

*Economics and Administration, Tourism and Tourism Management, History, Culture, Religion, Psychology, Sociology, Fine Arts, Engineering, Architecture, Language, Literature, Educational Sciences, Pedagogy & Other Disciplines in Social Sciences*

**Vol:4, Issue:22**  
sssjournal.com

**pp.3691-3694**  
**ISSN:2587-1587**

**2018**  
sssjournal.info@gmail.com

Article Arrival Date (Makale Geliş Tarihi) 30/06/2018 | The Published Rel. Date (Makale Yayın Kabul Tarihi) 07/09/2018  
Published Date (Makale Yayın Tarihi) 07.09.2018

## **AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMININ HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ<sup>1</sup>**

*FAMILY MEDICINE PRACTICE AND THE IMPORTANCE OF USING FIRST STEP HEALTH SERVICES DUE TO THE PUBLIC HEALTH*

**Arş.Gör. Ecem ÇİÇEK**

Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,  
ecemcicek@gantep.edu.tr , Gaziantep/ Türkiye

**Doç.Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ**

Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,  
gungormusz@yahoo.co.uk, Gaziantep/ Türkiye

### **ÖZ**

Toplumsal hayatta refah düzeyine erişilebilmesinin, toplumu oluşturan bireylerin genel sağlık durumlarındaki sürekli iyileştirmeler ile olan yakın ilişkisi bilinen bir husustur. Daha sağlıklı bir toplum için; sağlıkta eşitlik sağlanması, hayata anlam ve sağlık kazandırılması ve hayatın uzatılması amaçlanmaktadır. Bu hedeflerin sağlanabilmesi özellikle bireylerin sağlıklılık durumlarının sürdürülmesiyle mümkündür ve birinci basamak adı altında toplanan sağlık hizmetleri ile sağlanabilmektedir.

Ülkemiz sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin sunumunda basamak sistemini esas almış olup; örgütlenme birinci, ikinci ve üçüncü basamaklar şeklindedir. Basamaklandırılmış bir sağlık sistemi içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının temel işlevi, herkes için koruyucu sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Birincil korumada, bireyin hastalıklara yakalanması önlenmeye çalışılmaktadır. İkincil koruma hizmetleri ise, birincil koruma hizmetlerinin etkisiz kalması durumunda uygulanmaktadır. Ancak, birinci basamakta çözümlenebilecek birçok sorun ikinci basamağa, ikinci basamakta çözümlenebilecek sorunlar da üçüncü basamak sağlık kurumlarına aktarılmaktadır. Bu durum, kurumlarda gereksiz yığılmalara yol açmakta, çalışanların verimliliğini etkilemekte ve hizmet kalitesi ile hasta memnuniyetini azaltmaktadır. Bu durumun oluşmasının önlenmesi için yürütülen basamak sistemi ne yazık ki yeteri kadar amacına hizmet etmemektedir. Halk sağlığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını önemli bir yer tuttuğu bilirse de, yapılan çalışmalar aile hekimi çekirdek yeterliliklerinin hastaların beklentileriyle uyumadığını vurgulamaktadır.

Birinci basamak tarafından uygulan ve ücretsiz olan taramalara katılımın sağlanması ve takibinin yapılması da önem taşımaktadır. Aile hekimliği kapsamında yürütülen hizmetlerin içine birinci basamakta yönetilebilecek kronik hastalıklarında alınması hem toplum sağlığı açısından hem de maliyet açısından gerekli önemli görülmektedir. Aile hekimliğinin ve özellikle birinci basamak hizmetlerinin daha aktif kullanımı hem sağlık hizmetinin kalitesini artıracak hem de sağlıklı ve refah düzeyi yüksek bir toplumun oluşmasına temel oluşturacaktır. Bu konuda aile hekimlerinin ve halk sağlığı hemşirelerinin görev ve sorumlulukları yanında politika yapıcılarının da sorumluğu önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Birinci basamak sağlık hizmetleri, Halk sağlığı hemşireliği, Aile hekimliği.

### **ABSTRACT**

It is a well-known fact that the level of prosperity in social life is closely linked to the continuous improvements in the general health status of the individuals constituting the society. For a healthier society; to provide equality in health, to gain sense of meaning and health and to extend life. The achievement of these goals is possible, in particular, by maintaining the health status of the individual and can be achieved through health services collected under the name of primary care.

Our country's health system is based on the step system in the presentation of health services; organization is the first, second and third steps. The primary function of primary health care facilities in a stepped-up health care system should be to provide preventive health care for all. In primary protection, the individual is trying to prevent the disease from getting caught. Secondary protection services are implemented when primary protection services are ineffective. However, many problems that can be solved in the first step are transferred to the second step, and problems that can be solved in the second step are transferred to tertiary care institutions.

<sup>1</sup> Bu çalışma 3. Uluslararası Mesleki Ve Teknik Bilimler Kongresi - Gaziantep'te sözel bildiri olarak sunulmuştur'

This leads to unnecessary clutter in institutions, affects the productivity of employees and reduces the quality of service and patient satisfaction. Unfortunately, the system of steps performed to prevent this situation from happening does not serve as much as its purpose. Although effective use of primary health care is important in public health, studies have emphasized that family physician core competencies do not match patients' expectations.

It is also important to ensure participation and follow-up of the screening, which is carried out by the primary level and is free of charge. Taking into the services carried out within the scope of family medicine in the chronic diseases that can be managed in the first step seems important both in terms of community health and cost. The more active use of family medicine and especially primary care services will be the basis for the formation of a healthy and prosperous society as well as improving the quality of health care services. In this regard, it is important that the responsibility of policy makers as well as the duties and responsibilities of family physicians and public health nurses is important.

**Keywords:** Primary health care, Public health nursing, Family medicine.

## 1.GİRİŞ

Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı ön görülmektedir (Strafield, 1994; Macinko, 2003). Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 Dünya Sağlık Raporunda sağlık sistemlerinin olması gerektiği gibi çalışmadığına dikkat çekilerek, temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile değişen dünyanın ihtiyaçlarına daha iyi ve daha hızlı yanıt veren bir sağlık sistemi oluşturulabileceği vurgulanmıştır. Aynı raporda sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt veren bir sağlık hizmetinin topluma ulaştırılması gerekliliği dile getirilirken, birinci basamakta insan merkezli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması ve yapılacak sağlık reformlarının bu hedefleri gözetmesi önerilmiştir. Bu bağlamda hastalık veya tedaviye odaklı, iyileştirici bakımın fasıllı olarak gerçekleştiği, ilişkilenenin sade-ce karşılaşma anlarıyla sınırlı kaldığı, hizmet alanların sadece tüketici olarak görüldüğü bir sağlık hizmet sunumu anlayışı yerine; sağlık ihtiyaçlarına odaklanan, kapsamlı, sürekli ve kişisel bakımın sunulduğu, kişisel ilişkiye dayalı, hizmet alanları kendi sağlıklarının ve aynı zamanda toplum sağlığının geliştirilmesinde partner olarak gören bir birinci basamak sağlık hizmet sunumu desteklenmektedir (WHO, 2008).

Günümüzde sağlık sistemleri açısından en temel sorun, eşitsizlik ve yoksulluktur. En alttakilerin sağlık hizmetlerine ulaşması konusunda, gerek dünya düzeyinde ülkeler arasında, gerekse ülkeler içinde ciddi eşitsizlikler söz konusudur. Bu eşitsizlikler, toplumsal eşitsizliklerin bir yansımasıdır. Bunların giderilmesi de, ancak toplumsal eşitsizliklerin giderilmesi ile mümkündür. Bununla birlikte, toplumsal eşitsizliklerin en derin olduğu bölgelerde bile, yaygın ve eşitlikçi biçimde sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlığın geliştirilmesinde ve sağlık eşitsizlerinin azaltılmasında çok etkili olduğu gösterilmiştir (Strafield, 2003; Macinko, 2003).

Nedir birinci basamak sağlık hizmetleri? En yalın olarak, “vatandaşın”, çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti “birinci basamak sağlık hizmeti” olarak tanımlanabilir. Bu hizmet, dünyada farklı ülkelerde, farklı şekillerde sunulmaktadır. Ama bir ortak özellikten söz edilebilir. Birinci basamak sağlık hizmeti, ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz parçasıdır (Boerma, 2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri iki başlık altında toplanır. Birinci başlık ulusal düzeydeki politika öncelikleri ile bağlantılı olan ve ülkenin birinci basamak yönelimli olmasını destekleyen sistem özellikleri ya da bir diğer ifade ile yapısal özelliklerdir. Bu başlık altında yer alan özellikler birinci basamağın alt yapı ve insan gücü olanaklarının dağılımı, finansman tipi, hizmetlerin verildiği yer ve birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu olan sağlık çalışanı tipidir. İkinci başlık ise birinci basamağın bu sistem özellikleri üzerine kurulu olan işlevlerini tanımlar: ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm. Birinci basamağın bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması ilk başvuru, az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunması kapsayıcılık, hasta ile uzun erimli bir ilişki içinde bulunması süreklilik, sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımı gerçekleşmesi ise eşgüdüm özelliğini açıklar (Starfield, 2003).

## 2. BİRİNCİ BASAMAK HİZMETİNİ SUNAN SAĞLIK ÇALIŞANI

Birinci basamak hizmetlerinin sunumu ile ilgili iki temel model vardır. Birinci modelde hizmet, bağımsız olarak özel muayenehanesinde çalışan ve yanında istediği sayı ve nitelikte personel çalıştıran hekimler tarafından sunulur. Kamu ve özel sağlık sigortası sistemlerine özgü olan bu model Ulusal Sağlık Sistemi ülkelerinden İtalya ve İngiltere’de de uygulanır. İkinci modelde ise hizmet, kamu sağlık merkezlerinde maaş karşılığında kamu personeli olarak çalışan hekimler ve sağlık çalışanları tarafından sunulur (Boerma, 2003).

### 3. BİRİNCİ BASAMAK HEKİMİNİN UZMANLIĞI VE EĞİTİMİ

İngiltere, İtalya, Hollanda, Finlandiya, İsveç, Norveç, İzlanda ve Yunanistan'ın dahil olduğu bir grup ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri sadece genel pratisyenler tarafından sunulur. Bu karşın, Almanya ve ABD gibi kamu veya özel sigorta sistemi uygulanan ülkelerin büyük bölümünde uzmanlar da özel muayenehane açarak birinci basamak hizmeti sunabilirler. Portekiz ve İspanya ise özel bir gruptur. Çünkü bu ülkelerde kamu sağlık merkezlerinde genel

pratisyenlerle birlikte uzmanlar da çalışır. Ama bunun nedeni Ulusal Sağlık Sistemine görece kısa bir zaman önce geçmiş olan bu iki ülkenin birinci basamak temeline dayalı bir sistem için yeterli sayıda genel pratisyene sahip olmamaları ve bu açıklarını dahiliyeciler ve pediatristler ile kapatmalarıdır (Boerma, 2003, Macinko, 2003).

Birinci basamak hekiminin eğitimi birinci basamağın başarısını belirler. Çünkü birinci basamak hizmetleri, toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplumun gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil, bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına sahip olan bir hekim tipi gerektirir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin eğitimi, birinci basamağa uygun içerikte planlanmalı ve birinci basamakta gerçekleşmelidir (TTB, 2007).

### 4. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, multimorbidite ve ilişkili kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en zorlu problemlerdir. Bu sorunlarla baş etmek için güçlü bir birinci basamağa sahip olmak en etkili yolların başında gelir (De Maesneer, 2012; Delnoij, 2000). Bu anlamda bütüncül, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmetini kişisel gereksinimleri göz önünde tutarak sunabilecek hekim, hastasıyla süreç içerisinde güvene dayalı, iyileştirici niteliği olan kişisel bir ilişki kurmuş olan aile hekimidir.

### 5. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İÇİNDE HEMŞİRE/HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİ

Aile hekimliği uygulaması genel bazda değerlendirildiğinde oldukça kapsamlı ve birinci basamağın temelini oluştururken uygulamadaki ve yönetmelikteki sorunlar hedefine ulaşılabilirliğini azaltmaktadır. Bu bağlamda hizmet sunacak sağlık personelinin ise, sadece tedavi hizmetleri konusunda eğitilmiş olan ve topluma karşı bir sorumluluk taşımayan aile hekimidir. Ebeler, hemşireler ve sağlık memurları, yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanarak kimiksizleştirilmiş ve ekip anlayışı tamamen ortadan kaldırılmıştır. Uluslararası düzeyde büyük bir önem taşıyan ve birinci basamağın temel taşlarından olan hemşire (halk sağlığı hemşiresi), bu uygulama ve yönetmelik ile neredeyse yok sayılmıştır (TTB, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü, hemşirelik meslek grubunun "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"ne sağladığı büyük katkıya işaret ederek, üye ülkelerin hemşirelik eğitim programlarında "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"ne daha fazla yer vermelerini, bu hizmetleri sağlayan sağlık sistemlerinin gelişiminde rol oynamak üzere, hemşireleri planlama, yönetim, eğitim ve araştırmalarda aktif rol oynamaları yönünde teşvik etmiştir. Nitekim, 1985 yılında, DSÖ Genel Direktörü Dr. Mahler hemşirelerin "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"nde öncülük yapabileceğini öne sürmüştür (ICN, 2008). Hemşirelik halk sağlığının anahtarlarından biridir ve anne, bebek ve çocuk ölümlerinin engellenmesinde halk sağlığı önceliklerindedir. Türkiye DSÖ'nün "2000 yılına kadar 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'yle Herkese Sağlık" hedefini desteklediği halde, bu kavramın ana unsuru olan toplumsal katılımın üzerinde çok az durmuştur. Türkiye'de politika üretenlerin benimsediği biyomedikal yaklaşım toplumsal katkı olanaklarını azaltmış ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine karşı bir halk sağlığı yaklaşımının olasılığını da oldukça kısıtlamıştır (Tatar, 1996).

### 6. SONUÇ

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. 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 (Aydın, 2004).

Türkiye'de son yıllarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonunda köklü bir değişim gerçekleşmiştir. Ancak bu değişim süreci nitelikli hizmet sunumu ve koordinasyonu, insan kaynak kullanımı, ulaşılabilirlik, süreklilik ve kapsamlılık anlamında BB yönelimli görünmemektedir. Birinci

basamakta iş gücü niteliğini artıracak ve hizmet kalitesini yükseltecek evrensel aile hekimliği ilkeleri ve görev tanımı ile uyumlu uygulamaların çoğaltılmasına ihtiyaç vardır. Sağlık sisteminin iskeletini birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturduğunda daha düşük maliyetlerle daha olumlu sağlık çıktıları elde etmek mümkündür.

Birinci basamağın temelini oluşturan halk sağlığı hemşiresini, aile hekimliği uygulaması kapsamında diğer ülkelerde olduğu gibi daha özel bir konuma sahip olması ve bu alanda çalışmaların yapılması son derece önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinde ve sağlık göstergelerinde istenilen ve gelinmesi gereken düzeye ulaşmak için, aile hekimlerinin ve halk sağlığı hemşirelerinin görev ve sorumlulukları yanında politika yapımcılarının da sorumluluğu önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

Aydın B. (2004). Sağlıkta değişim, SB Diyalog Dergisi, 7:4-6

Boerma, W. (2003). Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht Netherlands: NIVEL.

De Maesneer J, Roberts RG, Demarzo M., et al. (2012). Tackling NCDs: a different approach needed. The Lancet, 379:1860-1.

Delnoij D, Van MG, Paulus A, Groenewegen P. (2000). Does general practitioner gatekeeping cut health care expenditure? J Health Serv Res Policy, 5(1):22-6.

ICN. (2008). Nursing perspectives and contribution to primary health care. Geneva, Switzerland.

Macinko, J., Starfield B., Shi L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Services Research 38(3):831-65.

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

Starfield, B. (2003). Primary care, equity and health in an international context. A work-in-progress seminar on health and healthcare in changing environments: the Malaysian experience. Erişim Tarihi: 12.01.2017, <http://www.pcdom.org.my/phc>

Tatar M. (1996). Community participation in health care: The Turkish case. Soc Sci Med, 42:1493-500.

Türkiye’de Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>.

WHO. (2008). The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva, WHO. ISBN 978 92 4 156373 <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>