

# Aile hekimliği uygulamasıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru sebeplerinde olan değişiklikler

Changes in causes of admission to tertiary health care center with family medicine implementation

Yıldız Atadağ<sup>1</sup>, Abdulkadir Aydın<sup>2</sup>, Didem Kaya<sup>3</sup>, Hatice Dilber Köşker<sup>4</sup>, Fatih Başak<sup>5</sup>, Sema Uçak<sup>6</sup>

## Özet

**Amaç:** Çalışmamızda Sağlık Bakanlığının “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” kapsamında yaptığı değişikliklerden biri olan Aile Hekimliği Uygulaması (AHU) ile hastaların hastanelere olan başvurularının niteliklerinde değişiklik olup olmadığına dair değerlendirme yapmak istenmiştir. Aile hekimlerinin muayenesi ve tetkikleriyle de yönetebileceği hastalık gruplarında değişiklik varsa bunların hangi yönde olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

**Materyal ve Metod:** Değerlendirme dönemi olarak İstanbul’da başlanan AHU öncesi ve sonrası iki dönem seçildi. AHU öncesi dönem 2007-2010 yılları, AHU sonrası dönem 2011-2014 yılları arası dörder yıllık periyotlar olarak alındı. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde zorunlu rotasyon yapılan branş poliklinikleri ve ek olarak acil servis de olmak üzere sekiz adet branştaki en sık saptanan tanılar değerlendirilmeye alındı.

**Bulgular:** Aynı ayrı branşlarda incelemeye alınan tanı grubu oranlarına ve nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanılar saptanmıştır. Bu anlamlı düşüş iç hastalıklarında 10 tanının 5’inde; kardiyojide 10 tanının 1’inde; psikiyatride 12 tanının hiçbirinde; genel cerrahide 14 tanının 3’ünde; göğüs hastalıklarında 9 tanının 5’inde; kadın hastalıkları ve doğumda 9 tanının 2’sinde; pediatri 11 tanının 1’inde; acil serviste ise 12 tanının 2’sinde olmuştur.

**Sonuç:** Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel adımlarından biri olan Aile Hekimliği Uygulamasındaki yapılanma için bunun olduğu diğer ülkelerdeki örneklerle bakılarak, sistemdeki sağlık çalışanlarının ve halkın da görüşleri alınarak mevcut sağlık sistemimize adaptasyon çalışmaları yaparak eksiklerin giderilmesiyle daha işleyişli ve memnuniyet artırıcı bir sistem olacağı kanaatindeyiz.

**Anahtar kelimeler:** Aile Hekimliği, Sevk ve konsültasyon, Birinci basamak bakım

## Summary

**Aim:** Our study attempted to assess whether any changes have occurred in the reasons for patients’ hospital applications with regard to family medicine implementation (FMI), which is one of the changes that the Ministry of Health carried out within the scope of the Health Transformation Project. Efforts were made to determine the direction of any changes in disease groups, especially those patients whose family physicians can manage their problems with the physician’s range of examinations and tests.

**Methods:** For the study assessment period, 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 after the FMI was the four-year period from 2011 and 2014. Our assessments included the diagnoses most frequently made in eight clinics, including the branches in which compulsory rotations are conducted within the scope of the specialty training in family medicine and emergency department.

**Results:** The number of diagnoses groups assessed in different medical areas and the number of diagnoses that were made were significantly less in the post-FMI period when compared with the pre-FMI period after an adjustment was made in terms of population: 1) Five of 10 diagnoses were in internal medicine; 2) one of 10 in cardiology; 3) none of 12 in psychiatry; 4) three of 14 in general surgery; 5) five of nine in chest diseases; 6) two of nine in gynecology and obstetrics; 7) one of 11 in pediatrics, and; 8) two of 12 in emergency.

**Conclusion:** After this study, it appears that 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 for evaluating the system in other countries that perform the FMI. Taking the opinions of the health care personnel and the public community within that system and making up any deficiencies through an adaptation suitable for Turkey will be of top priority.

**Keywords:** Family Medicine; Referral and Consultation; Primary Health Care

<sup>1</sup> Gaziantep Şahinbey Bağlarbaşı Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr., Gaziantep

<sup>2</sup> İstanbul Ümraniye Adem Yavuz Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr., İstanbul

<sup>3</sup> İstanbul Üsküdar 23 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr., İstanbul

<sup>4</sup> İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Ass. Dr., İstanbul

<sup>5</sup> İstanbul Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Uzm. Dr., İstanbul

<sup>6</sup> İstanbul Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Doç. Dr., İstanbul

## Giriş

Günümüzde sağlık, sosyal gelişmenin temel bir ögesidir. Çağdaş sağlık sistemlerinde öncelikli amaç, birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanabilmesini sağlamak, böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmektir.<sup>[1]</sup> Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının daha kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.<sup>[2]</sup> Aile hekimliği uygulamasıyla, başarılı bir sevk zinciri oluşturulması, 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 bu tesislerdeki gereksiz yığılma ve hasta mağduriyeti engellenecektir.<sup>[3]</sup>

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

## Gereç ve yöntem

Tipi retrospektif gözlemsel olan çalışmamızın protokolü hastane yerel etik kurulu tarafından onaylandı (Onay tarihi: 26.08.2015 sayı:12560). Değerlendirme dönemi AHU öncesi ve sonrası olarak ikiye ayrıldı. İstanbul'da AHU'ya 30 Ekim 2010 tarihinde geçilmiş olup AHU başlangıcı iki aylık geçiş dönemi göz önüne alınarak 2011 yılbaşı olarak kabul edildi. AHU öncesi dönem 2007-2010 yılları arasındaki dört yıllık periyot olarak alınmış olup, AHU sonrası dönem 2011-2014 yılları arasındaki dört yıllık periyot olarak alındı.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından zorunlu rotasyon olarak belirlenen yedi klinik branş (iç hastalıkları, pediatri, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, psikiyatri, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji) ve bunlara ek olarak acil servis olmak üzere toplam sekiz klinik üzerinden değerlendirme yapıldı. Hastanemiz ilgili kliniklerine yapılan poliklinik başvuruları ICD-10

tanı kodlama sistemi vasıtasıyla hastane otomasyon sistemi üzerinden elde edildi. Benzer konu hakkındaki hastalık tanıları üst başlık ICD-10 tanı kodu veya ilgili hastalık adı altında birleştirildi. Gebeliğin normal süreciyle ilgili olan tanımlar (Gebelik ile ilgili diğer durumlarda anne bakımı, Gebelik ile ilgili durumlar diğer-tanımlanmış, Normal gebeliğin gözlemi, Gebelik durumu) gebelik ile ilgili diğer durumlarda anne bakımı tanısı altında birleştirildi. Üst solunum yolu (tonsillit, farenjit gibi) ve alt solunum yolu enfeksiyonları (pnömoni, bronşit gibi); Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (ÜSYE) ve Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) olarak tek çatı altında toplandı. İlgili kliniklere yapılan hasta başvurularından sık görülenlerden başlanarak toplam başvurunun %70'ini oluşturan tanımlar kayıt edildi. AHU öncesi ve sonrası dönemde yapılan başvurular, nüfus değişikliklerine göre düzeltme yapılarak karşılaştırıldı. Nüfus veri değerlendirmesi için Türkiye İstatistik Kurumundan alınan İstanbul Anadolu bölgesi nüfus verileri kullanıldı.<sup>[4]</sup>

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.

## Bulgular

İç hastalıkları polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre esansiyel hipertansiyon, demir eksikliği anemisi, insülin bağımlı DM, sistit, akut farenjit tanılı hastaların daha düşük oranda görüldüğü ; peptik ülser, insülin bağımlı olmayan DM, dislipidemi, miyalji, tirotoksikoz tanılı hastaların ise daha yüksek oranda başvurduğu saptandı ( $p < 0,001$ , **Tablo 1**).

Kardiyoloji polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre kronik iskemik kalp hastalığı tanılı hastaların daha düşük oranda başvurduğu; kalp yetmezliği, esansiyel hipertansiyon, atriyal fibrilasyon ve flutter, hiperlipidemi, dispne, çarpıntı, kalp kapağı protezi, kardiyak üfürüm, göğüs ağrısı tanılı hastaların ise daha yüksek oranda başvurduğu ( $p < 0,001$ , **Tablo 2**) saptandı.

**Tablo 1.** İç hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

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

**Tablo 2.** Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

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

\* Aile Hekimliği Uygulaması

Psikiyatri polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre 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 daha yüksek oranda saptandı ( $p<0,05$ , **Tablo 3**).

Genel cerrahi polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre gastrit ve duodenit, yumuşak doku bozuklukları, tırnak bozuklukları tanıları hastaların daha düşük oranda başvurduğu; benign meme displazisi, karın ağrısı, hemoroid, pilonidal kist, safra taşı, meme malign neoplazmi, derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları, inguinal herni, anüs ve rektal bölge fissür ve fistülü tanıları olan hastaların daha yüksek oranda başvurduğu saptandı ( $p<0,001$ , **Tablo 4**). AHU öncesi dönem ile sonraki dönem arasında tiroid bezi bozuklukları ve umbilikal herni tanıları hastaların başvuru oranları açısından anlamlı fark görülmemiştir (sırasıyla  $p=0,075$  ve  $0,209$ , **Tablo 4**).

Göğüs hastalıkları polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre; ASYE, miyozit, esansiyel primer hipertansiyon, astım, bronşiektazi tanıları hastaların daha düşük oranda başvurduğu;

gastro-özefajiyal reflü hastalığı, ÜSYE, allerjik rinit, tütün kullanımına bağlı bağımlılık sendromu tanıları hastaların daha yüksek oranda başvurduğu ( $p<0,001$ , **Tablo 5**) saptandı.

Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre serviks uterusun enflamatuvar hastalığı, annenin antenatal taramasında anormal bulgular tanıları daha düşük oranda konulduğu; ovarian kistler, abdominal ve pelvik ağrı, akut vajinit, sistit, jinekolojik muayene, menstruasyonun yokluğu azlığı seyrekliği, gebelik ile ilgili diğer durumlarda anne bakımı tanıları daha yüksek oranda konulduğu ( $p<0,001$ , **Tablo 6**) saptandı.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre vazomotor ve allerjik rinit hastasının daha düşük oranda başvurduğu; akut nazofarenjit, akut sistit, ÜSYE, astım, perinatal dönemden kaynaklanan diğer durumlar, demir eksikliği anemisi, diyare ve gastroenterit, karın ağrısı, genel muayene tanıları daha yüksek oranda konulduğu ( $p<0,001$ , **Tablo 7**) saptandı. AHU öncesi dönem ile sonraki dönem arasında akut bronşiolit hastalarının başvuru oranları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p=0,602$ , **Tablo 7**).

**Tablo 3. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların önce AHU ve sonrası karşılaştırılması**

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

\* Aile Hekimliği Uygulaması

**Tablo 4.** Genel Cerrahi polikliniğine başvuran hastaların AHU ve sonrası karşılaştırılması

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

\* Aile Hekimliği Uygulaması

**Tablo 5.** Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların Aile Hekimliği Uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırılması

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

\* Aile Hekimliği Uygulaması \*\* Alt solunum Yolu Enfeksiyonu \*\*\* Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

**Tablo 6.** Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran hastaların Aile Hekimliği Uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırılması

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

\* Aile Hekimliği Uygulaması

Acil serviste AHU sonrası dönemde önceki döneme göre sistit ve esansiyel hipertansiyon tanılı hastalarında daha düşük oranda başvurduğu; ÜSYYE, gastrit-duodenit, akut nazofarenjit, miyalji, diyare ve gastroenterit, akut bronşit, karın ağrısı, bulantı ve kusma, gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı, astım tanılarının daha yüksek oranda konulduğu ( $p<0,001$ , **Tablo 8**) saptandı.

Tek tek branşlar değerlendirildiğinde en sık konulan tanı gruplarından iç hastalıklarında 10 tanının 5'inde, kardiyolojide 10 tanının 1'inde, genel cerrahide 14 tanının 3'ünde, göğüs hastalıklarında 9 tanının 5'inde, kadın hastalıkları ve doğumda 9 tanının 2'sinde, pediatride 11 tanının 1'inde ve acil serviste 12 tanının 2'sinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı düşüş saptandı.

## Tartışma

AHU'da aile planlaması, gebelik takibi, ana çocuk sağlığı ve aşılama hizmetleri gibi geniş kapsamlı görevler bulunmaktadır. Oysa Durusoy ve arkadaşlarının 2008 yılında İzmir'de 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.<sup>[5]</sup> Çalışmamızda da hastanemizdeki gebelik takipleriyle ilgili olan tanıda, AHU sonrası

dönemde anlamlı artış görüldü. Çalışmamızda kadın hastalıkları doğum polikliniğinde AHU sonraki dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda serviks uterusun enflamatuvar hastalıkları, annenin antenatal taramasında anormal bulgular tanıları konmuştur. AHU ile serviks muayenesi ve gebe takip izlemlerinin düzenli hale gelmesinin bu hastalık tanılarının hastanede daha az görülmesine etken olduğunu düşünebiliriz.

Aile hekimliği farklı klinik tabloların uğrak yeri olabilmektedir. Aile hekimliğine başvurular en sık iç hastalıkları ile ilgili hastalıklar nedeni ile olmaktadır ve aile hekimleri bu konuda tedavi ve takipte önemli yer almaktadır.<sup>[6]</sup> Çalışmamızda iç hastalıkları polikliniğinde demir eksikliği anemisi, esansiyel hipertansiyon, sistit ve akut farenjit tanılı hasta sayılarında AHU sonrasında anlamı düşüş görülmektedir. Bunlar aile hekimlerinin de birinci basamakta yönetebileceği hastalık gruplarıdır. AHU'nun başlamasıyla birlikte aile hekimleri tarafından takip ve tedavi edilebilen bu hastaların hastaneye başvuru miktarında azalma olduğunu düşünebiliriz.

Tip 2 DM tanısı konulma oranında AHU sonrası anlamlı bir artış görülürken, tip 1 DM tanısı konulma oranında anlamlı azalma görülmüştür. Bu durum iki sebebe bağlı olabilir; 1: Tip 1 DM'li hastaların tedavisi insülin ile olduğu için ve hasta popülasyonun



**Tablo 7.** Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

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

\* Aile Hekimliği Uygulaması \*\* Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

**Tablo 8.** Acil Servise başvuran hastaların Aile Hekimliği Uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırılması

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

\* Aile Hekimliği Uygulaması

daha genç ve bu yüzden tedaviye daha uyumlu oldukları için aile hekimleri tarafından doz ayarlaması yapılabiliyor ve hasta tarafından uygulanabiliyor olması, 2: Tip 2 DM'li hastaların tedavisinde kullanılan ilaçların çok çeşitliliği nedeniyle ilaç değişiminin Tip 1 DM'dekilere göre daha sık olabileceği ve sık kullanılan DM ilaçlarının bir kısmının yalnızca dahiliye uzmanlarınca raporlanabilmesi ve aile hekimliği uzmanının da rapor çıkarabileceği bir kısım diyabet ilaçları olsa dahi sahada pratisyen aile hekimlerinin sayısının aile hekimliği uzmanlarına göre daha çok olması. Başer ve arkadaşlarının bir eğitim araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran tip 2 DM'li olan hastalarla yapılan anket çalışmasında DM hastalığı açısından aile hekimine takip olmayı tercih eden hastaların, hekimlerinin gerektiğinde ikinci-üçüncü basamak hekimine sevk edeceği konusunda güven duyduklarını belirttikleri vurgulanmıştır.<sup>[7]</sup>

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 hastane başvurusunu azalttığı çıkarımında bulunabiliriz. Diğer konulmuş sık tanıların ise AHU sonrası dönemde arttığını görmekteyiz. Bu tanıların neredeyse yarısının (göğüs ağrısı, dispne, çarpıntı, kardiyak üfürüm) daha çok belirti / bulgu şeklindeki ICD-10 tanıları olduğu görülmektedir. Diğerleri ise kronik hastalık grubundadır (kalp yetmezliği, hiperlipidemi, atriyal fibrilasyon ve flutter, kalp kapağı protezi, esansiyel hipertansiyon). Bu artışın sebebinin hastaların kalp rahatsızlığının ölümle ilişkisinin yüksek olması nedeniyle direk dal uzmanına görünmek istediklerinden olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğindeki tüm tanılarda AHU sonrası anlamlı artış görülmesi dikkati çekmektedir. Aile hekiminin depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaları takip ve tedavi edebilmesi beklenmektedir. Aile hekimliği uzmanının Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)a göre bazı antidepressan ilaçlara rapor çıkarma yetkisi dahi bulunmaktadır.<sup>[8]</sup> Özellikle bu hastaların AHU sonrasında artan oranda psikiyatri polikliniğine gitmeyi tercih etmesinin bir nedeni sahadaki aile hekimlerinin çoğunun pratisyen hekim olmasından dolayı ileri görüş alınması için yapılan yönlendirmeler olabilir. Başka bir neden olarak, toplumun psikiyatri doktoruna

başvurma konusundaki gösterdiği direncin kırılmış olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Üçok ve ark. 1999 yılında bu direnç hakkında şunları belirtmiştir: “Psikiyatristlerin toplumdaki adının “deli doktoru” olduğu herkesin bildiği bir gerçektir. Psikiyatristler üzerindeki bu stigma hastaların hekime başvurmalarını güçleştirmektedir”.<sup>[9]</sup> Günümüze geldikçe bu önyargı azalmış ve psikiyatrik nedenli başvurular artmış olabilir.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından hazırlanmış olan Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitimi El Kitabında, genel cerrahi rotasyonu alt başlığında; preoperatif ve postoperatif hasta bakımı yapabilmek, sıvı-elektrolit tedavisi ve total parenteral beslenme düzenleyebilmek, basit cerrahi aletleri kullanabilmek, apse boşaltma, tırnak çekme yöntemlerini (örneğin lateral matrisektomi) uygulayabilmek, lipom ve sebace kist eksizyonu, yanık bakımı ve yara debridmanı yapabilmek, lokal anestezi uygulayabilmek, cilt onarımı yapabilmek bilgi ve becerisini kazanması, meme muayenesi yapabilmek, hastaya gerektiğinde kendi kendine meme muayenesi konusunda eğitim verebilmek, mamografi ve meme USG sonuçlarını yorumlayabilmek özelliklerinin kazanılması gerektiği belirtilmektedir.<sup>[10]</sup>

Özgün ve ark. yaptığı çalışmada hekimler tarafından cerraha meme muayenesine gönderilen olgular aile hekimleri ve kadın doğum uzmanlarınca da yönlendirilmiş olmasına karşın, aile hekimi, kadın doğum uzmanı ve diğer uzmanlık alanlarından hekimler tarafından tanı konulmadığı görülmüştür.<sup>[11]</sup> Çalışmamızda genel cerrahi polikliniğinde AHU sonrasında daha çok medikal tedaviyle veya küçük girişimlerle giderilebilecek tırnak bozuklukları, gastrit ve duodenit, yumuşak doku bozuklukları başvurularında anlamlı düşüş gözlemlendi. Oysa cerrahi müdahale gerektirebilecek benign meme displazisi, karın ağrısı, hemoroid, inguinal herni, pilonidal kist, safra taşı, anüs ve rektal bölge fisür ve fistülü, derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları, meme malign neoplazmı gibi hastalıklarda anlamlı artış saptandı. Bu artışa sebep, cerrahi müdahale gerektirmeyen başvurulardaki azalmadan oluşan relatif yükselme sayılabilir.

Pediyatri polikliniğinde konulan sık tanılar arasında vazomotor ve allerjik rinit tanısı dışında diğer tanılarda anlamlı artış görülmüştür. Aile hekimlerinin sağlam çocuk takibi yapmakla yükümlü



oldukları bu sistemde patolojik durumlar açısından artmakta olan bir oranla ebeveynlerin 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 solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) olarak değerlendirilmiştir.<sup>[12]</sup> 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.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Teşisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Kasım 2014'te acil servise başvuru miktarındaki artışın sebeplerini; birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliğine; hastane iç ve dışından acil servislere hastaların yönlendirilmesine; kronik hasta bakım olanaklarının yokluğu sebebiyle bu hastaların acil servisler dışında alternatifinin olmamasına; randevusuz bakım olanaklarının olmaması dolayısıyla randevusuz hizmet veren tek yer olan acil servislere hastaların başvurmak zorunda kalmasına bağlamıştır.<sup>[13]</sup> Çalışmamızda ÜSYE, akut nazofarenjit ve miyalji tanılı hastalar gibi aslında acil olmayan hasta başvurularının acil servise yapılan en sık üç başvuru olduğunu görmekle birlikte AHU sonrası dönemde bu hasta başvurularında anlamlı artış saptadık.

Başka branşlardan uzmanların yararı birinci basamak ortamını iyi tanımaları ile çok yakından ilgilidir.<sup>[14]</sup> Aile hekimliği dışındaki hekimlerin de aile hekiminin yetkinlikleri ve görevlerini iyi bilmeleri sayesinde hastaları onlar da aile hekimlerine doğru yönlendirmiş olacak ve gereksiz hastane başvuru miktarında önemli düşüş sağlanacaktır.

Aile hekimi 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 hekiminin önemli bir görevidir. Bu görevi sayesinde sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar. Sevk etmesi gerektiğinde, kişinin sağlık bilgileriyle

le birlikte doğru uzmanlık dalına ve doğru sağlık merkezine gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımını sağlar ve hasta mağduriyetlerini engeller.<sup>[14,15]</sup>

1978 Alma Ata bildirgesine göre sağlık sorununun % 85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir.<sup>[14]</sup> Nesanır ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir çalışmada aile hekimliği uygulamasına geçen 11 il ele alınmış ve uygulamanın umut vaat edici olduğu kanaatine varmışlardır.<sup>[16]</sup> AHU'nun hedeflediği gibi işleyiş gösterdiği ülkelere bakıldığında hastaların taktivedavisi, periyodik muayeneleri düzenli olacak ve böylelikle hastalıkların ilerlemesine mâni olunacaktır. Belirli bir nüfusa hizmet veren 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 merkezindeki gereksiz hasta başvurularının önüne geçilmiş olacak, ikinci ve üçüncü basamak-taki sağlık hizmeti daha kaliteli olacaktır. Aynı zamanda ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz iş yükünün ve israfın önüne geçilecektir. Bu durumlar göz önünde alındığında HU'nun hastalar, sağlık çalışanları ve yöneticiler için faydalı olduğu aşikardır.<sup>[14]</sup>

Çalışmamız AHU'ya geçişin doğru değerlendirilebilmesi amacıyla hastanemizdeki sekiz kliniğe sekiz sene içinde ayaktan başvuran hastalara konulan tanıları değerlendirilerek yapıldı. Yapılan incelemeler sonucunda aile hekimi tarafından takip ve tedavisi mümkün olan tanılardan en çok dahiliye polikliniğinde anlamlı düşüşler görüldü. Aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde en uzun rotasyon süresi olarak belirlenmiş olan pediatri polikliniklerinde ise neredeyse tüm tanılarda AHU sonrası artış görülmektedir. Bu durum, ebeveynlerin çocuklarının sağlığı söz konusu olduğunda hastanelere daha çok güven duydukları için, bu sağlık kuruluşlarını tercih etmesine 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 yapılamamıştır.

Aile hekiminin yetkinlikleri ve görevleri konusunda 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 konusunda halka yönelik anlatımlarla bu başarı desteklenecektir.

Çalışmamızda bazı kısıtlamalar mevcuttur. Verilerin retrospektif kayıtlar üzerinden alınması ve çalışma dönemindeki poliklinik ve hekim sayısı değişiklikleri hata payını arttırıcı faktörler olarak değerlendirilebilir. Varsayım olarak poliklinik ve hekim sayısındaki artışın talebe yönelik olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda başvuru oranlarında ki değişiklikler AHU'nun etkisi olarak değerlendiril-

miştir. Ancak bu değişikliklerin farklı beklenmedik nedenlerini gözden kaçırmamak gereklidir. Çalışmamızda en sık başvuru sebebi olan hastalıkların değerlendirilmiş olması, diğer bir kısıtlayıcı durum olarak düşünülebilir. Ancak tüm başvuruların yerine en sık tanıların ele alınmış olması, oluşabilecek hatalı yorumları en aza indirebilecek yöntem olarak kullanılmıştır.

## Sonuç

Çalışmamızdaki bulgular bir bütün olarak ele alındığında; aile hekimlerinin birinci basamakta değerlendirebilecek bir grup hastayı etkin bir şekilde yönetebildiği ve bu hastaların üçüncü basamağa başvuru ihtiyacını azalttığı kanaatindeyiz. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel adımlarından biri olan AHU'ya verilen önemin artırılarak, sistemdeki sağlık çalışanlarının ve halkın görüşleri alınarak, yurt dışındaki örnekler incelenerek ülkemize uygun adaptasyonla eksiklerin giderilmesiyle daha işleyişli ve memnun edici bir sistem olacağı kanaatindeyiz.

## Kaynaklar

1. Yalman F, Bayat M, Çatı K. Aile hekimliği uygulamasının hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisi: Düzce örneği. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2015; 15: 23-50.
2. Türkiye’de Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>. adresinden 14.01.2016 tarihinde erişilmiştir.
3. Aydın B. Sağlıkta değişim, *SB Diyalog Dergisi* 2004;7:4-6
4. Adrese Dayalı Nüfus Sistemi. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059) adresinden 15.12.2015 tarihinde erişilmiştir.
5. 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.
6. Ertürk NT, Süt N, Sipahioğlu F. Cerrahpaşa tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların 3 yıllık profili. *Cerrahpaşa J Med* 2004; 35: 115-121.
7. Başer D, Kahveci D, Aksoy H ve ark. Tip 2 diyabetli hastaların aile hekimiyle iletişimi ile ilgili görüş ve deneyimleri: kalitatif çalışma. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2014; 36: 495-50.
8. 18.01.2016 SUT Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT. [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki\\_mevzuat/tebligler](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/tebligler) adresinden 20/03/2016 tarihinde erişilmiştir.
9. Üçok, A. Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*, 1999;3:67-71.
10. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Asistan El Kitabı, Şubat 2015. <http://aile.atauni.edu.tr/userfiles/files/AtaUniAileHekimligiAsistanElKitabiS9.docx> adresinden 20/03/2016 tarihinde erişilmiştir.
11. Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P. Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5(2):87-91.
12. 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.
13. Sağlıkta Verimlilik Bülteni. [http://www.tkhk.gov.tr/bulten/izlemeolme/2.sagliktaverimlilikbulteni/index.html#/2\\_5/zoomed](http://www.tkhk.gov.tr/bulten/izlemeolme/2.sagliktaverimlilikbulteni/index.html#/2_5/zoomed) adresinden 21/01/2016 tarihinde erişilmiştir.
14. 14. T.C Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları için Kurs Notları. 1. Basım. Ankara, Ata Ofset, 2004; 11-209
15. Gross R, Tabenkin H, Bramli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients’views on the role of the family physician. *Fam Pract* 2000; 17: 222-9.
16. 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.

Geliş tarihi: 03.04.2016

Kabul tarihi: 28.10.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.12.2016

### Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

### İletişim adresi:

Dr. Yıldız Atadağ

e-posta: yildizatadag@gmail.com