T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNDA POLİKLİNİKLERE GÖRE TANI DAĞILIMLARINA ETKİSİ

DR. YILDIZ ATADAĞ

AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
2016

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ
EĞİTİM SORUMLUSU: PROF. DR. SEMA BASAT

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNDA POLİKLİNİKLERE GÖRE TANI DAĞILIMLARINA ETKİSİ

DR. YILDIZ ATADAĞ

AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: OP. DR. FATİH BAŞAK

İSTANBUL
2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR iii

KISALTMALAR iv

TABLOLAR v

ŞEKİL vii

ÖZET viii

ABSTRACT ix

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 3

2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 3

2.2.1. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri 4

2.2.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri 5

2.3. Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Politikaların Gelişimi 5

2.3.1. Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Koruyucu Sağlık Hizmetleri Sunumu 7

2.3.1.1. Sağlık Ocağı 7

2.3.1.2. Sağlık Evi 7

2.3.1.3. Halk Sağlığı Laboratuvarı 8

2.3.2. Aile Hekimliği Uygulaması Sonrası Koruyucu Sağlık Hizmetleri Sunumu 8

2.3.2.1. Toplum Sağlığı Merkezi 8

2.3.2.2. Aile Sağlığı Merkezi 9

2.4. Aile Hekiminin Tanımı 9

2.5. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri 12

2.6. Aile hekiminin görevleri 14

2.7. Türkiye'de Aile Hekimliği 15

2.8. Dünyada Aile Hekimliği 17

2.8.1. Amerika'da Aile Hekimliği 20

2.8.2. Almanya'da Aile Hekimliği 21

2.8.3. İngiltere'de Aile Hekimliği 21

2.8.4. Kanada'da Aile Hekimliği 22

2.8.5. Norveç'te Aile Hekimliği 22

2.8.6. Portekiz'de Aile Hekimliği 23

2.8.7. İsrail'de Aile Hekimliği 23

2.8.8. Hollanda'da Aile Hekimliği 24
2.8.9. Küba'da Aile Hekimliği 24
2.8.10. İrlanda'da Aile Hekimliği 25
2.8.11. Polonya'da Aile Hekimliği 25
2.8.12. İtalya'da Aile Hekimliği 26

3. MATERYAL VE METOD 27

4. BULGULAR 29

4.1. İç Hastalıkları Polikliniği 29
4.2. Kardiyoloji Polikliniği 32
4.3. Psikiyatri Polikliniği 35
4.4. Genel Cerrahi Polikliniği 38
4.5. Göğüs Hastalıkları Polikliniği 41
4.6. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniği 44
4.7. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Polikliniği 47
4.8. Acil Servis 50

5. TARTIŞMA 53

6. SONUÇ 61

7. KAYNAKLAR 62

TEŞEKKÜR

Öncelikle her zaman yanımda olan, zorlukları onların da yardımıyla aştığım; şu an olduğum yerde olmamda büyük emeği geçen annem babam Leyla ve Halit Büyükdereli'ye; elinden gelen desteği esirgemeyen kardeşim Merve Büyükdereli'ye teşekkürlerimi belirtmek isterim. Sevgili eşim Dr. Ali Atadağ'a ve canım kızım Zeynep Ceren'e sevgileri ve varlıklarının verdiği mutlulukla bana tüm zamanların en güzel duygularını yaşattıkları için çok teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimimiz boyunca Aile Hekimliği kapsamında bizim açımızdan faydalı olacak şeyleri tespit edip yapmamız için destekleyen; hiçbir zaman kapısını çaldığımızda bizi geri çevirmeyen ve tez danışmanım olduğu için büyük mutluluk duyduğum Op. Dr. Fatih Başak'a şükranlarımı sunmak isterim.

Asistanlık dönemimde sırasıyla klinik eğitim sorumlumuz olan Doç. Dr. Gürhan Baş ve Prof. Dr. Sema Basat'a ve idari sorumlumuz Uz. Dr. Emin Pala'ya ellerinden gelen her türlü desteği verdikleri için teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimimdeki en büyük kazançlarım, meslektaşlarım ve dostlarım olan Dr. Didem Kaya ve Dr. Hatice Dilber Köşker, hem eğitim hem de iş yerimdeki en güzel anılarımın başrolü oldular. Beni anlayıp her zaman yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Tezimi hazırlarken takım çalışması yaptığı için ve asistanlık dönemim boyunca da desteğini hiçbir zaman esirgemediği için Dr. Abdulkadir Aydın'a teşekkür ederim.

Bize kendi çalıştıkları hastanelerdeki asistanları gibi sahip çıkan ve iyi bir eğitim alabilmemiz için hep yanımızda olduklarını hissettiren ve verdiğimiz çabamıza yardımcı olan Prof. Dr. Mehmet Sargın, Doç. Dr. Okcan Basat, Doç. Dr. Reşat Dabak, Doç. Dr. İsmet Tamer ve Doç. Dr. Ekrem Orbay'a ne kadar teşekkür etsem azdır.

Hastane yöneticimiz Doç. Dr. Kamil Özdil'e, rotasyonlarda eğitimimize katkıda bulunmuş hocalarımız ve uzmanlarımıza, birlikte çalıştığımız tüm asistan arkadaşlarıma, verileri edindiğimiz bilgi işlem birimine, istatistik analizlerimizi gerçekleştiren Arzu Çalışgan'a teşekkür ederim.

Dr. Yıldız ATADAĞ

KISALTMALAR

AH: Aile Hekimi

AHU : Aile Hekimliği Uygulaması

ASYE: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DM: Diyabetes Mellitus

ICD: International Statistical Classification of Diseases (Uluslararası hastalık sınıflaması)

OKB: Obsesif Kompülsif Bozukluk

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

TABLOLAR

Tablo 1. İç Hastalıkları polikliniğinde konulan tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması 30
Tablo 2. İç Hastalıkları polikliniğinde konulan tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli) 31
Tablo 3. Kardiyoloji polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması 33
Tablo 4. Kardiyoloji polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasının karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli) 34
Tablo 5 Psikiyatri polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması 36
Tablo 6. Psikiyatri polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasının karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli) 37
Tablo 7. Genel Cerrahi polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasının karşılaştırılması 39
Tablo 8. Genel Cerrahi polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasının karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli) 40
Tablo 9. Göğüs Hastalıkları polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması 42
Tablo 10. Göğüs Hastalıkları polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli) 43
Tablo 11. Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması 45
Tablo 12. Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli) 46
Tablo 13. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması 48
Tablo 14. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli) 49

Tablo 15. Acil Serviste konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması .51
Tablo 16. Acil Serviste konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasında karşılaştırılması (Nüfusa göre Düzeltmeli) 52

ŞEKİL

Şekil 1 Aile Hekiminin Görev Tanımının Etkileştiği Parametreler 10

ÖZET

Sağlık sistemi dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye'de de birçok değişikliğe uğramaktadır. Çalışmamızda Sağlık Bakanlığının "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" kapsamında yaptığı değişikliklerden biri olan Aile Hekimliği Uygulaması (AHU) ile hastaların hastanelere olan başvuruların niteliklerinde değişiklik olup olmadığına dair değerlendirme yapılmak istenmiştir. Özellikle Aile Hekimlerinin de muayenesi ve tetkikleriyle de yönetebileceği hastalık gruplarında değişiklik varsa bunların hangi yönde olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

Çalışmamızda değerlendirme dönemi olarak İstanbul'da geçilen AHU öncesi ve sonrası iki dönem seçildi. AHU öncesi dönem 2007-2010 yılları, AHU sonrası dönem 2011-2014 yılları arası dörder yıllık periyot olarak alındı. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde zorunlu rotasyon yapılan branş poliklinikleri ve ek olarak acil serviste olmak üzere 8 adet branştaki en sık saptanan tanılar değerlendirmeye alındı.

Ayrı ayrı branşlarda incelemeye alınan tanı grubu miktarları ve nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanı sayıları: iç hastalıklarında 10 tanının 5'inde; kardiyolojide 10 tanının 1'inde; psikiyatride 12 tanının hiçbirinde; genel cerrahide 14 tanının 3'ünde; göğüs hastalıklarında 9 tanın 5'inde; kadın hastalıkları ve doğumda 9 tanının 2'sinde; pediatride 11 tanının 1'inde; acil serviste 12 tanının 2'sinde olmuştur.

Yapılan incelemeler sonucunda aile hekimi tarafından takip ve tedavisi mümkün olan tanılardan en çok dahiliye polikliniğinde anlamlı düşüşler görülmektedir. Aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde en uzun rotasyon süresi (5 ay) olarak belirlenmiş olan pediatri polikliniklerinde ise neredeyse tüm tanılarda AHU sonrası artış görülmektedir.

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel adımlarından biri olan Aile Hekimliği Uygulamasındaki yapılanma için AHU'nun olduğu diğer ülkelerdeki örneklere bakılarak, sistemdeki sağlık çalışanlarının ve halkın da görüşleri alınarak ülkemize uygun adaptasyonla eksiklerin giderilmesiyle daha işleyişli ve memnuniyet artırıcı bir sistem olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler; Aile Hekimliği Uygulaması, sevk, basamak

ABSTRACT

Health system is being subjected to many changes in Turkey as in many other countries of the world. The current study attempts to make an assessment regarding whether any change has occurred in the characteristics of the applications made by patients to hospitals within the scope of the Family Medicine Implementation (FMI), which is one of the changes that the Ministry of Health carried out scope of the "Health Transformation Project". Efforts were made to determine the direction of any changes in the disease groups which especially Family Physicians can manage through their examinations and analyses.

As the period of assessment of our study, two periods before and after the FMI in Istanbul were selected. The period before the FMI was taken as the four years between 2007 and 2010 and the period before the FMI was the four year period from 2011 and 2014. Our assessment included the diagnoses most frequently made in 8 clinics including the branches in which compulsory rotation is carried out within the scope of the specialty training on family medicine and, additionally, the department of emergency.

The amounts of diagnosis groups assessed in different branches and the number of diagnoses that were made significantly less in the post-FMI period compared with the pre-FMI period when an adjustment was made in terms of population were: 5 of 10 diagnoses in internal medicine; 1 of 10 diagnoses in cardiology; none of 12 diagnoses in psychiatry; 3 of 14 diagnoses in general surgery; 5 of 9 diagnoses in chest diseases; 2 of 9 diagnoses in gynecology and obstetrics; 1 of 11 diagnoses in pediatrics, and; 2 of 12 diagnoses in emergency.

Among the diagnoses which can be followed up and treated by family physicians, significant decreases were mostly found in the internal medicine outpatient clinic a result of the assessments. In the pediatrics, which have the longest rotation time (5 months) in the Family Medicine training, there were increases in almost all diagnoses in the post-FMI period.

After this study, we think that the FMI, which is one of the fundamental steps within the scope of the health transformation project in Turkey, will be a more efficient and satisfying system by evaluating the examples in other countries which perform the FMI, taking the opinions of the health care personnel in the system and of the public community, and by making up any deficiencies through an adaptation suitable for Turkey.

Keywords: Family Medicine Practice, referral, steps

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık, sosyal gelişmenin temel bir öğesi olarak kabul edilmektedir. Çağdaş sağlık sistemlerinde öncelikli amaç, birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmektir (1). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması, aile hekimliği uygulamasının ana ilkelerini oluşturmuştur. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır (2).

Aile hekimliği uygulamasıyla, başarılı bir sevk zinciri oluşturulması ve hastanın doğru uzmanlık dalına ve merkezine sevkini sağlamak daha kolay olmaktadır. Böylelikle yüksek maliyetli ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımı sağlanarak gereksiz yığılma ve hasta mağduriyetinin engellenmesi düşünülmektedir (3). Bu bakımdan aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinden istenilen ölçüde verimliliğin elde edilmesi ve sevk zinciri müessesesinin etkin bir şekilde işleyebilmesi ve sağlık kuruluşlarının kaliteli ve güvenilir hizmet üreten kurumlar haline gelmesi noktasında oldukça önemlidir. Bu bağlamda ülkemizde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla sağlıkta dönüşüm programı kapsamında birçok uygulama planlanmıştır. Bu uygulamaların en dikkat çekenlerinden biri birinci basamak sağlık hizmetlerinin arttırılması amacıyla uygulamaya alınan aile hekimliğidir(4).

.

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi'nde sevk zinciri şu şekilde tanımlanmıştır: "Acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması bu basamaktaki imkanlarla teşhis ya da tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmelerinin sağlanmasıdır. Bunun amacı, özellikle hastaların öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını ve yalnızca gerek görülenlerin ikinci ya da üçüncü basamağa gitmelerini sağlayarak kişilerin zaman kaybına uğramadan, yerleşim yerlerine daha yakın olan birinci basamak kuruluşlarından yararlanmalarını sağlamak; aynı zamanda, hastaneleri hizmet alması gerekmeyecek olan hasta yükünden kurtararak hizmetin kalitesini yükseltmek ve maliyetini azaltmaktır" (5).

Aile Hekimliği Uygulamasının (AHU) amaçlarından biri hastaların uygun sağlık hizmet basamaklarında tedavi alabilmesidir. AHU ile hastaların hastanelere olan başvuruların niteliklerinde değişiklik olup olmadığı konusu çok çalışılmamış bir konudur. Bu çalışmada amacımız AHU ile 3. basamak sağlık kuruluşundaki yansımaları tanı bazlı değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

DSÖ'ye göre sağlık hizmetleri, hastalıkların tanı ve tedavisini, sağlığın geliştirilmesini ve sürdürülmesini içerir. Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekirse; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne birden sağlık hizmetleri" denir (6). Aşağıda başlıca "Tedavi Edici" ve "Koruyucu" Sağlık hizmetlerinden bahsedilecektir.

2.1. TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığının bozulmasıyla bireyin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmasından itibaren durumunun düzeltilmesi ve hasta sıfatıyla o kişiye verilen her türlü hizmettir. Bu hizmetlerin kapsamına muayene, laboratuvar, tıbbi görüntüleme, teşhis, tedavi, ilaç, ameliyat, personel giderleri vb. her türlü uygulamalar girer.

2.2. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

koruyucu sağlık hizmetleri, gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, boyutunu ve süresini en aza indirgeyecek veya mani olacak, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde fert ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir. Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin hepsi koruyucu sağlık hizmetleri dahilindedir (2).

Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerde hastalığın tedavisi ile sağlığın korunması ve iyileştirilmesini dolaylı olarak etkiler.Aşılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıhha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü gibi faaliyetler, beslenme, aile planlaması, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi gibi temel olarak tüm nüfusun sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri alanına girmektedir.Sağlık Bakanlığı tarafından; sağlık ocakları, sağlık evleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve verem savaş dispanserleri yoluyla bu ülkemizde hizmetler verilmektedir.Koruyucu sağlık hizmetleri ayrıca çevreye ve insana yönelik koruyucu sağlık olarak da iki bölümde incelenir (6).

2.2.1. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, kişileri ve böylelikle toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personelince yürütülmektedir . Bunlar; (7)

- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- Kişisel sağlık düzeyini yükseltme (Kişisel hijyeni sağlama)
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Aile planlaması
- Bağışıklama
- Sağlık eğitimi
- İlaçla koruma

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler üç düzeyde ele alınır:

- Primer Koruma: Beslenme düzenleme, çevre güvenliğini sağlama, fiziksel ve psikolojik iyi olmak için gerekli önlemlerin alınması olarak tanımlanabilir.
- Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma tehlikesi karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması olarak tanımlanabilir.

oTersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sekellerin en aza indirgenmesi, hastanın yeni durumuna uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin arttırılması için alınması gereken önlemler olarak tanımlanabilir. Farklı bir deyişle rehabilite edici hizmetlerin alanıdır.

Dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, oysa çeşitli hastalıklar konusundaki bilgilerin artmasıyla sağlık birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişkisi içinde olduğu anlaşılarak tedavi hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de önem verilmeye başlanmıştır (8).

2.2.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

DSÖ, çevre sağlığını "Sağlığı olumsuz olarak etkileyebilecek olan ve kişi haricinde yer alıp onu ve davranışlarını etkileyen bütün fiziksel, kimyasal ve biyolojik etmenleri saptamak ve kontrol altına almaktır." diye tanımlar. Ayrıca "Temel hedef sağlığı korumak ve destekleyici çevreler oluşturmaktır. Çevre ile ilişkisi olmayan davranışsal faktörleri ve davranışları etkileyen sosyal, kültürel faktörleri ve genetik faktörleri kapsamaz" şeklinde açıklar. Çevre sağlığının esas alanları: İçme ve kullanma sularının sanitasyonu, katı ve sıvı atıkların zararsızlandırılması, hava kirliliği ve sağlık etkilerinin önlenmesi, sağlıklı barınma koşullarının temini, besin sanitasyonu, vektör ve kemirici kontrolü, toksik kimyasallar ve sağlık etkilerinin önlenmesi, gürültü sağlık etkileri ve önlenmesi, radyasyon sağlık etkileri ve önlenmesi, aydınlatma, ışık ve sağlık etkileri, havalandırma, kapalı ortam kirliliği ve sağlık, sağlığa zararlı olabilecek kuruluşlar, seyahat sağlığı, sağlıklı çalışma koşullarının temini, kazaların önlenmesi, ergonomi, konut sağlığı, endüstri sağlığı (9).

2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ VE POLİTİKALARIN GELİŞİMİ

TBMM Hükümetinin ikinci Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam döneminde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde ise Hükümet Tabiplikleri kurularak birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiş ve hizmetlerin tüm yurda yayılmasına vesile olunmuştur (10).

1928 yılında 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" yürürlüğe girmiştir ve bu kanunla sağlık hizmetlerinde alt politikaların veya uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 senesinde 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılarak Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanmıştır, böylelikle yetki ve sorumluluklara açıklık getirilmiştir. Bu üç yasa ve çıkarılan benzeri yasalarla sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri atılmıştır (11). 1946 - 1950 yılları arasında bakanlık yapan. Dr. Behçet Uz tarafından 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'nde sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı ile tüm sağlık hizmetlerini entegre etmek ve ülke geneline yaymak için hizmetlerin hepsi merkezi hükümetin görev yetki ve sorumluluğuna verilmiştir (6).

1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir. Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır." doğrultusunda hazırlanan I. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir (10).

1982 Anayasası ile 1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı değiştirilmiş ve "insan haklarına saygılı devlet" şekline dönüştürülmüştür. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteceğini, düzenleyeceğini belirten maddeler konulmuştur (6).

2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu başkanlığı arasında "Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü" imzalanmış; devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri ve kurum hastanelerinde ortak kullanıma geçilmiştir. Aynı sene "Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Hasta Sevkine ilişkin Usul ve Esasları Protokolü" yürülüğe konarak devlet memurları ve emeklilerinin özel hastanelerden yararlanması sağlanmıştır. 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" yayınlanarak ilk uygulama 15.09.2005 tarihinde Düzce'de başlatılmıştır. 25 Mayıs 2010 tarihinde, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 27591 sayılı Resmi Gazete ile yürülüğe girmiştir (11).

2.3.1. Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Koruyucu Sağlık Hizmetleri Sunumu

2.3.1.1. Sağlık Ocağı

Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlenmesi konusunda temel adım, 1961 yılı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi kanunu ile atılmıştır. Yasa, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerini barındırıyordu. Basamaklandırılmış sağlık sistemini benimsenmişti. Ülkemizin sağlık örgütlenmesi içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği temel birim sağlık ocağıdır. Sağlık Ocağı, 5 ile 10 bin kişilik toplumun yaşadığı bölgedeki sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü, tıbbi ve sosyal kurumdur. Koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetler birlikte verilir. Hizmet sunacak asli personel ebe ve pratisyen hekimdir (12).

2.3.1.2. Sağlık Evi

1961 yılı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi kanunu ile sağlık ocağına bağlı olarak görev yapan ve yaklaşık 2500 nüfusa hizmet vermek için sağlık evleri kuruldu (13).

Sağlık evinin görevleri ana ve çocuk sağlığı hizmetleriyle, nüfusun temizlik, uygun beslenme, aile planlanması gibi sağlık konularında eğitilmeleri, aşı uygulaması, ölüm ve doğumların izlenmesidir (14; 15).

2.3.1.3. Halk Sağlığı Laboratuvarı

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında çevreden çıkan ve insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen etmenlerin, fiziksel, kimyasal, biyokimyasal, mikrobiyolojik, hematolojik vb. yönden tanı ve analizlerini yapan kurumlar olup gıda ve suların halk sağlığı yönünden kontrollerini yaparak alınması gerekli tedbirler açısından koruyucu sağlık hizmetlerini yönlendirici verileri ortaya koymak, danışmanlık ve eğitim hizmeti vermek için kurulmuştur (16).

2.3.2. Aile Hekimliği Uygulaması Sonrası Koruyucu Sağlık Hizmetleri Sunumu

2.3.2.1. Toplum Sağlığı Merkezi

Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönergeye göre; "Toplum sağlığı merkezi (TSM): Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu" dur.

Aynı yönergedeki Madde 8'e göre TSM ; Bölgesinde sağlık hizmetlerini yürütür. Sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirerek kuruluşlar ile koordinasyonu gerçekleştirir. Bunun için aşağıda sayılan hizmetleri sunar veya sunulmasını sağlar (17)**.**

- İdari ve mali işler
- Kayıt ve istatistik
- Plan ve program yapma
- Üniversitelerle işbirliği
- İzleme ve değerlendirme
- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü

- Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü
- Üreme sağlığı hizmetleri
- Ulusal programlar
- Adli tıp hizmetleri
- Acil sağlık hizmetleri
- Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri
- Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri
- Çevre sağlığı hizmetleri
- İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri
- Afet hizmetleri
- Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki
- Sağlık eğitimi hizmetleri
- Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri
- Sosyal hizmet çalışmaları
- Diğer görevler

2.3.2.2. Aile Sağlığı Merkezi

Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönergeye göre, "Aile sağlığı merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu" olarak tanımlanmıştır (17).

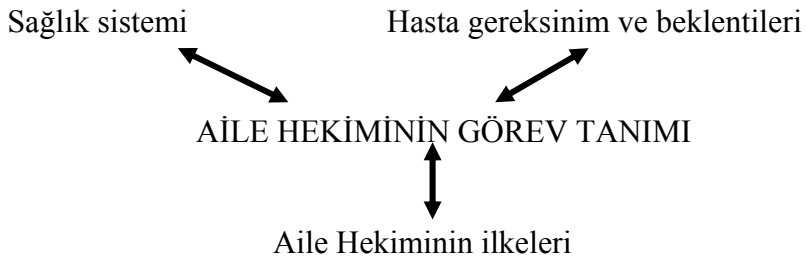
2.4. AİLE HEKİMİNİN TANIMI

Sağlık Bakanlığı aile hekimini "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" şeklinde tanımlamıştır (18).

Aile Hekimi; birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi herhangi bir ayrım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilecek tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır (19).

1974 yılında Hollanda Leuwenhorst'te yapılan İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda da aile hekiminin evrensel tanımı yapılarak kabul edilmiştir. Buna göre aile hekimi "Yaş, cins ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa kişisel, sürekli ve ilk basamak sağlık hizmeti veren uzmanlaşmış tıp doktorudur. Görevini muayenehanesinde, evlerde, bazen bir klinik ya da hastanelerde sürdürür. Erken tanı koymayı amaçlar. Hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dahil eder. Kendisine bir hekim olarak getirilen tüm sağlık problemleri için bir ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da terminal hastalığı olan devamlı tedavisini üstlenir. Hastasıyla uzun süreli bağlantı kurarak, hastalığı hakkında mesleki açıdan kullanabileceği verileri toplar. Diğer medikal ve medikal olmayan branşlarla çalışır (19).

Aile hekiminin görevlerinin tanımı 2002 yılında Avrupa Aile Hekimleri Birliği (WONCA Europe) tarafından yapılmıştır. Bu çerçevede görevlerin belirlenmesinde karşılıklı olarak etkileşen üç bileşenden söz edilmektedir. Bunları şöyle sıralamak olasıdır: AH disiplininin ilkeleri, hasta gereksinim ve beklentileri, sağlık sistemi Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1 Aile Hekiminin Görev Tanımının Etkileştiği Parametreler

Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) 2002 tanımına göre: Aile Hekimliği disiplini ilkelerine göre eğitilmiş ve kendi sağlık sistemi içinde genel tıp uygulayarak çalışan hekimlerdir. Kişisel hekimlerdir; öncelikli sorumlulukları yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız olarak sağlık hizmetine gereksinim duyan herkese kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültür ortamlarında hizmet verirler. Sorunların çözümünü hastaları ile paylaşırken fiziksel, psikososyal ve sosyal etkenleri birlikte değerlendirir ve tekrarlayan karşılaşmalarla oluşturulmuş güveni kullanırlar. Aile hekimleri mesleksel rollerini, sağlığı geliştirerek, kişilerin gereksinimleri ve toplumun kaynakları doğrultusunda doğrudan veya dolaylı olarak tedavi, bakım veya destek sağlayarak ve gerektiğinde hastalarının var olan hizmetlere ulaşmasına yardımcı olarak yerine getirirler (20; 21).

2.5. AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Sağlık Bakanlığınca yayınlanan "Aile Doktorları için Kurs Notları" adlı kitapta bu özellikler şu şekilde belirtilmiştir: "Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir olanak sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.Kolay ulaşılabilirdir; yalnızca fiziksel anlamda değil, ekonomik ve kültürel anlamda da kolay ulaşılabilir bir hizmet sunar. Entegrasyon ve koordinasyon yapar; koruyucu hekimlik uygulamalarını, tedavi ve rehabilite edici uygulamalarla bütünleştirir. Aile hekiminin çözemediği sağlık sorunları konusunda ikinci basamağa sevk işlemi yapılır ve sonuçlar yine aile hekimi tarafından takip edilir veya aile hekimi diğer branşlarla ile birlikte değerlendirilebilir. Aile hekimi hastasının yararına birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunda önemli rol oynar. Süreklilik sayesinde hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar ve bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir. Pek çok ülkede aile hekimi hastalarının doğumundan itibaren bu görevi üstlenir. Hamile kadınların antenatal bakım hizmetlerinden çocuğun doğmasına kadar hizmet sunar. Aynı zamanda bireyin, çocukluk, erişkinlik ve yaşlılık süreçlerinde de hizmetleri sunmaya devam eder; akut, kronik, tekrarlayan durumlar ve pek çok olguda ölen, ölmekte olan, terminal safhada hastalığı olan kişilere de hizmet sunar. Bütüncül yaklaşır; bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Kişiye özgü hizmet sunar; hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir. Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre biçimlendirir. Aile ve toplumsal yönelimlidir; aile hekimi sorunları sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Aile hekimi toplumun sağlık sorunlarından haberdar olmalı, diğer sektörler ve gönüllü kuruluşlarla birlikte bölgesel sağlık sorunlarında olumlu gelişmeler başlatabilmek için çalışmalıdır. Gizlilik ve yakınlık gereklidir; aile hekimi ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle aile hekimi için temel etik sorumluluk ve haklardan "kişisel bilgilerin gizliliğinin korunması" çok önemlidir. Savunuculuğu ile aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer birimlerle ilişkilerinde, sorumluluğunu

aldıkları kişilerin yanındadır. Hastanın kendi sağlığı için verilecek kararlarda daha çok söz ve sorumluluk sahibi olabilmesi için bilgilendirilmesini gözetir. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını yapar. İlk başvuru yapılan hekim olarak, aile hekimi büyük kaynakları kontrol eder. Bu kaynaklar reçete yazımı, uzmana sevk, hastalığın laboratuvar tetkikleri ile araştırılması ve belirli ölçülerde hastaneyi kapsar. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de kaynaklar sınırlıdır. Aile hekimi bu kaynakları kullanırken hastasının maksimum yararını düşünmek sorumluluğunu taşır. Diğer disiplinlerle ve sağlık personelleri ile işbirliği içinde çalışır ve ekip hizmeti sunar " (22).

DSÖ ve WONCA, 1994 yılında Ontario-Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans düzenlemişlerdir. Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dökümanının özet bölümünde şu ifade yer almaktadır. "İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel Pratisyen ya da Aile Hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için aile hekimi; hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda DSÖ ve WONCA tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir (23).

Sağlık Bakanlığı aile hekiminin özelliklerini şu şekilde açıklamıştır "Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerini bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir. Bu hekimler kendi sorumluluğu altındaki bireyleri spesifik bir hastalık çerçevesinde değil, riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve var olan diğer sağlık sorunlarıyla birlikte bütün olarak değerlendirir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir**.** Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır (20).

2.6. AİLE HEKİMİNİN GÖREVLERİ

Sağlık Bakanlığı aile hekiminin görevlerini şu şekilde listelemiştir (18):

1) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

2) Kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak,

3) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,

4) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunup veya kişiler ile iletişime geçmek,

5) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak,

6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak,

7) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek,

8) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

9) Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

10) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

11) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,

12) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,

13) Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak

14) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete vs belgeleri düzenlemektir.

2.7. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ

Cumhuriyetin ilan edilmesinin ilk yıllarında itibaren ülkemizdeki bugünkü sağlık teşkilatlandırması ve sağlık hizmetleriyle ilgili çalışmalar başlamış ve koruyucu sağlık hizmetlerinde de atağa geçilmiştir. Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930)'nda sağlık politikaları sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp fakültelerine ilginin arttırılması yönelik ilkeler vardır (24).

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla, temel sağlık hizmetlerinin mevkisini diğer hizmet düzeyleri üzerinde salahiyet ve denetçi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflenmektedir. Bireylerin ve sağlıkçıların vaziyetlerini iyileştirmek bu konuda yapılacak yeniliklerin hareket noktasını oluşturmaktadır. Bireylerin anne-bebek ölümlerinin azaltılması, sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması, bulaşıcı ve kronik hastalıkların risk faktörleriyle başa çıkıp bireylerin kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme becerisini geliştirmek ve koruyucu hekimlik yaklaşımını sağlığın merkezine tamamen yerleştirmek amaçlanmaktadır. Ayrıca bu amaçlar arasında gerek kır-kent ve gerekse doğu-batı arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması bulunur. Ülkemizde aile hekimliği kavramı ilk kez 1980'lerde gündeme gelmiştir. 1983'te aile hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak "Tababet Uzmanlık Tüzüğünde" yer aldı. Eğitim süresi pratisyenler icin üç yıl; çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları icin bir yıl dört ay olarak belirlendi. 1984'te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (Ankara) ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kuruldu. 1993'te Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun buldu. "Çağdaş aile hekimliği ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunmak, Sağlık Bakanlığının açıkladığı temel hedefidir (24).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili olması, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerini kolaylaştıracaktır.

Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete'de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce ilinde geçilmiştir. Artık 81 ilde birinci basamakta Aile hekimliği uygulanmaktadır. Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılı sonunda Türkiye'de tüm illerde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

30.12.2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazete'de Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında yönetmelik yayımlanmıştır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK ile Aile Hekimliği Kanunu olarak ismi ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır (2).

2.8. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ

Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlik uygulamasının niteliğini artıracak bir tıp disiplinidir. Sürekli, kapsamlı ve kişiye yönelik hizmet; hastalıkların erken tanı ve tedavisi; hastalıklardan korunma ve sağlıklı olmanın sürekliliğini sağlama gibi birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan aile hekimliği, önemi bütün dünyada 1950'lerden bu yana daha iyi anlaşılan bir tıp disiplinidir (25).

İlk kez 1923 yılında Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır. Kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır. Aile hekimliğinin, İngiltere'de, ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında oldu.1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından Milis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu birincil bakım konusunda çalışan, yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile hekimliği" tanınmıştır 1969 da "Amerikan Aile Hekimliği Board" u (ABFP) oluştu ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu.1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler ve hedefler gösterilmiş olmasıdır (26).

Avrupa Birliği, 2001-2006 halk sağlığının iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarının ortadan kaldırılmayı amaçlayan bir “Halk Sağlığı Programı” hazırlanmıştır. Bu programa göre hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğu dikkate alınarak, sağlık politikası belirleyicilerinden, ülkelerinde temel sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken, doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları hedeflenmiştir (26).

2000 yılı DSÖ raporunda, bireye yönelik birinci basamak hizmetler ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farkın daha net olarak ortaya konabildiğini görmekteyiz. Yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri yaygın olarak koruyucu sağlık hizmetini kapsayan, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmeti anlamında kullanılmaktadır. Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ana görevi üstlenmektedir (26).

DSÖ Avrupa Bölgesi içinde yer alan ülkeler, 1998 senesinde Kopenhag’da, bölgedeki temel sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili hedeflerini belirlediler. Türkiye de 1997 yılında ilgili konuların tartışıldığı bir bölge komite toplantısına İstanbul'da ev sahipliği yaparak, “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” sloganı ile duyurulan bu hedeflerin belirlenmesi çalışmasında yer almıştı.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 21.yüzyılda ulaşılmasını vurgulamak için, 21 başlık altında topladığı sağlık hedefleri şunlardır (27):

1. Avrupa'da sağlık dayanışması yaparak üye ülkeler arasındaki farklılıkları indirgemek,
2. Ülkelerde sosyal adaleti gözeterek varolan sağlık düzeyi farklılıklarını indirgemek,
3. Üreme sağlığının geliştirilmesi ve böylece hayata sağlıklı başlayabilmek,
4. Toplumun gelişmesi için gençlerin sağlığını korumak ve geliştirmek,
5. Yaşlıların sağlık hallerini koruyarak toplumdaki rollerini korumak,
6. Ruhsal iyilik halini geliştirmek,
7. Bulaşıcı hastalıkları eradike, elimine etmek ya da azaltmak,
8. Kronik hastalıkların komplikasyonlarını indirgemek,
9. Şiddet ve kazaların etkilerini indirgemek,
10. Sağlıklı ve güvenli fizik çevrede yaşayabilmek,
11. Sağlıklı yaşam biçimini benimsemek,
12. Alkol, ilaç ve tütüne bağlı zararları indirgemek,
13. Sağlıklı ortamlarda yaşamak,
14. Çok sektörlü sağlık sorumluluğu oluşturmak,
15. Esnek ve duyarlı bir entegre sağlık sistemi yaratmak,
16. Hizmet yönetimlerini sonuçlarla değerlendirmek,
17. Sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsis etmek,
18. Sağlık insan kaynaklarını geliştirmek,
19. Kanıta dayalı politika ve uygulamalar için bilgi üretmek ve yaymak,
20. Kişiler, kamu, özel sektör ve sivil toplum kuruluşu gibi tüm tarafları harekete geçirmek,
21. Bölgesel ve yerel sağlık politikalarını alt yapı, süreç ve yenilikçi liderlikle desteklemek.

Aile Hekimliği Uygulaması'nı her ülke kendi ihtiyaçlarına göre oluşturup uygulamaya koymuştur. Bazı örnekler aşağıdaki gibidir.

2.8.1. Amerika'da Aile Hekimliği

1960'lı yıllarda genel pratisyenlerin durumunu gözden geçirmek ve halkın ihtiyacını karşılayacak toplum odaklı genel bakış açısına sahip hekimlerin sağlanması için çalışma grupları oluşturulmuş ve önde gelen üçünün çalışmaları sonucunda sırasıyla Folsom, Millis ve Willard Raporları oluşturulmuştur. Bu raporlar doğrultusunda;

- Bireylerin kendilerini sadece bir hastalık ya da bir organ bozukluğu olarak değerlendirmeyen nitelikli hekimlere ulaşabilmelerinin,
- Hekimin verdiği sağlık hizmetinin ayrıntılı ve geniş kapsamlı olmasının, hasta ve hekim arasında sürekli bir etkileşimin,
- Hekimin bilgi ve becerilerinin aile bireylerin tümünü kapsamasının
- Bu yeni uzmanlık grubunun yeni hekimler yetiştirebilecek kapasitede olmasının gerektiği kararları alınmıştır.

1969 yılında bu raporların sağladığı teşvik ve meşruiyet ile "*Aile Hekimliği Asistanlığı İzleme Komitesi*" oluşturulmuştur. 1970 yılında "Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi", "*Amerikan Aile Hekimleri Akademisi*" olarak yeniden adlandırılmıştır.

Gelişen 20. uzmanlık dalı olarak Aile Hekimliğinin gelişimi, mesleğin gereklerinden kaynaklanarak hekimlerin isteğiyle kurulan diğer uzmanlıklara nazaran çok özgün olmuştur. Aile Hekimliği halkın isteklerinden kaynaklanarak hastalığın değil hastanın odakta olduğu bir uzmanlık dalı olmuştur.

Hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını gözeterek aile ve toplum ölçeğinde gerekli bakımı yapmalıdır.

30 yıllık gelişimini tamamlayan aile hekimliği, günümüzde faal olarak çalışan aile hekimleri Amerikan sağlık sisteminde çok önemli role sahiptir. İstatistiklere göre diğer tüm uzmanlık dallarından günde en çok hasta bakan uzmanlık dalıdır.
Günümüzde Amerika'da aile hekimliği uzmanları sayıca dahiliye uzmanlarından sonra 2. Sıradadır ve coğrafi dağılımları oldukça iyidir, bir günde baktıkları hasta sayısı diğer uzmanlık dallarının herhangi birinden daha fazladır. Uygulamaları yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlamaktadır (26).

2.8.2. Almanya'da Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45-50 dolayındadır. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. Aile hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir. Aile hekimleri acil vakalara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler (26).

2.8.3. İngiltere'de Aile Hekimliği

İngiltere'de ilk aile hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. 1844 yılında "Ulusal Aile Hekimliği Kurumu" (National Association of General Practitioners), 1948'de "Ulusal Sağlık Servisi" (National Health Service), 1952'de "Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji" (Royal College of General Practitioners) Kurulmuştur (28).

Birinci basamak sağlık hizmetini Aile Hekimleri / Genel Pratisyenler vermektedir. Aile Hekimi / Genel Pratisyenler muayenehanelerde ya da 4-5 hekimden olusan grup muayenehanelerinde (Sağlık Merkezi) hizmet verirler. Sağlık Merkezleri 10-15 bin nüfusa koruyucu, tedavi edici, geliştirici ve rehabilite edici hizmetten sorumludur. Tedavi hizmetleri 2500 kişiden sorumlu Aile Hekimi / Genel Pratisyenlerce verilir. Hastalar acil olmadıkça ya da kendi Aile Hekimleri tarafından sevk edilmedikçe hiçbir şekilde hastaneye kabul edilmezler. Bir aile hekiminin sorumlu olduğu yaklaşık nüfus 3000'dir. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı yaklaşık %10'dur. Aile hekimlerine ücret ödemesi kayıtlı kişi başına yapılır. Ayrıca koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir. Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümü mevcuttur ve mezuniyet öncesi eğitimi vardır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1979 da zorunlu hale gelmiştir ve 1 yıllık internlük döneminden sonra, 2 yıllık hastane eğitimini ve daha sonra da eğitimen eğitimi almış bir aile hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır. Uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitimi zorunlu değildir ancak desteklenmekte ve özendirilmektedir (26).

2.8.4. Kanada'da Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerinde çalışırlar ve 2.basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavileri ile de bizzat ilgilenirler. Kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler. Tüm tıp fakültelerinin aile hekimliği bölümleri vardır. Aile hekimleri ülkedeki doktor sayısının yaklaşık yarısına sahip olarak en çok sayıda doktoru olan branş özelliğini taşımaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup, isteyenler bu süreyi üç yıla çıkarabilirler ve böylece geriatri, acil tıp veya akademik kariyere girebilirler. Sürekli tıp eğitimi zorunludur 1954 yılında kurulan Kanada Aile Hekimleri Koleji tarafından yapılmaktadır (26).

2.8.5. Norveç'te Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgedir. İllere bağlı olan kırsal sağlık yönetimleri mevcuttur. Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, hemşire, ebe, diş hekimi gibi personel çalışır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Ücretlendirme hasta başınadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında kabul edilmiştir. Süresi beş yıldır. Bunun 1 yılı klinikte 4 yılı da bir aile hekiminin yanında geçirilmektedir. Sürekli eğitim zorunludur (26).

Basit kan ve idrar tahlilleri muayenehanede yapılmakta, gereken diğer tahliller içinse hastaneye sevk edilmektedir. Hastaneye başvuru ancak aile hekimlerinin sevki ile olur (29).

2.8.6. Portekiz'de Aile Hekimliği

Portekiz'de 60'lı ve 70'li yılların başında doktorlar büyük şehirlerde ve hastanelerde toplanmışlardı. 1982'de Aile Hekimliği uygulaması başladı ve 5500 doktor, herhangi bir eğitimden geçmeden aile hekimi olarak görev aldı. Daha sonra hizmet içi eğitim programları ile bilgileri ve becerileri geliştirildi. 1982'de Portekiz Tabipler Birliği Aile Hekimliği uzmanları için yeterlilik sistemi kurdu. 1983'de Portekiz Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği ve 1987'de Lizbon Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği bölümü kuruldu. 1987'den sonra aile hekimi olmak isteyenler zorunlu eğitime alındılar (22).

Ülkede ulusal sağlık sistemi 1979'da kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Buralardaki çalışma ekip çalışması olup aile hekimleri de bu ekibin içinde yer almaktadırlar. Her kişi bir aile hekimine kayıt olmak zorundadır ve ortalama 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi üç yıldır. Ayrıca Aile Hekimliği Enstitüleri de vardır. Bunlar hep birlikte aile hekimliği eğitiminden sorumludur. Eğitim sonrasında sınav zorunluluğu vardır (26).

2.8.7. İsrail'de Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği yer kırsal kesimde bir aile hekimi ve hemşirenin çalıştığı sağlık birimleridir.. Kentsel yerleşimlerde ise hizmet yaklaşık 2500 kişiye verilen daha kalabalık bir ekibin yer aldığı sağlık merkezleri tarafından verilir. Kentlerdeki merkezlerde laboratuvar ve röntgen imkanı da vardır. Özelde çalışan aile hekimleri de sözleşme ile bu uygulamaya dahil olabilmektedir. Hem mezuniyet öncesi hemde mezuniyet sonrası eğitiminden sorumlu aile hekimliği bölümleri tüm tıp fakültelerinde vardır. Tıp fakültelerine bağlı olan aile hekimliği merkezlerinde uzmanlık eğitimi verilmektedir. Bu eğitim 4 yıl sürer ve başarı durumu sınav ile saptanır. Eğitimin denetimi ve kredilendirilmesinden meslek örgütü sorumludur (26).

2.8.8. Hollanda'da Aile Hekimliği

Hollanda'da Aile Hekimlerinin %90 kadarı Hollanda'nın her yerinde kesintisiz olarak kaliteli birinci basamak sağlık hizmeti sunmakla sorumlu olan Aile Hekimlerinin Milli Kuruluşu'nun üyesidir. 6 yıllık tıp fakültesi eğitimi bittikten sonra Aile Hekimliği adayı olunabilir. Mesleki eğitim kuruluşları yılda bir ya da iki kez adayları kabul eder. 3 yıllık eğitim bittikten sonra aile hekimleri bir yere yerleşmek için ortalama 3-5 yıl beklerler. Aile hekimlerinin %71'i tek başına çalışmaktadır. Fakat yaklaşık 30 yıldır takımlar halinde grup pratiği içinde çalışma durumu giderek artmaktadır (22).

2.8.9. Küba'da Aile Hekimliği

1974'de birinci basamak hizmetlerinde biyopsikososyal yaklaşımın benimsenmesinden sonra 1984 yılında bir aile hekimi ve hemşireden oluşan ekiplerle Aile Hekimliği Planı uygulanmaya başlanmıştır. Aile hekimliği ekipleri hizmet ettikleri bölgede ikamet eder ve 800 kişiyi izler ; aynı zamanda okullar ve fabrikalardan da sorumludurlar. Yerel polikliniklerde güçlü bir laboratuvar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır. Aile hekimliği uygulamasında rekabet veya ödüllendirme yoktur. Aile hekimlerinin, maaşları iyi düzeydedir. Son yıllarda hekimlerin eğitimi değiştirilerek, tüm hekimlerin Genel Tıp Uzmanı olmaları sağlanmıştır. Kadın hastalıkları ve doğum, pediatri, dahiliye uzmanları belirli günlerde aile doktorunun ofisine gelerek hasta muayene edebilmektedirler. Aile hekiminin yaklaşık 500 kisilik listesi vardır. Hamile ve bebek takibine önem verilmekte ve belli aralıklarla ev ziyaretleri yapılmaktadır. Hastaneye sevklerde gerekirse hastalar ile beraber hastaneye gidilmektedir. Hastaneden geri bildirimler düzenlidir (22).

2.8.10. İrlanda'da Aile Hekimliği

Aile Hekimliği eğitimi 3 yıl olup, bu eğitimin iki yılı hastanede, bir yılı birinci basamak sağlık hizmeti veren bir kurumda geçmektedir.Sağlık sistemi kapsamına girebilmek için 2 kategori mevcuttur: Belli bir mali düzeyin altındaki grup kategori 1 olarak değerlendirilmekte ve bu grup hizmetin büyük bir bölümünden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir. Kategori 2'deki insanlar daha çok özel sağlık sigortalarına başvurmayı tercih ederler. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Sevk gerekliliği aile hekimleri tarafından belirlenir. Kategori 1'deki bireyler bölgelerindeki listeye dahil aile hekimlerinden istediklerini seçebilmektedirler. Aile Hekimliği hizmetleri, reçete edilen ilaçlar, tedaviler ve cihazlar kendilerine ücretsiz olarak temin edilmektedir. Kategori 2'deki bireyler aile hekimi veya sevksiz diğer dal uzmanına başvurabilir. Aile hekimlerinin büyük bölümü tek hekim ve ekibinden oluşan çekirdek ofislerde, diğer bölümü ise grup muayenehanelerinde çalışırlar. Aile hekimlerine kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılır. Hizmet verilen topluluğun yaş, cinsiyet, morbidite dağılımı ve oturdukları yerler gibi faktörler ödemeyi etkiler. Kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde hizmet başına ödeme de yapılır (22; 30).

2.8.11. Polonya'da Aile Hekimliği

Polonya'da 1996 yılında uygulanmaya baslayan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Kişiler 6 yaş altı, 6–59 yaş arası ve 60 yaş üstü olmak üzere 3 yaş grubuna bölünür ve ödemeleri de buna göre belirlenir. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenir. Ancak aile hekimleri kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek onların olurunu ister. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile hekimi sevk ederse şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret istenmez. Aile hekimleri haftada 5 gün, saat 8:00 ile 18:00 arasında çalışmaktadır (31).

2.8.12. İtalya'da Aile Hekimliği

Aile hekimliği eğitimi bazı üniversitelerde mezuniyet öncesi dönemleri de kapsamaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi henüz gerçek anlamda bir uzmanlık eğitimi değildir. Üç yıl süren ve 1 yılı ofiste geçirilen bir kurstur. Bu program sadece İtalya'nın bazı bölgelerinde uygulanır. Başka yerlerde bu 2 yıldır ve bazılarında hiç yoktur. Sürekli tıp eğitimi, ulusal sağlık sistemi ile sözleşme imzalayan aile hekimleri için zorunludur.

İtalya'da network organizasyonu aracılığıyla İtalya'da mezuniyet öncesi eğitimi ve aile hekimliği uzmanlık eğitimine ilişkin ulusal düzeydeki sorunların çözülmesi ve gereksinimlerin giderilmesi beklenilmektedir. (32).

3. MATERYAL VE METOD

Aile hekimliği uygulaması (AHU) sonrası değişiklikleri incelemek için retrospektif gözlemsel bir çalışma planlandı. Çalışma protokolü hastane yerel etik kurulu tarafından onaylandı(Onay tarihi: 26.08.2015 sayı:12560). Çalışmamızda değerlendirme dönemi AHU öncesi ve sonrası olarak iki dönem seçildi. İstanbul'da AHU'ya 30 Ekim 2010 tarihinde geçilmiştir. AHU başlangıcı 1 aylık geçiş dönemi göz önüne alınarak 2011 yılı olarak alındı. AHU öncesi dönem 2007-2010 yılları arası 4 yıllık periyot olarak alınmış olup, AHU sonrası dönem 2011-2014 yılları arası 4 yıllık periyot olarak alındı.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde Tıpta Uzmanlık kurulu tarafından belirlenmiş zorunlu rotasyon yapılan 7 adet klinik branş (iç hastalıkları, pediatri, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, psikiyatri, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji) ve bunlara ek olarak acil servis olmak üzere 8 adet klinik üzerinden değerlendirme yapıldı. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki ilgili kliniklere yapılan poliklinik başvuruları ICD-10 tanı kodlama sistemi vasıtasıyla hastane otomasyon sistemi üzerinden elde edildi. En sık saptanan tanılar değerlendirmeye alındı. Bu tanılar kendi içerisinde gruplandırıldı. Gebeliğin normal süreciyle ilgili olan tanılar (Gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı, Gebelikle ilgili durumlar diğer-tanımlanmış, Normal gebeliğin gözlemi, Gebelik durumu) tek tanı altında (Gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı) birleştirildi. Tip 2 DM ile ilgili tanılar birleştirildi. Üst solunum yollarının (tonsillit, farenjit gibi) ve alt solunum yollarının enfeksiyonları (pnömoni, bronşit gibi) Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu(ÜSYE) ve Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu(ASYE) olarak tek çatı altında toplandı.

Önce AHU öncesi ve sonrası dönemdeki değişiklikler değerlendirildi. Sonra ise nüfusa ait düzeltme yapılarak tekrar değerledirmeler yapıldı. Nüfus veri değerlendirmesi için Türkiye İstatistik Kurumu'ndan alınan İstanbul Anadolu bölgesi nüfus verileri kullanıldı.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler MedCalc Statistical Software version 12.7.7 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; http://www.medcalc.org; 2013) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, oran) kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ

AHU sonraki dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha yüksek oranda esansiyel hipertansiyon tanısı konmuştur ($p<0,001$, tablo 1). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında ise AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda esansiyel hipertansiyon tanısı konulmuştur ($p<0,001$, tablo 2).

AHU sonraki dönemde öncesi döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda peptik ülser, insülin bağımlı olmayan DM, dislipidemi, miyalji, tirotoksikoz tanıları konmuştur ($p<0,001$, tablo 1). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda peptik ülser, insülin bağımlı olmayan DM, dislipidemi, miyalji, tirotoksikoz tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 2).

AHU sonraki dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda demir eksikliği anemisi, insülin bağımlı DM, sistit, akut farenjit tanıları konmuştur ($p<0,001$, tablo 1). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda demir eksikliği anemisi, insülin bağımlı DM, sistit, akut farenjit tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 2).

İç hastalıkları polikliniğinde incelemeye alınmış 10 tanı grubunun nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanı sayısı 5'tir (Tablo 2).

Tablo 1. İç Hastalıkları polikliniğinde konulan tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Esansiyel hipertansiyon, n (%)	91105 (49,1)	94279 (50,9)	<0,001
Peptik ülser, n (%)	70800 (46)	82990 (54)	<0,001
İnsülin bağımlı olmayan DM, n (%)	54030 (38,9)	84928 (61,1)	<0,001
Dislipidemi, n (%)	24857 (46,4)	28662 (53,6)	<0,001
Miyalji, n (%)	20234 (44,8)	24977 (55,2)	<0,001
Tirotoksikoz, n (%)	18849 (43)	24988 (57)	<0,001
Demir eksikliği anemisi, n (%)	21348 (50,2)	21185 (49,8)	<0,001
Akut farenjit, n (%)	21101 (67,1)	10365 (32,9)	<0,001
Sistit, n (%)	11457 (57,8)	8367 (42,2)	<0,001
İnsülin bağımlı DM, n (%)	10068 (58,5)	7147 (41,5)	<0,001

Tablo 2. İç Hastalıkları polikliniğinde konulan tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli)

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Esansiyel hipertansiyon, n (%)	102038 (52)	94279 (48)	<0,001
Peptik ülser, n (%)	79296 (48,9)	82990 (51,1)	<0,001
İnsülin bağımlı olmayan DM, n (%)	60514 (41,6)	84928 (58,4)	<0,001
Dislipidemi, n (%)	27840 (49,3)	28662 (50,7)	<0,001
Miyalji, n (%)	22662 (47,6)	24977 (52,4)	<0,001
Tirotoksikoz, n (%)	21108 (45,8)	24988 (54,2)	<0,001
Demir eksikliği anemisi, n (%)	23910 (53)	21185 (47)	<0,001
Akut farenjit, n (%)	23633 (69,5)	10365 (30,5)	<0,001
Sistit, n (%)	12831 (60,5)	8367 (39,5)	<0,001
İnsülin bağımlı DM, n (%)	11276 (61,2)	7147 (38,8)	<0,001

4.2. KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİ

AHU sonraki dönemde öncesi döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda kalp yetmezliği, esansiyel hipertansiyon, atriyal fibrilasyon ve flutter, hiperlipidemi, dispne, çarpıntı, kalp kapağı protezi, kardiyak üfürüm, göğüs ağrısı tanıları konmuştur ($p<0,001$, tablo 3). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda kalp yetmezliği, esansiyel hipertansiyon, atriyal fibrilasyon ve flutter, hiperlipidemi, dispne, çarpıntı, kalp kapağı protezi, kardiyak üfürüm, göğüs ağrısı tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 4).

AHU sonraki dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda kronik iskemik kalp hastalığı tanısı konmuştur ($p<0,001$, tablo 3). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda kronik iskemik kalp hastalığı tanısının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 4).

Kardiyoloji polikliniğinde incelemeye alınmış 10 tanı grubunun nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanı sayısı 1'dir(Tablo 4).

Tablo 3. Kardiyoloji polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Göğüs ağrısı, n (%)	6039 (25,6)	17563(74,4)	<0,001
Esansiyel hipertansiyon, n (%)	7678 (41,3)	10901 (58,7)	<0,001
Kronik iskemik kalp hastalığı, n (%)	8459 (52,2)	7732 (47,8)	<0,001
Atriyal fibrilasyon ve flutter, n (%)	995 (16,4)	5076 (83,6)	<0,001
Hiperlipidemi, n (%)	882 (22,7)	3004 (77,3)	<0,001
Dispne, n (%)	873 (25,1)	2607 (74,9)	<0,001
Çarpıntı, n (%)	682 (19,8)	2755 (80,2)	<0,001
Kalp kapağı protezi, n (%)	428 (17,8)	1983 (82,2)	<0,001
Kalp yetmezliği, n (%)	798 (38,8)	1261 (61,2)	<0,001
Kardiyak üfürüm, n (%)	367 (28,9)	904 (71,1)	<0,001

Tablo 4. Kardiyoloji polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasının karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli)

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Göğüs ağrısı, n (%)	6764 (27,8)	17563 (72,2)	<0,001
Esansiyel hipertansiyon, n (%)	8599 (44,1)	10901 (55,9)	<0,001
Kronik iskemik kalp hastalığı, n (%)	9474 (55,1)	7732 (44,9)	<0,001
Atriyal fibrilasyon ve flutter, n (%)	1114 (18)	5076 (82)	<0,001
Hiperlipidemi, n (%)	988 (24,7)	3004 (75,3)	<0,001
Dispne, n (%)	978 (27,3)	2607 (72,7)	<0,001
Çarpıntı, n (%)	764 (21,7)	2755 (78,3)	<0,001
Kalp kapağı protezi, n (%)	479 (19,5)	1983 (80,5)	<0,001
Kalp yetmezliği, n (%)	894 (41,5)	1261 (58,5)	<0,001
Kardiyak üfürüm, n (%)	411 (31,3)	904 (68,7)	<0,001

4.3. PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ

AHU sonraki dönemde öncesi döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda depresif nöbet, anksiyete bozuklukları, aktivite ve dikkat bozukluğu, genel muayene, bipolar duygulanım bozukluğu, organik olmayan psikotik bozukluk, duygulanım bozuklukları, davranış bozuklukları, şizofreni, organik olmayan psikoz, obsesif kompulsif bozukluk, uyum bozukluğu tanıları konmuştur ($p<0,05$, tablo 5). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda depresif nöbet, anksiyete bozuklukları, aktivite ve dikkat bozukluğu, genel muayene, bipolar duygulanım bozukluğu, organik olmayan psikotik bozukluk, duygulanım bozuklukları, davranış bozuklukları, şizofreni, organik olmayan psikoz, obsesif kompulsif bozukluk, uyum bozukluğu tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,05$, tablo 6).

Psikiyatri polikliniğinde incelemeye alınmış 12 tanı grubunun nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş hiç tanı yoktur(Tablo 6).

Tablo 5 Psikiyatri polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	AHU Öncesi Dönem	AHU Sonrası Dönem	p
Depresif nöbet, n (%)	31610 (44,2)	39829 (55,8)	<0,001
Anksiyete bozuklukları, n (%)	11456 (28,7)	28493 (71,3)	<0,001
Genel muayene, n (%)	1481 (14,1)	9031 (85,9)	<0,001
Aktivite ve dikkat bozukluğu, n (%)	1130 (11)	9127 (89)	<0,001
Bipolar duygulanım bozukluğu, n (%)	2529 (41,9)	3508 (58,1)	<0,001
Organik olmayan psikotik bozukluk, n (%)	2264 (44,9)	2781 (55,1)	<0,001
Duygulanım bozuklukları, n (%)	1737 (44,2)	2191 (55,8)	<0,001
Davranış bozuklukları, n (%)	637 (20,2)	2522 (79,8)	<0,001
Şizofreni, n (%)	1067 (41,2)	1524 (58,8)	<0,001
Obsesif kompulsif bozukluk, n (%)	683 (31,7)	1471 (68,3)	0,001
Organik olmayan psikoz, n (%)	735 (42,7)	985 (57,3)	<0,001
Uyum bozukluğu, n (%)	68 (4,8)	1339 (95,2)	<0,001

Tablo 6. Psikiyatri polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasının karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli)

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Depresif nöbet, n (%)	35403 (47,1)	39829 (52,9)	<0,001
Anksiyete bozuklukları, n (%)	12831 (31)	28493 (69)	<0,001
Genel muayene, n (%)	1659 (15,5)	9031 (84,5)	<0,001
Aktivite ve dikkat bozukluğu, n (%)	1266 (12,2)	9127 (87,8)	<0,001
Bipolar duygulanım bozukluğu, n (%)	2833 (44,7)	3508 (55,3)	<0,001
Organik olmayan psikotik bozukluk, n (%)	2536 (47,7)	2781 (52,3)	<0,001
Duygulanım bozuklukları, n (%)	1945 (47)	2191 (53)	<0,001
Davranış bozuklukları, n (%)	713 (22)	2522 (78)	<0,001
Şizofreni, n (%)	1067 (41,2)	1524 (58,8)	<0,001
Obsesif kompulsif bozukluk, n (%)	765 (34,2)	1471 (65,8)	0,001
Organik olmayan psikoz, n (%)	823 (45,5)	985 (54,5)	<0,001
Uyum bozukluğu, n (%)	76 (5,4)	1339 (94,6)	<0,001

4.4. GENEL CERRAHİ POLİKLİNİĞİ

AHU sonraki dönemde öncesi döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda benign meme displazisi, karın ağrısı, hemoroid, pilonidal kist, safra taşı, meme malign neoplazmı, derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları, anüs ve rektal bölge fissür ve fistülü tanıları konmuştur ($p<0,001$, tablo 7). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda benign meme displazisi, karın ağrısı, hemoroid, pilonidal kist, safra taşı, meme malign neoplazmı, derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları, anüs ve rektal bölge fissür ve fistülü tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 8).

AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha yüksek oranda yumuşak doku bozuklukları tanısı konulmuştur ($p<0,001$, tablo 7). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında ise bu tanının AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş olduğunu görmekteyiz ($p<0,001$, tablo 8).

AHU öncesi dönem ile sonraki dönem arasında tiroid bezi bozuklukları ($p=0,085$) ve umbilikal herni tanı konulma oranları ($p=0,229$) açısından anlamlı fark görülmemiştir. Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU öncesi dönem ile sonraki dönem arasında bu iki tanı açısından istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,075$ ve $0,209$, tablo 8).

AHU öncesi dönem ile sonraki dönem arasında inguinal herni tanısı açısından anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,007$, tablo 7). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında ise AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha yüksek oranda inguinal herni tanısı konulmuştur ($p=0,005$, tablo 8).

AHU sonraki dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda gastrit ve duodenit, tırnak bozuklukları tanıları konmuştur ($p<0,001$, tablo 7). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda gastrit ve duodenit, tırnak bozuklukları tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 8).

Genel Cerrahi polikliniğinde incelemeye alınmış 14 tanı grubunun nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanı sayısı 3'tür(Tablo 8).

Tablo 7. Genel Cerrahi polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasının karşılaştırılması

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Benign meme displazisi, n (%)	31813 (33,8)	62445 (66,2)	<0,001
Yumuşak doku bozuklukları, n (%)	25289 (48,7)	26614 (51,3)	<0,001
Tiroid bezi bozuklukları, n (%)	10465 (39,2)	16222 (60,8)	0,085
Karın ağrısı, n (%)	7576 (30,9)	16955 (69,1)	<0,001
Hemoroid, n (%)	8891 (44,6)	11028 (55,4)	<0,001
İnguinal herni, n (%)	5648 (40,8)	8191 (59,2)	0,007
Pilonidal kist, n (%)	5898 (45,2)	7164 (54,8)	<0,001
Safra taşı, n (%)	4306 (36)	7648 (64)	<0,001
Gastrit ve duodenit, n (%)	4721 (54,4)	3960 (45,6)	<0,001
Anüs ve rektal bölge fissür ve fistülü, n (%)	3664 (42,3)	4995 (57,7)	<0,001
Derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları, n (%)	2368 (42,9)	3150 (57,1)	<0,001
Tırnak bozuklukları, n (%)	2947 (54,2)	2494 (45,8)	<0,001
Meme malign neoplazmı, n (%)	910 (23,9)	2896 (76,1)	<0,001
Umbilikal herni, n (%)	1464 (38,7)	2316 (61,3)	0,229

Tablo 8. Genel Cerrahi polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasının karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli)

	AHU Öncesi Dönem	AHU Sonrası Dönem	P
Benign meme displazisi, n (%)	35631 (36,3)	62445 (63,7)	<0,001
Yumuşak doku bozuklukları, n (%)	28324 (51,6)	26614 (48,4)	<0,001
Tiroid bezi bozuklukları, n (%)	11721 (41,9)	16222 (58,1)	0,075
Karın ağrısı, n (%)	8485 (33,4)	16955 (66,6)	<0,001
Hemoroid, n (%)	9958 (47,5)	11028 (52,5)	<0,001
İnguinal herni, n (%)	6326 (43,6)	8191 (56,4)	0,005
Pilonidal kist, n (%)	6606 (48)	7164 (52)	0,005
Safra taşı, n (%)	4823 (38,7)	7648 (61,3)	<0,001
Gastrit ve duodenit, n (%)	5288 (57,2)	3960 (42,8)	<0,001
Anüs ve rektal bölge fissür ve fistülü, n (%)	4104 (45,1)	4995 (54,9)	<0,001
Derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları, n (%)	2652 (45,7)	3150 (54,3)	<0,001
Tırnak bozuklukları, n (%)	3301 (57)	2494 (43)	<0,001
Meme malign neoplazmı, n (%)	1019 (26)	2896 (74)	<0,001
Umbilikal herni, n (%)	1640 (41,5)	2316 (58,5)	0,209

4.5. GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ

AHU sonraki dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda bronşiektazi, ASYE, miyozit, esansiyel primer hipertansiyon, astım tanıları konmuştur ($p<0,001$, tablo 9). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda, ASYE, miyozit, esansiyel primer hipertansiyon, astım tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 10).

AHU sonraki dönemde öncesi döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda gastro-özefajiyal reflü hastalığı, ÜSYE, allerjik rinit, tütün kullanımına bağlı bağımlılık sendromu tanıları konmuştur ($p<0,001$, tablo 9). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda gastro-özefajiyal reflü hastalığı, ÜSYE, allerjik rinit, tütün kullanımına bağlı bağımlılık sendromu tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 10).

Göğüs Hastalıkları polikliniğinde incelemeye alınmış 9 tanı grubunun nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanı sayısı 5'tir(Tablo 10).

Tablo 9. Göğüs Hastalıkları polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Astım, n (%)	46477 (50,3)	46004 (49,7)	<0,001
ASYE, n (%)	44847 (52,4)	40798 (47,6)	<0,001
Allerjik rinit, n (%)	19211 (42,2)	26320 (50,9)	<0,001
Miyozit, n (%)	13054 (54,4)	10941 (45,6)	<0,001
ÜSYE, n (%)	8293 (34,8)	15560 (65,2)	<0,001
Esansiyel primer hipertansiyon, n (%)	3942 (54,1)	3344 (45,9)	<0,001
Gastro-özefajiyal reflü hastalığı, n (%)	1668 (29,8)	3928 (70,2)	<0,001
Bronşiektazi, n (%)	1874 (53,7)	1619 (46,3)	<0,001
Tütün kullanımına bağlı bağımlılık sendromu, n (%)	147 (5,2)	2697 (94,8)	<0,001

Tablo 10. Göğüs Hastalıkları polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli)

	AHU Öncesi Dönem	AHU Sonrası Dönem	p
Astım, n (%)	525054 (53,1)	46004 (46,9)	<0,001
ASYE, n (%)	50229 (55,2)	40798 (44,8)	<0,001
Allerjik rinit, n (%)	21516 (45)	26320 (55)	<0,001
Miyozit, n (%)	14620 (57,1)	10941 (42,8)	<0,001
ÜSYE, n (%)	9288 (37,4)	15560 (62,6)	<0,001
Esansiyel primer hipertansiyon, n (%)	4415 (56,9)	3344 (43,1)	<0,001
Gastro-özefajiyal reflü hastalığı, n (%)	1868 (32,2)	3928 (67,8)	<0,001
Bronşiektazi, n (%)	2099 (56,5)	1619 (43,5)	<0,001
Tütün kullanımına bağlı bağımlılık sendromu, n (%)	165 (5,8)	2697 (94,2)	<0,001

4.6. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ

AHU sonraki dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda serviks uterinin enflamatuvar, annenin antenatal taramasında anormal bulgular tanıları konmuştur ($p<0,001$, tablo 11). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda serviks uterinin enflamatuvar, annenin antenatal taramasında anormal bulgular tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 12).

AHU sonraki dönemde öncesi döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda ovarian kistler, abdominal ve pelvik ağrı, akut vajinit, sistit, jinekolojik muayene, menstruasyonun yokluğu azlığı seyrekliği, gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı tanıları konmuştur ($p<0,001$, tablo 11). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda oranda ovarian kistler, abdominal ve pelvik ağrı, akut vajinit, sistit, jinekolojik muayene, menstruasyonun yokluğu azlığı seyrekliği, gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı tanılarının konulduğu görülmüştür ($p<0,001$, tablo 12).

Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde incelemeye alınmış 9 tanı grubunun nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanı sayısı 2'dir(Tablo 12).

Tablo 11. Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı, n (%)	69097 (28,4)	173916 (71,6)	<0,001
Menstruasyonun yokluğu, azlığı, seyrekliği, n (%)	37613 (42,4)	51158 (57,6)	<0,001
Jinekolojik muayene, n (%)	2404 (7)	32075 (93)	<0,001
Sistit, n (%)	7544 (36,5)	13137 (63,5)	<0,001
Akut vajinit, n (%)	2768 (22,6)	9466 (77,4)	<0,001
Abdominal ve pelvik ağrı, n (%)	2307 (26,9)	6280 (73,1)	<0,001
Serviks uterinin enflamatuvar hastalığı, n (%)	4378 (64,3)	2436 (35,7)	<0,001
Annenin antenatal taramasında anormal bulgular, n (%)	5133 (97,8)	114 (2,2)	<0,001
Ovarian kistler, n (%)	1489 (28,5)	3733 (71,5)	<0,001

Tablo 12. Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli)

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı, n (%)	77389 (30,8)	173916 (69,2)	<0,001
Menstruasyonun yokluğu, azlığı, seyrekliği, n (%)	42127 (45,2)	51158 (54,8)	<0,001
Jinekolojik muayene, n (%)	2692 (7,7)	32075 (92,3)	<0,001
Sistit, n (%)	8449 (39,1)	13137 (60,9)	<0,001
Akut vajinit, n (%)	2768 (22,6)	9466 (77,4)	<0,001
Abdominal ve pelvik ağrı, n (%)	2584 (29,2)	6280 (70,8)	<0,001
Serviks uterinin enflamatuvar hastalığı, n (%)	4903 (66,8)	2436 (33,2)	<0,001
Annenin antenatal taramasında anormal bulgular, n (%)	5749 (98,1)	114 (1,9)	<0,001
Ovarian kistler, n (%)	1668 (30,9)	3733 (69,1)	<0,001

4.7. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ

AHU sonraki dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda vazomotor ve allerjik rinit tanısı konmuştur (p<0,001, tablo 13). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda vazomotor ve allerjik rinit tanısının konulduğu görülmüştür (p<0,001, tablo 14).

AHU sonraki dönemde öncesi döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda akut nazofarenjit [nezle], akut sistit, ÜSYE, astım, perinatal dönemden kaynaklanan diğer durumlar, demir eksikliği anemisi, diyare ve gastroenterit, karın ağrısı, genel muayene tanıları konulmuştur (p<0,001, tablo 13). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda oranda akut nazofarenjit [nezle], akut sistit, ÜSYE, Astım, perinatal dönemden kaynaklanan diğer durumlar, demir eksikliği anemisi, diyare ve gastroenterit, karın ağrısı, genel muayene tanılarının konulduğu görülmüştür (p<0,001, tablo 14).

Aile hekimliği öncesi dönem ile sonraki dönem arasında akut bronşiolit tanısı ve akut bronşiolit dışı tanı konulması oranları arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,615, tablo 13). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında aile hekimliği öncesi dönem ile sonraki dönem arasında akut bronşiolit tanısı ve akut bronşiolit dışı tanı konulması oranları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,602, tablo 14).

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde incelemeye alınmış 11 tanı grubunun nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanı sayısı 1'dir(Tablo 14).

Tablo 13. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Akut nazofarenjit [nezle], n (%)	29740 (38,3)	47942 (61,7)	<0,001
Akut sistit, n (%)	24159 (32,4)	50328 (67,6)	<0,001
Akut bronşiolit, n (%)	23175 (34,4)	44108 (65,6)	0,6150
ÜSYE, n (%)	16087 (26,2)	45269 (73,8)	<0,001
Astım, n (%)	14976 (36,3)	26336 (63,7)	<0,001
Perinatal dönemden kaynaklanan diğer durumlar, n (%)	11274 (35,5)	20458 (64,5)	<0,001
Demir eksikliği anemisi, n (%)	12174 (42,1)	16712 (57,9)	<0,001
Diyare ve gastroenterit, n (%)	7671 (31,9)	16376 (68,1)	<0,001
Genel muayene, n (%)	3458 (22,5)	11941 (77,5)	<0,001
Vazomotor ve allerjik rinit, n (%)	7412 (65,8)	3859 (34,2)	<0,001
Karın ağrısı, n (%)	2222 (22,3)	7730 (77,7)	<0,001

Tablo 14. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması (Nüfusa göre düzeltmeli)

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
Akut nazofarenjit [nezle], n (%)	33309 (41,2)	47492 (58,8)	<0,001
Akut sistit, n (%)	27058 (35)	50328 (65)	<0,001
Akut bronşiolit, n (%)	25956 (37)	44108 (63)	0,6018
ÜSYE, n (%)	18017 (28,5)	45269 (71,5)	<0,001
Astım, n (%)	16773 (38,9)	26336 (61,1)	<0,001
Perinatal dönemden kaynaklanan diğer durumlar, n (%)	12627 (38,2)	20458 (61,8)	<0,001
Demir eksikliği anemisi, n (%)	13635 (44,9)	16712 (55,1)	<0,001
Diyare ve gastroenterit, n (%)	8592 (34,4)	16376 (65,6)	<0,001
Genel muayene, n (%)	3873 (24,5)	11941 (75,5)	<0,001
Vazomotor ve allerjik rinit, n (%)	7412 (65,8)	3859 (34,2)	<0,001
Karın ağrısı, n (%)	2489 (24,4)	7730 (75,6)	<0,001

4.8. ACİL SERVİS

AHU sonraki dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda sistit, esansiyel hipertansiyon tanıları konmuştur (p<0,001, tablo 15). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük oranda sistit, esansiyel hipertansiyon tanılarının konulduğu görülmüştür (p<0,001, tablo 16).

AHU sonraki dönemde öncesi döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda akut nazofarenjit [nezle], miyalji, diyare ve gastroenterit, akut bronşit, karın ağrısı, bulantı ve kusma, gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı, astım tanıları konmuştur (p<0,001, tablo 15). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında da AHU sonrası dönemde önceki döneme göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda oranda akut nazofarenjit [nezle], miyalji, diyare ve gastroenterit, akut bronşit, karın ağrısı, bulantı ve kusma, gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı, astım tanılarının konulduğu görülmüştür (p<0,001, tablo 16).

AHU sonraki dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha yüksek oranda ÜSYE, gastrit-duodenit tanıları konulmuştur (p<0,001, tablo 15). Nüfusa göre düzeltme uygulandığında ise AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda ÜSYE, gastrit-duodenit tanıları konulduğu saptanmıştır. (p<0,001, tablo 16).

Acil serviste incelemeye alınmış 12 tanı grubunun nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanı sayısı 2'dir (Tablo 16).

Tablo 15. Acil Serviste konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
ÜSYE, n (%)	308709 (48,3)	329807 (51,7)	<0,001
Akut nazofarenjit [nezle] , n (%)	69126 (40,9)	99836 (59,1)	<0,001
Miyalji, n (%)	63662 (38,2)	102792 (61,8)	<0,001
Diyare ve gastroenterit, n (%)	59903 (38,7)	94722 (61,3)	<0,001
Akut bronşit, n (%)	59716 (39,5)	91280 (60,5)	<0,001
Karın ağrısı, n (%)	33901 (24,7)	103381 (75,3)	<0,001
Sistit, n (%)	67850 (61,1)	43132 (38,9)	<0,001
Gastrit duodenit, n (%)	44065 (47,4)	48913 (52,6)	<0,001
Esansiyel hipertansiyon, n (%)	41750 (50,6)	40765 (49,4)	<0,001
Bulantı ve kusma, n (%)	10688 (15,6)	58040 (84,4)	<0,001
Gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı, n (%)	23817 (39,9)	35902 (60,1)	<0,001
Astım, n (%)	16282 (40,7)	23687 (59,3)	<0,001

Tablo 16. Acil Serviste konulan en sık tanıların AHU öncesi ve sonrasında karşılaştırılması (Nüfusa göre Düzeltmeli)

	AHU öncesi dönem	AHU sonrası dönem	p
ÜSYE, n (%)	308709 (48,3)	329807 (51,7)	<0,001
Akut nazofarenjit [nezle] , n (%)	69126 (40,9)	99836 (59,1)	<0,001
Miyalji, n (%)	63662 (38,2)	102792 (61,8)	<0,001
Diyare ve gastroenterit, n (%)	59903 (38,7)	94722 (61,3)	<0,001
Akut bronşit, n (%)	59716 (39,5)	91280 (60,5)	<0,001
Karın ağrısı, n (%)	33901 (24,7)	103381 (75,3)	<0,001
Sistit, n (%)	67850 (61,1)	43132 (38,9)	<0,001
Gastrit duodenit, n (%)	44065 (47,4)	48913 (52,6)	<0,001
Esansiyel hipertansiyon, n (%)	41750 (50,6)	40765 (49,4)	<0,001
Bulantı ve kusma, n (%)	10688 (15,6)	58040 (84,4)	<0,001
Gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı, n (%)	23817 (39,9)	35902 (60,1)	<0,001
Astım, n (%)	16282 (40,7)	23687 (59,3)	<0,001

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesiyle üçüncü basamak sağlık kuruluşuna yapılan hasta başvurularının tanı bazında değişiklik olup olmadığı konusu incelenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin basamaklandırma gibi yapılanması, finansmanı, birinci basamakta kimlerin çalıştığı, merkezi ya da yerel yönetimsel yapılanma gibi durumlar aile hekiminin görev sınırlarını etkiler. Dünyadaki örneklere bakıldığında birinci basamakta yalnız aile hekimlerinin çalışabileceği gibi diğer uzmanlık dallarının da çalışabilmesi mümkündür. Aile hekimleri diğer uzmanlık dalları ile aynı işleri yapabilirken, diğer branşların bulunduğu merkezlerde o branşların hastalarına bakmayabilirler. Bazı girişimler birinci basamakta yapıldığı zaman hasta tarafından ücreti ödenmesi gerekirse, bu girişimler aile hekiminin görev tanımı içerisinde yer alsa da hastaneye gönderilmek zorunda kalınabilir. Birçok ülkede aile hekimleri ulusal sağlık sisteminin giriş noktası olan birinci basamakta görev yapar. Aile hekimine ulaşmak için gerekli olan bekleme zamanı başka türlü yardım almayı gerektirecek ya da yardım almaktan caydıracak uzunlukta olmamalıdır (22).

AHU'da aile planlaması, gebelik takibi, ana çocuk sağlığı ve aşılama hizmetleri gibi geniş kapsamlı görevler bulunmaktadır. Oysa Durusoy ve arkadaşlarının İzmir ilinde yaptığı, ikinci ve üçüncü basamak hastanelere başvuran gebelerin incelendiği çalışmada; kadınların gebe olduğunu öğrendikten sonra ilk kontrol için aile hekimleri yerine devlet hastanelerini tercih ettikleri görülmüştür (33). Nitekim bizim çalışmamızda da gebelik takipleriyle ilgili olan tanıda AHU sonrası dönemde anlamlı artış görülmektedir.

Çalışmamızda Kadın hastalıkları doğum polikliniğinde AHU sonraki dönemde önceki döneme göre (nüfusa göre düzeltme yapıldığında da) anlamlı olarak daha düşük oranda serviks uterinin enflamatuar hastalıkları, annenin antenatal taramasında anormal bulgular tanıları konmuştur. AHU ile serviks muayenesinin (smear vs ile), gebe takip izlemlerinin düzenli hale gelmesiyle bu hastalık tanılarının hastanede daha az konmasının etkenlerinden biri olduğunu düşünebiliriz.

Aile hekimliği farklı klinik tabloların uğrak yeri olabilmektedir. Aile hekimliğine başvurular en sık iç hastalıkları branşı ile ilgili hastalıklar nedeni ile olmaktadır ve aile hekimleri bu konuda tedavi ve takipte önemli yer almaktadır (34). Nitekim iç hastalıkları polikliniğinde konulan demir eksikliği anemisi , esansiyel hipertansiyon, sistit ve akut farenjit tanılarında AHU sonrasında anlamı düşüş görülmektedir. Bu hastalıklar esasında aile hekimlerinin de muayenesi ve tetkikleriyle yönetebileceği hastalık gruplarıdır. AHU'nun başlamasıyla birlikte aile hekimleri tarafından takip ve tedavi edilen bu hastaların hastaneye başvuru miktarında azalma olduğunu düşünebiliriz.

Tip 2 DM tanısında AHU sonrası anlamlı bir artış görülürken, Tip 1 DM tanısında anlamlı azalma görülmüştür. Bu durumun bir kısmını şu sebeplere dayandırabiliriz:

- Tip 1 DM'li hastaların tedavisinin standart insülin ile olduğu için ve hasta popülasyonun daha genç ve bu yüzden tedaviye daha uyumlu oldukları için aile hekimleri tarafından doz ayarlaması yapılabiliyor ve hasta tarafından uygulanabiliyor olması
- Tip 2 DM'li hastaların tedavisindeki ilaç çeşitliği nedeniyle ilaç değişiminin Tip 1 DM'dekilere göre daha sık olabileceği ve bu ilaçların pahalı olması nedeniyle sık kullanılan DM ilaçlarının bir kısmının yalnızca dahiliye uzmanlarınca raporlanabilmesi ve aile hekimliği uzmanının da rapor çıkarabileceği ilaç olsa dahi sahada pratisyen aile hekimlerinin aile hekimliği uzmanlarına göre daha çok sayıda olması.

Buna rağmen Başer ve arkadaşlarının Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran tip 2 DM'li olan hastalarla yapılan anket çalışmasında sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahip olan birinci basamak sağlık sistemlerinde kronik hasta takibinin önemine dikkat çekilmek istenmiş ve hastaların görüşleri alınarak bu konuda geliştirilmesi gereken özelliklerin saptanması amaçlanmış, birinci basamak sisteminin çekirdek yeterliliklerinin, DM gibi kronik hastalıkların yönetiminde hastaların beklentileri doğrultusundaki gereken özellikleri karşıladığı saptanmıştır. Belirtilen çalışmada DM hastalığı açısından aile hekimine takip olmayı tercih eden hastalar, hekiminin gerektiğinde ikinci-üçüncü basamak hekimine sevk edeceği konusunda güven duyduğunu belirtildiği vurgulanmıştır (35).

Kardiyoloji polikliniğinde sık konulan tanılar arasında sadece AHU sonrası dönemde anlamlı olarak azalan kronik iskemik kalp hastalığı tanısı vardır. Bu hastaların takip sürecinde aile hekimlerinin başarısı ve güvenilirliği gibi etkenlerin hastaneye başvurusunu azalttığı çıkarımında bulunabiliriz. Diğer konulmuş sık tanıların neredeyse yarısının (göğüs ağrısı, dispne, çarpıntı, kardiyak üfürüm) daha çok semptom & bulgu gösteren tanılar olduğu görülmektedir. Diğerleri ise kronik hastalık grubundadır (kalp yetmezliği, hiperlipidemi, atriyal fibrilasyon ve flutter, kalp kapağı protezi, esansiyel hipertansiyon).

Psikiyatri polikliniğindeki tüm tanılarda AHU sonrası anlamlı artış görülmesi dikkati çekmektedir. Aslında aile hekiminin depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaları takip tedavi edebileceği beklenmektedir. Hatta aile hekimliği uzmanının Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) a göre bazı antidepresan ilaçlara rapor çıkarma yetkisi dahi bulunmaktadır. Özellikle bu hastaların AHU sonrasında artan oranda psikiyatri polikliniğine de gitmeyi tercih etmesinin bir nedeni sahadaki aile hekimlerinin çoğunun pratisyen hekim olması nedeniyle uzmanlık eğitimindeki zorunlu psikiyatri rotasyınu yapmadıklarından ileri görüş alınması için sevk etmiş olabilir. Başka bir neden olarak da toplumda psikiyatri doktoruna başvurma konusunda gösterdiği direncin de kırılmış olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Üçok 1999 yılında Psikiyatri Dünyası dergisinde bu direnç hakkında şunları belirtmiştir: “Psikiyatristlerin toplumdaki adının "deli doktoru" olduğu herkesin bildiği bir gerçektir. Psikiyatristlerin "en az tedavi ettikleri hastalar kadar kaçık" olduklarına ilişkin bir yargı bütün dünyada geçerlidir. Bunun izlerini filmlerde, karikatürlerde rahatlıkla görebiliriz. Bu örneklerin biri Kuzuların Sessizliği filminin baş kahramanı "hem psikiyatrist hem deli" Dr. Hannibal Lecter'dir. Psikiyatristler üzerindeki bu stigma hastaların hekime başvurmalarını güçleştirmektedir” (36). Neyse ki 90’ların sonundan günümüze geldikçe bu yargı azalmıştır ve psikiyatrik nedenli başvurular artmıştır.

AH’ne başvuran hastalar belirsiz ve erken semptomlar ile başvurdukları gibi farklı nedenler ve beklentilere sahip olabilirler. Çoğu zaman hasta için doğru olanı yapmak konusunda aile hekimi tek başına karar vermek zorundadır. Başka branşlardan uzmanların yararı birinci basamak ortamını iyi tanımaları ile çok yakından ilgilidir (22). Bu yüzden diğer branş doktorlarının da aile hekiminin yetkinlikleri ve görevlerini iyi bilmeleri sayesinde hastalar daha doğru yönlendirilmiş olacak ve gereksiz hastane başvuru miktarında önemli düşüş sağlanacaktır.

Aile doktoru fetüsten en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığından sorumludur. Başvuranın her türlü sağlık sorununu ele alır; birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için yapacağı danışmanlık hizmetleriyle diğer uzman hekimlere, diyetisyene ya da diş hekimine hastayı sevk ederek, koordinatör görevini üstlenir. Kapı tutuculuk (gatekeeper) görevi aile doktorunun önemli bir görevidir. Bu görevi sayesinde sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar. Sevk etmesi gerektiğinde, doğru uzmanlık dalına ve doğru merkeze kişinin sağlık bilgileriyle birlikte gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir biçimde kullanımını sağlar. Sağlıkta gereksiz harcamaları önler, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları ve hasta mağduriyetlerini engeller (22; 37).

Genel Cerrahi polikliniğinde AHU sonrası dönemde daha çok medikal tedaviyle veya küçük girişimlerle giderilebilecek tırnak bozuklukları, gastrit ve duodenit, yumuşak doku bozuklukları tanılarında anlamlı düşüş gözlenmektedir. Oysa daha çok cerrahi müdahele gerektirebilecek benign meme displazisi, karın ağrısı, hemoroid, inguinal herni, pilonidal kist, safra taşı, anüs ve rektal bölge fissür ve fistülü, derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları, meme malign neoplazmı gibi hastalıklarda anlamlı artış olmuştur.

Pediatri polikliniğinde konulan sık tanılar arasından vazomotor ve allerjik rinit tanısı dışında diğer tanılarda anlamlı artış görülmüştür. Aile hekimlerinin sağlam çocuk takibi yapmakla yükümlü oldukları bu sistemde patolojik durumlar açısından halen hatta artmakta olan bir oranla ebevynlerinin hastalarını pediatri uzmanlarına götürdükleri gözlemlenmiştir.

Şensoy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 2002-2004 yılları arasında aile hekimliği merkezine başvurular incelenmiş ve en sık değerlendirilen tanı üst solonum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) olarak değerlendirilmiştir (38). Bizim çalışmamızda hastanemiz göğüs hastalıkları, pediatri polikliniklerinde ve acil serviste AHU sonrası ÜSYE tanılarında anlamlı artış olduğu görülmektedir. Bu durum basamak ayırt etmeksizin sağlık merkezine bu hastalık grubundaki hasta başvurularında artış olduğunu, ancak aile hekimlerine olan başvuru artışının hastane başvurularındaki artışa engel olamayacak düzeyde olmuş olduğunu düşündürmektedir.

ÜSYE, akut nazofarenjit (nezle) ve miyalji gibi aslında acil olmayan tanıların hem acil serviste konulan en sık 3 hastalık hem de AHU sonrası dönemde bu hastalıklarda anlamlı artış olması Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Tesisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığının Sağlıkta Verimlilik Dergisinin Kasım 2014 tarihli sayısındaki açıklamalarından kaynaklanabileceğini de gözler önüne seriyor (39):

- Basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği sebebiyle hastaların acil servisi tercih etmesi
- Hastane iç ve dışından acil servislere uygunsuz olarak yönlendirilen, diğer birimlerde sonuçlandırılması gereken hastaların acil servisler üzerinde yarattığı ek yük
- İç sevkler- polikliniklerden tedavi, yatış ve basit işlemler için acil servislere yönlendirilen hastalar
- Kronik hasta bakım olanaklarının yokluğu sebebiyle bu hastaların acil servisler dışında alternatifinin olmaması
- Randevusuz bakım olanaklarının olmaması dolayısıyla bu şekilde hizmet veren tek yer olan acil servislere hastaların başvurmak zorunda kalması
- Adli vaka giriş-çıkış muayeneleri, enjeksiyonlar, pansumanlar, hastalık raporu alma, işbaşı kağıdı alma gibi acil olmayan durumların acil servis üzerinde yarattığı ciddi iş yükü
- Acil servis hizmetlerinin acil olmayan haller için diğer birimlere göre daha ucuz olması".

Sağlık hizmetlerinin sunumunu bir piramide benzetecek olursak birinci basamak piramidin en alt ve geniş zonunda yer alır. Türkiye'de ise hizmet sunumunda bu piramit neredeyse ters dönmüş durumdadır. Hastanelere başvuranların neredeyse % 90'ının sorunlarının aslında birinci basamakta çözümlenebileceği hesaplanmıştır. Piramidin en alt katmanını oluşturan birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımlandığı pek çok değişik yaklaşımın ortak noktaları bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturması, süreklilik, kapsamlılık ve eşgüdüm sağlamasıdır. Birinci basamak bir uygulama ortamıdır. Aile hekimliği birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir tıp disiplinidir (40).

Sağlık Bakanlığı'nın Aile Doktorları için Kurs Kitabında belirtildiği üzere; sevk zincirine girmek istemeyen hastalar zorlanamaz. Hasta sevk zincirine uymaksızın hastaneye başvurmayı tercih ediyorsa tahakkuk eden ücretin bir kısmını kendisi öder**.** Hastanenin geriye kalan ücreti alabilmesi için, aile doktoruna geri bildirim notunu onaylanmak üzere göndermesi gereklidir. Böylece doğrudan hastaneye başvuran hastanın da % 100'e yakın geri bildirimi sağlanmış. Geri bildirim, hastalık ve müdahalenin bilinmesi ile hastaya daha iyi sağlık hizmeti verilmesine imkan tanırken diğer taraftan geri bildirim olmaksızın ödeme yapılmayacağından ikinci basamak hizmetlerini de kontrol altına alınmış olur. Sağlık kuruluşları arasında basamaklandırılmış sağlık hizmetini ve birinci basamağa başvuruyu teşvik için (22):

- Birinci basamaktan sevkli gelen hastalara hastanede öncelik tanınması.
- İkinci ve üçüncü basamaktaki uzman hekimlerin performans değerlendirmelerinde aile hekiminden sevkli gelen hastalara yapılan işlemlere daha fazla puan verilmesi
- Birinci basamaktan sevkle gelmeyen hastaya tahakkuk eden ücrete katılım payı ödetilmesi gibi uygulamalar gerçekleştirilebilir.

1978 Alma Ata bildirgesine göre sağlık sorununun % 85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Prensip olarak aile hekiminin sevk oranları % 20'nin üzerine çıkmamalıdır, yöresel özellikler, epidemiyolojik veriler ve Türkiye genelinde aile doktorlarının yaptığı geri bildirimler değerlendirilerek bu oran Sağlık Bakanlığı tarafından değiştirilebilir (22).

Nesanır ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir çalışmada aile hekimliği uygulamasına geçen 11 il ele alınmış ve uygulamanın umut vaat edici olduğu kanaatine varmışlardır (41).

Aile hekimliği uygulamasının hedeflendiği gibi işleyiş gösterdiği ülkelere bakıldığında hastalığın takip-tedavisi, periyodik muayeneleri düzenli olacak ve böylelikle hastalıkların ilerlemesine mani olunacaktır. Aile hekimi belli bir nüfusa ait olan hastalarını tanıdığı, sürekli takip ettiği ve kaydettiği için hastasının durumuna daha hakim olacaktır. Sevk zinciriyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerindeki gereksiz hasta başvurularının önüne geçilmiş olacak ve 2 ve 3. basamaktaki sağlık hizmeti daha kaliteli olacaktır. Aynı zamanda 2 ve 3. basamaktaki gereksiz işyükünün önüne geçilecektir ve israfın önüne geçilecektir. Bu durumlar göz önünde alındığında AHU'nun hastalar, sağlık çalışanları ve yöneticiler için faydalı olduğu aşikardır.

6. SONUÇ

Çalışmamız AHU'ya geçişin doğru değerlendirilebilmesi amacıyla hastanedeki 8 branşın 8 sene içindeki tanılarını değerlendirilerek yapıldı. Yapılan incelemeler sonucunda aile hekimi tarafından takip ve tedavisi mümkün olan tanılardan en çok dahiliye polikliniğinde anlamlı düşüşler görülmektedir. Aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde en uzun rotasyon süresi olarak belirlenmiş olan pediatri polikliniklerinde ise neredeyse tüm tanılarda AHU sonrası artış görülmektedir. Bu durum daha çok ebevynlerin çocuk faktörü devreye girince tatminkarlık eşiğinde yükselme olabileceğine ve sahada aile hekimliği yapan çoğu doktorun pratisyen olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda dikkati çeken bir durum da AHU sonrası dönemde iç hastalıkları ve göğüs hastalıkları polikliniğinde esansiyel hipertansiyon tanısında anlamlı düşme olurken bu tanıda kardiyoloji polikliniğinde anlamlı yükselme olmasıdır. Bunun nedeni ilk etapta kardiyoloji polikliniğine hipertansiyon hastalarının kaymış olabileceği gibi görünse de iç hastalıkları polikliniğindeki her iki dönemde ayrı ayrı hipertansiyon tanı miktarı yaklaşık yüz binler civarındayken, kardiyoloji polikliniğinde bu miktar onar bin civarıdır. Bunun da anlamlı fark oluşturup oluşturmayacağı konusunda bir inceleme çalışmamızda yapılmamıştır.

Aile hekiminin yetkinlikleri ve görevleri tüm branş hekimlerine yapılacak doğru, etkili ve yeterli bilgilendirme ile hastalar daha doğru yönlendirilmiş olacak ve gereksiz hastane başvurusunda önemli ölçüde düşüş sağlanabilecektir. Ayrıca aile hekimlerinin uygulama alanları halka yönelik anlatımlarla bu başarı desteklenecektir.

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel adımlarından biri olan aile hekimliği uygulamasındaki yapılanma için AHU'nun olduğu diğer ülkelerdeki örneklere bakılarak, sistemdeki sağlık çalışanlarının ve halkın da görüşleri alınarak ülkemize uygun adaptasyonla eksiklerin giderilmesiyle daha işleyişli ve memnuniyet artırıcı bir sistem olacağı kanaatindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2015, Cilt:15, Yıl:15, Sayı:1, 15: 23-50 .

2. Türkiye'de Aile Hekimliği. [Alıntı Tarihi: 14 Ocak 2016.] http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html.

3. Söyleyici, Tansu. Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Denizli, 2010.

4. Çelikay F. ve Gümüş E. "Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi". Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 2010, 66 (3): 55-92.

5. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi.[Alıntı Tarihi: 20 01 2016] http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240.

6. Akdur, R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması. Ankara : Ankara Üniversitesi Basımevi, 1999. s. 5.

7. Hayran, Osman ve Sur. Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitapevleri, 1997.

8. Kurtulmuş, Sevgi. Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları. 1998.

9. Tekbaş, Ömer Faruk. Çevre Sağlığı. GATA Basımevi, 2010.

10. Avşar, N. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Sistemi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul, 2010.

11. Şişman, S. Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul, 2010.

12. Akdur, R. ve diğerleri. Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye Ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Ankara, 2003.

13. Mersin Tıp Fakültesi Dönem 5 Halk Sağlığı Ders Notu. [Alıntı Tarihi: 20 Ocak 2016.] http://www.mersin.edu.tr/uploads/782/donem_5_halksagligi_ders_notu.pdf.

14. Vikipedi. [Alıntı Tarihi: 20 Ocak 2016.] https://tr.wikipedia.org/wiki/sa%c4%9fl%c4%b1kevi.

15. Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri), MEGEP (Mesleki Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Ankara, 2008.

16. Eyler, N. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu Yüksek Lisans Tezi. T.C Atılım Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı Ankara, 2011.

17. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalışıtırılmasına Dair Yönerge. [Alıntı Tarihi: 20 Ocak 2016.] http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenergeler/1232-toplum-sal-merkezlerinin-kurulmas-ve-caltrlmasna-dair-yoenerge-.html.

18. Aile Hekiminin Tanımı. [Alıntı Tarihi: 14 Ocak 2016.] http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html.

19. Aktürk Z., Set T. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi El Kitabı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum, 2010.

20. Neden Aile Hekimliği . [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 14 Ocak 2016.] http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-oezellikleri.html.

21. WONCA Europe 2002, The European Definition of General Practice/Family Medicine.

22. T.C Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları için Kurs Notları (1. Basım). Ata Ofset. Ankara, 2004.

23. Making medical practice and education more relevant to people's needs. WHO-WONCA joint conference. WHO-WONCA. Ontario, Canada. 6-8 Nov 1994.

24. Ergin A., Turkiye'de Aile Hekimliği, http://www.ailehekimince.com/ailehektarihce.htm, Erişim Tarihi: 24.08.2010.

25. Algın, Kürşat. Türkiye'de Faaliyet Gösteren Aile Hekimlerinin Problemlerinin Tespiti, Aile Hekimlerinin Problemlere İlişkin Değerlendirmeleri ve Çözüm Önerilerinin Tespitine Yönelik Bir Alan Araştırması Hacettepe Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı. Ankara, 2002 : s.n.

26. Dünyada Aile Hekimliği. [Alıntı Tarihi: 14 Ocak 2016.] http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html.

27. Health 21: the health for all policy frame work for the WHO European region. WHO Regional office for Europe. Copenhagen, 2000.

28. Bayam L. İngiltere'deki Aile Hekimliği Uygulamasına Genel Bir Bakış, Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı. [Alıntı Tarihi: 30 Mart 2007.] http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=33&t=ingiltere_deki_Aile_Hekimligi_Uygulamasina_Genel_Bir_Bakis.

29. Council Of Europe, Structure and Operation of Local and Regional Democray, Norway.

30. Highlights on Health in Ireland, WHO Regional Office for Europe , 1998:1-43.

31. Körüklüoğlu, S. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. SB Diyalog (T.C Sağlık Bakanlığı Yayın Organı), 2005.

32. Carelli F. et al. The EURACT Educational Agenda of General Practice / Family Medicine. Italian version _ Noventa di Piave (Venice), 2006.

33. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. Prenatal care utilization from family physicians: a study among pregnant women applying to secondary and tertiary care hospitals in Izmir. Turkish Journal of Public Health 2011;9(1):1-15.

34. Ertürk NT, Süt N, Sipahioğlu F. Cerrahpaşa tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların 3 yıllık profili. Cerrahpaşa J Med 2004; 35: 115-121.

35. Başer D, Kahveci D, Aksoy H, Döner P, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Tip 2 diyabetli hastaların aile hekimiyle iletişimi ile ilgili görüş ve deneyimleri: Kalitatif çalışma. Cumhuriyet Tıp Derg 2014; 36: 495-50.

36. Üçok, Alp. Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler. Psikiyatri Dünyası, 1999;3:67-71.

37. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients'views on the role of the family physician. Fam Pract 2000; 17: 222-9.

38. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu aile hekimliği merkezi'nde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: aile hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor? The Medical Journal of Kocatepe 2009;10:49-56.

39. Sağlıkta Verimlilik Bülteni. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. [Alıntı Tarihi: 21 Ocak 2016.] http://www.tkhk.gov.tr/bulten/ızlemeolcme/2.saglıktaverımlılıkbultenı/ındex.html#/25/zoomed .

40. Aydın, Sabahattin. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türk sağlık Sisteminin Geleceği Açısından "Sağlıkta Dönüşüm Programı, Toplantısı Sunum Bildirisi, 16–19 Ocak, Abant, Bolu, 2004.

41. Nesanır N, Erkman N. Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. TAF Prev Med Bull 2010;9(5):493-504.

42. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes, within organization for economic cooperation and development (OECD) countries 1070-1998. Health Services Research 2003;38(3):831-65.

43. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994;344(8930):1129-33.

44. Akman M.,Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(2):70-78.