçekleştirilmesi teşvik edilmelidir.

Odak grup görüşmesine katılan aile hekimleri aldıkları eğitim doğrultusunda bazı tedavi rejimlerini uygulamada kendilerine güvenseler dahi sistemin engel olduğunu dile getirmiştir. Aile hekimlerinin düzenleyebildiği tedavi rejimleri ve ilaç raporları konusunda aile hekimlerine verilen yetkinin gözden geçirilmesi uygun olacaktır.

Poliklinik başına düşen günlük hasta sayısının ve aile hekimlerinin üzerindeki iş yükünün azaltılması ve hastaya ayrılan süreyi artırmak için gerekli düzenlemelerin de yapılması gerekmektedir.

Aile hekimlerinin sağlık sisteminde kapı tutuculuk görevini tam anlamıyla yerine getirebilmesi için topluma aile hekimliği disiplininin daha iyi tanıtılması uygun olacaktır.

Hastalarda sağlık okur yazarlığının iyileştirilmesi için gerek sosyal medyada gerek yazılı ve sözlü basında çalışmalar başlatılabilir. Hekimlere ve hastalara sağlık iletişimi konusunda farklı bakış açıları kazandırmak için çalışmalar yapılabilir. Bu öneriler hem hastaların aile hekimlerine yaklaşımını hem aile hekimlerinin endikasyon dışı sevk konusunda tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkileyecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. Aile Hekimliği Nedir? [İnternet]. [Erişim tarihi: 15.12.2018]. Erişim Adresi: <https://www.tahud.org.tr/page/aile-hekimligi-nedir>
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliğinin Tanımı. [İnternet]. [Erişim Tarihi:15.12.2018]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/1391-aile-hekiminin-tanimi.html>
3. McWhinney IR. Consultation and referral. A Textbook of Family Practice'. New York, Oxford University Press, 1997;381-7.
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye’de Aile Hekimliği. [İnternet]. [Erişim tarihi: 15.12.2018]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/1394-turkiye-de-aile-hekimligi.html>
5. EURACT. The European Definition of General Practice/FamilyMedicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT. 2005;5-9.
6. Türkiye’de Aile Hekimliği. [İnternet]. [Erişim Tarihi: 18.12.2018]. Erişim Adresi: <http://www.piyadeasm.com/?Syf=26&Syz=22291&Turkiyede-Aile-Hekimligi>
7. Editor: Evans P. Allen J., President BG., Crebolder H., Catholic JH., Svab I., Maastricht PR. The European Definition of General Practice/FamilyMedicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2011;1-22.
8. Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Kabul Tarihi: 31.05.2006. [İnternet]. [Erişim tarihi: 15.12.2018]. Erişim adresi: <http://www.idarehukuku.net/baslik//Sosyal-Sigortalar-Ve-Genel-Saglik--Sigortasi-Kanunu/Hizmet-basamaklari-ve-sevk-zinciri-.html>
9. Genel Sağlık Sigortası Uygulamasında Sevk Zinciri Sistemi. [İnternet] 27.06.2015[Erişim Tarihi: 15.12.2018]. Erişim adresi: <http://www.muhasabex.com/gss-sevk-zinciri>
10. Kantarcı Y. Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ocak 2015;16-7.
11. Kocaöz AM., Kocaöz D., Sunay D. Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetimi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2017;2(2):56-65.
12. Aydın A., Atadağ Y., Kaya D., Köşker HD., Başak F., Uçak S. Aile Hekimliği Uygulamasının Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesine Ayaktan Hasta Başvurularındaki Etkisi. Arch Clin Exp Med. 2017;2(3):74-78.
13. Atadağ Y., Aydın A., Kaya D., Köşker HD., Başak F., Uçak S. Aile hekimliği uygulamasıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru sebeplerinde olan değişiklikler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2016;20(4):141-51.
14. Üstü Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu SY. 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Balkan Med J. 2011;28:55-61.
15. Nesanır N., Erkman N. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış. TAF Prev Med Bull. 2010;9(5):493-504.

16. Kringos DS. The Importance of Measuring And Improving The Strength Of Primary Care İn Europe: Results Of An İnternational Comparative Study. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2013;17:165-79.
17. Akman M. Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(2):70-78.
18. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara. 2013;39-72.
19. Altındağ M. Nitel Araştırma teknikleri. Ankara, 2005:2-3.
20. Patton MQ. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. SAGE Publications. 2014;1:211-30.
21. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12(1):181.
22. Nuland MV. *Researching the teaching and learning of communication skills in the vocational training of General Practitioners..* Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2014;5(1):8-10.
23. Güldal D., Günvar T., Mevsim V., Kuruoğlu E., Yıldırım E. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2012;16(3):107-12.
24. Gjessing K, Faresjö T. Exploring factors that affect hospital referral in rural settings: a case study from Norway. *Rural Remote Health*. 2009;9(1):975.
25. Gordon T, Edwards WS. Making the patient your partner: Communication skills for doctors and other caregivers. *Can Med Assoc*. 1996;154(8):1210-2.
26. Iverson GD, Coleridge ST, Fulda KG, Licciardone JC. What factors influence a family physician's decision to refer a patient to a specialist? *Rural Remote Health*. 2005;5(3):413.
27. Kaneko M, Motomura K, Mori H, Ohta R, Matsuzawa H, Shimabukuro A, et al. Gatekeeping function of primary care physicians under Japan's free-access system: a prospective open cohort study involving 14 isolated islands. *Fam Pract*. 2018;1-8.
28. Buja A, Toffanin R, Rigon S, Sandonà P, Carrara T, Damiani G, et al. Determinants of out-of-hours service users' potentially inappropriate referral or non-referral to an emergency department: a retrospective cohort study in a local health authority, Veneto Region, Italy. *BMJ Open*. 2016;6(8):1-12.
29. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye’de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2004;7(3): 249-75.
30. Ankara Aile Hekimliği Derneği. Misyonumuz. [İnternet]. 2018[Erişim Tarihi: 20.10.2018]. Erişim Adresi: <https://www.ankahed.org.tr/misyon-vizyon>
31. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu. Misyonumuz. [İnternet]. 25.02.2016[Erişim Tarihi: 20.10.2018]. Erişim Adresi: <http://www.ahed.org.tr/AHEF/29/misyonumuz.aspx>
32. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:5.
33. Gu Y, Warren J, Orr M. The potentials and challenges of electronic referrals in transforming healthcare. *N Z Med J*. 2014;127(1398):111-8.

34. Martinussen PE. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: the role of physician and primary care factors. *Scand J Public Health*. 2013;41(8):874-82.
35. Sullivan CO, Omar RZ, Ambler G, Majeed A. Case-mix and variation in specialist referrals in general practice. *Br J Gen Pract*. 2005;55(516):529-33.
36. Uwemedimo OT, Arpadi SM, Chhagan MK, Kauchali S, Craib MH, Bah F, et al. Compliance with referrals for non-acute child health conditions: evidence from the longitudinal ASENZE study in KwaZulu Natal, South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:242.
37. Biggerstaff ME, Short N. Evaluation of specialist referrals at a rural health care clinic. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2017;29(7):410-414.
38. Lillebo B, Dyrstad B, Grimsmo A. Avoidable emergency admissions? *Emerg Med*. 2013;30(9):707-11.
39. Senitan M, Alhaiti AH, Gillespie J, Alotaibi BF, Lenon GB. The Referral System between Primary and Secondary Health Care in Saudi Arabia for Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *J Family Community Med*. 1998;5(2):15-22.
40. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri. [Internet] 2012[Erişim Tarihi: 15.12.2018]. Erişim Adresi: <http://www.medixahbs.com/documan/tanivetedavirehberi2012taslak.pdf>
41. Fertig A, Roland M, King H, Moore T. Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? *BMJ*. 1993;307(6917):1467-70.
42. Hendrickson CD, Lacourciere SL, Zanetti CA, Donaldson PC, Larson RJ. Interventions to Improve the Quality of Outpatient Specialty Referral Requests: A Systematic Review. *Am J Med Qual*. 2016;31(5):454-62.
43. Vossius CE, Ydstebø AE, Testad I, Lurås H. Referrals from nursing home to hospital: reasons, appropriateness and costs. *Scand J Public Health*. 2013;41(4):366-73.

ÖZGEÇMİŞ ve İLETİŞİM BİLGİLERİ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Furkan Okur

Doğum yeri ve tarihi: Altındağ/Ankara, 28.03.1991

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: Tecilli

İletişim adresi ve telefonu: Kaletpe Mahallesi 865. Cadde No: 19/23
Yenimahalle Ankara, +905058353329

E-posta: furkanokur35@yahoo.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi / 2015

Çorum Fen Lisesi / 2009

İzmir Urla Atatürk İlköğretim Okulu / 2005

III- Ünvanları: Doktor

IV- Mesleki Deneyimi: Düzce Akçakoca Devlet Hastanesi, 24.10.2015 –
01.03.2016

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 14.03.2016 –
14.03.2019

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: yok

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayımları: yok

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar: yok

Ödüller: yok

Projeleri: yok

Verdiği konferans ya da seminerler: yok

Katıldığı paneller: yok

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri: yok

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar: yok

Diğer üyelikleri: yok

EK -1

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 25.09.2017
KARAR NO : 41/17

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniğinde yapılması planlanan **Dr.Furkan OKUR** ' a ait "**Aile Hekimliği Uzmanlarının Hastaları Bir Üst Basamak Sağlık Kuruluşuna Tıbbi Endikasyon Dışı Sevk Nedenleri** " konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYLAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Prof. Dr. Bahadır KÜLAH
Üye

Yrd. Doç. Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER
Üye

Doç. Dr. Jülide ERGİL
Üye

Av. Harun KOZAN
Üye

Hülya BALA
Üye

Uz. Dr. S. Dincer YETİŞ
Üye

Uz. Dr. Ali YALÇINDAĞ
Üye

Prof. Dr. Sibel ORSEL
Üye

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

Dr. Ferda ALP SİLA MPINARLI
Üye

Biyom. Müh. Burcu DEMİR
Üye