

Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu?

An Analysis: Is Family Medicine Used Efficiently in Our Country?

Yusuf Üstü¹, Mehmet Uğurlu¹

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Öz

Aile Hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir. Sağlıklı toplum için yapılan bütün müdahalelerde tüm yollar aile hekimliğinde kesişmektedir. Bu yazı ile aile hekimliğinin etkinliği tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, etkin kullanım

Abstract

The health transition project and its scope aims to strengthen and restructure the primary health services by deploying Family Medicine practice. All interventions for healthy communities are crossed in family medicine. In this article, the effectiveness of family medicine is discussed.

Key words: Family medicine, efficient use

Yazışma Adresi / Correspondence:

Doç. Dr. Yusuf Üstü

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

e-posta: dryustu@gmail.com

Geliş Tarihi: 09.02.2015

Kabul Tarihi: 01.07.2015

Giriş

Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması ile aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi ve aile sağlığı elemanları tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinden bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesi hedeflenmiştir.¹

Neredeyse sağlıklı toplum için yapılan bütün müdahalelerde tüm yollar aile hekimliğinde buluşmakta, kesişmektedir. Karar vericilerin, koruyucu hekimliği incelemesi zorunludur. Basit olarak örnek vermek gerekirse sağlığın bir ucunda Hepatit B aşısının yapılması varken, diğer uçta hepatit B enfeksiyonu nedeniyle siroz olan kişinin karaciğer transplantasyonu söz konusudur. Yani ya hepatit B aşısını tüm topluma yayarak, buna bağlı kronik karaciğer hastalığını ve sirozu yok edeceksiniz (Norveç örneği) ya da bazı ülkeler gibi karaciğer transplantasyonlarımızla övüneceksiniz.

Korucu hekimliği incelemeyen farklı yaklaşımlar, zaten maliyet açısından sürdürülebilir olmadığından sağlık sisteminin çökmesine kadar giden bir süreci tetikleyecektir.

Zamanla tüm dünyada aile hekimliğinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Türkiye’de de TÜİK tarafından yapılan memnuniyet anketinin 2003 yılı sonuçlarına göre vatandaşların verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyeti % 39.5 iken 2011 sonuçlarına göre % 76 oranına yükselmiştir. Vatandaşların sağlık hizmetini birinci basamaktan alma talebi giderek artmaktadır ve aile hekimliği hizmetlerinden özellikle memnun olduğu bildirilmektedir.² Aile hekimliğinin etkin kullanımının sağlanması için atılması gereken adımlar vardır. Ayrıca geribildirimler ile sürekli revizyonu gereklidir.

Aile hekimliği etkin kullanılıyor mu?

Dünya ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de yıllık hasta başvuru ortalaması (2002’de 3,1 iken 2013’de 8,2’ ye çıkmıştır) çeşitli nedenlerle (sağlık hizmetlerine kolay ulaşma, yeni gelişen teknoloji, katkı payı ödenmemesi / düşük katkı payı ödenmesi, azdırılmış sağlık talebi, defansif tıp uygulamaları, tekrarlayan görüşmeler, uygunsuz sevk, uygunsuz ücretlendirmeler vb.) artmaktadır.²⁻⁵

Geniş çaplı yapılan bir araştırmada ortalama bir aylık sürede sağlık problemi yaşayan her 1000 kişinin dağılımı incelendiğinde ilginç ve önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışma sonucunda, herhangi bir ayda 800 kişinin en az bir semptomu olduğu tespit edilmiştir.⁶ Bu hastaların çoğu kendi kendine tedavi uygulamış, 217’si ise bir hekime başvurmuştur.⁶ Bunlardan da 8’i yatırılarak tedavi edilmiş, yalnızca bir kişi üçüncü basamak sağlık kurumuna gitmiştir.⁶ Bilindiği gibi 1978 Alma-Ata bildirgesine göre sağlık sorunlarının % 85-90’ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Basit laboratuvar tetkiklerinin eklenmesi ile bu oranın % 96’ya çıktığı bildirilmektedir.⁴ Bu durumda yukarıdaki çalışmaya göre bir hekime görünen 217 kişinin en az 184’ünün (%85) birinci basamağa başvurduğu, geriye kalan 33 kişinin ya sevk ya da direkt olarak 2.-3. Basamağa başvurduğundan söz edilebilir. Eğer % 96 üzerinden hesap yapılırsa bu rakam 9’a kadar düşmektedir. Yani neredeyse ayaktan tanı ve tedavi süreçlerinin tamamının birinci basamak hekimlerince yürütüldüğünü görebiliriz. Ancak birçok ülkede kendi ofislerinde sadece ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinde çalışan Genel Pediatri, Genel Dahiliye ve Kadın Hastalıkları uzmanlarının da burada bahsedilen birinci basamak hekimleri kapsamında değerlendirildiği göz önünde tutulmalıdır.

Türkiye’de 2013 yılında sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı 630 milyondur (2002’de 208 milyon). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı ise 212 milyonu aile hekimliklerine olmak üzere 220 milyondur (2002’de 74 milyon). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin payı, artmasına rağmen halen % 42-45 ile istenen noktadan uzak olduğu görülmektedir.²⁻⁵ Ankara’daki bir Tıp Fakültesinden yapılan açıklamada “Polikliniklerimizden günde 3.500 hasta ayaktan hizmet almaktadır. Geçen yıl (2014) toplam bir milyon hastaya hizmet verdik” denilmektedir. Ankara’nın nüfusunu 5 milyon olarak düşündüğümüzde, bir ay içerisinde tüm 3 basamak sağlık birimlerinden (Ankara’da 18 tane 3 basamak hastanesi mevcut) hizmet alması gereken kişi sayısının 5.000 (1000 kişinin dağılımı incelendiğinde yalnızca bir kişinin üçüncü basamak sağlık kurumuna gittiğini hatırlayalım) olmasını beklemekteyiz. Çevre illerden de kabaca bunun 4 katı nüfusa hizmet verdiğini varsaydığımızda dahi bu rakam en çok 25.000 kişi eder. Sadece yukarıda ki bahsettiğimiz bir tek üniversite hastanesi, bir ayda yaklaşık 77.000 kişiye ayaktan hizmet vermektedir. Bakılan hastaların %80’den fazlasının birinci basamak hastası olduğunu söylemek mümkündür.

Sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı, gerçek başvuru sayısı ile örtüşmekte midir?

Sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı 630 milyon / yıl üzerinden hesaplandığında, kişi başı yıllık başvuru sayısı 8,2 (630 milyon / 75 milyon nüfus) ile oldukça yüksektir.² Birinci basamak hekimliğinde hekimin kazancı başvuru sayısı ile ilişkili olmadığından, hatta ne kadar az başvuru yapılırsa hekim açısından o kadar makbul bir durum olacağından başvuru sayılarının gerçek başvuru sayıları olacağını söyleyebiliriz. Ancak 2. - 3. basamak hizmetlerinde hekimin alacağı ücret yüksek oranda (alınan toplam ücretin nerdeyse %70-80’i) başvuru sayısı ile ilişkilendirilmiştir. Yani başvuru arttıkça alınan ücret artmaktadır. Bu durum ise ister istemez başvuru sayısını arttırmaktadır. 2.-3. basamakta bakılan 410 milyon kişinin büyük bir kısmının birinci basamak hastası / gereksiz tekrarlar / gereksiz konsültasyonlardan (malpraktis endişesi, defansif tıp uygulamaları, zaman yetersizliği vb. nedenlerle) oluştuğunu varsaymak yanlış olmayacaktır. Ayrıca hastanın komplike olup olmaması alınan ücreti değiştirmedikinden birinci basamak hastaları en makbul hasta grubu

olarak değerlendirilebilmektedir. Bunun da işgücü kaybı, gereksiz tetkikler, artmış invaziv girişimler ve artan maliyetler ile ilişkili olduğu görülmektedir. 2-3 basamakta çalışan hekimlerin asıl çalışma alanları olan *acil servis / yoğun bakım / kat hekimliği / ameliyathane* yerine birinci basamak hekimliğine yönelmesi, acil hekimliğinin de birinci basamak hekimlerince yapılmaya çalışması gibi bir durum ortaya çıkarmaktadır.

Birinci basamakta verilmesi gereken sağlık hizmetinin 2.-3. basamakta verilmesi uygun mu?

Semptomlar aile hekimine başvurunun en sık nedenleridir.⁷⁻⁸ Bu başvuruların yaklaşık yarısı uyum zorlukları, anksiyete ve depresyon benzeri durumlar ile ilişkilidir.⁷⁻⁸ Akut solunum yolu enfeksiyonları, hipertansiyon, diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı en sık tanılardır.⁷⁻⁸ Bunlar birinci basamak hekimliğinde rahatlıkla baş edilebilen durumlardır.

Tanı için farklı klinik akıl yürütme biçimleri kullanılır. Aile hekimleri, hastalarına yaklaşımda, hipotezi test etme (sık başvuru olan etkili ve düşük maliyetli yöntemdir.) sıklıkla kullanırken, 2.-3. basamak hekimleri sıklıkla detaylı araştırma yöntemini tercih eder.⁹⁻¹² Öykü ve fizik muayeneyi takiben tüm ihtimalleri dışlayacak derecede çoklu laboratuvar testleri istenir. Bu yöntem daha çok 2. ve 3. basamakta nadir ve / veya multipl sistem rahatsızlığı olan hastalar için uygundur.⁹⁻¹² Laboratuvar hataları, yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçların yanlış tanıya götürme riski, hastada istenmeyen anksiyete oluşturma riski ve gereksiz invaziv testlere yol açabilir.⁹⁻¹² Örneğin, basit paraziter bir karın ağrısı olan hastanın acile başvurması halinde acil olmadığı anlaşıldıktan sonra Genel Cerrahi, Dahiliye, Kadın Hastalıkları, Enfeksiyon hastalıkları ve Gastroenteroloji gibi branşların bazen bir kaçında, bazen tamamında muayene olması sıradan hale gelerek, bu muayeneler sırasında aşırı tetkik ve sonucunda laboratuvar hatası (yanlış pozitif vb.) nedeniyle invaziv girişimlere kadar uzanan ve devamında ise tekrarlayan kontroller ile içinden çıkılmaz bir hale dönüştüğü gözlenmektedir. Artık karın ağrısı nedeniyle başvuran hastada endoskopi yapılması, myalji nedeniyle başvuran hastada anjiyo yapılması, farenjit nedeniyle başvuran hastada tiroid nodül biyopsileri sıradanlaşmakta olup “aşırı tanı” kapsamında değerlendirilebilir.

İkinci ve üçüncü basamakta hastalar sahiplenilmediğinden ve her başvuruda farklı bir hekimle karşılaşıldığından, hastanın çözümlenmesi yetersiz kalabilmektedir. Özellikle kronik hastalıklardaki genellikle zaman yetersizliği nedeniyle yetersiz verilen danışmanlık hizmetleri, gereksiz tekrarlayan görüşmeler ile sonuçlanmaktadır.

Birinci basamağa özgü olan, biyopsikososyal bütüncül yaklaşım gerektiren ve hastalık bulgularının yetersiz olduğu erken dönemde branş uzmanlarının yetersiz kalabileceği bildirilmektedir.⁹⁻¹² Çünkü birinci basamakta tanılar genellikle olasılık temeline dayanır ve kendine bağlı olan hasta nüfusunda yılın o zamanında yüksek insidanslı olan hastalık belirtilerini baz alır. Yaklaşık olarak hastaların dörtte biri kesin bir tanı alamaz, çünkü mevcut belirti ve yakınmalar kesin tanı koyulmadan önce iyileşmiş olur.⁹⁻¹² Bu durum diğer branşlara göre birinci basamakta doğal olarak daha sıktır. Aile hekimliği hastalık paternlerinin toplumdaki hastalık paternleri ile en çok örtüştüğü yegane basamaktır.⁹⁻¹² Yani kısa süren ve geçici, kendini sınırlayan problemlerin insidansı yüksektir, diğer problemlerin prevalansı ise düşüktür.⁹⁻¹³ Bu nedenle düşük prevalans hekimliği olarak da anılır.^{13,14}

Sağlık hizmetlerinin bu biçimde verilmesinin maliyeti çok artıracığı ve sürdürülebilir olmadığını göstermektedir. Daha da ötesinde, gereksiz branş uzmanı kullanımı ve bununla ilişkili artmış maliyetler söz konusu olmaktadır.

Öngörülen birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilebilir mi?

Aile hekimliği modelini uygulayan çoğu ülkede, aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 1200 civarındadır.³ Mevcut durumda ülkemizde yaklaşık 22 bin aile hekimi görev yapmaktadır. Aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 3600 civarındadır.² Eğer mevcut başvuru sayısı ile hesaplanırsa, bir aile hekiminin (630 milyon * %85 = 535,5 milyon, 535,5

milyon / 22 bin = 24.341 başvuru, 24.341 / 250 iş günü = 97 başvuru sayısı) her gün 97 başvuruya bakabilmesi mümkün değildir. Buradan, aile hekimi sayısını en kısa sürede artırılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. İlk aşamada kabaca 31.000'e (77 milyon / 2500 kişi) çıkarılmalı, bu aşamadan sonra kademeli olarak sevk zorunluluğu getirilmeli, katkı payı ile gereksiz başvurular azaltılmalıdır. İkinci aşamada ise aile hekimi sayısı 40.000'e (77 milyon / 2000 kişi) çıkarılmalıdır. Bu aşamadan sonra hizmet başı ödemeler ile hastaların birinci basamakta tutulma düzeyini yükseltmek gerekir. Uzun vadede ise gelişmiş ülkelerde olduğu gibi aile hekim sayısının tüm hekimlerin %50'si olacak şekilde planlanması isabetli olacaktır. 1970'li yıllarda %70 olan pratisyen hekim oranı, % 30'lara düşmüştür. Bu dönüşümdeki uzman artışının aile hekimliği uzmanı lehine bir artış olması beklenirdi/gerekirdi. Yeni mezun hekimlerin aile hekimliğine yönelmelerini sağlayacak motivasyonların sağlanması ve açılan kadroların artırılması için acilen önlem alınması zorunludur.

2013 verilerine göre aktif görev yapan yaklaşık 73 bin uzman, 38 bin ise pratisyen hekim vardır. 38 bin pratisyen hekimin 21 bini aile hekimliğinde, yaklaşık 6 bini özel sektörde, 11 bini ise Sağlık Bakanlığının başta TSM ve idari görevler olmak üzere farklı birimlerinde çalışmaktadırlar.² Mevcut durumda dahi bakanlık bünyesindeki pratisyen hekimlerin yarısının, özel sektörde çalışan hekimlerin tamamının aile hekimliği sistemi içerisine çekilmesi (yapılacak zorunlu / motivasyonel düzenlemeler sayesinde) ile daha iyi noktalara gelinebileceği söylenebilir. Hekim dışı personel ile yapılabilecek tüm işlerde, prensip olarak hekim çalıştırılmasının engellenmesi yönünde düzenlemeler yapılması düşünülmelidir.

Aile hekimliğinin güçlendirilmesi ile birlikte sevk zinciri kurulabilecek, 2.-3. basamakta ki uzman hekim ihtiyacı azalacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerini daha üst düzeye taşımak mümkün mü?

Birinci basamakta aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bunların yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirilmesi önerilmekte, aile hekimlerinin sayısının artırılması, kısa vadede maliyeti artırsa bile, hastanelerin ayakta tedavi birimlerindeki yükü azaltarak orta ve uzun vadede maliyetleri düşüreceği bildirilmektedir.³

Aile hekimi sayısı yeterli düzeye ulaşıncaya kadar gereksiz sevkleri azaltıp maliyetleri önemli ölçüde azaltacağından, aile hekimleri yapabileceği ek işler için 'hizmet başı ödeme' ile mutlaka özendirilmelidir.^{1,15,16} Bazı ülkelerde bu durum, basit laboratuvar tetkiklerinden solunum fonksiyon testleri ve birinci basamak ultrasonografilere kadar uzanmaktadır. İstekli hekimlerin istedikleri ve ihtiyaç duydukları klinik beceriler / kurslar desteklenmekte ve sertifikalandırılmaktadır.^{1,15,16} Türkiye'de de hekimin sorumluluğunu alabileceği tetkiklerin / girişimlerin (basit laboratuvar tetkikleri, solunum fonksiyon testleri ve ultrasonografi, basit yaralanmalarda küçük cerrahi müdahaleler ve pansuman, evde bakım hizmetleri, kırsal kesimde gözlük reçetelerinin düzenlenmesi gibi) hizmet başı ödeme ile yapabilmemesinin önü açılmalıdır. Aile hekimliği Türkiye modeli kitapçığında da "Ülkemizde modelin güvenli bir şekilde işlerliğini sağlamak açısından sabit ücret ve kişi başı ödemeyi öngörmekteyiz. Kaliteyi ön plana çıkarmak, koruyucu hekimlik uygulamalarında daha fazla başarılı olmak için belirli hizmetleri özendirici hizmet başı ödemeler modele ilave edilecektir." denilerek bu durum vurgulanmaktadır.^{1,15,16}

Hekim dışı sağlık personeli ile yapılacak tüm tıbbi işlemlerin Aile Sağlığı Elemanlarınca yapılması, hekim ihtiyacını azaltacaktır. Evde bakım gibi, gittikçe artan sağlık hizmet talebi nedeniyle aile hekimlerinin yükü giderek artmaktadır. Aile Sağlığı Elemanı sayısının en az 2 olacak şekilde planlanması bu hizmetlerin verilebilmesini mümkün kılacaktır. Ayrıca gereksiz sevkleri azaltıp yerinde hizmeti artıracak, aile hekimlerinin ihtiyaç

duyduğu hekim dışı sağlık personellerinin (psikolog, diyetisyen ve fizyoterapist) çalıştığı birimlerin kurgulanması ihtiyacı da vardır.^{1,15,16} Sosyal çalışmacıların aile hekimleri ile sıkı işbirliğinin sağlanması ile de önemli bir problem haline gelen bağımlılık yapan madde kullanımını ve aile içi şiddetle daha etkin mücadele mümkündür.

Aşılması gereken zorluklara rağmen, sağlık sisteminin giriş / ana noktası olan aile hekimliği modeline gerekli önemin verilmesiyle sağlık düzeyinin niteliği artacaktır.

Kaynaklar

1. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacımamağaoğlu A. Aile Hekimliği Türkiye Modeli (Ed: Aydın S) Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2004;7-19.
2. Başara BB. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2013, Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı; 2014:134.
3. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri. Türkiye; OECD VE IBRD/Dünya Bankası: 2008;14:15-43.
4. Grumbach K, Selby JV, Damberg C et al. Resolving the gatekeeping conundrum. What patients value in primary care and referrals to specialist. JAMA 1999;282:261-6.
5. Uğurlu M. Sağlıkta Etkinlik için Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Medimagazin, 2014, <http://www.medimagazin.com.tr/authors/murat-ugurlu/tr-saglikta-etkinlik-icin-koruyucu-saglik-hizmetleri1-72-109-3732.html>, (Erişim tarihi: 02.02.2015).
6. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med 2001;344:2021-25.
7. McWhinney IR, Freeman T. Profile of Family Medicine, In: Textbook of Family Medicine, 3rd ed., New York: Oxford University Press; 2009:39-53.
8. Sloane PD, Ebell MH. Approach to Common Problems in Family Medicine, In: Essentials of Family Medicine, Sloane PD (editor). 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008:119-27.
9. Akpınar E, Şahin EM. Ayrışmamış hastaya yaklaşım, Bölüm III, Birinci Basamakta Klinik Yaklaşım, Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitim Kursu Notları: 79-88. <http://www.adiyamanhsm.gov.tr/Images/ckfile/files/AH%20%C4%B0%C3%87%C4%B0N%20KURS%20NOTLARI.pdf> (Erişim tarihi: 13.02.2015).
10. Custers EJFM, Stuyt PMJ, De Vries Robbé PF. Clinical Problem Analysis. A Systematic Approach to Teaching Complex Medical Problem Solving. Academic Medicine 2000;75:291-7.
11. Charlin B, Jacques T, Boshuizen HPA. Scripts and Medical Diagnostic Knowledge Theory and Applications for Clinical Reason instruction and Research. Academic Medicine 2000;75:182-90.
12. Başak O. Aile Hekimliğinde Klinik Akıl Yürütme ve Tanısal Yaklaşım. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. (Bozdemir N, Kara İH editörler) içinde, Adana: Adana Nobel Kitapevi; 2010:87-95.
13. Die Allgemeinmedizin - Eine Einführung, Hausärztliche Versorgung, <http://allgemeinmedizin.tripod.com/allgemein.html> (Erişim tarihi: 22.11.2012).
14. Rakel RE. The Family Physician, In: Textbook of Family Medicine (Rakel RE, Rakel DP editors). 8th ed., Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011:4-15.
15. Üstü Y, Uğurlu M, Eğici MT, Yıldırım O, Örnek M. Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler Ve Çözüm Yolları – I. Sağlıkın Başkenti 2011;21:50-4.
16. Uğurlu M, Eğici MT, Yıldırım O, Örnek M, Üstü Y. Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları – 2. Ankara Med J 2012;12(1):4-10.