



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

DÜZCE İLİNDE AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT BÖLGE UYGULAMASI
ÖNCESİ VE SONRASI HİZMET SUNUM NİTELİĞİNDEKİ
FARKLILIKLARIN VE SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Arş. Gör. Dr. Emin TÖRE

Ankara, 2007



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

DÜZCE İLİNDE AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT BÖLGE UYGULAMASI
ÖNCESİ VE SONRASI HİZMET SUNUM NİTELİĞİNDEKİ
FARKLILIKLARIN VE SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Arş. Gör. Dr. Emin TÖRE

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Cihangir Özcan

Ankara, 2007

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında ve eğitimimiz süresince bizlere günümüz imkanlarını en üst seviyede sunan, Başkent Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Mehmet HABERAL'a, asistanlık süremiz boyunca bizden teorik ve pratik her türlü desteğini esirgemeyen Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Rengin ERDAL'a, gerek yöneticilik deneyimi, gerekse akademik tecrübesini ve etkin bilgisini çalışmamın her aşamasında sabırla kullanıp bu çalışmanın ortaya çıkmasına yardımcı olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Cihangir ÖZCAN'a, aile hekimliği disiplinini bize aşıl原因an, çalışmamın her aşamasında bilgisini, tecrübesini paylaşıırken aynı zamanda bu çalışmanın başından sonuna kadar maddi manevi katkılar sağlayan ve benim kadar yorulan değerli hocamız Yrd. Doç. Dr. Altuğ KUT'a, birinci basamak hizmetlerinin geliştirilmesine gönül vermiş, bu çalışmanın planlanmasından sonuçlanmasına kadar bilgi, görüş ve yorumlarıyla, eğer faydalı bir eser oluşturulmuşsa bunda benim kadar emek harcayan Yrd. Doç. Dr. Coskun BAKAR'a, verilerin analiz aşamasında katkılar sağlayan Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. İrem BUDAKOĞLU'na, eğitimim süresince teorik ve pratik katkılar sağlayan Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Psikiyatri, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Acil Tıp, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim üyesi ve asistanlarına, Başkent Alanya Acil Servis çalışanlarına, Başkent Ankara Acil Servis Ekibin'den Uzm. Dr. Yasemin ÇETİNEL, Uzm. Dr. Okan OKUMUŞ ve diğer acil servis çalışanlarına, benimle birlikte aile hekimliğine gönül vermiş değerli çalışma arkadaşlarım ve dostlarım Dr. Celalettin GÖKTEKİN ve Dr. Ömer Serkan TURAN'a, üzerimizde emeği olan değerli hocamız Uzm. Dr. İbrahim TOKALAK'a, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ'a, Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Biriminden Uzm. Dr. İsmail KASIM'a, bu çalışmada kullanılan verilerin hazırlanmasında ve bölge ziyaretlerinde bana yardımcı olan başta Düzce İl Sağlık Müdürü Bahattin İLTER ve Toplum Sağlığı ve Aile Hekimliği, Bulaşıcı Hastalıklar, İstatistik, AÇSAP Şubelerinin değerli çalışanlarına, çalışmama değerli görüş ve önerileri ile katkıda bulunan değerli aile hekimliği hocamız Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU'na, Cumhuriyetimizin kurucusu ve ulu önderimiz Mustafa Kemal ATATÜRK'e, beni bu günlere getiren annem, babam ve ablam'a ve bu çalışmayı başarıyla tamamlamam için bana sıcak yuva sunan, çalışmam için güç ve destek veren biricik eşim Demet ve oğlumuz Tunç'a sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Dr. Emin TÖRE

ÖZET

Çalışmamızın amacı, Eylül 2005'te Düzce'de uygulanmaya başlayan aile hekimliği pilot uygulaması öncesi ve sonrası sağlık göstergelerini ve hizmet sunum farklılıklarını karşılaştırmak, sisteme adını veren aile hekimliği disiplinin uygulama esaslarını ortaya koymak, Türkiye'de uygulanan sistemin daha rahat anlaşılmasını sağlamaktır.

Çalışmamızda karşılaştırılacak sağlık göstergeleri ve hizmet sunumları ile ilgi süreler, 2004 yılı "Dönem I" ve 01.10.2006 – 30.09.2007 arasındaki süre ise "Dönem II" olarak tanımlanmıştır. Veriler Düzce İl Sağlık Müdürlüğü ve bölge ziyaretlerinden derlenmiştir.

Dönem I'de sağlık ocağı sistemi bölge tabanlı hizmet verirken, Dönem II'de aile sağlığı birimi nüfus tabanlı bir hizmet vermektedir. Dönem I'de birinci basamak kuruluşlarının verdiği hizmetleri, aile sağlığı birimleri ve toplum sağlığı merkezleri, sağlık evlerinin görevlerini ise mobil sağlık hizmetleri yerine getirmektedir.

Nüfusun yaşlara göre dağılımı incelendiğinde her iki dönem arasında 0-4 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payının Dönem II'de %23'lük bir azalma gösterdiği saptanmıştır.

Poliklinik hizmetlerinin Dönem II'de %116'lık bir artış gösterdiği saptanmış ve anlamlı bulunmuştur. Kişi başına düşen ortalama muayene sayısı 1,70'den 3,6'ya yükselmiş, sevk hızı %8,8'den %11,6'ya yükselmiş olarak tespit edilmiştir. Laboratuvar ve küçük cerrahi müdahale sayılarında anlamlı düşmeler saptanmıştır. Gebe, loğusa, bebek izlemlerinde dönem II'de artış saptanırken en belirgin artış bebek izlemlerinde (%150,66) olmuştur. Çocuk izlemlerinde Dönem II'de bir azalma gözlenmiştir. Bağışıklama hizmetlerinde her aşıda %1 ile %32 arasında bir artış gözlenmiştir. Hastanede yapılan doğumlar Dönem II'de artarken, sağlık personeli yardımı ile yapılan doğumlar ve sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlarda bir azalma görülmüştür. Dönem II'de aile planlaması yöntemi kullanmayanların oranı ve modern yöntem kullanma oranları yükselmiş, ancak rahim içi araç uygulamasında belirgin bir azalma olmuştur.

Dönem II'de toplam ölüm sayısı, canlı doğan ve 0-365 günler içinde ölen bebek sayısı, canlı doğan ve 29-365 günler içinde ölen bebek sayısı, 28. gebelik haftasından sonra olan ölü doğumlar ve canlı doğup 0-7 günlük iken ölen bebek sayısındaki azalmalar anlamlı bulunmuştur. Dönem II'de kaba doğum hızında %4 artış, kaba ölüm hızında %0,50 düşüş, bebek ölüm hızında %39,14 düşüş ve postneonatal ölüm hızında ise %50,46 düşüş gözlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Aile Hekimliği, sağlık göstergeleri, hizmet sunum modelleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, pilot bölge uygulaması

SUMMERY

The aim of this study was to compare the differences in health indicators and health care services before and after the initiation of the Pilot Application of the Family Medicine System in September 2005 in Düzce/Turkey; to demonstrate the application basics of the new system; and to give an understanding of the applied pilot program. The periods to compare in our study are defined as “Period I”, which is between 01.01.2004 – 31.12.2004 and as “Period II”, which is between 01.10.2006 – 30.09.2007. Data used are obtained from the Düzce City Health Directorate and regional visits to health care facilities.

While in Period I the “Health Center System” provided an area based health care service, the “Family Health Units” in Period II provides a population based health care service. The provision of health services at primary care settings in Period I are continued by the Family Health Units and Population Health Centers in Period II. The services of the Health Houses in Period I are provided by Mobile Health Services in Period II.

When investigating the distribution of the population according to age in both periods, the 0-4 years of age population decreased by 23% in Period II. Also outpatient services increased significantly (116%) in Period II. Again the mean physical investigation count per person/year increased from 1.70 to 3.60, and referral rates increased from 8.8% to 11.6%. The number of laboratory investigations and small surgical interventions decreased significantly. There was an overall increase in pregnancy, postpartum and infant screenings. While the number of childhood screenings in Period II decreased, especially the number of infant screenings increased by yearly 150.66%. In vaccination services we observed an increase between 1% to 32% for each vaccine. Whereas the deliveries at hospitals increased in Period II, the number of deliveries with or without any help of healthcare professionals decreased significantly. The rate of modern family planning methods and the rate of nonuse of any family planning method increased. Especially the rate of intrauterine contraceptive devices decreased significantly.

There were significant decreases in the number of total deaths; in infant deaths between 0-365 days, 29-365 days, and 0-7 days after birth; and in stillbirths after the 28th week of pregnancy in Period II. Again there was an increase of 4% in crude birth rate, a decrease of 0.50% in crude death rate, 39.14% in infant death rate, and 50.46% in post neonatal death rate.

Key Words: Family Medicine, health indicators, health care service models, primary care, pilot application.

İÇİNDEKİLER	SAYFA
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
İNGİLİZCE ÖZET	iii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	iv
KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ	xiii
ŞEKİL DİZİNİ	ix
TABLO DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Cumhuriyetin İlanından Günümüze Türkiye’de Sağlık Organizasyonu	4
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda 224 Sayılı Yasa	10
2.2.1. Örgütlenme ve Hizmet Sunumu ile İlgili İlkeler	10
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülme Esasları	11
2.2.3. Sağlık Ocaklarında Hizmetlerin Yürütülmesi	12
2.2.4. Sağlık Ocağının Görevleri	12
2.2.5. Sağlık Evi ve Ebenin Görevleri	12
2.2.6. Sağlık Ocağı Doktorunun Görevleri	13
2.2.7. Hemşirenin Görevleri	13
2.2.8. Sağlık Ocağı Gezi Görevleri	13
2.3. Ailenin Tanımı ve Aile Tipleri	14
2.3.1. Ailenin Tanımı	14
2.3.2. Geniş aile	15
2.3.3. Çekirdek Aile	15
2.3.4. Geçiş Ailesi	16
2.3.5. Sağlıklı ve Sağlıksız Aile	16
2.4. Aile Hekimliğine Özel Tanı, Tedavi ve İletişim Teknikleri	17
2.4.1. Biyomedikal Yöntem	17
2.4.2. Biyopsikososyal Model	17
2.4.2.1. Sistemik Yaklaşım Modeli	18

2.4.2.2.	Gelişimsel model.....	18
2.4.2.3.	Holistik Model.....	19
2.4.2.4.	Etnik Kültürel Model.....	19
2.4.2.5.	Biyopsikososyal Model.....	20
2.4.3.	Levenstein Modeli.....	21
2.4.4.	Aile Hekimliği Uygulamalarında Kanıta Dayalı Tıp.....	23
2.5.	Dünya’da ve Türkiye’de Aile Hekimliği.....	24
2.5.1.	Aile Hekimliği Fikrinin Ortaya Çıkışı ve Tarihçe.....	24
2.5.2.	WONCA’nın Kuruluşu Organizasyonu ve Alt Birimleri.....	24
2.5.3.	Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığının Gelişimi.....	25
2.5.4.	Aile Hekimliği Disiplinin Tanımları ve Özellikleri.....	26
2.5.5.	Aile Hekiminin Temel Yeterlilikleri.....	28
2.6.	Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması ve Uygulama Esasları.....	29
2.6.1.	Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Tanımı.....	29
2.6.2.	Aile Doktoru/Aile Hekimi Tanımı.....	30
2.6.3.	Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları.....	30
2.6.4.	Aile Sağlığı Elemanının Görev ve Sorumlulukları.....	31
2.6.5.	Gezici Sağlık Hizmetleri ve Hizmet Sunum Esasları.....	31
2.6.6.	Toplum Sağlığı Merkezlerinin Görev ve Sorumlulukları.....	32
2.6.7.	Aile Hekimliği Sistemi Finansman Modeli.....	33
2.7.	Dünyadaki Aile Hekimliği Uygulamaları.....	34
2.7.1.	İngiltere.....	34
2.7.2.	İrlanda.....	35
2.7.3.	Portekiz.....	36
2.7.4.	Norveç.....	37
2.7.5.	Hollanda.....	38
2.7.6.	Almanya.....	39
2.7.7.	Danimarka.....	40
2.7.8.	Polonya.....	40
2.7.9.	Çek Cumhuriyeti.....	41
2.7.10.	Bulgaristan.....	42

2.7.11. Küba.....	43
2.7.12. İsrail.....	44
2.7.13. Kanada.....	45
2.7.14. ABD.....	45
2.8. Araştırma Bölgesi Olarak Seçilen Düzce İli'nin Tanımı.....	46
2.8.1. Coğrafi Yapı İklim ve Bitki Örtüsü.....	47
2.8.2. Tarihçe.....	48
2.8.3. Nüfus Yapısı.....	49
2.8.4. Ekonomi.....	50
2.8.5. Tarım ve Hayvancılık.....	51
2.8.6. Eğitim	51
2.8.7. Sağlık.....	52
2.8.8. Düzce'de Aile Hekimliğine Geçiş Süreci.....	54
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	56
3.1. Araştırma Projesi.....	56
3.2. Araştırma Bölgesi.....	56
3.3. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması.....	56
3.3.1. Araştırma Evreni.....	56
3.3.2. Araştırmaya Kabul Kriterleri.....	57
3.4. Araştırmanın Tipi.....	57
3.5. Örneklem.....	57
3.6. Araştırmanın Veri Kaynakları.....	57
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	58
3.8. Araştırmayı Uygulayan ve Uygulama Şekli.....	58
3.9. İstatistiksel İncelemeler.....	58
3.10. Araştırmanın Süresi.....	58
3.11. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	60
4. BULGULAR.....	61
4.1. Hizmet Sunumu İle İlgili Bulgular.....	61
4.1.1. Poliklinik Hizmetleri.....	61
4.1.2. Çocuk Sağlığı İzlemleri.....	62

4.1.3. Gebe ve Loğusa İzlemleri.....	62
4.1.4. Aile Planlaması Hizmetleri.....	62
4.1.5. Laboratuvar Hizmetleri.....	63
4.1.6. Sevk Hizmetleri.....	63
4.1.7. Acil Sağlık Hizmetleri.....	63
4.1.8. Kronik Hastalıklar ve Evde Bakım Hizmetleri.....	64
4.1.9. Okul Sağlığı Hizmetleri.....	64
4.1.10. Adli Tabiplik Hizmetleri.....	64
4.1.11. Çevre Sağlığı Hizmetleri.....	65
4.2. Hizmetlerin Değerlendirilmesi ile İlgili Bulgular.....	65
5. TARTIŞMA.....	77
6. SONUÇ.....	88
7. ÖNERİLER.....	90
8. KAYNAKLAR.....	91
9. EKLER.....	94
EK-1. T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma İzin Belgesi	94

KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
UNICEF	: United Nations Children's Fund
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
WONCA	: The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
EURACT	: European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine
EGPRN	: The European General Practice Research Network
RIA	: Rahim İçi Araç
DBT	: Difteri Boğmaca Tetanoz
TT	: Gebelik Tetanoz
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
YÖK	: Yüksek Öğrenim Kurulu
AHBS	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
NHIF	: National Health Insurance Fund
RHIF	: Regional Health Insurance Fund
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
TEM	: Trans-European North-South Motorway
ETF	: Ev Halkı Tespit Fişi

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
1	224 sayılı yasaya göre sağlık hizmet sunum birimleri.....	11
2	Levenstein modeline göre hastalık, rahatsızlık, kişi ve ortam tanımı.	22
3	Levenstein modeli diagramı.....	22
4	Düzce ilinin coğrafik konumu.....	47
5	Düzce ili ve ilçeleri.....	47
6	Düzce ili yıllara göre nüfus piramitleri.....	70
7	Dönem II’de birinci basamaktan sevk edilen hasta sayısının aylara göre dağılımı.....	72

TABLO DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
1	Düzce ilinin 1990 ve 2000 nüfus sayımının ilçelere göre dağılımı.....	49
2	Cinsiyete göre okuma – yazma durumu, Türkiye Düzce.....	52
3	Toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimliği ve birimlerinin ilçelere göre dağılımı, 2007.....	53
4	Birinci basamak sağlık kuruluşlarının durumu.....	53
5	Aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının sayı ve statüleri Düzce, 2007.....	54
6	Çalışma Takvimi.....	59
7	Düzce ili'nin sosyo-demografik özellikleri, Eylül 2007.....	66
8	Düzce ili yıl ortası nüfusunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı, Dönem I - II.....	67
9	Düzce ilinde nüfusun risk gruplarına göre dağılımı.....	69
10	Düzce ili'nde birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan çalışmaların dönemlere göre dağılımı.....	69
11	Düzce ili'nde gebe, loğusa ve çocuk başına düşen izlem sayılarının dönemlere göre dağılımı.....	70
12	Düzce ili rutin aşılarla özgü bağışıklama hızlarının dönemlere göre dağılımı.....	71
13	Düzce ili'nde meydana gelen doğumların dönemlere, yapıldıkları yerlere göre dağılımı.....	71
14	Düzce ili'nde tespit edilen ölümlerin dönemlere ve yaş gruplarına göre dağılımı.....	72
15	Düzce ilinde tespit edilen ölümlerim dönemlere ve cinsiyete göre dağılımı.....	72
16	Düzce ili'nde bildiri zorunlu olmayan seçilmiş bazı hastalıkların vaka ve ölüm sayılarının dönemlere göre dağılımı...	73
17	Düzce ili'nde aile planlaması yöntemleri kullanma durumunun dönemler göre dağılımı.....	73
18	Modern yöntem kullananların yöntemlere göre dağılımı.....	74

19	Düzce ili'nde meydana gelen doğum ve ölüm sayılarının dönemlere göre dağılımı.....	75
20	Düzce ilinde doğurganlık ve ölüm hızlarının dönemlere göre dağılımı.....	76

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanın var oluşundan günümüze kadar, sağlığın önemi ve korunmasındaki yaklaşımları onun önceliklerine göre yaşamında yer almıştır. İnsanın kaliteli, uzun, verimli ve mutlu yaşayabilmesinde temel dayanak sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Bu tanımdan anlaşıldığı gibi sağlıklı olmak yalnızca hastalık hali veya sakatlığın bulunmayışı değildir. Diğer temel koşullar ise kişinin organlarının fonksiyonlarını yerine getirilebilmesi, ruh sağlığının sağlam olması ve sosyal çevresinin bireyin sağlığını bozmaması olarak sayılabilir.

Hayatın vazgeçilmez ön şartı sağlıklı olabilmektir. Ancak sağlıklı yaşayabilmenin de koşulları olup, bu konuda bireye, devlete ve diğer kamu kurumlarına düşen görevler vardır. Kişinin sağlığına etki eden faktörlerin başında; çevresel kirlenme, eğitim yetersizliği, yanlış inanışlar, ekonomik yetersizlik, sağlık hizmetlerine ulaşamama ve sağlık hizmetlerinin sunum biçimi gelmektedir.

Günümüz kamuoyunda, kronik hastalıklar, kanser ve kazalar ile sağlığımıza olumsuz etki eden risk faktörlerinin azaltılması ve bunlara özgü koruyucu sağlık hizmetleri ile bireyin sağlığına karşın istendik davranışlar kazanması çözümlenmesi gereken en önemli sağlık konuları olmaktadır.

Son 25 yıllık dönemde tıp teknolojisinde gelişmeler, ulaşım olanakları, çevre koşullarını iyileştirme çalışmaları ve temel eğitim olanakları kişinin yaşam biçiminde olumlu gelişmeler yaratmış ve beklenen yaşam süresi ve kalitesinde pozitif çıktılar sağlanmıştır. Bu durum, insan yaşam süresinin önemi kadar yaşam kalitesini de ön plana çıkarmıştır. Bu niteliksel kavram beraberinde insan odaklı hizmetleri ve insan haklarının kullanımının önemini de kamuoyu gündemine taşımıştır. İnsana yapılacak yatırımların çıktılarını zaman içerisinde toplumsal refaha olumlu katkılar sağlayacaktır. Bu yatırımların başında eğitim ve sağlık gelmektedir. Özellikle kişiye yönelik götürülen koruyucu sağlık hizmetleri bireyin geleceği için en önemli bir yatırımdır. (1)

II. Dünya Savaşı'ndan sonra, devletler; bireylere tanınan hak ve özgürlüklerin güvence altına alınması gereğinde birleşmişlerdir. İnsan hak ve özgürlüklerinin korunması ve güvence altına alınması çabaları sonucunda çeşitli bildirgeler yayımlanmıştır. Bildirgelerin en önemlilerinden biri de 10 Aralık 1948 yılında yayımlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesidir(2).

Bildirgenin kabulünden sonra, günümüze kadar insan hakları, önemli gelişim göstermiş, bildirmede yer alan insan hakları temelinde dayanan alt hak grupları tanımlanmıştır. Kişi özgürlüklerini belirleyen hak grubu birinci kuşak haklar olup bunlar yaşama hakkı, ayrımcılık yasağı, işkence yasağı, düşünce ve ifade özgürlüğüdür⁽²⁾.

İkinci kuşak haklar ise sağlık hakkı, sosyal güvence hakkı, eğitim, beslenme ve kültürel yaşama katılabilme hakkıdır. Her ülkede yaşayan bireyler bu haklara sahip olabilmeleri konusunda önemli mücadeleler vermektedir. Başta sağlık hakkı olmak üzere bu hakların güvencesi, ülkelerin anayasa ve yasalarında yer almaktadır. Ayrıca sağlığın korunması, geliştirilmesi ve uygulanmasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önderliğinde ortak hareket belirlemek amacıyla çok uluslu konferanslar düzenlenmekte, birçok bildireler yayınlanmakta ve sözleşmeler imzalanmaktadır. Bu bildirelerden Alma Ata bildirgesinde temel sağlık hizmetlerinin önceliği ve özellikleri vurgulanmış, Ottawa'da sağlık alanında sorumlulukların diğer sektörler arasında olduğu, Ljubljana'da sağlıkta finansman kaynağı oluşturması ve kaliteye önem verilmesi, Dubrovnik sözleşmesinde ise sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve sunum konusunda ilkeler benimsenmiştir.⁽³⁻⁶⁾

Bu bildire ve sözleşmelerin yanında DSÖ 21. yüzyılda sağlık alanında seçilmiş 21 konuda hedefler belirlemiş ve ülkelerin kendi şartları doğrultusunda kendi ülkelerine özgü alt hedefler belirlemesini istemiştir.

Sağlık hizmet sunumu konusunda 15 nolu hedefin temel ilkesi şu şekilde tanımlanmıştır.

“Tüm ülkeler 2010 yılına kadar entegre sağlık sektörünü kurmalı ve insanlar esnek ve duyarlı bir hastane sistemi ile desteklenen aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşmalıdır”^(6,7).

Bu hedef doğrultusunda toplum sağlığını iyileştirmek ve insanların kaliteli, yenilikçi tedavilere adil biçimde erişmelerini olabilen en verimli şekilde sağlamak, tüm dünyada hükümetlerin ve sağlık sektörü paydaşlarının temel sorunu olmuştur. Yakın tarihimizde bu yönde atılan adımlar ve zorlukları aşmak için geliştirilen yöntemler, hem bireyin hem de toplumların refahını birinci dereceden etkilemektedir.

Günümüzde ülkelerin tamamı, gelişmişlik farklılıklarından bağımsız olarak, sağlık hizmetleri sistemlerini iyileştirerek, toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye, toplumların sağlık hizmetlerinden hem nicel hem de nitel olarak artması ve buna karşın devletlerin bu talepleri karşılamada yetersiz kalması, sonucu sistemdeki değişim ve reform ihtiyacı zorunlu hale gelmiştir.

Ülkemizde Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar hükümetler sağlık politikalarını oluşturmada anayasalarımızda yer alan haklar çerçevesinde hizmet sunumlarını yönlendirmişlerdir. Cumhuriyet kurulduğu ilk yıllarda bulaşıcı hastalıklarla dikey örgütlenme modeli ile başarılı bir şekilde mücadele edilmiştir. Daha sonra koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin “Sağlık Merkezlerinde” sunulması modeli için gayretler gösterilmiş ve master plan anlayışında sağlık merkezleri kurulmuş ancak sağlık personeli ve yatırım eksikliği nedeniyle plan yaygınlaştırılamamıştır(8,9).

1950’li yıllarda sigortalı işçilere yönelik SSK istasyon, dispanser ve hastaneleri kurulmuş ve sigortalı işçiler ile bakmakla yükümlü bireylere hizmet verilmiş ve bu kurumlar 2004 yılında Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. 1961 anayasamızda yer alan sağlık hakları ve devletin yükümlülükleri dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasına 1963’de başlamış ve 1983’de tüm illere yaygınlaştırılmıştır. Herkese, eşit, ücretsiz ve standart bir ekip anlayışıyla hizmet götürmede temel sağlık birimi sağlık ocakları olmuştur. Sistemin kendi içinde günümüze kadar sağlık personeli, tıbbi teknoloji ve toplumun kabulü ve katılımı konularında dar boğazlar yaşanmıştır.

1982 anayasasında aile sağlığının önemi, özel sağlık kuruluşlarının hizmetlere entegre edilmesi ve genel sağlık sigortasının kurulması konuları yer almıştır. Bu tümceden olmak üzere 1990’lı yıllarda DSÖ ve Dünya Bankası önderliği ve desteğinde sağlıkta reform adı altında birçok toplantılar düzenlenmiş, yasa tasarıları hazırlanmış ve uygulamalar yürütülmüştür. 2000’li yılların başında başta emekliler, memurlar ve işçilerin resmi ve özel sağlık kuruluşlarında muayene olma, ilaç alma konularında kolaylıklar getirilmiştir.

2003 yılına gelindiğinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü değişiklikler yapmayı hedefleyen bir reform paketi hazırlanmıştır. Bu reform paketinin getirdiği yeniliklerden birisi olan Aile Hekimliği Sistemine geçiş yapılması için 2004 yılında “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe konmuş ve bunu izleyen 2005 yılında Düzce pilot il olarak seçilmiş ve gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra 15 Eylül 2005 yılında Düzce ilinde aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmıştır(8).

Bu araştırmanın temel amacı; Düzce ilinde, uygulanan aile hekimliği pilot uygulaması öncesi sağlık sistemi ile yeni sağlık sistemin birinci basamakta hizmet sunum farklılıklarını saptamak, belirlenen bazı sağlık göstergelerinin karşılaştırılmasını yapmak ve sistemin değerlendirme sürecine katkıda bulunmaktır. Araştırmamızın diğer özel amacı ise dünyada farklı ülkelerde uygulanan aile hekimliği sistemini, aile hekimliğini ve aile hekimliği uzmanlığını tanımlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cumhuriyetin İlanından Günümüze Türkiye’de Sağlık Organizasyonu

Ülkemizde sağlık sistemi Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açıldığı günden günümüze kadar sürekli dinamik bir süreç izlemiş, bu süreçte sisteme bazen küçük müdahaleler yapılırken, bazen köklü reformlar yapılarak hizmet sunumu istenilen düzeye ulaştırılmaya çalışılmıştır. Bu reformlardan bazıları sadece yasal düzenleme ya da önerinin ötesine geçemezken, hayata geçirilen reformlarda ise süreç içerisinde çeşitli olanaksızlıklardan ya da siyasi nedenlerden ötürü amaçlanan hedef ve başarıya ulaşamamıştır. Birinci basamak hizmet sunumları, sağlık sistemimizin gelişme sürecinde her zaman ana gündem başlıklarından bir tanesi olmuştur. Ulu önder Atatürk bu konunun önemini daha cumhuriyet ilan edilmeden, Mart 1923 tarihli meclis konuşmasında söyle dile getirmiştir:

“Sağlık konusundaki çalışmalarımızın mühim bir kısmı bulaşıcı hastalıkların önlenmesine ve yayılmasının durdurulmasına sarf edildi. Bu türlü hastalıklardan yalnız çiçek ve lekeli humma bazı bölgelerde sınırlı bir şekilde yayılma eğilimi göstermiş ise de vaktiyle alınmış olan ve devam edilen önleyici ve koruyucu tedbirlerle önlerine geçilmiştir.”⁽¹⁰⁾

TBMM’nin açılmasını izleyen dönemde 3 Mayıs 1920’de 5 Numaralı Yasa ile Sağlık ve Sosyal Bakanlığı kurulmuş ve ilk Sağlık Bakanlığı görevine de Dr. Adnan ADIVAR (1920–1921) atanmıştır. Ancak kurtuluş savaşının devam ettiği o dönemde sağlıkla ilgili kayda değer bir çalışma yapılamamıştır. Cumhuriyetin ilanından hemen sonra ilk Sağlık Bakanlığını Dr. Refik SAYDAM yapmış ve 1921- 1937 yılları arasında aralıklarla aynı görevi yürütmüştür. Genç Türkiye Cumhuriyetinin ilk ciddi sağlık reformu çalışmaları yine Refik SAYDAM’ın bakanlığı döneminde gerçekleştirilmiş ve hızla yol alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan ve günümüze kadar geçerliliğini sürdüren birçok mevzuat düzenlemeleri bu dönemin çalışmalarının ürünüdür.⁽¹¹⁾

Refik SAYDAM birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem vermiş ve bu durumu şu sözü ile açıkça vurgulamıştır:

"Tabip, hastalıkların giderilmesinde oynadığı rolden çok, sağlıklı olanların bu durumlarını korumaları için çaba harcayacaktır."⁽¹²⁾

Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi amacıyla ilk etkinliklerden bir tanesi olarak 1928 yılında “Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü” kurulmuştur. Yaşanan o zorlu günlerin

temel gereksinimlerinden bir tanesi olan aşılama etkinliklerine hızla başlayabilmek ve bu konudaki yurt dışı bağımlılığını ortadan kaldırabilmek amacıyla ülke için çok gerekli olan pek çok aşı burada üretilmeye başlanmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin çatısını oluşturan ve günümüze kadar geçerliliğini sürdüren mevzuat düzenlemeleri de yapılmıştır. 1930 yılında ise günümüzde halen yürürlükte bulunan “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılarak sağlıkla ilgili esaslar ve düzenlemeler belirlenmiştir. Sağlık alanında çıkartılan ilk kanunlardan olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun içeriğindeki düzenlemeler ve esaslar ile çevre sağlığından aşılar, ana çocuk sağlığından işçi sağlığına kadar hemen her alandaki gereksinimler karşılanmaya çalışılmıştır.⁽¹³⁾

Bu dönemde hizmet, sağlık müdürlükleri ve ilçelerde kurulan hükümet tabiplikleri şeklinde tüm yurda yaygınlaştırılmıştır. Koruyucu hizmetler ise merkezi hükümetçe üstlenilerek, genel bütçe olanakları büyük oranda bu yöne kaydırılmıştır.

Yine bu dönemde yataklı tedavi hizmetlerinin yerel olanaklarla çözülmesi benimsenmiş ve yerel yönetimlere öncülük yapmak amacıyla “Numune Hastaneleri”nin kurulması kararlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı illerde (Ankara, Adana, Sivas, Trabzon, ...) kurduğu bu hastanelerin sonradan yerel yönetimlere devredilmesi ve bütün yataklı hizmetlerin belediyelerce ya da il özel idareleri ile verilmesini planlamıştır. Ancak bu durum yıllar içerisinde gerçekleşmemiştir.

Dr. Refik Saydam, sağlık hizmetleri sunumunda sağlık insan gücünün önemine inandığı için ülkede özellikle fakir çocukların okuyabilmesi için yataklı tıp öğrenci yurtları açmış ve mecburi hizmet uygulaması getirmiştir. Bu çabalar, 1923 yılında ülkede 554 hekim varken, 1930’da 1182 ve 1940 yılında 2387 hekim sayısına ulaşarak meyvelerini vermiştir. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek ücret uygulaması gündeme getirilerek sağlık hizmetleri özendirilmeye, hizmet kalitesinin düzeyi korunmaya ve sağlık sektörü motive edilmeye çalışılmıştır. ^(11,14,15)

Refik Saydam döneminden sonra sağlık sistemi üzerine diğer önemli bazı reformlar Dr. Behçet Uz’un Sağlık Bakanlığı yaptığı dönemde gerçekleştirilmiştir. Ancak, bu dönem daha çok hastanecilik hizmetlerine önem verildiği, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise geri plana itildiği bir dönem olarak anılmaktadır. Ancak buna karşın Behçet Uz döneminde birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren önemli kararlar alınmış ve yeni bir uygulama modeli de devreye sokulmuştur. ^(11,14,15)

Dr. Behçet Uz’un hedeflediği sağlık örgütlenmesinde, ülke yedi bölgeye ayrılacak ve her bölgede 10–20 yataklı 2 hekim 11 yardımcı sağlık personeli olan bir sağlık merkezi

kurulacak ve bu merkezlerde koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte yürütülecek ve birinci basamak sağlık hizmetleri gereksinimi bu biçimde karşılanmaya çalışılacaktı. Ayrıca yedi bölgenin her birinde bir tıp fakültesi kurulması öngörülmekteydi. Zaman içerisinde kurulan bu sağlık merkezleri büyük oranda, maliyeti çok yüksek olan ilçe hastanelerine dönüşmüştür. Bu dönemde uygulanan politikaların en önemli özelliği hastanelerin merkezileştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması olmuştur.

(9,11,14)

1945 yılında ise sigorta kurumu kurulmuş ve işçilerin ve bakmakla yükümlü kişilere hizmet vermek üzere Sosyal Sigortalar Hastaneleri, dispanserleri ve istasyonları kurulmuştur. Bu sistem daha çok tedavi edici bir sağlık hizmeti anlayışına sahip olmuştur. Tüm bu kuruluşlar belirli bir sosyal sınıfa tedavi edici hizmet vermiş ve 2004 yılında Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır.

1952 yılında Türkiye’de ana ve çocuklara koruyucu sağlık hizmeti vermek amacıyla UNICEF desteğinde il merkezlerinde Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri kurulmuştur.

1960’lı yıllara gelindiğinde 1961 anayasasında sağlık konusunda yer alan bir madde sağlık örgütlenmesine temel hedef olmuştur. Devlet herkese her yerde eşit sağlık hizmeti götürmekte ödevlidir. Bu yıllarda ülkemizde bulaşıcı hastalıkların durumu, anne ve bebek ölümlerindeki yükseklikler ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler sağlıkta yeni arayışları da beraberinde getirmiştir. Bunun sonucunda 1961 yılında, dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olan Dr. Nusret Fişek öncülüğünde hazırlanan ve 224 sayılı yasa olarak anılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” hayata geçirilmiştir⁽¹⁶⁾.

224 sayılı yasa sağlık hizmetlerinde dönüm noktası olmuş ve bu yasa ile bütünleşmiş, nüfusa dayalı, toplum katılımlı, ekip anlayışı içerisinde, sevk sistemi temelli ve sektörler arası iş birliği gerektiren bir hizmet anlayışı öngörülmüştü. Böylece toplumun yaşadığı en uç noktadan başlayarak yeni bir birinci basamak sağlık örgütlenmesi ve sevk zinciri oluşturuluyordu.⁽¹⁶⁾

Ancak özenle hazırlanan bu yasanın gerekleri tam anlamıyla hayata geçirilememiş ve uygulamada başarılı olabilmesi için öngörülen pek çok hüküm yasalaşmamıştır. Ayrıca, bu yasanın getirdiği yeniliklerin tüm yurt geneline yaygınlaştırılmadan uygulamada karşılaşılabilecek olası problemleri gözleyebilmek için seçilen üç il, devletin içinde bulunduğu maddi sıkıntılar öne sürülerek bire indirilmiş ve pilot il olarak seçilen Elazığ’da da çeşitli nedenlerle başlatılamayıp, en sonunda Muş ili uygun görülüp uygulama başlatılmıştır.

224 sayılı yasa, sosyalleşmenin 1975 yılına kadar tamamlanmasını önermesine karşın süreçte planlandığı şekilde yürütülemedi ve 1983 yılına gelindiğinde yeterli alt yapının sağlanamamasına karşın tüm Türkiye sosyalleşme kapsamına alınarak uygulamaya geçilmiştir (9,11,14,17-19).

Türk Silahlı Kuvvetleri'nin 1980 yılında yönetime el koymasıyla birlikte, anayasa başta olmak üzere ülkenin birçok kurumu yeniden yapılandırılmıştır. 1982 Anayasasında Genel Sağlık Sigortasından söz edilmiş ve sağlık hizmetlerinin, özel kurumlar yoluyla da verilebileceğine dair hükümler yer almıştır. Yine 1982 anayasası ile ana ve çocuk sağlığı korunması anayasa tarafından güvence altına alınmış, aile planlaması yöntemlerinin öğretilmesi, uygulanması da devletin sorumluluğuna verilmiştir (20,21). Kabul edilen yeni anayasa ışığında, 1983 yılında Nüfus Planlaması hakkında kanunda bazı değişiklikler yapılmış ve aile planlaması konusunda bazı yenilikler getirilmiştir. 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yürürlüğe girmiştir. Yasa ile Sağlık Bakanlığına sağlık hizmetlerini planlama, standartlarını geliştirme ve denetleme yetkisi vermek, kamuya ait sağlık kurumlarını işletmeye çevirerek, kamu dışında gelir kaynağı oluşturulmasını sağlamak amaçlanmıştır(11,17,21,22).

Cumhuriyet kurulduğundan bu yana sağlık sisteminin iyileştirilmesi üzerine yapılan çalışmalar ve tartışmalar 1990'lı yıllarda yoğunlaşmıştır. Türkiye'nin nüfusu, 1990 yılında %57'si şehirlerde olmak üzere 56 milyondur, nüfus artış hızı %21.71'dir. 1988 yılında ise bebek ölüm hızı %82, beş yaş altı ölüm hızı %98'dir Türkiye'de önlenebilir bulaşıcı hastalıklar ve bunlara bağlı ölümler hala görülmekteyken, aşılanma oranları kampanyalara karşın istenilen seviyeye ulaştırılamamıştır(23).

Mevcut durumun düzeltilmesi için Sağlık Bakanlığı 23-27 Mart 1992 tarihinde Türkiye'de sağlık alanında faaliyet gösteren pek çok uzmanın da katıldığı I. Ulusal Sağlık Kongresini toplamış ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili değerlendirme ve öneriler yapılmıştır (24).

Bu kongre sonrasında, ortaya konan görüşler editörler grubu tarafından "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı" haline getirilmiştir. Hazırlanan bu taslak doküman tartışmaya açılmış, eleştiriler ve öneriler dikkate alınarak Mart 1993 yılında "Ulusal Sağlık Politikası" adı altında TBMM sunulmak üzere hazırlanmıştır. Bu belgeye göre, temel sağlık hizmetlerinin verilişinde yeterince entegrasyonun sağlanamadığı ve çok çeşitli birinci basamak kuruluşları (Sağlık ocakları, Ana- Çocuk Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, SSK Dispanserleri, Milli Eğitim Dispanserleri, özel muayenehane ve poliklinikler, hastane poliklinikleri vs.) dublikasyonlara neden olduğuna vurgu yapılmıştır.

Ayrıca nedenleri konusunda değişik görüş ve yaklaşımlar olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi son 30 yılda uygulamada arzu edilen sonuçları doğurmamıştır saptamasına yer verilmiştir. Bu sorunlara çözüm olarak sunulan önerilerden birisi kırsal alanda sağlık evi, sağlık ocağı yapıları sürerken kentlerde küçük nüfus esasına dayalı aile hekimliği sistemi oluşturulmasıydı. Görevlendirilen aile hekimlerinin bireylere yönelik koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetlerini vermekten sorumlu olması ve ücretlerini kendilerine kayıtlı kişilerin adedine göre genel sağlık sigortası sisteminden alması gündeme getirilmiş ve genel sağlık sigortası ile aile hekimliği sistemine dikkat çekilmiştir. (25)

“Ulusal Sağlık Politikası 1993” belgesinde “Bebek ve Çocuk Sağlığı” başlığı altında mevcut sorunlar tanımlandıktan sonra “Sağlık açısından çocuk tek başına değil ailesiyle bir bütün olarak ele alınmalı, hizmet aileyi hedef alacak şekilde geliştirilmelidir.” ilkesi benimsenmiş ve topluma sağlık hizmeti sunumunda aile hekimliği sistemi uygulanması bir strateji olarak kabul edilmişti. Ulusal Sağlık Politikası’nın Anne Sağlığı, Yaşlı Sağlığı, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, Kanseri konulu başlıkları altında da aile hekimliğinden söz edilmiş ve çözüm önerileri arasında aile hekimliğine işaret edilmişti (25). Bakanlığın yaptığı bu çalışma, takip eden yıllarda hizmet sunumu olarak hayata geçirilememiş ve sağlık alanında kayda değer somut bir ilerleme sağlanamamıştır.

“Ulusal Sağlık Politikası 1993” belgesindeki önerilerin uygulamaya dönüşmemesi üzerine reform arayışları sonlanmamış ve 1998 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü “Türkiye’de Sağlık Reformları 1998” dökümanını hazırlamış ve Türkiye’nin sağlık alanındaki genel durumunu özetledikten sonra reform gerekliliğine yeniden vurgu yapmıştır. Dökümanda, sağlık hizmetlerine aktarılan kaynağın gelişmiş ülkelerin çok gerisinde bulunduğu sağlık harcamalarının dağılımına bakıldığında koruyucu hekimlik uygulamalarına neredeyse hiç kaynak aktarılmadığı ileri sürülmekteydi. O dönemde, sağlık bakanlığı açıklamalarına göre, kaynakların yetersizliği, hizmet kalitesinde istikrarsızlık, tıbbi standartlarda düşüş, kısıtlı arz karşın kaynakların kötü kullanımı ve sağlık sisteminde düşük verimlilik Türkiye sağlık reformlarının gerekçeleri olarak sıralanmıştır.(26, 27,28)

Bu reform paketinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda mevcut sağlık ocağı ve sağlık evleri varlıklarını korurken, bu kurumlara ek olarak Kamu Sağlığı Merkezlerinin kurulması öngörülmüştür. Kurulan bu kamu sağlığı merkezlerinin bölgede verilen sağlık hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu, çevreye ve kişiye koruyucu hizmetler sunması, sağlık ocaklarına, aile hekimlerine laboratuvar ve radyoloji alanında

lojistik destek sağlaması planlanmıştır. Ayrıca mevcut sistemden farklı olarak Aile Hekimliğinden bahsedilmiş ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler ve poliklinik hizmetlerini aile hekimlerinin kendi özel muayenehanelerinde sunması, ev ziyaretlerinde ebe ile beraber çalışması, ikinci ve üçüncü basamağa sevk ettiği hastaları takip etmesi, periyodik kontroller yapması, ilk yardım ve acil bakımdan sorumlu olması öngörülmüştür. Bu aile hekimlerinin sözleşmeli çalışması, belirlenmiş temel bir ücrete ek olarak verilen hizmete ve bakılan kişi sayısına göre ücretlendirilmesi esas alınması ilkesi kabul edilmiştir. Mevcut sistemde korunan sağlık ocaklarında ise doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni ve tıbbi sekreterden oluşan bir ekip, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, bağışıklama, aile planlaması, halk sağlığı eğitimi, gezici hizmetlerini yürütmesi öngörülmüştü. Ancak bu reform paketi de siyasi farklı görüşler, hükümet değişiklikleri, ekonomik nedenlerle hayata geçirilememiştir⁽²⁶⁾.

Sağlık alanında yapılmak istenilen reform girişimlerinden sonra Kasım 2002 tarihine gelindiğinde, Türkiye’de Millet Vekili genel seçimleri yapılmış ve bu seçim sonunda tek başına meclis çoğunluğu olan bir siyasi iktidar dönemi başlamıştır. Yeni hükümet göreve başladıktan sonra, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı verilen ve 1990’lı yılların başlarından beri tasarlanagelen görüşleri kapsayan, sağlık alanında köklü değişiklikler yapmayı hedefleyen yeni bir reform paketi hazırlayarak yürürlüğü koymuştur. Bu programın amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansman desteğinin sağlanması ve sunulması olarak belirtilmişti. Burada, halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmiş, bu hedefin epidemiyolojik verilerle izlenmesi öngörülmüştü ⁽²⁹⁾.

Bu reform paketinin getirdiği yeniliklerden birisi olan “Aile Hekimliği Sistemine” geçiş yapılması için 2004 yılında “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe konmuş ve bu izleyen 2005 yılında Düzce pilot il olarak seçilmiş ve gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra, 15 Eylül 2005 yılında Düzce ilinde aile hekimliği uygulaması fiilen başlatılmıştır. Düzce ilinin ardından Temmuz 2006’da Eskişehir’de aile hekimliği sistemine geçilmiş, bunu hazırlığını tamamlayan diğer iller izlemiş ve sayıları 20’ye ulaşmıştır. Sağlık bakanlığı yayımladığı bir genelge ile 2008 yılı sonunda 35 ilde daha aile hekimliği sistemine geçilmesini öngörmüş ve 2009 sonunda ülke genelinde geçiş sürecinin tamamlanması planlanmıştır. ⁽³⁰⁻³³⁾

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda 224 Sayılı Yasa

Cumhuriyet tarihinde sağlık alanında iyileştirme ve reform çalışmalarına bakıldığında, 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” öncesinde üzerinde en fazla konuşulan, tartışılan ve sağlık alanında köklü değişiklikler yapan uygulama “Sağlık Hizmetlerini Sosyalleşmesi Hakkında Kanun” ya da daha çok kullanıldığı şekliyle 224 sayılı yasadır⁽¹⁶⁾. Yasada yer alan temel ilkelerin 1978 yılında Alma Ata Bildirgesi’nde yer alan maddelerin birçoğunu kapsaması yasanın önemini ve öncülüğünü ortaya koymaktadır. Yasada sağlığın her alanında getirilen düzenlemelerin yanında sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun olarak yapılacağı ve eşitlik ilkesinin gözetileceği de vurgulanmaktadır⁽⁴⁾.

Yasaya göre sağlık hizmetlerinin finansmanı, vatandaşların ödedikleri primler, kamu kuruluşlarının bütçeleri ve hastanın kendine sunulan hizmet bedelinin bir kısmını ödemesi şeklinde karşılanacaktı. Bağlı bulunduğu sağlık ocağına başvuran hasta verilen hizmetlerden ücretsiz yararlanırken, seçme hakkını kullanarak kendisine göre doktor ve kurum belirleyen hasta aldığı hizmetin bedelini kendisi karşılayacaktı.⁽¹⁶⁾

2.2.1. Örgütlenme ve Hizmet Sunumu ile İlgili İlkeler

Sosyalleştirme kapsamına alınan bölgelerde sağlık hizmetinin eşit ve adaletli verilebilmesi için 5000-10000 kişilik nüfusa bir sağlık ocağı planlanarak, yurt çapında her bireyin bağlı bulunduğu ve ücretsiz hizmet aldığı bir sağlık kuruluşu olması amaçlanmıştır.

Sağlık sistemi en uçta sağlık evi olmak üzere sağlık ocağı, ilçe ve il hastaneleri olarak basamaklandırılmış ve hastaneye başvurular ise sağlık ocağı sevkine bağlanmıştır. Sağlık ocağında ve sağlık evlerinde her türlü koruyucu ve tedavi edici hizmetin entegre olarak bir ekip anlayışında (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför, hizmetli tarafından) yürütülmesi ve bu kamu personelinin tam gün esasına göre çalışması hükme bağlanmıştır. Bu personelin hizmet vereceği tesis, gerekli araç, gereç ile lojman sağlanmadıkça o bölgede sosyalleşme planının uygulanamayacağı da hükme bağlanmıştır. Sosyalleşmiş sağlık hizmetleri ile halk arasındaki iletişimin, sağlık ocaklarında sağlık kurulları oluşturularak sağlanması düşünülmüştü. Ayrıca hastaneler tedavi edici hizmetleri vermenin yanı sıra sağlık ocağında çalışan personelin eğitim ve becerilerini geliştirmekte sorumlu tutulmuşlardı. Yasayla oluşturulan Sosyalleştirme Genel Kurulu

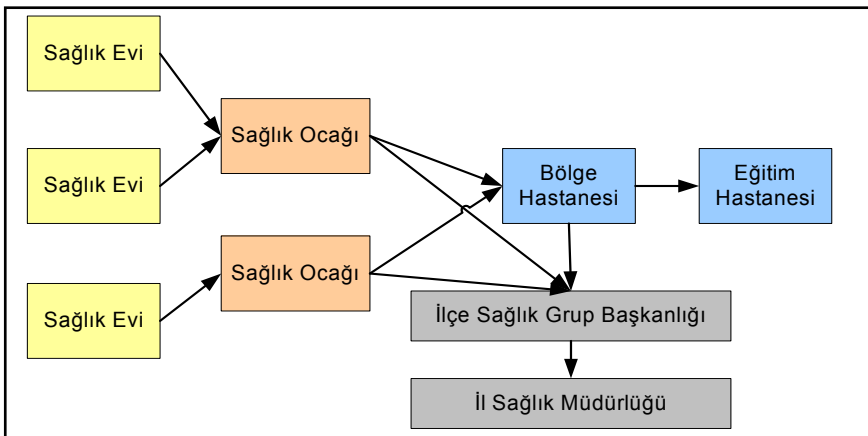
ve İl Sağlık Kurullarının ise diğer sektörlerle işbirliği sağlayan birimler olması öngörülmüştü. (16)

Kanunun geçici birinci maddesi sosyalleşme hazırlıklarına 1962 yılına başlanmasını belirtmişti. İlk uygulama 1963 yılında Muş'ta başlanmış olup sosyalleştirmenin, pilot ilde elde edilen verilere göre 1964 yılından itibaren kademeli olarak bütün yurda genellenmesi ve 15 yıl içinde yapılanmanın tamamlanması öngörülmüştü. Ancak daha sonra planlanan il sayısına ulaşamayınca 1969 yılında yeni bir yasal düzenleme ile bu tarih 1982 yılına kadar ertelenmiş, bu tarihte de yapılanma tamamlanamayınca 1983 yılında kapsam içine girmeyen tüm iller kapsam içine alınmıştır.(12,16)

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülme Esasları

Yasanın çıkarılmasını takiben hizmetin verilme biçimini ve çalışan personel ile oluşturulan sağlık kurumlarının görevlerini tanımlamak amacıyla zaman içinde ilgili yönetmelikler hazırlanmıştır. 224 sayılı yasanın uygulama esaslarını düzenlemek amacıyla 1964 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik ile 154 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönergeler çıkarılmıştır.

Şekil 1'de görüldüğü gibi sosyalleşme kapsamına alınan illerde sağlık örgütlenmesi, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Sağlık müdürlüğüne Bağlı Kurumlar, Sağlık Grup Başkanlıkları, Sağlık Ocakları ve Sağlık Ocaklarına bağlı Sağlık Evleri şeklide örgütlenirken, ilçelerde Kaymakamlık, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocakları ve Sağlık Ocaklarına bağlı Sağlık Evleri şeklide örgütlenmiştir.



Şekil 1: 224 sayılı yasaya göre sağlık hizmet sunum birimleri

2.2.3. Sağlık Ocaklarında Hizmetlerin Yürütülmesi

224 Sayılı Yasada hizmet sunumunun temelini oluşturan birim sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocağı, belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurum olarak tanımlanmıştır. İdeal olarak, 5 ile 10 bin nüfusa bir sağlık ocağı kurulması gerekirken, köy, ilçe, il ve büyükşehirlerde kurulan sağlık ocaklarının hizmet götürmekle yükümlü olacakları nüfus, hizmeti sunmanın güçlüğü ya da kolaylığı dikkate alınarak farklılık gösterebileceği de belirtilmiştir. Sağlık ocaklarında çok yönlü bir sağlık hizmetinin verilmesi ve bu hizmeti ekip anlayışıyla gerçekleştirmesi başarı için gerekli görülmüştür. Sağlık ocakları hizmet verdikleri yere göre köy, ilçe ve il tipi olarak sınıflandırılmışlar ve personel sayısı da buna göre ayrıca planlanmıştır^(16,34).

2.2.4. Sağlık Ocağının Görevleri

Sağlık ocaklarında dar bölgede çok amaçlı hizmet anlayışı benimsenmiştir. Sağlık ocakları yataklı tedavi hizmeti dışında kalan ayaktan tanı, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği kurumdur. Sağlık ocağının hizmetleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama hizmetleri, kronik hastalıklarla mücadele, yaşlı sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, poliklinik ve hasta sevk işlemleri, erken tanı ve tedavi işlemleri, ruh sağlığı hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, halk sağlığı eğitimleri, laboratuvar işlemleri, çevre sağlığı ve iş yeri denetimleri, ilk yardım ve acil bakım hizmetleri, adli hekimlik ve yönetim işleri olarak sıralanabilir ^(16,35).

2.2.5. Sağlık Evi ve Ebenin Görevleri

Sağlık evleri, sağlık ocaklarına bağlı çok yönlü görev yapan ve sağlık örgütlenmesinin en uçta bulunan kuruluşları olarak tanımlanmıştır. Bu kurumlarda ebeler görev yapmaktadır. Sağlık evlerinde ebeler aile planlaması hizmetleri vermek ve eğer sertifikası varsa RİA uygulamak, gebe tanısı koymak ve bu gebelerin doğum öncesi periyodik kontrollerini yapmak, riskli durum yoksa doğum yaptırmak ve doğum sonrası lohusa takiplerini yapmak, 0-6 yaş grubu çocukların bakım, bağışıklama ve izlemlerini yapmak,

ev ziyaretleri yaparak gebe ve bebek tespitleri ile, sağlık eğitimi ve pansuman-enjeksiyon yapmakla görevlendirilmişlerdir. (16,34)

2.2.6. Sağlık Ocağı Doktorunun Görevleri

Sağlık ocağı doktoru tanı ve tedavi edici hizmetlerin yanında, üreme sağlı ve aile planlaması uygulamalarını yürütmek, yeni doğan ve bebeklik dönemi bakım hizmetleri ile 1–6 yaş grubu çocukların takip hizmetlerini izlemek ve değerlendirmek, okul sağlığı hizmetlerini yürütmek, evre sağlı ve gıda kontrol hizmetlerini yetkisi dahilinde yerine getirmek, sağlık ocağı kayıtlarını düzenli olarak kontrol etmek ve eksikliklerin giderilmesini sağlamak, personele ve halka yönelik eğitimler vermek, acil sağlık hizmetlerini vermek, kronik hastalıkları ve risk gruplarını bilmek ve bu grubun gerekli tanı tedavi hizmetlerini yapmak, laboratuvar hizmetlerini planlamak, bulunması zorunlu ilaçların tespiti ve kontrollerini yapmak, hasta sevk işlemlerini yürütmek ve tabiplik hizmetlerini yürütmektir. Hekime idari, adli, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada verme sorumluluğu verilmiştir.(16,35)

2.2.7. Hemşirenin Görevleri

Sağlık ocağı hizmetlerinin yürütülmesinde halk sağlığı hemşiresi adı altında ebelerin çalışmasını planlar, izler ve değerlendirir. Sağlık ocağının personel durumuna göre ebe yetersiz olduğunda ebelerin sorumluluğundaki bölgelerin tespit, takip, bağışıklama hizmetlerini verir ve kayıtlarını yapar. Okul aşıları ve erişkin aşıları hemşire ve sağlık memurunun görevleri arasındadır. Bunun dışında sağlık ocağında görev yapan hemşirenin görevleri arasında, acil müdahale hizmetleri ile ilgili hizmetleri yapmak, poliklinik hizmetlerinin yürütülmesine yardımcı olmak, enjeksiyon ve pansuman yapmak, görevleriyle ilgili kayıtları tutmak ve yapmak, eğitimler yapmak, kronik hastalıkların kayıtlarını yapmak, tarama ve tedavi hizmetlerine katılmaktır (35,36).

2.2.8. Sağlık Ocağı Gezi Görevleri

Sağlık ocağı binası dışında yapılan hizmetleri tanımlamaktadır. Bu ziyaretlerin köy, mahalle ve ailelerin evlerinde yapılması öngörülmüştür. Gezi programı ve gezinin amacına uygun olarak her sağlık ocağı personelinin bu hizmete katılımı, bazen sadece bölgeyi daha

iyi tanımak ve hizmet verilen bölge halkıyla iyi ilişkiler kurmak için de yapılması önerilmiştir. Gezi hizmetlerinin hangi aralıklarla verilmesi gerektiğine, verilecek hizmetin özelliğine göre karar verilmesi önerilmiştir. Yapılan ziyaretin amaçları arasında ebe denetim ve eğitimi, bağışıklama, hasta muayenesi, okul sağlığı, çevre sağlığı, nüfus tespiti ve halkın sağlık eğitimi konuları yer alır⁽³⁵⁾.

2.3. Ailenin Tanımı ve Aile Tipleri

2.3.1. Ailenin Tanımı

Aile, insanın doğduğu ve en temel gereksinimlerinin karşılandığı, toplum yaşamına hazırlandığı çevresidir. Aile, birçok bilim dalının uğraş alanı olduğu için çok sayıda tanımlama yapılmıştır. Bazı araştırmacılar aileyi toplumu oluşturan en küçük birim olarak tanımlamış, bazıları birbirine kan ve evlilik bağı ile bağlanmış iki ya da daha fazla üyeden meydana gelen gruptur demiş ve bir başka tanımlama ise aileyi birbirleri ile biyolojik, psikolojik, sosyal ilişkileri ve duygusal etkileşimleri olan bir grup olarak nitelemiştir. Ayrıca, DPT Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu “Kan bağıllığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel bir toplumsal birimdir.” olarak aileyi tanımlamıştır. Tüm bu tanımlamaların yanısıra aile yönelimli çalışacak bir hekime göre aile, hastanın kendisinin iyi olması için önemli olarak kabul ettiği bir grup insandır. Bu kişiler her zaman akrabalık bağlarıyla birbirlerine bağlı olmak zorunda olmayıp, zaman zaman arkadaşlarını, komşularını ve hatta yakın çevresini dahi içerebilmektedir.^(37,38)

Tanımları farklı farklı yapılan ailenin topluma, kültüre zamana ve yaşanılan yere göre değişiklik gösteren pek çok işlevi vardır. Bu işlevler arasında, cinsellik, üreme, korunma, barınma, statü edinme, güven duyma, çocukların bakımı ve eğitimi, kültürün bir sonraki nesile aktarımı, mal mülk edinme ve bunların bir sonraki nesle miras olarak bırakma gibi birçok biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlar sayılabilir.

Sağlık ile ilgili pek çok olayda aile tipi belirleyici bir unsur olarak karşımıza çıktığı için bu aile tiplerinin tanınması da önemlidir. Ancak aile kavramı hem evrensel, hem de toplumdan topluma farklılık gösterdiği için aile tiplerinin, ayrımında kullanılacak ölçütler tartışmalıdır. Sınıflamalar genellikle ailelerin büyüklüklerine, evlilik bağlarına, güç

ilişkilerine, fonksiyonlarına vs. göre yapılmaktadır. Aileyi biçim açısından ele alan sınıflama yaygın kullanılır. Bu sınıflamaya göre geniş aile, çekirdek aile ve geçiş ailesi olarak 3 tip aile tanımlanır.⁽³⁸⁾

2.3.2. Geniş Aile

Geleneksel bir aile tipidir. Günümüzde daha çok kırsal bölgelerde ve az gelişmiş ülkelerde rastlanılan bir yaşam biçimidir. Birkaç kuşak bir arada yaşar ve geçimlerini genellikle toprağı işleyerek sağlarlar. Aile bireyleri arasında cinsiyete, yaşa ve aile içindeki statüye bağlı, erkeğin soy çizgisine uygun düzenlemiş hiyerarşik bir yapı ve işleyiş vardır. Aile içi ve toplumla olan ilişkiler geleneklere, törelere ve dini kurallara göre düzenlenir. Bu tip ailelerde birey karşılaştığı sorunlar karşısında yalnız değildir ve arkasında ona moral veren, destek olan birileri vardır. Geniş ailenin kişiye bu olumlu katkısına karşın, bireyin kendi hayatı hakkında kararlar alırken bağımsız olmaması ve aileye göz önünde bulundurma zorunluluğı olması gibi bir engeli vardır.⁽³⁸⁾

2.3.3. Çekirdek Aile

Anne baba ve çocuklardan oluşan iki kuşağı kapsayan ve evlilik bağı ile oluşmuş aile tipidir. Tarıma bağlı üretimde geniş aileler halinde yaşam daha ekonomik ve sürdürülmesi kolay iken, endüstriyel üretim ile birlikte bazı sosyal ve ekonomik nedenler ailelerin küçülmesine ve çekirdek aileye doğru geçiş yapılmasına neden olmuştur. Bu aile tipinde evlenme yaşı geleneksel ailelere göre daha ileridir. Eşler kendi düşünceleri doğrultusunda çocuk yapmaya ve sayısına karar verirler. Çekirdek aile her ne kadar günümüz modern aile tipi olsa da, onun da günümüz koşullarının getirdiğı bazı zorlukları vardır. Bu zorluklar arasında, ağırlaşan çalışma şartları, yalnız yaşamanın getirdiğı bireyselleşme ile aile içinde iletişim bozukluğı ve buna bağlı aile bireyleri arasında çatışmalar sayılabilir. Bu sorunlar nedeniyle çekirdek ailelerde boşanmalara daha sık raslanmakta, yalnızlaşma ve buna bağlı psikolojik sorunlar daha fazla görülmektedir.⁽³⁸⁾

2.3.4. Geçiş Ailesi

Genellikle hızla endüstrileşen toplumlarda rastlanmaktadır. Köyden kente göç sonucu büyük şehirlerin dış kısımlarında, gecekonduların yerleşim yerlerinde, dar alanda çok kişinin bir arada barındığı evlerde, yaşamlarını devam ettiren ailelerden oluşurlar. İlk bakışta bu ailelerde çekirdek aileye geçiş yaşanmış gibi gözükse de, duygu, düşünce, değer yargıları ve aile içi etkileşimleri ile geniş ailede geçerli olan kurallar ve töreler sürdürülmektedir. Böylece bir yandan kendi öz geçmişleri, alışkanlıkları ve değer yargıları ile kırsal alandaki yaşantılarını yaşamaya devam ederler, diğer yandan da kent yaşantısının yeni düzenine uyum sağlamaya çalışırlar. Ancak ailenin yaşlı ve daha gelenekçi bireyleri ile daha genç ve şehir yaşamına daha kolay uyum sağlamış aile bireyleri arasında kuşak çatışması fazlaca görülür. Ailenin yaşlı üyeleri gençlere geleneksel yapıya uygun davranmaları konusunda baskı yaparlar ve bu da aile içinde sorunlar oluşmasına neden olur. Bu kuşak çatışması ortamında yetişen ve daha çok bireysel bağımsızlık eğilimi gösteren genç nesiller de ileride kent yaşamına uyum sağlanmış çekirdek aileleri oluştururlar.⁽³⁸⁾

2.3.5. Sağlıklı ve Sağlıksız aile

Sağlıklı aile tanımı yapmak oldukça göreceli ve zordur. Genel anlamda işlevlerini yerine getiren, yani aile üyelerinin yaşantılarından mutlu olduğu, çatışmanın az olduğu, iletişimin iyi olduğu, gelişmeye ve değişmeye açık, aynı zamanda stresli olaylar karşısında birlikte baş etme yolları geliştirebilen ailelere sağlıklı ve işlevsel aile denir.⁽³⁸⁾

Sağlıklı ve sağlıksız ailelerin birey ve toplum açısından büyük önemi vardır. Çünkü yapılan bazı çalışmalarda sağlıksız ailelerin bireylerinde bedensel rahatsızlıkların daha fazla gözlemlendiği, madde bağımlı ergenlerde yapılan bir diğer çalışmada bu ergenlerin ailelerinin bütünlük ve uyum açısından uçlarda olmasının bu tür bozukluklara zemin hazırladığı, yine uyumsuz ve bütünlük kavramının aşırı uçlarda olduğu bu tip ailelerde stresle başa çıkabilme yeteneğinin, dengeli ailelere göre daha az olduğu saptanmıştır. Bunların tersine akademik başarıları incelenen bazı çalışmalarda dengeli ve uyumlu ailelerin çocuklarının okul başarılarının yüksek olduğunu gözlemlenmiştir.⁽³⁸⁾

2.4. Aile Hekimliğine Özel Tanı, Tedavi ve İletişim Teknikleri

DSÖ'nün 1948 yılında yaptığı tanıma göre "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir."⁽³⁹⁾ Bu tanıma göre hekim hastasının problemini çözmeye çalışırken pek çok faktörü göz önünde bulundurmalı ve bunları da tedavi sürecine katabilmelidir. Ancak hekimler hastalarının sorunlarını çözebilmek için pek çok değişik yöntemler kullanırlar. Bu yöntemler genellikle hekimin sağlık ve hastalık kavramına yaklaşımını da yansıtmaktadır.

2.4.1. Biyomedikal Yöntem

Bu yöntem, temelde hastalık merkezli ve hekimin hasta üzerinde hakimiyet kurarak anormal biyomedikal değişimleri düzeltmek için kullandığı bir uygulamadır. Günümüz tıbbında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşım hastalığı ölçülebilir biyolojik değişimler olarak algılar ve hastalığa psikolojik ve sosyal etmenlerin etkilerini reddeder. Biyomedikal yaklaşımla çalışan bir klinisyenin temel görevi hastalık ya da belirtinin gelişmesine katkıda bulunabilecek en küçük biyolojik etmenler dahi tanımlanana dek analiz etmek ve bunları elimine etmektir. Hasta ya da aile ile iletişimini bilgilendirici ve sağıltıcı bir düzeyde sınırlı tutar ve hastalığa özgü eylem planı üzerinde anlaşmaya vardıktan sonra görevini tamamlamış varsayar.^(40,41) Bu bağlamda örneğin Tüberküloz hastalığının nedeni onun için Tüberküloz basilidir. Görevi ise bu basili ortadan kaldırarak tedaviyi gerçekleştirmektir. Oysa Tüberküloz insidansındaki azalma, kullanılan antitüberküloz ilaçlarının yanısıra gerçekçi toplum sağlığı önermeleri ve çevre sağlık koşullarının iyileşmesiyle açıklanmaktadır.

Biyomedikal veriler, hastaların hekimlerine getirdikleri rahatsızlıkların yalnızca çok küçük bir kısmını oluşturur. Sadece bu verilerle hareket etmek hastalığı çok basite indirger ve hastalığın sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlarına yeterince yer ayırması mümkün olmaz. Biyomedikal yaklaşım hastalıkları sosyal davranıştan bağımsız olarak ele alır ve davranıştaki sapmaları da somatik bozukluklarla açıklamaya çalışır.

2.4.2. Biyopsikososyal Model

Biyopsikososyal yaklaşım modeli Genel Sistem Teorisine dayanılarak 1977 yılında George Engel tarafından temelleri atılmış olan bir modeldir. Sosyal ve psikolojik

değişkenler hastalık ile sağlığın vazgeçilmez belirleyicileri olarak tanımlanmış ve organizmanın tamamı biyolojik, psikolojik ve sosyal güçlerin bir etki alanı olarak gösterilmiştir. Biyolojik alt sistemler daha karmaşık ve başarılı bir üst sistem oluşturmak üzere psikolojik ve sosyal sistemlerle etkileşmektedir. Bu modeli benimseyen aile hekimi hastanın problemi ile hastayı bir bütün olarak alır ve hastanın yaşam hikayesi, sorunları, ailesi ve fizik çevresi ile bir bütün olarak değerlendirir. Psikososyal görüşün değişik boyutlarına ağırlık veren farklı görüşler vardır. (40,41)

2.4.2.1. Sistemik Yaklaşım Modeli

Bu yaklaşım modeli Karl Ludwig von Bertalanffy tarafından ortaya konmuştur. Bu modelde, her olayı belirli bir çevre içinde başka olaylarla ilişkili olarak incelemenin olayları anlama, tahmin ve kontrol etme açısından daha etkili olduğu öne sürülmüştür. Organizmayı oluşturan tek tek biyolojik sistemler karmaşıklıkları içerisinde çok yönlü ve çok boyutlu bir nedensellik içerisinde varlıklarını sürdürürler. Yani tek tek oluşlarından farklı olarak, bir amaçları vardır ve bu amaçlar bir birlerini yoğun olarak etkilemektedir. Sistemik yaklaşım, örneğin bir iş kazasını, zayıf organize edilmiş bir çevre (sosyal etmen) dikkatsizlik (psikolojik etmen), düşük kan şekeri (biyolojik etmen) gibi nedenlerden kaynaklanabilir olarak açıklar. Bu kaza ile ortaya çıkabilecek iç organ hasarı (biyolojik çıktı), stres (psikolojik çıktı) ve gelir azalması (sosyal çıktı) gibi durumları da kazanın olası çıktıları olarak değerlendirir. (41,42)

Smilkstein 1978 yılında aile sistemlerini aile hekimliğine uyarlamıştır. Hekimlerin dikkatini aileye, aile üyelerinin birbirleri ile olan etkileşimine çekmiş ve krizle başa çıkmada bu kaynakların ve becerilerin önemini vurgulamıştır. Smilkstein bu etkiyi aile için APGAR akronimi ile tanımlamıştır (A: Adaptasyon, P: Partnerlik, ortaklık, G: Gelişme, A: Affection- sevgi, R: Rezolve-çözümleme) olarak tanımlamıştır. Bu akronim ailenin sağlık ve hastalık durumundaki işlevselliğini değerlendirmekte kullanılan basit bir yöntemdir. (41,42)

2.4.2.2. Gelişimsel Model

Kişinin geçmişteki gelişimini, şimdiki gelişmişlik düzeyini ve gelecekte de beklenen gelişimini dikkate alan bir yaklaşımdır. Her sağlıklı kişinin geçirdiği varsayılan bu evreler bebeklikten erişkinliğe kadar sürmektedir. Erikson'un 8 gelişim evresine göre: Bebeklik,

güven, erken çocuklukta bağımsızlık kazanılması, orta çocuklukta arkadaşlık yetenek, ve erişkinlikte ise neslin devamı ve hayatın anlamlılığının altı çizilmektedir. Her evrede kişi yeni zorluklarla karşılaşır ve bunları aşar, başarıyla tamamlanmamış evreler gelecekte sorun olarak kişinin karşısına çıkar. Kapsamlı bakımda bu modelin doğrusal bakış açısı önemli katkılar sağlamaktadır.^(41,42)

2.4.2.3. Holistik Sağlık Modeli

Yunanca HOLON sözcüğünü kaynak alan holizm “tüm”ü tanımlar. Model temelde Aristo’nun “Bütün kendisini oluşturan parçaların toplamından daha fazladır.” felsefesi üzerine oturmaktadır. Parçaların tek tek incelenmesi bütünü tüm olarak tanımlayamayacağı gibi bütünlüğünün anlamını açıklamaya da yetmez. Bu model parçalar ve bütün arasında organik ve işlevsel bağlantıyı vurgular. Holistik sağlık modelinde bireysel sorumluluklar ve kişilik gelişimi önem kazanmıştır bu modelin temel önermeleri: sağlığın bozulması ve bütün hastalıklar psikosomatiktir, her insan akıl, beden ve ruhun dairesel etkileşimi altındadır, hastalıklar adaptasyon yetersizliklerinden kaynaklanmaktadır, rahatsızlıklar yaratıcı bir fırsat oluştururlar.^(41,42)

Bu model eğitimin, kendi kendine bakımın ve sağlığın yükseltilmesinin önemini vurgulamakta ve doğal gıda, yoga, psişik iyileşme, akupunktur, homeopati, bitkisel şifacılıklığı (herbalizm) kapsayan sağaltım şekillerini de içermektedir.^(41,42)

2.4.2.4. Etnik Kültürel Model

Hasta ve hekimin her bir araya gelişi tarafların kültürleri arasında bir transaksiyon oluşturmaktadır. Her iki taraf da görüşmeye, kültürel olarak belirlenmiş davranışlar, bilgiler ve inanışlarla oluşan bir hikaye getirir. Etnik farklılıklar cinsiyet farklılıkları, dini inançlar, dil, eğitim ve kişisel hikaye ilişkinin her iki tarafındaki beklentileri ve davranışları belirler. Hekimin kültürel yeterliliği ulaşılabilecek kaliteyi ve dostane ilişkileri belirleyebilir. Eğer hekim hastanın psikososyal zeminine ve kültürler arası etkileşim düzeyine yabancı ise kapsamlı bakım ve tanı koymada gereken temel bilgilere ulaşmakta güçlük çekecektir. Bu modelde hekim bir hastanın bedeni, rahatsızlığı ve tedavisi hakkındaki inanışlarını, varsayımlarını ve beklentilerini araştırmaktadır. Berlin ve Fowkes 1983 yılındaki bir yazılarında bu yaklaşımı pratikte uygulayabilmek için LEARN akronimini önermişlerdir. Buna göre: L: Listen, hastanın rahatsızlığı hakkındaki açıklayıcı

modelini algılamak için dikkatle ve empatiyle dinleyin, E: Explain, rahatsızlık hakkında kendi açıklayıcı modelinizi hastanın anlayabileceği bir dille ifade edin, A: Acknowledge, sizin açıklamanızla hastanın açıklaması arasındaki farklar ve benzerlikler hakkında hastayı bilgilendirin ve farklar hakkında tartışın, R: Recommend, sizin açıklama modeliniz içinde en uygun düşecek tedaviyi önerin, N: Negotiate, hastayla tedavi hakkında, hekimlik etiği sınırları içinde, hastanın sosyal çevresini de kullanarak bir anlaşma yapın. (41,42)

2.4.2.5. Biyopsikososyal model

Biyopsikososyal model bilimsel bir tanım olarak 1977 yılında Engel tarafından yapılmıştır. Engel klinisyenlerin dikkatlerini, hastaların duygusal yapılarının, yaşam amaçlarının, hastalık karşısında davranışlarının ve sosyal çevrelerinin değişmesi ile hastalığın biyokimyasal ve morfolojik farklılıklar gösterebildiğine çekmiştir. Yine Engel'e göre, hastalıkları belirleyen etmenleri daha iyi kavrayabilmek ve sağlık hizmeti sunumunda rasyonel bir tedavinin planlanıp uygulanabilmesi için kullanılacak medikal model aynı zamanda hastayı, hastanın içinde yaşadığı çevreyi ve hastalıkların kötü sonuçları ile başa çıkabilmek için toplum tarafından geliştirilmiş sistemi de göz önüne almalıdır. Engel birinci sırada biyolojik faktörleri ele almak yerine hasta olma ve hastalığa yol açan tüm faktörleri değerlendiren biyopsikososyal yaklaşım ile neden bazı hastaların "hastalık" dediğini, diğerlerinin yaşamsal sorunlar" olarak nitelediğinin anlaşılabilirliğini ve hastanın başvuru nedeninin yaşam koşullarına bağlı duygusal reaksiyonlardan mı yoksa somatik semptomlardan mı kaynaklandığının anlaşılabilirliğini ön görmüştür.

Biyopsikososyal model, beyin ve periferal organların kompleks, karşılıklı uyum gösteren ilişkilerle birbirine bağlı olduğu ve sosyal olduğu kadar fiziksel uyaranlarla da değişebildiği temeline dayanır. Bu model çevresel stres ya da intrapsişik çatışmaların birey için patolojik potansiyel taşıdığını önerir. Engel klinik sorunları daha etkin olarak tanımak ve yönetmek için klinisyenlerin hastalarını üç açıdan değerlendirme zorunluluğu olduğuna vurgu yapmaktadır. (41,42)

Klinisyenin hastayı değerlendireceği ilk bakış açısı biyolojik etmenler etrafında oluşmaktadır. Bu açıdan bakıldığında Fizyolojik işlevleri etkileyebilen genetik veya çevresel etmenlerle (kanserde olduğu gibi), biyolojik işlevselliği etkileyebilen davranış paternleri dikkat çekmektedir (egzersiz, diyet ya da sigara içmek). (41,42)

İkinci bakış açısı psikolojik etmenleri içermektedir. Burada sorunların duygusal, bilişsel davranışsal boyutları irdelenmektedir. Duygular inanışlar beklentiler, kişilik ve baş etme yöntemlerinin tamamı sağlık ve rahatsızlık ile ilgili psikolojik etmenlerdir.

Son olarak da sosyal etmenler incelenmelidir. Aile, okul, iş, dini çevre, yönetim, sosyal değerler, gelenekler ve sosyal destek organları gibi sosyal sistemler incelenmelidir.

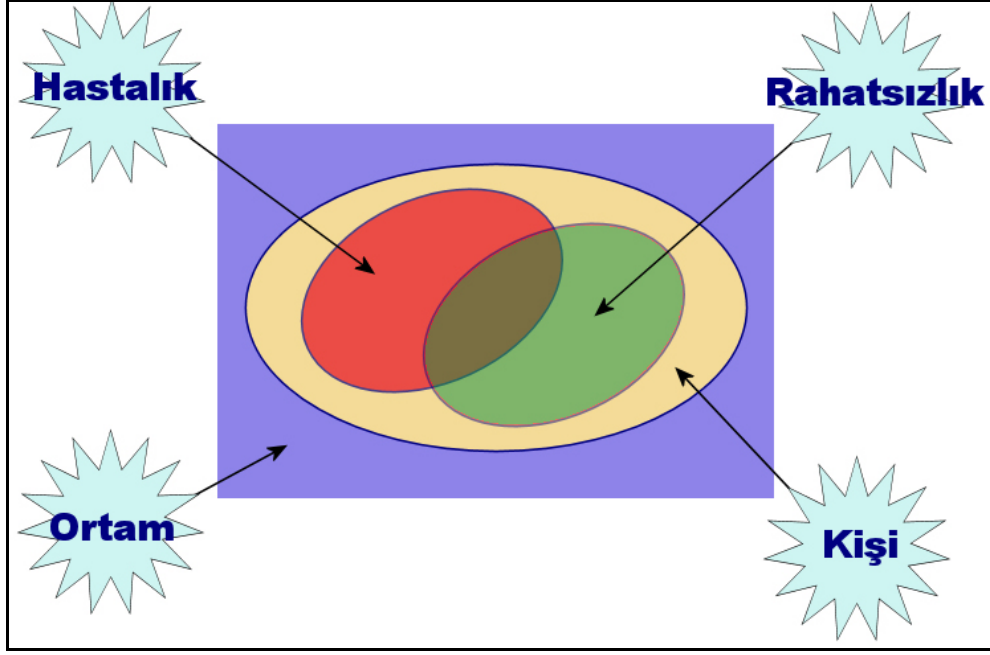
Bu bağlamda Engel'in ortaya koyduğu biyopsikososyal model üç önermeyi içerir. Bu önermelerden ilki ve en önemlisi klinik bakımın mutlak suretle biyomedikal bakımın ötesine geçmesi gerekliliğidir. Çünkü rahatsızlıklar ancak psikolojik ve sosyal etmenlerin örüntüsünde anlaşılabilir. Bunu tamamlayan ikinci önerme ise biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlar bir biri ile ilişkilidir ve etkileşir biçiminde özetlenebilir. Bu karmaşık ilişkiler yumağını dikkate almayan bir tedavi modelinin başarılı olamayacağı varsayımı da biyopsikososyal modelin son önermesini oluşturmaktadır.

Ian R. McWhinney 1986 yılında Engel'in yeni model oluşturma çağrısına atıfta bulunarak, klinik yöntemin doktor merkezli değil hasta merkezli olma gerekliliği üzerinde durmuş ve hasta merkezli yaklaşımın temelinde de doktorun hastanın dünyasına girmesi ve hastalığı hastanın gözünden görebilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Oysa geleneksel doktorlu merkezli yaklaşımda doktor, hastanın hastalığını kendi dünyasına çekmekte ve kendi patolojik referansları çerçevesinde hastalığı yorumlamaktadır.

Birinci basamak hekimleri hastayı ilk gören hekimlerdir ve hastanın davranış ve semptomları yine onun deneyimleri ve öncelikleri doğrultusunda şekillenmektedir, Birinci basamak hekimi birçok biyopsikososyal değişkenin dinamik yapısı değerlendirerek pozitif sonuç için gerekli cevabı oluşturma bilmelidir. Hekim hastası ile sempatik ve destekleyici bir hasta hekim ilişkisini kurarak, hastalık ile ilgili gerekli psikososyal bilgiyi alabilmeli ve gerekli müdahaleyi yapabilmelidir. (41,42)

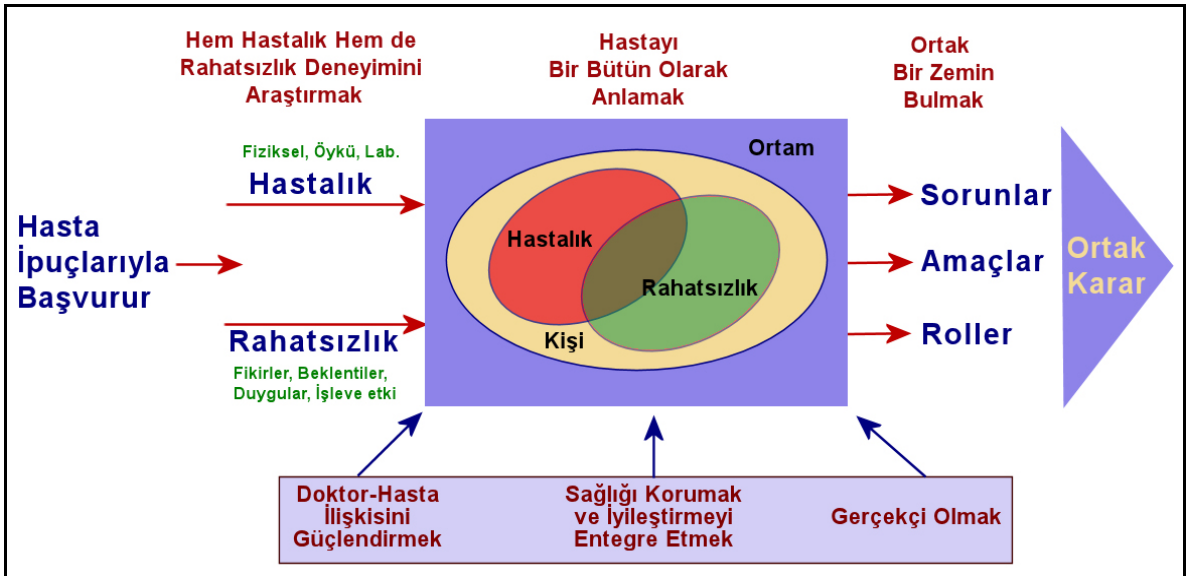
2.4.3. Levenstein Modeli

Hasta merkezli ve hem hastalığı hem de rahatsızlığı anlamak üzerine kurulmuş bir modeldir. Bu modelde “hastalık”, bulgular ve belirtiler, “rahatsızlık” ise tamamen özgün bir kişisel deneyim ve bireysel bir algı olarak tanımlanmıştır. Hekim hastalık ve rahatsızlık arasında bir yeredir. Rahatsızlık tanımının altında hastanın fikirleri, duyguları, beklentileri ve işlevleri vardır. Bu modelde insan yaşam öyküsü, kişisel ve gelişimsel durumlar hastanın yaşadığı ortamla bir bütün olarak değerlendirilir^(39,41). Şekil 12'de hastalık, rahatsızlık, ortam ve kişi ilişkisi gösterilmiştir⁽³⁹⁾.



Şekil 2: Levenstein modeline göre hastalık, rahatsızlık, kişi ve ortam tanımı

Levenstein modeli, problemleri ve öncelikleri, tedavinin hedeflerini, doktorun ve hastanın tedavideki rollerini göz önüne alarak ortak bir zeminde hastalığın tedavisini yapmayı amaçlar. Ayrıca sağlığın iyileştirilmesi, erken tanı, komplikasyonları azaltmayı da amaçlar. Bu model hasta hekim ilişkisinin artırılmasını, zaman, kaynaklar ve ekip açısından da gerçekçi olmayı öngörür. Şekil 3’de bu ilişki gösterilmiştir⁽³⁹⁾.



Şekil 3: Levenstein modeli diagramı

2.4.4. Aile Hekimliği Uygulamalarında Kanıta Dayalı Tıp

Kanıta dayalı tıp, var olan en iyi kanıtları, mantıklı, bilimsel ve açık bir şekilde kullanarak, hastaların bakımı hakkında karar verme işlemi olarak tanımlanırken bir başka tanım da, hasta ile ilgili kararlarda, eldeki en iyi kanıtın, açık, özenli ve mantıklı bir biçimde hekimin deneyimi ve hastanın tercihleri ile birleştirilerek kullanılmasını sağlamaya yönelik sistematik bir yaklaşım olarak ifade etmiştir.⁽⁴³⁾

Tıbbi kararların sadece %15-40'ı bilimsel kanıta dayanılarak verilmektedir. Kesinliği belirlenmiş bir bilginin tıp alanında pratikte uygulanabilmesi için 8-10 yıl gibi bir süre geçmekteyken, tıptaki hızlı gelişim bu bilgilerin güncelliğini ancak 5-45 yıl koruyabildiğini göstermektedir. Klasik başvuru kaynaklarının yetersizliği, tanı, prognoz, tedavi ve korumada hasta başında bilgi gereksiniminin artması, okumaya zaman ayırmakta güçlük çekilmesi, hastaların bireysel gereksinimlerini ve tercihlerini sistematik yaklaşımların olmaması kanıta dayalı tıba olan gereksinimi artırmıştır.⁽⁴³⁾

Kanıta dayalı tıp uygulamalarının amacı, araştırma ve klinik arasında daha iyi bir iletişim sağlayarak sağlık hizmetini geliştirmektir. Kanıta dayalı tıp sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini soru oluşturma, en iyi kanıtı arama, kanıta değer biçme, bu kanıtı klinik uygulamalara sokma ve kendi performansını değerlendirmekten oluşan beş adımda gerçekleştirir.⁽⁴³⁾

Günümüzde gelişen teknoloji ile en iyi kanıtı aramak için elektronik veri tabanları gibi modern araçlar kullanılmaktadır. Hangi veri tabanı kullanılırsa kullanılsın amaç en yüksek kalitede bir tarama yaparak en iyi kanıtı bulmaktır. Ancak klinik karar verme sürecinde kanıt tek başına yeterli değildir. Kanıtın yanında yarar ve riskler, koşullar, alternatif tedavi stratejileri ile ilgili maliyet ve hastanın değerleri de dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda kanıtların topluma uygunluğu değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede incelenen hastalıkla ilgili olarak, tedavi etkisini azaltacak toplumlar arası fizyolojik bir fark, hasta farklılıkları, uygulama farklılıkları, sağlık hizmeti farklılıkları, hastalarda tedavinin potansiyel risk ve yararlarını etkileyecek komorbidite varlığı, tedavi edilmeyen hastalarda tedavinin etkinliğini değiştirebilecek önemli bir yan etki farklı olup olmadığı dikkate alınmalıdır.⁽⁴³⁾

Kanıta dayalı tıp uygulamaları maliyet etkililik açısından en yararlı bulunan uygulamalardır. Aile hekimliği bu uygulamaları yaygınlaştırma potansiyeline sahip olan bir uzmanlık dalıdır. Bu uygulamaların yaygınlaştırılması hem hastaların daha bilimsel ve

etkin tedavilerinin sağlanması hemde kaynakların en ekonomik şekilde yönlendirilmesini sağlayacaktır.⁽⁴³⁾

2.5. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Hekimliği

2.5.1. Aile Hekimliği Fikrinin Ortaya Çıkışı ve Tarihçe

1923 yılında Dr. Francis Peabody, tıpta uzmanlaşmaya giden yolun sonuna geldiğini ve sağlık hizmeti sunumunun çok fazla parçalara ayrıldığı için yetersiz hale geldiğini vurgulayarak, kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren genel hekimliğe geri dönüş yapılması gerektiği çağrısını yapmıştır⁽⁴⁴⁾. Ancak bu açılım o dönemde fazla ilgi görmemiş ve uzmanlaşma eğilimi 1950’lerde hız kazanarak daha az sayıda hekim genel tababette kalmaya başlamıştır. Bu olumsuz gidişi önlemek amacıyla 1952’de İngiltere’de Royal College of General Practitioners (RCGP) adı altında bir kurum kurulmuştur. Ancak genel pratisyenlik ya da aile hekimliğinin İngiltere’de, ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında olmuştur. 1966’da, ABD’de, birer ay arayla yayımlanan iki ayrı raporda, birinci basamakta yeni bir uzmanlık kavramı tanımlanmıştır. Bunların ilki, Millis Komisyonu Raporu olarak da bilinen “Citizens' Commission on Graduate Medical Education of the American Medical Association”ın raporuydu. İkinci rapor ise, Willard Komitesi olarak da anılan, “Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council of Medical Education of the American Medical Association” raporuydu. Bu raporlardan üç yıl sonra, 1969’da, American Board of Family Practice (ABFP)’in ABD’deki 20. uzmanlık board’u olarak kurulmasıyla, Aile Hekimliği Uzmanlığı ABD’de resmen yürürlüğe girmiştir.^(45,46,47,48)

Millis ve Willard raporlarından sonra, 1971’de American Academy of General Practice adı American Academy of Family Physicians (AAFP) olarak değiştirilmiştir. Bu yeni tanım değişikliği, aile merkezli sağlık hizmetine dikkati çekme ve yeni Aile Hekimliği Uzmanlığına akademik kabul kazandırma isteğini yansıtan önemli bir değişim olmuştur.^(45,46,47,48)

2.5.2. WONCA’nın Kuruluşu Organizasyonu ve Alt Birimleri

1972 yılında düzenlenen Genel Pratisyenlik 5. Dünya Konferansında WONCA (the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of

General Practitioners/Family Physicians) resmen kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlığının tanımı ise 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitim Toplantısı”nda yapılmış ve bu tanımda aile hekimliğinin diğer klinik uzmanlık dallarında farklı bir uzmanlık dalı olduğuna vurgu yapılmıştır. (45,49)

1994 yılında Ontario-Kanada’da, DSÖ ve WONCA işbirliğinde “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmede Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans düzenlenmiştir. Hazırlanan ortak sonuç dokümanının “Toplum Gereksinimlerini Gözeten Bir Sağlık Hizmeti ve Tıp Eğitimi Sistemi Oluşturmak İçin Öneriler” bölümünde, aşağıdaki konular yer almıştır. “Aile hekimliği bir disiplin olarak tanımlanmalı, temel tıp eğitimi sonrasında uzmanlık eğitimi için uygun bir temel sağlanmalı, aile hekimliği disiplini her tıp fakültesinde öğretilmeli, aile hekimi/dal uzmanı dengesi kurulmalı ve her ülkede aile hekimliği mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi programları oluşturulmalıdır.” denmiştir.(45,49)

WONCA’nın bölgesel kolu olan WONCA-Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Topluluğu) 2002 yılında 21. yüzyılda insanların sağlık bakımı gereksinimlerini karşılayacak aile hekimliği ile ilgili yeni tanımlamalar ve çekirdek yeterlikler açıklanmıştır.(50)

WONCA Avrupa Bölgesi’nin kurumsal olarak alt birimleri bulunmaktadır. Bunların başında EURACT, Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Eğiticileri Akademisi (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine) yer almakta olup amacı öğrenme ve öğretme yolu ile aile hekimliği disiplininin standartlarını yükseltmek ve geliştirmektir. Bir diğeri ise EGPRN olup Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı (The European General Practice Research Network) olup, amacı birinci basamakta araştırmayı teşvik etmek, çok uluslu araştırmalar başlatmak ve koordine etmek, araştırma deneyimlerini paylaşmaktır.(51,52)

2.5.3. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığının Gelişimi

Bir tıpta uzmanlık dalı olarak Aile Hekimliği ilk kez 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer almıştır. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı Eğitim ve Araştırma hastanelerinde başlamıştır. 1990 tarihinde Ankara’da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş, 1998 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla Türkiye Aile

Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde isim değişikliği yapılmıştır. Yüksek Öğrenim Kurulu (YÖK) kararı ile 1993 yılında ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Trakya Üniversitesinde kurulmuştur. 2003 yılında TAHUD, WONCA'ya tam üye olmuştur.⁽⁵³⁾

2.5.4. Aile Hekimliği Disiplininin Tanımları ve Özellikleri

Aile hekimi tanımlamaları yapılırken, aile hekimliği ya da genel pratisyenlik terimleri eş anlamlı kullanılmıştır. Aile hekimliğinin kabul edilmiş bir tanımı 1974 yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı"nda yapılmıştır. Bu tanımda birinci basamakta görev yapan aile hekiminin insan organ ya da sistemlerini esas olarak inceleyen diğer uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanmıştır.^(44,45)

Leeuwenhorst tanımı olarak bilinen bu tanım "Aile hekimi, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur." şeklindedir. Tanımın devamında aile hekiminin hizmet özelliklerine de yer verilmektedir. Buna göre "aile hekimi hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastaneye de hizmet sunar.", "Temel amacı erken tanı koymaktır.", "Hastaların bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkileri göz önüne alır ve bütünleştirir.", "Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir.", "Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir." ifadelerine yer verilmektedir.^(44,45)

Aile hekimini ve aile hekimliği disiplini tam ifade edecek tanımlama çabaları sonucunda, uluslararası aile hekimliği örgütleri tarafından kabul gören bir tanımlama da 1991 yılında WONCA tarafından yapılmıştır. Bu tanımlamaya göre "Aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür. Oysa diğer sağlık hizmeti sunucuları, hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyabilmektedirler. Aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile bağlamında ve ailelere de toplum bağlamında bakım sağlar. Bu hekimler hastalarının kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını da dikkate alarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yeterlidir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir. Aile

hekim, mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.”.(54)

Yapılan bu tanımlamaya süreçte uluslar arası düzeyde bazı katkılar olmuş ve yeni aile hekimliği tanımları yapılmıştır. Olensen 2000 yılında “Aile hekimi, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır.” biçiminde bir tanımlı gündeme getirmiştir. Devamında Olensen “Aile hekimi, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın bir toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Aile hekimi biyolojik tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme alanlarında bireylerle ilgilenir.” tümcelerini de ekleyerek tanımlı ayrıntılandırmıştır (45,54).

Gorldğu gibi temelde benzer noktalara vurgu yapılırsa da aile hekimliği disiplinine, zamana ve değişen şartlara göre farklı farklı tanımlamalar yapılmıştır. Aile hekimliği disiplini ve uzmanlığı tanımlarında bir standart sağlanması amacıyla Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi (EURACT) Konseyi’nin bir çalışma grubu tarafından hazırlanan taslak metin 2001 Ekim ayında İşpanya Barselona’da önemli örgütlerin davet edildiği uzlaşma konferansında değerlendirilmiştir. WONCA Avrupa taslak bildirgeyi, yorumlarını almak üzere Avrupa’daki tüm üniversitelere, ulusal derneklere ve Aile Hekimliği ile ilgili diğer örgütlere göndermiş, onlardan gelen görüş ve öneriler işığında oluşturulan taslak metin 2002 Mart ayında Noordwijk’te yapılan ve bu örgütlerin katıldığı bir konferansa sunulmuştur. Bu konferansın ardından belgeye son şekli verilmiştir.

WONCA Avrupa 2002’ye göre “Aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yonelikli klinik bir uzmanlıktır.” tanımlaması yapılmıştır.(54)

Bu tanımlama ile birlikte aile hekimliği disiplinin ilkeleri de belirlenmiştir. Aile hekimliği disiplininin belirlenen bu ilkelerine göre, aile hekimliği hastanın sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur ve yaş, cinsiyet ayrımı yapmadan tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım sergiler. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Kendisine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır ve bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Hastanın akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı

anda tedavi ederken uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Toplum sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir ve rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

Disiplin olarak tanımlanmasından sonra bu disiplinin uzmanlarının tanımı ise, aile hekimliği uzmanlarının aile hekimliği disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimler olduğu kaydedilmiştir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar. Bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıkların yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler.⁽⁵⁴⁾

2.5.5. Aile Hekiminin Temel Yeterlikleri

WONCA Avrupa 2002 sonuç bildirisinde bir aile hekimliği uzmanının, uygulamada olan sağlık sisteminden bağımsız olarak, disiplini bakımından sahip olması zorunlu olan temel yeterlilikleri belirtilmiştir. Bu yeterlilikler arasında birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım yer almaktadır. Uzmanlığın yetkin uygulayıcısı bu yeterliliklerini klinik görevler, hastalarla iletişim, uygulama merkezinin yönetimi alanlarında gösterebilmesi öngörülmüştür.

Ayrıca kişi merkezli bir disiplin olarak da kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanabilmesi, doktorun mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olması, tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım göstermesi ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürebilmesi vasıflarına sahip olması gerekliliği vurgulanmıştır.⁽⁵⁴⁾

2.6. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması ve Uygulama Esasları

Uzun yıllardır üzerinde çeşitli çalışmalar yapılan ancak çeşitli nedenlerle hayat geçirilemeyen aile hekimliği sistemi, 2003 yılında açıklanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın bir parçası olarak yeniden gündemdeki yerini aldı. Bu programda gerçekleştirilmesi öngörülen sekiz alt başlık oluşturulmuştu. Bunlar, planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı, herkesi tek bir çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi (güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili kademeli sevk zinciri, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri), bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, karar sürecinde etkili bilgiye erişim (Sağlık Bilgi Sistemi) olarak sıralanmaktadır⁽²⁹⁾.

Sağlık bakanlığının uygulamaya koyduğu bu programın gereklerinden biri olan “Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimi” yapılandırılmasının oluşturulması amacıyla gerekli çalışmalar yapılmış ve 24.11.2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot uygulaması Hakkında Kanun” ile de yasal düzenleme yapıp süreç başlatılmıştı. Bunu takiben 06.07.2005 tarihinde “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ve 09.09.2005 tarihinde “Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” ile yasal alt yapı hazırlıklarına devam edilmiştir. Bu düzenlemelerle yeni sistemde oluşturulacak kurumlar ve çalışacak personelin tanımları da yapılmıştı.

2.6.1. Genel Pratisyenlik/Aile Hekimi

Aile hekimliğinin uluslararası alanda tanımları ve genel ilkeleri belirlenmiş olsa da Sağlık Bakanlığı, ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında geçilmesi düşünülen aile hekimliği sistemi ve bu sistemde görevlendirilecek doktorların görev tanımları, sahip olması gereken temel özellikler ve bazıları da geçiş dönemine özel olan düzenlemeler yapmıştır. Bu düzenlemelere göre, tanımlar ve sorumluluklar aşağıda tanımlanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlığı kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak sağlık hizmetine yönelmiş akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır. Aile Hekimliği Uzmanları, disiplinin prensiplerine göre uzman klinisyenlerdir. Yaş, cinsiyet ve hastalığa bakmaksızın her kişiye öncelikli olarak kapsamlı ve devamlı hizmet vermekle sorumlu kişisel doktorlardır. Kişilere ailelerini,

toplumlarını ve kültürlerini göz önünde tutarak hizmet verirler. Topluma ilişkin mesleki sorumluluk taşırlar ve toplum sağlığı merkezleri ile işbirliği içinde hizmet verirler.⁽⁵⁴⁾

2.6.2. Aile Doktoru/Aile Hekimi

Sağlık Bakanlığının tanımlamasına göre aile doktoru/aile hekimi, aile hekimliği uygulaması yapan aile hekimliği uzmanları ve geçiş dönemi boyunca öngörülen eğitimleri alan diğer hekimlerdir.

Aile hekimi, kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alarak koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal, hem de sosyal yönleriyle ilgili olan, kişilerin kendi seçtikleri hekimdir. Aile hekimi ile kişi arasında sürekli bir ilişki bulunması ve bu ilişkinin her iki tarafın da isteği doğrultusunda sürdürülmesi esastır. Aile hekimi, kişinin sağlığını emanet ettiği, her türlü sağlık sorununda danışmanlık aldığı, sağlığının korunması ve sorununun giderilmesi için ilk başvurduğu hekimdir.^(30,31,54)

2.6.3. Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları

Aile hekimleri kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunmasından ve hastalandıklarında tedavi edilmelerinden birinci derecede sorumlu kişilerdir. Bireylerin acil durumlar dışında sağlık sistemine giriş kapısını oluştururlar. Kendisine kayıtlı kişilerin sağlık kayıtlarını tutmak, bağışıklama ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basmaktaki tanı ve tedavi hizmetlerini üstlenmek, ikinci ve üçüncü basamak bakımlarını koordine etmek aile hekiminin görevleridir. Diğer görevleri de ulusal ve bölgesel sağlık hedef ve önceliklerinin planlanmasına yardımcı olmak üzere gereken bildirimleri üst kuruluşlara yapmak ve planlama sonucunda merkezi otoritenin öngöreceği programları uygulamak, kişiye yönelik rehberlik hizmetleri vermek ve bu kapsamda ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, meme taraması, rahim kanseri taraması gibi periyodik hizmetleri vermek, bağışıklama, ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı ile ilgili hizmetleri yerine getirmek, bireysel koruyucu hizmetleri vermek, ilk kayıta ev ziyareti ile sağlık durumunun tespitini yapmak ve bakanlığın öngördüğü sıklıkta ev ziyaretlerini tekrarlamak, aile sağlığı biriminde ve gerektiğinde evde birinci basamak tanı tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verebilmek, sevk işlemlerini yapmak, temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak, aile hekimli uygulamaları ile ilgili kayıt ve bildirim yapmak, ilk

yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak olarak sıralanabilir.^(30,31,54)

2.6.4. Aile Sağlığı Elemanın Görev ve Sorumlulukları

Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memuru olarak tanımlanmıştır. Görevleri tanımı ise, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulması, kişilerin sağlık kayıtları ve istatistiklerinin tutulması ve aile hekiminin görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olması olarak sıralanmıştır.

Aile sağlığı elemanı, aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin vital bulgularını almak ve kaydetmek, aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak, yara bakım hizmetlerini yürütmek, tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak, ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmak, poliklinik hizmetlerinde bulunmak, hastaların başka bir sağlık kuruluşuna sevki durumunda sevk işlemlerini yürütmek, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak, tetkikleri için numune almak, basit tetkikleri (eğitimi almışsa) yapmak, gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili olarak aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek, yükümlülükleri arasındadır. ^(30,31,54)

2.6.5. Gezici Sağlık Hizmetleri ve Hizmet Sunum Esasları

Aile hekimliği sistemine geçilmesi ile yeni oluşturulan bir yapılanmada gezici sağlık hizmetleri için ayrı bir örgütlenme yapılmasıydı. Pilot uygulama yönetmeliğinde aile hekimliğine geçilen illerde gezici sağlık hizmeti bölgeleri, uygulama başlamadan önceki iki ay içinde, aile hekimliği uygulamalarına geçildikten sonra yapılmak istenen değişiklikler ise her yıl Ocak ve Temmuz aylarında il sağlık müdürlüğünün teklifi ve bakanlığın uygun görüşüyle tespit edilmesi benimsenmişti. Gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü aile hekimleri atama sırasında belirlenmesi uygun görülmüştü. Yönetmeliğe göre gezici sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin, bölgelerindeki dağınık yerleşim birimlerine belirli bir plan dahilinde periyodik olarak ulaşmaları ve bu şekilde hizmet vermeleri

görevlerinin en önemli bölümü olarak tanımlanmıştı. Bu ziyaretlere aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde eşlik etmesi uygun görülmüştü.^(30,31,54)

2.6.6. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Görev ve Sorumlulukları

Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezi olarak tanımlanmıştır.

Her il ve ilçede, sorumluluk bölgesi mülki sınırlarla belirlenmiş bir toplum sağlığı merkezi kurulması ayrıca 10.7.2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Kanununa tabi illerde, büyükşehir belediyesine bağlı her ilçede de bir toplum sağlığı merkezi kurulması, nüfusu 100 binden fazla olan il merkezlerinde her 100 bin kişiye bir toplum sağlığı merkezi kurulması öngörülmüştür. İl merkezlerinde toplum sağlığı merkezleri müdürlüğe doğrudan bağlı olarak görev yaparken, ilçelerde toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimi aynı zamanda grup başkanı olarak görevlendirilmiştir.

Toplum sağlığı merkezleri, bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun hastalıklardan korunması ve oluşabilecek hastalık durumunda kolay ulaşabileceği, kaliteli teşhis ve tedavinin sağlanması için gerekli önlemleri almak, bu hizmetleri sunarken sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirmek, kendisinin sunduğu sağlık hizmetleri ile diğer sağlık kurumlarının sağlık hizmeti arasında eş güdümü sağlamak ayrıca diğer kurumlarla işbirliği yaparak toplumun ve kişilerin sağlık düzeyini yükseltmek ve sürdürmekle sorumludurlar.

Toplum sağlığı merkezleri, idari ve mali hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, adli tıbbi hizmetler (ölüm raporu, defin/nakil izni) okul sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırma ve denetimi, afet organizasyonu, kurullara ve komisyonlara katılım, yeşil kart hizmetleri, sağlık müdürlüğünün verdiği diğer görevleri hizmet bölgelerine vermekle yükümlüdürler.

Toplum sağlığı merkezleri öngörülen bu görev ve sorumlulukları yerine getirmek için, sağlık grup başkanı, görev bölgesinin büyüklüğüne göre görevlendirilmiş hekimler, sağlık memuru, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetliden oluşan bir kadro ile görev yapar.⁽³²⁾

2.6.7. Aile Hekimliği Finansman Modeli

Dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanında iki temel model vardır. Bunlardan biri finansmanın tamamının kamu kaynaklarından karşılanması, diğeri ise hizmeti talep eden tarafında karşılanmasıdır. Türkiye’de ise bu iki modelin karışımı olan karma bir model uygulanmaktadır. Türkiye’de sağlık harcamaları, devlet bütçesi, sosyal güvenlik kurumları ve bireyin kişisel harcamalarından karşılanmaktadır.⁽²⁹⁾

Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçen bölgelerde çalışanların ücretlendirilme şekli değiştirilmiş ve ücret performans kriterleri yürürlüğe konmuştur. Öncelikle Aile hekimliği sisteminde aile sağlığı merkezlerinde çalışan personel sözleşmeli statüsüne geçmesi öngörülmüştür. Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında (nöbet, acil yardım hizmetleri, olağan üstü durumlar yapacakları hizmetler ve toplum sağlığı) kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 kişi için (aile hekimi uzmanı olanlara daha yüksek olmak üzere) bir ücret belirlenmiştir. 1000–4000 arasında kayıtlı her kişi için ek bir ödeme yapılması, kayıtlı kişi sayısı 4000’den fazla ise bu nüfus için ayrı bir ücretlendirme yapılması öngörülmemiştir. Sözleşmeyle çalışan aile hekimine görev yaptığı bölgenin sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyine göre ödeme yapılması ücret yönetmeliğinde hükme bağlanmıştır. Aile sağlığı elemanına yapılacak maaş ödemelerinde de benzer hesaplama yöntemi kullanılması uygun görülmüştür.^(28,30,31,33)

Aile sağlığı Merkezinin giderlerinin karşılanması konusunda sözleşmeli aile hekimine belli bir bütçe ayrılmış ve kira, elektrik, su ve buna benzer harcamaları bu ödenekten yapması öngörülmüştür. Bu giderlerin harcanması için verilen paranın nasıl harcandığı konusunda fatura beyanı istenmemiştir.⁽²⁸⁾

Sözleşmeyle çalışan aile hekimine gezici sağlık hizmetleri için, gezici hizmet verilen nüfus 500 den az ise tavan ücretin %0’ı, 500–1000 kişi ise tavan ücretin %10’u, 1001–1500 kişi arasında ise tavan ücretin %20’si, 1501–2000 kişi ise tavan ücretin %30’u, 2001 kişiden fazla ise tavan ücretin % 40’ı esas alınarak ödeme yapılması yönetmelikte hükme bağlanmıştır. Ancak gezici hizmetleri veren aile sağlığı elemanına herhangi bir ödeme yapılmamaktadır. Gezici sağlık hizmeti sırasında yapılan ulaşım ve aile sağlığı elemanın giderleri, aile hekimi tarafından karşılanması öngörülmüştür.⁽²⁸⁾

Sözleşmeyle çalışan aile hekimlerine, ihtiyaç duyduğu laboratuvar tetkiklerini yaptırılmaları için belli bir ödenek tahsis edilmiştir. Bu tetkik ve sarf malzeme giderlerinin tavan ücretin %100’ünü geçemeyeceği hükme bağlanmıştır. Belirlenen laboratuvarlarda ve

toplum sağlığı merkezlerinde yapılan tetkiklerde hastadan bir ücret talep edilmemektedir.⁽³³⁾

Aile hekimine, yaptığı hizmetler karşılığında belirlenen ücrette bazı durumlarda kesinti yapılabilmektedir. Aile hekiminin kendisine kayıtlı kişi sayısı esas alınarak 2. ve 3. basamağa yaptığı sevkler bir önceki aya göre % 15'in altında ise bir kesinti yapılmazken, %15 ve üzeri yapılan sevklerde bakanlığın belirlediği oranlarda kesintiler yapılmaktadır. Bir diğer kesinti ise koruyucu sağlık hizmetlerinde yapılmaktadır. Aşı, gebe ve bebek-çocuk izlemlerinin her biri için bir başarı oranı hesaplanmış ve bu oranın altında yine belirli oranlara göre kademeli kesinti yapılması öngörülmüştür. ⁽³³⁾

2.7. Dünyadaki Aile Hekimliği Uygulamaları

2.7.1. İngiltere

İngiltere'de aile hekimliği uygulamaları 1947 yılında başlamış, 1952 yılında "Royal College of General Practitioners" (Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji) kurulmuştur. Mezuniyet öncesi aile hekimliğinin temel konularının eğitimi tıp fakültelerindeki aile hekimliği kürsülerinde verilmektedir. 1979 yılında zorunlu hale getirilen aile hekimliği uzmanlık eğitimi bir yıllık intörnlik döneminden sonra 2 yıl hastanede, 1 yıl ise sahada eğitici aile hekiminin yanında çalışarak tamamlanmaktadır. 1946 yılında yayımlanan bir yönetmeliğe dayanılarak 1948 yılında National Health Services (Ulusal Sağlık Hizmetleri) teşkilatı kurulmuştur. Kişiler, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk almadıkları sürece ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar.

İngiltere'de temel sağlık hizmetleri yıllardır önem verilen bir uygulama alanıdır. Hastanın ilk başvuru yeri temel sağlık hizmetlerinin verildiği aile doktorlarıdır (genel pratisyenler). Geniş kapsamlı olarak tanımlanan temel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar İngiltere Sağlık Bakanlığı harcamalarının %33'ünü oluşturmaktadır. 1996'dan önce İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda'da farklı otoriteler aile sağlığı hizmetlerini organize etmekteydi. Bu tarihten itibaren bu dört ülke tek bir sistem altında birleştirilmiştir. Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Diş sağlığı ve bazı yerleşim yerlerinde göz sağlığı hizmetleri hizmet başı ücretlendirilmektedir. Aile hekimleri tarafından kendilerine kayıtlı hastalara verilen sağlık hizmetleri genel tıbbi hizmetler olarak adlandırılmaktadır. Sağlık otoritesinin ödediği

miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Temel sağlığa ayrılan ödeneğin %30'u genel tıbbi hizmetlere, yani aile hekimliği uygulamalarına harcanmaktadır. Bütün sağlık harcamaları genel bütçeden vergi gelirleri ile karşılanmaktadır. Hastaların herhangi bir ücret ödemesi söz konusu değildir. Bu yüzden hastaların birinci basamak sağlık hizmetine erişiminde parasal bir engel bulunmamaktadır.

Yılda yaklaşık 300.000.000 hasta başvurusunun %95'i aile hekimliğine olmaktadır. Bunlarında %90'ının tedavisi baştan sonuna kadar aile hekimleri tarafından tamamlanmaktadır. Aile hekimleri tek başına çalışabilecekleri gibi, diğerleri ile birleşerek grup çalışması da yapabilirler. İngiltere'de bu grup çalışması oranı %80 olup bunların çoğu da ortaklıklar şeklindedir. Ayrıca her geçen gün hekim dışı sağlık personelinin genel sağlık uygulamaları alanında istihdamı artmaktadır.

Herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde aile hekimi de başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir. Ancak aile hekiminin hastaları sadece sağlık otoritesinin belirlediği kişiler değildir. Geçici oturma izni almış yabancılar da bu hekimlere kayıt yaptırabilmektedir. Bu kişilere aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri bazı poliklinik hizmetleri yanında travma ve acil hizmetleri de ücretsiz verilmektedir.

İngiltere'de aile hekimlerinin ücretlendirilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, kalanı ise yaptıkları işe (hizmet başı ödeme) endekslidir. Belirli düzeydeki çocuk aşılması ile servikal sitoloji takibi gibi bazı hizmetler ayrıca ücretlendirilmektedir. Birinci basamak hekimleri için performansa dayalı bir ödeme sistemi öngören yeni bir sözleşme, hekimlerin %70'inin katıldığı oylamada katılımcıların %80'i tarafından kabul görmüştür. (55)

2.7.2. İrlanda

İrlanda'da tıp eğitimi 6 yıl olup; mezuniyet sonrası tıbbi konsey tarafından onaylanması için bir doktorun hastane intörnü olarak bir yılını tamamlaması gerekmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıl olup, bu eğitimin iki yılı hastanede, bir yılı ise birinci basamak sağlık hizmeti veren bir kurumda geçmektedir. İrlanda'da halkın %84'ünün sağlık güvencesi vardır. 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. Bu grup, toplumun %36'sını oluşturmaktadır. Toplumun geri kalan kesimi kategori-2'yi oluşturmaktadır. Kategori-2'deki insanlar özel sağlık sigortalarına

başvurmaya meyillidirler. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Teşkilatı toplumun %35'inin sağlık güvencesini üstlenmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Sevk gerekliliği aile hekimleri tarafından belirlenir. Kategori-1'deki kişiler bölgelerindeki listeye dahil aile hekimlerinden istediklerini seçebilmektedir. Aile hekimliği hizmetleri, reçete edilen ilaçlar, tedaviler ve cihazlar kendilerine ücretsiz olarak temin edilmektedir. Kategori-2'deki kişiler aile hekimi veya uzmana başvuru konusunda serbest olup, sevk zinciri dışında diğer dal uzmanlarına da başvurma olanağına sahiptirler.

Aile hekimlerinin büyük bir bölümü tek hekim ve ekibinden oluşan çekirdek ofislerde, bir bölümü ise grup muayenehanelerinde çalışmaktadır. Aile hekimlerine kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakta, ancak hizmet verilen topluluğun yaş, cinsiyet, morbidite dağılımı ve oturdukları yerler gibi faktörler ödemeyi etkilemektedir. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde hizmet başına ödeme de yapılmaktadır. (48)

2.7.3. Portekiz

6 yıllık tıp fakültesi eğitimini takiben 18 aylık asistanlık öncesi eğitim alan hekim ulusal bir sınava girer ve bir uzmanlık alanını seçer. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıldır. Aile hekimleri hükümet ve Tabipler Birliği'nin oluşturduğu ortak komite tarafından sertifika ve kredilendirilmektedir.

Portekiz'de 60'lı ve 70'li yılların başında doktorlar büyük şehirlerde ve hastanelerde toplanmışlardı. 1975-1982 yılları arasında doktorlara bir yıllık zorunlu hizmet uygulandı. 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 board 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.

Doktorların çoğunluğu ulusal sağlık sistemine bağlıdır ve ulusal sağlık sisteminde çalışan doktorların yarısı aynı zamanda özel hekim olarak çalışmaktadırlar. Nüfusun %80'i aile hekimlerine kayıtlıdır. Kişilerin doktor seçme hakkı vardır ve bir aile hekimi en az 1500 kişiden sorumludur. Aile hekimleri maaş ile çalışırlar. İkinci basamak hizmetler aile hekimlerinin sevkinden sonra mümkündür. Hastalar sevk edilecekleri hastaneyi seçebilirler

ancak tedavi edecek uzmanı seçemezler. Özel muayeneler ulusal sağlık sistemi dışında olup direkt 2. veya 3. basamağa kabul edilirler fakat ücretlerini ceplerinden öderler. Genelde merkezler laboratuvar, tanı yöntemleri ve röntgen hizmeti vermemektedir. (47,48).

2.7.4. Norveç

Norveç'te zorunlu ulusal sigorta sistemi tüm nüfusu kapsar. 1984 yılında "Yerel Yönetimler Sağlık Planı" uygulamaya konulduğundan beri birinci basamak sağlık hizmetleri büyük oranda desantralize olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1500-2500 kişi bir aile hekimine kayıt olmaktadır. Hangi bölgede, hangi aile hekiminin veya kaç aile hekiminin çalışacağına yerel sağlık yönetimi karar vermektedir. Aile hekimini seçme hakkı kişinin kendisine aittir. Aile hekiminin haftada 38 saat çalışma zorunluluğu vardır. Bu durumda kişi başına sabit bir ücret yerel sağlık yönetiminden alınmaktadır. Kural olarak aile hekimleri belediye sınırları içindeki coğrafi olarak tanımlanmış topluma hizmet verirler. Uygulanan politikalara göre temelde aile hekimleri istedikleri yerde çalışabilirler.

Aile hekimleri her türlü birinci basamak sağlık hizmetini halk sağlığı hemşiresi ile birlikte vermektedirler. Hemşire, haftada 23 saat çalışmaktadır. Ödemeleri aile hekimi tarafından yapılmaktadır. Ayrıca aile hekimlerinin tıbbi sekreterleri ve laboratuvar elemanları da bulunmaktadır. Basit kan ve idrar tahlilleri muayenehanede yapılmakta, gereken diğer tahliller içinse hastaneye sevk edilmektedir. Hastaneye başvuru ancak aile hekimlerinin sevk ile olmaktadır.

6 yıllık mezuniyet öncesi eğitimin ardından 1 yıllık hastane eğitimi yanında 6 ay aile hekiminin yanında "hekim adaylığı" eğitimi bulunmaktadır. Birinci basamakta çalışabilmek için bu eğitim ön şarttır. Ancak ücretlerdeki farklılık nedeniyle uzmanlık yapmak daha cazip hale gelmiştir. Norveç'te aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi en az 5 yıldır. Bu eğitimin bir yılı hastanede, dört yılı ise birinci basamakta geçmektedir. Aile hekimliğinin 1985 yılında tam bir uzmanlık olarak tanınmasının ardından yeniden sertifikalandırma ilkeleri getirilmiştir. Bu yeniden sertifikalandırma her 5 yılda bir tekrarlanır ve bazı şartları bulunmaktadır. Bu 5 yıl süresince en az 1 yıl aile hekimliğinde geçirilmiş olmalıdır ve minimum 200 kurs saati (hastane içi eğitim) alınmış olduğu kanıtlanmalıdır. Diğer koşulda ise çeşitli seçenekler mevcuttur (Bir hastanede en az üç ay süreyle çalışmak, 100 saat hizmet içi eğitimi tamamlamak, bir Aile Hekimliği Enstitüsü ile bağlantılı olarak araştırma yapmak gibi).(47,48)

2.7.5. Hollanda

6 yıllık tıp fakültesi eğitimi bittikten sonra aile hekimi adayı olunabilir. Bazı mesleki eğitim kuruluşları yılda bir, bazıları da iki kez adayları kabul eder. 3 yıllık mesleki eğitim bittikten sonra aile hekimleri bir yere yerleşmek için ortalama 3-5 yıl beklerler.

Hollanda'da Avusturya, Belçika, Fransa ve Almanya'da da kullanılan "Bismarck Sosyal Sağlık Sigortası Modeli" kullanılmaktadır. Bu model, vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansmanı, paraların devlet dışı yönetimlerde sigorta kurumlarında toplanmasını, bu kurumların hastane, aile hekimi ve diğer sağlık hizmeti sunanlarla kontrat yapmaları veya hizmet karşılığı para ödemelerini önerir. Hollanda'da aile hekimlerinin %90 kadarı aile hekimleri milli kuruluşunun üyesidir. Hollanda'da temel sağlık hizmetleri kapsamı diğer Avrupa ülkelerinde olduğundan daha fazla hizmet alanını kapsamaktadır. Ayaktan tedavi ve ruh sağlığı hizmetleri ile evde bakım hizmetleri de bu kavramın kapsamına girmektedir.

Hollanda'da sosyal güvence sistemi sigorta bazında organize edilmiştir. Sağlık sigortası ile ilgili iki projeleri vardır: Bunlar ABWZ ve ZWF kurumudur. Her iki projeye katılım da zorunludur. ABWZ (Olağanüstü Medikal Giderler Sigortası) nüfusun %100'ünü kapsamakta olup, uzun süreli ve/veya masraflı hastalıklar içindir. Hasta herhangi bir doktor veya merkez seçerek kayıt işlemini yapmaktadır. ZWF, Hasta fonu sistemi nüfusun %60'ını kapsar. Yaşı 65 ve üzerinde olup, belirlenen düzeyinin altında geliri olanlar bu sigortaya dahildir. Bu fondan yararlananlar mutlaka bir aile hekiminin listesine dahil olmak zorundadır. ZWF fonu normal medikal riskler için verilen hizmetleri karşılamaktadır. Aile hekimliği uygulamalarını, dış bakımını, özel tıbbi uygulamaları, ana sağlığı hizmetlerini, hastane giderlerini ve nakil giderlerini kapsar. Nüfusun geri kalanının yaklaşık %40'ının kısa dönem hastalıkları ve temel sağlık önlemleri için özel sağlık sigortaları vardır. Özel sigortaların hizmet ve ödemeleri devletin kontrolü altındadır. Hasta fonları tarafından sigortalananlar yılda yaklaşık 4-5 kez doktorlarına başvururlarken, özel sigortası olanlar yılda ortalama 3 kez doktorlarına başvurumaktadırlar. Özel sigortadan faydalananlar aile hekimliği hizmetlerinin ücretini peşin ödeyip, daha sonra sigorta şirketlerinden alırlar.

Hastalar sağlık sigortasında tanımlanan hizmetleri sağlayan herhangi bir aile doktorunu seçmekte özgürdür ancak bir seneden önce hekimlerini değiştiremezler. Hastalık fonu sistemine tabi kişilerin tercih edeceği aile doktorlarının fon ile anlaşmalı olması gerekir. Aile hekimlerinin %71'i tek başına çalışmaktadır. Fakat son 30 yıldır takımlar

halinde grup pratiği içinde, sağlık merkezlerinde veya bir ortakla çalışma durumu giderek artmaktadır. Hastalık sigortası sisteminde acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hasta, dalında uzman olan hekime gitmeden önce aile hekimine başvurmak zorundadır.^(48,55)

2.7.6. Almanya

Almanya’da 1883 yılında sosyalleşme kanunları ile gündeme gelmiş olan “Bismarck Modeli Sağlık Sigorta Sistemi” hakimdir. Hemen her meslek dalının sigortası ayrı olup bu sistem prim miktarını kendi finansal durumuna göre belirler. Bu sistem nüfusun %90’ını kapsamaktadır. Nüfusun bir kısmı ya sadece özel sigorta altındadır ya da kamu sigortalarına ek olarak tamamlayıcı özel sigortaları seçerler.

Aile hekimliği hizmetleri Almanya’da aile hekimleri, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütülmektedir. Temel sağlık hizmetlerinde öncelik, tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır.

Almanya’da 1996 yılından beri geleneksel hizmet başı ödeme sistemi değiştirilmiştir. Ödeme sistemleri hala değişim halindedir. Hizmetleri sınırlayabilmek için ödeme sistemi aşamalı yapılmıştır. Örneğin belli sayıda hizmete ödenen ücret bu sayı aşıldıktan sonra düşmektedir. Ayrıca doktorların gereksiz işlem yapmasını önlemek için bireysel bütçeler oluşturulmaktadır. Ayaktan hasta bakımları, ilâçlar, fizyoterapi, ergoterapi, konuşma tedavisi gibi hekimlik dışı tedavi uygulamalarına sevk edilen hastalar için sabit bütçeler oluşturulmaktadır. Ancak hizmetlerin ücretleri bölgelerde verilen hizmet sayısına göre düzenlenmektedir.

1969 öncesinde sigorta hekimi olmak için 1,5 yıl klinik eğitim yeterli iken, bu tarihten sonra 4 yıl süren, hastane ve muayenehanede gerçekleştirilen bir uzmanlık eğitim programı oluşturulmuştur. İlk yıllarda uzmanlık bitirme sınavı yokken, 1980’de aile hekimliği uzmanlık eğitimini seçecekler için zorunlu bitirme sınavı konulmuştur. 1994’te de birinci basamakta çalışacak hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir.

Almanya’da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay boyunca bağlı kalırlar. Gerekli görülen hasta bir dal uzmanına veya hastaneye sevk edilebilir. Aile hekimleri kural olarak acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlüdür. Bu görevi aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ortaklaşa üstlenir.^(48,55)

2.7.7. Danimarka

Danimarka’da sağlık sigortası sistemi bütün vatandaşları kapsamaktadır. Ancak iki tip sigorta sistemi bulunmaktadır. Toplumun %97’sini kapsayan birinci tip sigortalılar öncelikle kendilerine bir aile hekimi seçmek zorundadır. Aile hekiminin sevk ettiği serbest uzmana ya da hastaneye herhangi bir ücret ödemezler. Aile hekimlerini 6 aydan sonra değiştirme hakları vardır. İkinci tip sigortalılar ise aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını cepten ödemektedirler. Bunların aile hekimlerini seçme ve değiştirmelerinde bir sınırlama yoktur. Herhangi bir aile hekimi veya diğer branşlardaki uzman hekime doğrudan başvurabilirler. Aile hekiminden sevk zorunlulukları yoktur. Bu tür sigortalılar başvurdukları doktorun ilave ücret talebini kendileri karşılarlar. Doktor temel ücreti hizmet başına ücretlendirerek sigortadan alır.

Danimarka’da her aile hekimi ortalama 1.600 hastanın sürekli sağlık bakımından ve takibinden sorumludur. Anne ve çocuk takibi, rutin muayeneler, çocukların aşılması ve gerektiğinde uygun ilaçların yazılması gibi hizmetler ofiste veya evde yürütülmektedir. Danimarka’da şu anda 3.300 aile hekimi vardır. Hastaların öncelikle kendi bölgelerindeki doktorları seçmesi tercih edilmektedir. Ancak anlaşmazlık olması halinde hasta uzaktaki bir doktoru da aile hekimi olarak tercih edebilmektedir. Genellikle doktorların 2.066’dan fazla hasta kaydetmemesi öngörülse de, doktor sayısının yoğun olmadığı yani alternatif sıkıntısı çekilen yerlerde bu sınır aşılmaktadır. Birinci tip sigortalı sayısının aile hekimi başına 1.306’yı geçmesi durumunda o bölgede yeni bir aile hekiminin çalışmasına izin verilmektedir. Tamamen sigorta sisteminin dışında kalan doktorlar da çalışmaktadır. Ancak bu doktorlardan hizmet alan hastaların bütün ücreti kendilerinin ödemeleri gerekmektedir.

Aile hekimi mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile hekimleri eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır. (55)

2.7.8. Polonya

Polonya’nın Krakow şehrinde 1996 yılında ilk adımları atılarak uygulanmaya başlayan olan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme, kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Bu miktara uzman hekim konsültasyonuna ödenecek ücret, minör cerrahi müdahaleler ve basit laboratuvar testleri dahildir. Kontratta doktorun sorumlu olduğu ve yakın bölgede oturan

hastaların listesi bulunmaktadır. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenmektedir. Ancak aile doktorları kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek onların teyidini istemektedir. Pozitif cevap uygulamasında kişilerin hekimlere kayıt olma istekleri üzerine hekime kayıt gerçekleşirken, negatif kayıt uygulamasında hekimlere belli sayıda nüfus bağlanmakta, kişiler bu hekime bağlı olmak istemezlerse kayıtlarını başka bir hekime aktarabilmektedirler.

Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile hekimi sevk etmesi halinde şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret talep edilmemektedir. Aile hekimleri çalışma süresi haftada 5 gün olup, her gün saat 8:00 ile 18:00 arasında hizmet vermek zorundadır. Bazı aile hekimleri 24 saat hizmet vermekte veya mesai dışında nöbetçi hekim bulundurmaktadır. Her hekimin 2.500 hastaya ulaşımaya kadar en az 2 hemşire çalıştırması zorunlu tutulmaktadır.

Ödeme temelde kişi başı yapılmaktadır. Ancak kişiler 6 yaş altı, 6-59 yaş arası ve 60 yaş üstü olmak üzere 3 yaş grubuna bölünerek kapitasyon primleri belirlenmektedir. Bebek ve çocukların primi %130, yaşlıların primi ise %150 olarak kabul edilmektedir.⁽⁵⁵⁾

2.7.9. Çek Cumhuriyeti

1 Ocak 1993 tarihinde zorunlu sağlık sigortasına geçilmiştir. Günümüzde sağlık hizmetleri dokuz sağlık fonundan karşılanmaktadır. Sistem eşitlik ve beraberliğe dayanmakta olup bireylerin, işverenlerin ve devletin katkılarıyla finanse edilmektedir. 1990'lardaki geçiş döneminde finansman desteği devlet bütçesinden, belediyelerin bütçesinden, kişisel ödemelerle, bağışlarla ve sağlık sigorta fonundan sağlanmıştır.

Sağlık hizmetleri sunumu bölgesel bazda gerçekleşmektedir. Bölge sağlık bürosu o bölgede yaşayan vatandaşların kendi seçmiş olduğu birinci basamak hekimine ulaşım sağlık hizmeti alabilmesi için gerekli şartları oluşturmakla yükümlüdür. Birey isterse anlaşma yapmış olduğu hekimi 6 ay sonunda değiştirilebilir.

Çek Cumhuriyeti'nde birinci basamakta 4 hekim tipi hastayla temas kurmaktadır. Erişkinler için aile hekimleri, çocuk ve gençler için aile hekimleri, mobil jinekoloji hizmeti veren aile hekimleri ile ağız ve diş sağlığı hekimleri. Doktorların birinci basamak sağlık hizmeti verme lisansları Çek Tıp Odası tarafından kontrol edilmekte ve bölge sağlık bürolarınca onay verilmektedir. Doktorlar daha sonra sigorta fonlarıyla anlaşma

imzalamaktadır. Genelde tek başlarına çalışmaktadırlar ya da birkaç doktor bir araya gelerek sağlık merkezi veya poliklinik şeklinde uzmanlık gerektiren hizmetler yanında temel sağlık hizmeti verebilmektedirler.

Temel sağlık hizmetleri kapsamında genel sağlık, ana-çocuk sağlığı, jinekoloji, ağız ve diş sağlığı, hemşirelerce verilen evde bakım hizmetleri, 24 saat acil sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik çalışmaları (aşılama, tarama vb çalışmalar) yer almaktadır. Bu merkezler oldukça donanımlı olup laboratuvar hizmetleri de vermekte, hemşire, fizyoterapist istihdam edebilmektedirler. Temel sağlık hizmetleri veren hekimlerin çalışma şartları değişiklik göstermektedir. Bazı birinci basamak hekimleri uzmanlık gerektiren hizmetler de vermekteler. Bu hizmetler Avrupa Birliği'ne uyumlu şekilde verilen birinci basamak eğitimi öncesi ve sonrası yapılabilecek sigorta kapsamı dışındaki hizmetlerdir.⁽⁵⁵⁾

2.7.10. Bulgaristan

Bulgaristan parlamentosu 1998'de Sağlık Sigortası Kanunu'nu kabul etmiştir. Bu kanunla Bulgaristan'da zorunlu ve gönüllü sağlık sigortası başlatılmıştır. Zorunlu sağlık sigortası, sosyal sağlık koruma sistemidir. Zorunlu sağlık sigortası, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (NHIF) ve bunun bölgesel bölümleri olan Bölgesel Sağlık Sigorta Fonları RHIF tarafından uygulanır ve bir sağlık hizmet paketi garanti edilmiştir.

Yeni sistemin amacı, Bulgaristan'da doktor ile hasta arasındaki karşılıklı ilişkide kesin ve açık kurallar oluşturmaktır. Bu çerçevede bazı temel hedefler şunlardır: Her Bulgar ferdine sağlık sisteminin her seviyesinde ulaşılabilir sağlık hizmetini garanti altına almak, hastalara yüksek kalitede sağlık hizmeti sağlamak, hasta memnuniyeti için doktorlar ve sağlık kurumları arasında rekabet oluşturmak, sağlık sigorta sisteminde çalışanlara yeterli ve memnun edici ücret temin etmektir. Bulgaristan'da zorunlu sağlık sigortası, Sağlık Sigorta Kanunu'nun 5. maddesinin temel prensipleri ile uyumlu olarak yürütülür. NHIF bir halk organizasyonu olup NHIF'nin yapısı "Fonlar onları sağlayanlar tarafından yönetilmelidir." prensibine uygun olarak oluşturulmuştur. NHIF Temsilciler Kurulu Yönetimi, "işverenler, devlet ve sigortalı kişiler" üçlüsü üzerine temellendirilmiştir. Sağlık için paylaşılmış sorumluluk prensibi, primlerle ya da sağlık riskinden sorumlu olan devlet, belediyeler, işverenler ve çalışanların ödemeleri ile garanti edilmiştir. Sağlık Sigortası Kanunu'na göre her sigortalı, kendi sağlığı için belirlenmiş zorunlu koruyucu muayeneler için düzenli ziyaretlerle sorumluluğu yüklenmektedir.

Daha yüksek düzeyde bir sağlık sorumluluğu oluşturmak amacıyla sigortalılar kişisel prim / ücretle olaya katılmaktadır. Ülke için saptanan asgari ücretin %1'i her muayene için aile doktoruna ödenir. Ülke için tespit edilen asgari ücretin %2'si hastanede kalınan her bir gün için (yıllık 20 günü geçemez) ödenir. Özel bazı hastalığı olanlar, işsizler, askerler, gaziler, her hangi bir hastalığı ya da sakatlığı nedeniyle askere alınmayanlar, fakirler, huzurevi gibi merkezlerde kalanlar bu ödemelerden muaf tutulur.

NHIF, yapısal olarak bir halk kuruluğu olarak oluşturulmuştur ve halk sağlığından ayrılmıştır. NHIF farklı bir yasa ile kurulmuştur ve ekonomik olarak ülke bütçesinden bağımsızdır. Sigortalıların haklarını korumak için yönetimde sigortalıların temsilcileri görev alır. Sağlık Sigorta Yasası'na göre, NHIF ile sağlık hizmeti sağlayıcılar arasındaki finansal ilişki ile ilgili sözleşme ulusal ve bireysel olarak iki seviyelidir: Ulusal bazı sağlık hizmeti sağlayıcılar sağlık sigorta fonu ile sözleşme yapmak istemeyebilir. Bunlara NHIF tarafından hizmetlerine karşılık ödeme yapılmaz. Ayrıca belirlenen hizmet kalitesine ulaşamayan sağlık hizmeti sağlayıcılarla yapılmış sözleşme NHIF tarafından feshedilebilir. Yeni sağlık sigorta sistemi ile tıbbi hizmet sağlayıcıların serbestçe seçimi garanti altına alınmıştır. Mevcut bölge tabanlı tıbbi hizmet onayı ortadan kalkmıştır. Bu nedenle sigortalının, NHIF ile sözleşme yapılmış olan özel ve kamu doktorlarından sağlık hizmeti alma hakkı vardır. Aile hekimlerinin sundukları sağlık hizmetinin ücretlerini belirlemede Bulgar Hekimler Birliği'nin sigorta ile yapılan pazarlıklarda tek taraf olarak belirlenmiş olması ve uzlaşmadan uzak tutumu nedeni ile sağlık hizmetlerinin sunum sürecini zora sokmuştur. Aile hekimlerinin istediği ücretlerin ikinci basamakta çalışan uzman hekimlere göre yüksek olması, aile hekimlerinin istedikleri ücreti elde edememesi, hastane hekimlerinin bu ücretlere tepki göstermesi ve hastanelerin reform sürecine ayak uyduramamaları kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde zorluklara yol açmıştır. Ancak pazarlık sürecinde tarafların karşılıklı verdiği tavizler sonucu sıkıntı büyük ölçüde giderilmiştir. (55)

2.7.11. Küba

Küba'da yaşayan tüm nüfus sağlık güvencesi kapsamındadır. Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Koruyucu hizmetlere ağrılık verilerek ülkenin sağlık göstergeleri yüksek seviyelere çekilebilmiştir. Hükümetin sağlık sistemi tüm ülkede tek tiptir. Birinci kademedeki merkezde Sağlık Bakanlığı politika ve normları belirler, araştırma yürütür, bilgi toplar-dağıtır, ikinci kademedeki il düzeyinde sevk ve destek hizmeti sunulur,

hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları, kütüphaneler, vs., üçüncü kademede ise yerel düzeyde, kır sağlık evlerinde, hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmeti sunulur.

Sistemin hedefi, kişiyi bir biyososyal birim olarak görerek, ona önem vermek ve sağlığı etkileyen sosyoekonomik, psikolojik, kültürel, hijyenik ve epidemiyolojik faktörleri içerecek şekilde sağlık hizmet modelini genişletmektir. Yaklaşık olarak 1.000 kişiye 6 hekim düşmektedir. Bir aile hekimi ise ülke ortalaması olarak yaklaşık 500 kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır. Aile hekimleri sağlık merkezlerinde olduğu gibi mahalle aralarına dağılmış muayenehanelerde de çalışmaktadır. Her aile hekiminin bir hemşiresi vardır. Aile hekiminin dört temel görevi vardır: Koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlıklı yaşamayı teşvik ve rehabilitasyon hizmetleridir. Ayrıca diğer uzman hekimler düzenli aralıklarla aile hekimlerinin muayenehanelerine uğrayıp burada konsültasyon istemleri cevap vermekte, aile hekiminin çalışmalarını incelemekte ve sürekli eğitimlerini sağlamaktadır.

Kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için aile doktorlarına, polikliniklere ve hastanelere doğrudan başvurabilmektedir. Her polikliniğin bir bölgesi vardır ve aile doktorları bu polikliniklere bağlı olarak çalışmaktadır. Aile doktorları toplum ile iç içe çalışmaktadır. Halk doğrudan hastanelere başvurma hakkına sahip olmasına karşın başvuruların çoğu aile hekimlerine olmaktadır. Aile hekimleri muayenehanelerinde hasta kabul etmelerinin haricinde sık sık ev ziyaretleri yapmakta, gebe ve çocuk takibine özen göstermektedirler. Küba’da klinik uzmanlık eğitimine başlayabilmek için önce tıp fakültesi sonrası hekimler iki yıllık aile hekimliği eğitimini tamamlaması şarttır.^(48,55)

2.7.12. İsrail

Genel sağlık sigortası nüfusun %98’ini kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kırsal kesimde bir aile hekimi ve bir hemşirenin çalıştığı sağlık birimleri tarafından, kentsel yerleşimlerde ise 2000–3000 kişiye hizmet veren daha kalabalık bir ekibin yer aldığı sağlık merkezleri tarafından verilir. Kentlerdeki bu merkezlerde laboratuvar ve röntgen olanakları da vardır. Ayrıca özel olarak çalışan aile hekimleri de sözleşme ile bu sisteme dahil olabilmektedir. Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır. Bunlar hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitiminden sorumludur. Tıp fakültelerine bağlı olan aile hekimliği merkezlerinde uzmanlık eğitimi verilmektedir. Bu eğitimle 4 yıl sürer ve başarı durumu sınav ile saptanır. Eğitimin denetimi ve kredilendirilmesinden meslek örgütü sorumludur.⁽⁴⁷⁾

2.7.13. Kanada

Kanada’da ulusal sağlık sigortası tüm bireyleri kapsamaktadır. 65 yaş üstündekilerden ve maddi durumu iyi olmayanlardan sağlık sigorta primi alınmaz. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerde 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 en büyük hekim grubudur ve tüm hekimlerin yarısını oluşturur. Mezuniyet öncesi aile hekimliği stajı, aile hekimliği bölümlerinin uygulama merkezlerinde 4–6 hafta süreyle yapılır. Aile hekimi uzmanlık eğitimi 2 yıl olup, isteyenler bu süreyi üç yıla çıkarabilirler ve böylece geriatri, acil tıp veya akademik kariyere girebilirler. 1954 yılında kurulan Kanada Aile Hekimliği Koleji, aile hekimliği ihtisasını bitirip, sınavı başaranlara kolej üyeliği unvanını vermektedir. Sürekli tıp eğitimi zorunludur ve bu kolej tarafından yapılmaktadır.(47)

2.7.14. ABD

Sağlık hizmet sunumu, federal, eyalet ve özel sektör organizasyonlarının değişik oranlarda katılımı ile verilmektedir. Sigortası olmayan ve federal sigorta programlarından(Medicaid veya Medicare) birisine kayıtlı olan hasta özel muayenehaneye, hastaneye, halk sağlığı klinikleri ve acil servise başvurabilmektedir. Medicare fakirlere tıbbi hizmet sunarken, medicaid ise özellikle yaşlılara bakım hizmeti vermektedir. Nüfusun %16’sı herhangi bir sigorta sistemine dahil değildir. %25’i ise kısmen güvence altındadır. Çok sayıda özel sigorta şirketi, buna bağlı farklı farklı prim ve hizmet sunum çeşitleri mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin sunum standartlarını dolaylı olarak bu sigorta şirketleri yönetiyor gibi gözükmektedir. Aile hekimleri, farklı sağlık sigortalarıyla ve devletin sunduğu medicaid ve medicare hizmetleri ile anlaşabilmektedir. Bu sebepten her biri için ayrı ödeme planı ve tıbbi uygulama geliştirmek zorunda kalmışlardır.

ABD’de sağlık hizmetlerine ulaşım anayasal bir hak değildir. Kültürel olarak çoğu kişi sağlığının devamı için gereken finansmanın kendisi tarafından sağlanması gerektiğini düşünmektedir. Ağırlıkta olan bu liberal düşünceinin aksine “Egaliterian” değerleri savunan bir kesim de mevcuttur. Bu gruba göre temel sağlık hizmetleri herkesi kapsamalıdır ve bu harcamaların kaynağı vergilerden karşılanması gerektiğini düşünmektedirler.

ABD’de doktorların %30’ birinci basamakta hizmet vermekteyken, geriye kalan %70’lik kesim ise hastane ve ileri teknoloji kullanımı tercihi nedeni ile şehirlerde oturmayı tercih eden uzmanlardır. Aile hekimliği uzmanlığı 3 yıldır. 1994 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada tıp fakültesinden mezun olanların sadece %13 aile hekimini tercih ettiği görülmüştür. Bu düşük tercih edilme nedeni, aile hekimlerinin daha az gelir elde etmesi ve diğer uzmanlık dallarının halk arasında daha çok itibar görmesidir.

ABD’de sadece aile hekimlerinin ülke geneline dağılımı adaletlidir. Sağlık hizmetlerini kendi muayenahanelerinde yada son yıllarda yaygınlaştığı üzere diğer aile hekimleri ile grup olarak yürütmektedirler. Birinci basamak hizmetleri diğer uzmanlar tarafında verildiğinde daha pahalı, aile hekimleri tarafından verildiğinde, hizmetin maliyet etkinliği daha fazladır.

ABD’de sağlığa harcanan para gayrisafi milli gelirin %14 oluşturmaktadır. Bu harcama %13’lük savunma giderlerinden bile fazladır. Sağlık harcamalarının bu denli yüksek olma nedenleri arasında, tıbbi gelişmeler ile teknoloji yönelimli tıbbi bakımın tercihi, fiyat performans kriterlerinin uygulanması, tıbbi hataları azaltmak için fazla tanısal uygulama yapılması sıralanabilir. (47,56)

2.8. Araştırma Bölgesi Olarak Seçilen Düzce İlinin Tanımı

Düzce, Bolu ili topraklarının Batı ve Kuzeyinde, Sakarya ilinin Doğusunda ve Zonguldak ilinin Güneybatısında yer alır. Kuzeyinde Karadeniz ile sınırdır. Yüzölçümü, 2593 km², nüfusu 2000 yılı nüfus sayımına göre 314.266, Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin Eylül 2007 verilerine göre ise 346.350’dir. 8 ilçe, 3 belde ve 303 köyü bulunmaktadır. (57,58)

D-100 karayolu ile TEM otobanı üzerinde yer alır ve bu yollar il merkezinden geçer. Bu konumu ile Avrupa-Asya arasında bulunan transit yol üzerindedir. D-100 karayolu il merkezinden ayrılarak Akçakoca ilçesi üzerinden Zonguldak iline bağlanır. Düzce bu konumu ile yol kavşağı şehridir. Şekil 4 ve 5’te ilin coğrafik durumu ile ilçeler gösterilmiştir.



Şekil 4: Düzce ilinin coğrafik konumu



Şekil 5: Düzce il ve ilçeleri

2.8.1. Coğrafi Yapı İklim ve Bitki Örtüsü

Deniz seviyesinden yüksekliği 160 metre kadardır. Güneydeki dağlar, batıdan doğuya Keremali, Elmacık, Güney Bolu ve Sünnice dağlarıdır. Düzce'nin kuzeyinde Akçakoca, kuzeydoğusunda Yığılca, kuzeybatısında Çilimli ve Cumayeri, batısında Gümüşova ile güneydoğusunda Gölyaka ilçeleri yer alır.

Karadeniz Bölgesinin sınırları içinde kaldığından genel özellikleri ile Karadeniz ikliminin etkileri görülür. Ancak Karadeniz ikliminin yanı sıra Akdeniz ve Karasal iklimleri arası geçiş özelliği gösterir. İklimi çeşitli etkenlerin sonucunda şekillenir. Enlemin etkisinden dolayı sıcaklık güneyde yer alan illere göre düşük olur. Deniz kıyısında yer alan Akçakoca'ya göre Düzce ve diğer ilçeleri yaz aylarında daha sıcak, kış aylarında biraz daha soğuk olur. Ancak dağların yükseltisi kıyıda içerlere doğru arttığından az da olsa denizin yağış arttırıcı ılımanlaştırıcı etkisi iç kısımlarda da hissedilir. Yazları sıcak,

kışları ılık, her mevsim yağışlıdır; en çok yağış sonbahar ve kış aylarındadır. Yaz aylarında iki ay kadar kuraklık hissedilir.

Bitki Örtüsü, Karadeniz bitki örtüsü zenginliğini kent çevresindeki doğala yakın alanlarda gözlemek mümkündür. Ancak yerleşimlerin gelişmesi ile hızlı değişimler oluşmaktadır. Eurosibirian bitki örtüsü yanı sıra iklim özelliklerinin daha uygun olması nedeniyle Submediterranean bitki örtüsüne de rastlanmaktadır. Sahildeki makiliklerin dağlık alanlardaki orman örtüsüne geçişini sağlayan Düzce ovasında, kültür bitkileri yetiştiriciliği ile değişim görülmektedir. Verimli tarım topraklarının yer aldığı bir çöküntü ovası olarak ekolojisine uygun her tür tarım yapılabilir. Endüstri bitkileri ve özellikle tütün için uygundur. Çevredeki zengin orman örtüsü (Kayın, Köknar, Meşe, Gürgen, Kestane, Ihlamur vb.) altında zengin alt örtü yer almaktadır. Düzce ilinin 105.564 hektarlık alanı ormanlık alandır. Ormanlık saha, ilin genel yüzölçümünün %40,7'sini oluşturmaktadır.⁽⁵⁷⁾

2.8.2. Tarihçe

Düzce'nin tarihi 14. yy'dan daha geriye dayanmamaktadır. Ancak Düzce'nin 8 km kuzeyinde yer alan Konuralp kasabasının tarihi MÖ 3. yy' a kadar dayanmaktadır. Konuralp'in mevcut arkeolojik eserlerden saptandığı kadarıyla zengin bir tarihi vardır. Osman Gazi'nin komutanlarından Konuralp Bey, Düzce ve çevresini Osmanlı topraklarına katmak için 1321-1323 yılları arasında bu yöredeki Bizans tekfurları ile yaptığı savaş sonunda “Düzbazar”ı (Düzce Ovası) fethetmiştir. Düzce, Osmanlı İmparatorluğu döneminde donanmanın kereste gereksinimini karşılamada önemli bir rol oynamıştır. Abdüllaziz ve Abdülmecit döneminde, Kafkasya'dan, Doğu Karadeniz'den, Doğu Anadolu'dan ve Rumeli'den gelen göçmenler Düzce'nin nüfusunun artmasında ve şehrin büyümesinde önemli rol oynamışlardır. Hükümet yeni gelenlere ücretsiz toprak sağlamıştır. Düzce'ye göç eden Türkler Çerkez, Abhaz, Laz, Gürcü, Ordulu, Hemşinli, Batumlu, Hopalı, Tatar, Boşnak, Arnavut ve Bulgaristanlı... gibi geldikleri yerlerin isimleri ile anılmışlardır. Düzce'nin arz etmeye başladığı ticari önem karşısında Rum ve Ermenilerinde şehre yerleşmesiyle birlikte renkli bir sosyal yapı ortaya çıkmıştır.

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte Düzce ilçesi Bolu vilayetine bağlanmıştır. Cumhuriyet dönemi boyunca, Düzce sanayi ve ticari alanda sürekli bir gelişme ve büyüme yaşamıştır. Düzce'nin güçlü ekonomik yapısının yanında sosyal faaliyetler alanında sürekli bir hareketlilik yaşanmaktadır.

Düzce 1944 Düzce Depremi, 1957 Abant Depremi, 1967 Adapazarı Depremi ve 17 Ağustos Körfez Depremlerinden büyük ölçüde etkilenmiştir. 12 Kasım Düzce Depremi ise şehri yerle bir etmiştir. Deprem yaralarının daha kolay ve hızlı sarılabilmesi amacıyla Bakanlar Kurulu kararınca Düzce “Türkiye’nin 81. ili” olmuştur.⁽⁵⁷⁾

2.8.3. Nüfus yapısı

Büyük göç hareketlerinin başlatan Osmanlı-Rus savaşları (1877–1878) sırasında Anadolu'ya Abaza, Çerkez, Gürcü, Laz, Boşnak, Arnavut, Tatar, Kürt, Makedon ve Rumeli göçmenleri gelmiştir. Göçmenlerden bir kısmı Bolu iline, durumları iyi olmayan Kırım, Kafkasya ve Rumeli göçmenleri ise Düzce Ovası ve Akçakoca çevresinde yerleştirilmiştir. 1830 ve 1864 yıllarındaki göçlerden sonraki bu büyük göçler, Abdülaziz döneminden II.Abdülhamit dönemine kadar sürmüştür. 1924 ve 1940'lardaki göçlerden sonra 1946 ve 1952 yıllarında Bulgaristan, Yugoslavya ve Yunanistan'dan gelenler olmuştur. Doğu Anadolu'dan gelen Ermenilerinde Düzce, Adapazarı ve İzmit'e yerleşmesiyle Düzce Ovasında etnik çeşitlilik artmıştır. Tablo 1’de 1990–2000 nüfus sayımlarına göre ilçe nüfusları ve nüfus artış hızları verilmiştir.

Tablo 1: Düzce ilinin 1990 ve 2000 nüfus sayımının ilçelere göre dağılımı

İl ve İlçe	1990 Genel Nüfus Sayımı kesin sonuçları			2000 Genel Nüfus Sayımı kesin sonuçları			Yıllık nüfus artış hızı %		
	Toplam	Şehir	Köy	Toplam	Şehir	Köy	Toplam	Şehir	Köy
Merkez	138 560	65 209	73 351	159 690	56 649	103 041	14,19	-14,07	33,98
Akçakoca	32 839	13 582	19 257	43 895	25 560	18 335	29,01	63,21	-4,90
Cumayeri	11 963	5 193	6 770	13 348	7 434	5 914	10,95	35,87	-13,51
Çilimli	15 427	3 717	11 710	16 849	7 147	9 702	8,81	65,36	-18,81
Gölyaka	19 775	4 265	15 510	19 612	8 572	11 040	-0,83	69,79	-33,99
Gümüşova	14 536	5 051	9 485	18 043	12 103	5 940	21,61	87,36	-46,79
Kaynaşlı	18 308	5 878	12 430	21 639	9 439	12 200	16,71	47,35	-1,87
Yığılca	22 271	2 939	19 332	21 190	3 728	17 462	-4,97	23,77	-10,17
Toplam	273 679	105 834	167 845	314 266	130 632	183 634	13,82	21,05	8,99

Türkiye genelinde en kalabalık yaş grubu 15–19 yaş grubu olduğu halde, Düzce’de en kalabalık grup 20–24 yaş grubuna kaymaktadır. Diğer taraftan bu görünüm kent merkezi, ilçe merkezleri ve köyler için çok büyük farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıkların nedeni, özellikle kent merkezi ve ilçe merkezlerinin nüfus hareketliliğinin çok açık

oluşudur. Nüfusun bu hareketliliğine 12 Kasım depreminin de katkı yaptığı söylenebilir. Nüfus hareketlerindeki bu kararsızlık Düzce köylerinde daha azdır. Düzce genelinde hanelerin %25,7'si 4 kişilik haneler, %67,6'sı da 4 veya daha az üyeli hanelerdir. Kent merkezinde 5 kişilik hanelerin payı %37'ye çıkmaktadır. Köylerde en yaygın aile büyüklüğü tipi 5-6 kişilik ailelerdir (%29,8). Diğer taraftan, Düzce genelinde 7 ve daha fazla üyeli ailelerin payı %12,9'ken, bu pay ilçe merkezlerinde %8,2'ye, kent merkezinde %5,4'e düşmekte, köylerde ise %19,8'e kadar çıkmaktadır. Düzce'de köylerde yaşlı nüfus yaşamakta, genç nüfus başka yerlere göçmektedir. 1998'e göre hane halkı büyüklükleri Türkiye geneli için 4,3'tür. Düzce araştırmasında hane büyüklüğü ortalama 4,33 kişi olarak bulunmuştur. (58,59)

12 Kasım 1999 depremi Düzce'yi derinden sarsmıştır. Çok yüksek sosyal ve demografik hareketliliği olan ilin sosyal ve demografik yapısı yeni bir dengeye kavuşmak üzere hareketliliğini sürdürmektedir. Düzce'nin nüfus artış hızı 1927–35 yılları arasında Türkiye nüfus artış hızına çok yakındır. 1935 yılından sonraki Genel Nüfus sayımı yıllarında Düzce nüfus artış hızı hep Türkiye Nüfus artış hızının altında kalmıştır. Özellikle 1960'dan sonra 1985–1990 dönemi dışında, nüfus artış hızında ciddi bir yavaşlama izlenmektedir.

Düzce nüfusunun yarısı köylerde yaşamaktadır. Geri kalan yarısı da, yine birbirine yakın miktarlarda il merkezi ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadırlar. Yerleşim yerlerinde nüfusun dağılımı cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. İl nüfusunun kent merkezinde yığılma eğiliminde olması nüfusun kır-kent dağılımının giderek bozulması riskini taşımaktadır. Kırsal alandan kentlere doğru bir akım vardır. Göç, Düzce İlinde durmamakta, Düzce dışına da taşmaktadır. Genelde Düzce'ye dışardan gelenlerin Düzce'yi geçiş yeri gibi kullandıkları söylenebilir.(57)

2.8.4. Ekonomi

Düzce ekonomisi, iki büyük metropol kent arasında ve her ikisine de yakın sayılabilecek mesafede olması nedeni ile dinamik bir yapıya sahiptir. Sanayi sektöründe bölgedeki hammaddeden de kaynaklandığını söyleyebileceğimiz orman ürünleri sektörü önde gelmektedir. Son yıllarda bunu takiple tekstil önemli bir istihdam alanı olarak görülmektedir. Yine hammadde kaynağı olarak sıkıntısı olmayan bir sektör fındık işlemeçiliğidir. Bir farklı sektörde yivsiz av tüfeği imalatı ve tabanca üretimidir. Düzce ilinin metropol kentlere yakınlığı, liman ve hammadde kaynaklarına yakınlığı, ulaşım

kolaylığı, deniz ve doğa turizmine sahip oluşu yatırım ve yatırımcılar için bir cazibe merkezi oluşturmaktadır. Düzce ilinde yalnız iç ticari faaliyetler değil dış ticari faaliyetler de gözlenmektedir. Dünyanın her bölgesine ihracat yapılmaktadır. İç fındık, maya, konfeksiyon, kayın, kereste, boru, parke, mobilya, av tüfeği, kaplama, profil (oto-kapı cam fitili), elyafı boru ve levha mamulleri, bisiklet ve motosiklet dış ve iç lastiği vb. ihracatı yapılan başlıca ürünler arasında sayılmaktadır. Ancak, 1999 yılında yaşanan her iki deprem il sanayi ve ticareti olumsuz etkilemiştir.⁽⁵⁷⁾

2.8.5. Tarım ve Hayvancılık

Düzce ilinin toplam yüzölçümü olan 259.300 hektarlık alanın 88.419 hektarı tarım arazisi, 7.932 hektarı çayır mera ve 39.536 hektarı da tarıma elverişsiz arazidir. 88.419 hektarlık tarım arazisinin %45'i olan 53.668 hektarı fındık bahçesi olarak kullanılmaktadır. Düzce ekonomisinde tarım sektörü, Düzce'nin gelir kaynağında önemli yer tutmaktadır. Ormanlık saha dışı kalan bölümlerde özellikle fındık, pancar, mısır, buğday, çeltik ve virjinya tütünü ekimi yapılmaktadır.⁽⁵⁷⁾

2.8.6. Eğitim

Düzce'de 9 Anaokulu, 204 İlköğretim Okulu ve 31 Ortaöğretim Okulunda eğitim-öğretim yapılmaktadır. İl genelinde toplam 2.658 öğretmen görev yapmaktadır. Düzce Merkezde 1 adet Ortopedik Engelliler Okulu ve 1 adet de Rehberlik Araştırma Merkezi bulunmaktadır. Ayrıca 8 adet Halk Eğitim Merkezi ve 2 adet Mesleki Eğitim Merkezinde yaygın eğitim verilmektedir.

Okul Öncesi ve ilköğretimde 6 Anaokulu, 142 Anasınıfı, 201 İlköğretim Okulunda eğitim-öğretim yapılmaktadır. Düzce'de Okul Öncesi öğrenci sayısı 3706, İlköğretim öğrenci sayısı ise 44.645'dir.

Orta Öğretimde Düzce merkez ve bağlı ilçelerde toplam 708 öğretmen ile 14.113 öğrenciye eğitim verilmektedir.

Özel öğretim alanında Düzce'de 3 adet Özel Anaokulu, 3 adet Özel İlköğretim Okulu, 3 adet Özel Lise bulunmaktadır.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 3 Temmuz 1992 tarih ve 3837 sayılı yasa ile kurulmuştur. Üniversitenin Düzce ilindeki birimlerinde toplam 4200 öğrenci eğitim

görmekte olup akademik personel sayısı 300'dür. Düzce ilinde Abant İzzet Baysal Üniversitesi'ne bağlı 3 fakülte, 2 yüksekokul, 2 meslek yüksekokulunda bulunan öğrenci ve akademisyenler vardır.⁽⁵⁷⁾

Tablo 2'de Düzce ilinde cinsiyete göre ve Türkiye genelinde okuma yazma durumu verilmiştir.⁽⁶⁰⁾

Tablo 2: Cinsiyete göre okuma – yazma durumu, Türkiye Düzce

		Türkiye		Düzce	
Toplam		59.859.243		282 460	
Toplam	Erkek	30.245.445		145 549	
	Kadın	29.613.798		136 911	
Okuma Yazma Bilmeyen	Erkek	1857132	(%6,14)	6727	(%4,62)
	Kadın	5732525	(%19,36)	23 062	(%16,85)
Okuma Yazma Bilen	Erkek	28384266	(%93,86)	138 811	(%95,38)
	Kadın	23875115	(%80,64)	113809	(%83,15)
Bilinmeyen	Erkek	4.047		11	
	Kadın	6.158		40	

2.8.7. Sağlık

Sağlıkta Dönüşün Projesi kapsamında Aile Hekimliği Pilot uygulamasının hayata geçirilmesi ile birlikte sağlık kurumları yeniden yapılandırılmıştır. Birinci basamakta hizmet veren sağlık kurumlarının ilçelere göre dağılımı tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimliği ve birimlerinin ilçelere göre dağılımlı, 2007

İeler	Toplum Sağlığı Merkezi	Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimliği Birimi
Merkez	1	18	55
Akçakoca	1	4	13
Cumayeri	1	1	4
Çilimli	1	3	6
Gümüşova	1	1	5
Glkaya	1	2	7
Kaynaşlı	1	1	7
Yığılca	1	1	7
Toplam	8	31	104

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş biçiminde ve aile hekimli sistemine uygulanmasına dönemlerine ait birinci basamak sağlık kuruluşlarının dağılımlı tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Birinci basamak sağlık kuruluşlarının durumu

Dönem I*	Dönem II*
Sağlık Ocağı	Toplum Sağlığı Merkezi
AÇSAP merkezi	
Verem Savaş Dispanseri	Aile Sağlığı Merkezi
Sıtma birimi	
Kurum Hekimliği	Aile Sağlığı Birimi
Sağlık Merkezi	
112 Acil Hizmetler	112 Acil Hizmetler
İşyeri Hekimliği	
SSK Sağlık İstasyonu	İşyeri Hekimliği
SSK Dipanseri	
	Kurum Hekimliği

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Düzce ili aile hekimliği pilot uygulaması sonrası 2007 yılında merkezlerde çalışan aile hekimi ve elemanlarının statülerine göre sayısal dağılımlı tablo 5’te verilmiştir.(28)

Tablo 5: Aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının sayı ve statileri Düzce, 2007

	Sözleşmeli	Görevli	Toplam
Aile Hekimi	95	2	97
Aile Sağlığı Elemanı	73	25	98

Toplum sağlığı merkezlerinde 2007 yılında mevcut personel durumu incelendiğinde 15 pratisyen hekim, 17 sağlık memuru, 25 ebe ve 25 hemşire mevcuttur.

İl genelinde faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerin sayısı 5 olup bunlar, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Akçakoca Devlet Hastanesi, Yığılca Devlet Hastanesi, Özel Hayri Sivrikaya Hastanesi'dir.⁽²⁸⁾

2.8.8. Düzce'de Aile Hekimliğine Geçiş Süreci

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında geçilmesi düşünölen aile hekimliği sisteminin köklü reformlar öngörmesi, bu uygulamanın tüm yurda yaygınlaştırılmadan önce seçilen illerde uygulanarak denenmesini gerekli kılmıştır. Sağlık Bakanlığı, gerekli yasal düzenlemelerle eş zamanlı olarak sistemin denenebileceği iller üzerinde de çalışmalar yapmış ve bu çalışmalar sonucunda Düzce ili pilot uygulama için uygun bulunmuştur. Düzce'nin pilot il olarak seçilmesi sonrasında, bir yandan eğitim, bilgilendirme çalışmaları yapılırken diğer yandan sağlık alt yapısı üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu kapsamda bölgede çalışan sağlık personeline sistem hakkında eğitimler verilmiş, aynı zamanda Düzce'de faaliyet gösteren diğer kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum örgütleri, medya kuruluşları ve halka yönelik tanıtım kampanyaları düzenlemiştir. Sağlık alt yapısını sisteme hazırlamak için öncelikler ETF güncellemesi, mevcut 224 sayılı yasaya göre faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının durum tespiti ve aile hekimliğine geçildikten sonraki konuları planlanmıştır. Toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri ve buralarda görev yapacak personel alt yapısı hesaplanarak nüfus paylaşımı yapıldıktan sonra hangi bölgelere hizmetin nasıl götüröleceği tespit edilmiştir. Fiziksel olarak gerekli tadilat ve onarımlar yapılarak hizmet sunulan ortamlarda iyileştirmeler yapılmış gerekli görölen yerlerde yeni birimlerde açılmıştır. Ayrıca gezici sağlık hizmeti alacak bölgeler belirlenmiş ve buralara hizmetin nasıl götüröleceği planlanmıştır. Belirlenen aile hekimliği birimlerinin tanımlanması için tüm Türkiye'de geçerli olacak kod sistemi geliştirilmiştir. (Örneğin81 – 0001)

Düzce ilinde çalışmakta olan sağlık personeli için tanıtım ve eğitim çalışmaları yapılmıştır. Sisteme geçiş öncesi 4 grup halinde toplam 187 pratisyen hekim eğitime alınarak aile hekimliği sertifikası verilmiş ve 158 yardımcı sağlık personeline de (ebe, hemşire, sağlık memuru) Aile Sağlığı Elemanı eğitimi verilmiştir. Ayrıca sistemin getirdiği yeniliklerden olan “Aile Hekimliği Bilgi Sistemi” hakkında ilgili personellere eğitimler verilmiştir. Toplum sağlığı merkezlerinde çalışan personele yönelik eğitim, tanıtım ve değerlendirme toplantıları yapılmıştır.(28)

Aile hekimliği merkezlerinde çalışacak personelin atanmasında, doktorlar için, birinci aşama uyum eğitimi alanların başvuruları kabul edilmiş, sıralama listesi oluşturulmuş ve belirlenen yerlere tercih sırasına göre atamalar yapılmıştır. Bunun sonucunda ilk yerleştirmede 104 aile hekimliği biriminden 73’üne tercihte bulunulmuş, boş kalan aile hekimliği birimlerine görevlendirmeler yapılmış ve 26 Aralık 2005 tarihinde yapılan ikinci yerleştirme ile bütün birimlere doktor atanmıştır. Aile sağlığı personeli olarak çalışmak isteyen yardımcı sağlık personeli, aile hekimi ile anlaşma sonucunda başvuruları değerlendirilerek sözleşme imzalanmıştır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları ile sözleşme imzalamaya il valisi yetkili kılınmıştır.(28)

Düzce İlinde aile hekimliği modelinin uygulanmasından önce hazırlıkların ve geçişin daha kolay yapılması amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu kapsamda bölge tabanlı hizmet anlayışı baz alınmış ve her bölgenin kendi hekiminden hizmet alması için sağlık birimlerine ve muhtarlıklara resmi yazılar ile hizmet bölgeleri bildirilmiştir. Bu uygulama ile halkın ve sağlık personelinin bir birini tanıması ve sisteme hazırlanması amaçlanmıştır. Bu bölge tabanlı uygulamanın dört aşamada tamamlanması planlanmıştır. Birinci aşama 14 aile hekimliği biriminde 16 Mayıs 2005 tarihinde başlatılmış sistem hakkında aksaklıklar ve sorunlar tespit edilirken AHBS’de test edilmiştir. İkinci aşamada 21 aile hekimliği birimi sisteme geçmiş, üçüncü aşamanın sonunda toplam 52 aile hekimliği birimi ve 2 toplum sağlığı merkezi sisteme dahil olmuş ve 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce’de resmen aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmıştır.

Düzce’de sadece aile hekimliği hizmet sunumları değil ayrıca “Aile Hekimliği Bilgi Sistemi”(AHBS) adı verilen ve birinci basamakta tutulan kişi kayıt, aşılama, muayene, reçete, sevk, tetkik ve benzeri kayıtları dijital ortamda tutmayı, saklamayı ve bakanlıkla paylaşmayı sağlayan programda test edilmiştir. Ayrıca bu program hekimin performansını değerlendireme aracı olarakta kullanılabilir. Bu sistemin en önemli özelliklerinde birisi, mernis destekli hasta kayıt sistemi sayesinde kişi bilgilerini doğrulamakta ve bir kişinin birden çok aile hekimine kayıtlı olmasını engellemektedir.(28)

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırma Projesi

Bu araştırma projesi Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 05.07.2007 tarihinde onaylanmıştır. Çalışma KA07/105 proje kodu ile numaralandırılmıştır.

3.2. Araştırma Bölgesi

Bu araştırma Düzce İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde hizmet vermekte olan 8 Toplum Sağlığı Merkezi, 31 Aile Sağlığı Merkezi ve 104 Aile Hekimliği Biriminde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması

3.3.1. Araştırma Evreni

Araştırmamızın evrenini iki ayrı döneme ait nüfus oluşturmuştur. Çalışmamızda 01.01.2004 – 31.12.2004 arasındaki 12 aydan oluşan süre “Dönem I”, 01.10.2006 – 30.09.2007 arasındaki 12 aydan oluşan süre ise “Dönem II” olarak tanımlanmıştır. Düzce ilinde 224 sayılı yasa hükümlerine göre 01.01.2004 – 31.12.2004 tarihleri arasında birinci basamak hizmeti alan nüfus ile 01.10.2006 – 30.09.2007 tarihleri arasında Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında uygulanmaya başlayan Aile Hekimliği Sistemi aracılığıyla birinci basamak hizmeti alan nüfus, bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. İki dönem içinde Düzce ilinde iki farklı sağlık sistemi organizasyonu mevcuttur. Bunlardan birincisi Dönem I’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi uygulamasıdır. Dönem II’ de ise Aile Hekimliği Sistemine ait uygulamadır. Çalışmamızın sağlık hizmetleri evrenini ise birinci basamak temel sağlık hizmetleri oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmaya Kabul Kriterleri

Karşılaştırmaların sağlıklı bir zeminde yapılabilmesi ve sürekliliğin sağlanabilmesi amacıyla her iki çalışma döneminde de (Pilot uygulama öncesi ve sonrası) geçerliliğini koruyan ve hakkında doğru veri toplanmış sağlık göstergeleri kullanılmıştır.

3.4. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve karşılaştırmalı bir çalışmalıdır. Uygulanması devam eden bir sistemi durdurup, yeni bir pilot uygulama(müdahale) sonrası belirlenen sürelerde verilen hizmet tipinin tanımlanması ve elde edilen verilerin bir karşılaştırmasıdır.

3.5. Örneklem

Çalışmamızda nüfus açısından bir örneklem yapılmamış, elde edilen veriler tüm Düzce ili nüfusunu kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu açısından ise, birinci basamakta verilen ayaktan tanı ve tedavi, çocuk ve gebe izlemleri, aile planlaması, kronik hastalıklar, okul sağlığı ve sevk hizmetlerini kapsamaktadır.

3.6. Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmada karşılaştırılacak olan sağlık göstergelerinin elde edilebilmesi için Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır(Ek-1). Alınan bu izin belgesi ile Düzce İl Sağlık Müdürlüğü ziyaret edilmiş, İl Sağlık Müdürü ve çalışmada kullanılacak verileri müdürlük bünyesinde takip ve kayıt eden müdürlük çalışanlarına tez projesi ve talep edilen veriler konusunda bilgi verilmiş, verilerin alınması için hazırlanan formlar anlatılmış ve elektronik ortamda Microsoft Excel formatında teslim edilmiştir. 2004 yılına ait verilerin elde edilebilmesi için bütün yılı kapsayan formlar hazırlanırken, 2006 ve 2007 yıllarının verilerinin elde edilebilmesi için her ay için ayrı ayrı formlar hazırlanmış ve bu veriler aylık olarak müdürlükten elektronik ortamda alınmıştır. Çalışma bölgesine Temmuz, Ağustos ve Ekim aylarında ziyaretler yapılmış, toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezlerinin çalışmaları yerinde izlenmiş, Kasım ayında verilerin son kez gözden geçirilmesi ve teşekkür amaçlı son bir ziyaret yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında yer alan toplum sağlığı merkezileri, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının sağlık hizmeti sunum biçimleridir. Bağımlı değişkenleri ise hizmet sunum ölçekleri ile sağlık göstergeleridir.

3.8. Araştırmayı Uygulayan ve Uygulama Şekli

Araştırmada kullanılacak verilerin toplanması ve araştırma bölgesine yapılan ziyaretler bir doktor tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışma bölgesine ait verilerin Düzce İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından alınabilmesi için müdürlüğün ilgili bölümleri ile ortak çalışılmıştır. Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak gerek verilerin elde edilmesini sağlayacak formların hazırlanması, gerekse toplanan verilerin analizi aşamasında Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile işbirliği yapılmıştır.

3.9. İstatistiksel İncelemeler

Veriler Microsoft Excel ortamında toplanmıştır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması öncesi ve sonrası veriler metin, grafik ve tablolar halinde derlenmiştir. Mobidite, mortalite, doğurganlık, bağışıklama ve aile planlaması yöntem kullanım hızları Microsoft Excel ortamında dönemler arası sürede yüzde farklılıkları saptanmıştır. Dönemler arası verilerin istatistiksel olarak karşılaştırılmasında Z istatistiği kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Süresi

Araştırmanın aktivitelere göre ve 2007 yılı aylara göre oluşturulan çalışma takvimi tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Çalışma takvimi, 2007

	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM
PLANLAMA AŞAMASI							
Literatür Tarama							
Araştırma Önerisinin Hazırlanması							
Araştırma Projesinin Verilmesi							
UYGULAMA AŞAMASI							
Bakanlık Verileri İçin Yazılı İzin Alınması							
Verilerin Toplanması							
Verilerin Bilgisayara Aktarılması							
ANALİZ AŞAMASI							
Verilerin Analizi (Tablo ve Grafiklerin Oluşturulması)							
Verilerin Yorumu							
RAPOR AŞAMASI							
Tez raporunun hazırlanması							
Tez raporunun sunulması							

3.11. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Çalışma sırasında karşılaştığımız en büyük güçlük, karşılaştırılacak verilerin elde edileceği yılların tespitinde yaşanmıştır. Aile hekimliği sistemine geçilmeden önceki dönemi temsil etmesi bakımından 2004 yılı ve aile hekimliğine geçildikten sonra yeni sistemin olası etkilerinin en güncel gözlenebileceği tarih olarak 2007 yılı düşünülmüştü. Ancak asistanlık sremin Kasım 2007 tarihinde bitiyor olması aile hekimliğine geçiş sonrası değerlendirmeyi düşündüğümüz 2007 yılını bir bütün olarak almayı mümkün kılmadı. Bu nedenle, 2004 yılı verilerinin, 2006 yılı Ekim ayından 2007 Eylül sonuna kadar toplanan 12 aylık verilerin ortalaması alınarak karşılaştırılmasına karar verilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hizmet Sunumu İle İlgili Bulgular

Dönem II’de birinci basamakta verilen temel sağlık hizmetleri, aile sağlığı biriminde ve mobil olarak verilmektedir. Ayrıca toplum sağlığı merkezinde bölge dışı hastalar için de poliklinik hizmetleri sunulmaktadır. Dönem I’de, bu hizmet sağlık ocağı hekimi tarafından sağlık ocağında veya ziyaret ettiği sağlık evi içinde verilmektedir.

Dönem II’de kırsal kesime sağlık hizmeti götürülebilmesi için mobil sağlık ekipleri oluşturulmuştur. Mobil sağlık ekipleri bölgelerine, bakanlıkça belirlenen kriterlere göre düzenli ziyaretler yapmaktadır. Bu ziyaretlerinde poliklinik hizmetleri, çocuk izlemleri, bağışıklama, gebe ve loğusa izlemleri, kronik ve yaşlı hastaların ziyaretlerini gerçekleştirmektedirler. Hekim bu hizmetleri, varsa sağlık evi binasında yoksa yerel idarenin kendilerine tahsis ettiği konumlarda vermektedirler. Mobil sağlık ekibinin çalışmaları aylık olarak belirlenmekte ve hazırlanan ziyaret programı toplum sağlığı merkezi ile il sağlık müdürlüğüne iletilmektedir. Yapılan mobil çalışma planı, il sağlık müdürlüğü aile hekimliği şubesi tarafından, yapılacak hizmetin sayısı ve süresi, hizmet aralıklarının eşitliği, hizmeti verecek ekip açısından değerlendirilip uygun görüldükten sonra o ayın mobil hizmet planı kesinleşmektedir. Mobil hizmet veren hekim ay sonunda çalışmalarını elektronik ortamda toplum sağlığı merkezine iletilmektedir.

4.1.1. Poliklinik Hizmetleri

Dönem I’de poliklinik hizmetleri, pratisyen hekimler tarafından, sağlık ocağı içinde verilmekteyken, Dönem II’de ise, “Birinci Aşama Eğitim”e katılarak aile hekimi sertifikası almış pratisyen hekimler ve aile hekimi uzmanları tarafından ortak kullandıkları aile sağlığı merkezleri içinde kendilerine ait poliklinik odalarında ya da tamamen bağımsız kendilerine ait aile sağlığı birimi içindeki poliklinik odalarında vermektedirler. Dönem I’de, poliklinik hizmetleri içinde yer alan ayaktan tanı ve tedavi işlemleri, döner sermaye yasası doğrultusunda ücret karşılığı verilirken, Dönem II’de, ücretsiz olarak verilmektedir. Poliklinik hasta kayıtları Dönem I’de poliklinik kayıt defterine yapılırken, Dönem II’de poliklinik kayıtları poliklinik defteri ve AHBS’ne kaydedilmekte ve kayıtlar elektronik ortamda il sağlık müdürlüğüne iletilebilmektedir.

4.1.2. Çocuk Sağlığı İzlemleri

Çocuk sağlığı izlemleri Dönem I'de, sağlık ocağı ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde pratisyen doktor, ebe ve hemşire tarafından verilirken Dönem II'de bu hizmetler aile sağlığı biriminde, aile hekimi ve aile sağlığı elemanı tarafından verilmektedir. Bağışıklama ve sağlam çocuk takipleri her iki dönemde de ücretsiz verilmektedir. Bebek ve çocuk takip kayıtları ve bildirimleri AHBS üzerinden yapılmakta, ayrıca bu sistem sayesinde takiplerinde aksama olan çocuklar ekranda görülebilmektedir. Dönem II'de Dönem I'den farklı olarak, yapılan bebek takipleri ve aşılama hizmetlerinin oranları çalışan aile hekiminin ücretine yansımaktadır. Bağışıklama ve çocuk izlemlerinin, öngörülen değerlerin altına düşmesi durumunda alınan ücrette (bakanlığın belirlediği oranlara göre) azalma yaşanmaktadır.

4.1.3. Gebe ve Loğusa İzlemleri

Dönem I'de sağlık ocağı ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde pratisyen doktor, ebe ve gerektiğinde hemşireler tarafından yapılmaktayken, Dönem II'de bu izlemler aile sağlığı birimlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından verilmektedir. Yapılan izlemler Dönem II'de AHBS üzerinden yapıp bildirimler yine bu sistem üzerinden il sağlık müdürlüğüne iletilmektedir. Dönem II'de yeni gebe tespiti, 12. gestasyonel haftayı geçmeden yapılmak zorunda ve gebe terme ulaşana kadar, bakanlığın belirlediği gebelik aylarında, toplam 6 defa izlenmek zorundadır. Gebe izlemleride bebek izlemlerinde olduğu gibi aylık ücrete etki etmektedir.

4.1.4. Aile Planlaması Hizmetleri

Dönem I'de sağlık ocağı ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde pratisyen hekim ve ebe tarafından verilmekteyken, Dönem II'de bu hizmetler aile hekimi ve aile sağlığı elemanı tarafından verilmektedir. Dönem II'de aile sağlığı elemanlarının pek çoğu üreme sağlığı eğitimi almıştır. RİA uygulaması Dönem I'de olduğu gibi bu eğitimi almış aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından uygun fizik ortam ve malzemesi olan aile sağlığı merkezlerinde yapılmaktadır. Ancak bu durum personelin aldığı aylık ücretine bir etkisi olmamaktadır.

4.1.5. Laboratuvar Hizmetleri

Dönem I'de sağlık ocağı bünyesinde verilirken, Dönem II'de bu hizmetler toplum sağlığı merkezleri ve anlaşmalı laboratuvarlar tarafından verilmektedir. Tetkik için alınan örnekler aile sağlığı biriminden anlaşmalı laboratuvar ya da toplum sağlığı merkezine iletilmekte ve sonuçlar tekrar isteyen aile hekimine bildirilmektedir. Dönem I'de laboratuvar hizmetleri karşılığında döner sermaye yasası doğrultusunda belli bir ücret alınırken, Dönem II'de bu hizmetler karşılığında hastadan herhangi bir ücret talep edilmemekte, bu hizmetin ücreti aile hekimine laboratuvar hizmetlerinin sağlanması için ayrılan ödenekten karşılanmaktadır.

4.1.6. Sevk Hizmetleri

Dönem I'de hasta sevk hizmetleri için hizmetin ilk yıllarında form kullanılırken daha sonra bu form kullanılması azalmış veya hiç kullanılmamıştır.

Dönem II'de Ekim 2006 ve Ocak 2007 tarihleri arasında sevk mecburiyeti uygulaması yapılmıştır. Bu dönemde hastalar 2. ve 3. basamağa başvurabilmek için öncelikle bağlı buldukları aile hekiminden sevk almaları gerekmektedir. Sevk işlemleri AHBS üzerinden, aile hekimi tarafından, elektronik ortamda, hastanın sevk edileceği bölüm bilgisayar üzerinden belirlenerek randevusu alınıp gerçekleştiriliyordu. Ocak 2007 tarihinde yapılan düzenleme ile 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvuruda sevk zorunluluğu kaldırılmıştır. Sevk zorunluluğunun kaldırılması sonrası, aile hekimleri sevk ettikleri hastalar için bir süre AHBS ile randevulu sevk işlemi yapmışlar ancak bilgisayar programından kaynaklanan bazı sorunlar nedeniyle şu an elektronik ortamda sevk ve randevu işlemi uygulanmamaktadır. Mevcut durumda yapılan hasta sevkleri için özel bir uygulama yapılmamaktadır. Ayrıca Dönem I'de yapılan hasta sevkleri için özel bir düzenleme yokken, Dönem II'de, yapılan hasta sevkleri, her ay için belirlenen oranların üzerinde olması durumunda bu durum aile hekiminin ücretin de belli oranlarda azalmaya neden olmaktadır.

4.1.7. Acil Sağlık Hizmetleri

Dönem I'de acil sağlık hizmetleri, birinci basamağa başvuran acil hastaların ilk müdahalesinin yapılması ve ileri tetkik ve tedavi gerekenlerin sevk edilmesi şeklinde

yapılmaktayken bu uygulama Dönem II'de aynı şekilde devam ettirilmiştir. Mesai sonrası nöbet, dönem II'de köy tipi sağlık ocaklarında, sağlık ocağının hizmet verdiği bölgeye icapçı nöbetçilik şeklinde uygulanırken, Dönem II'de nöbet hizmetleri, aile sağlığı biriminin hizmet verdiği bölgeye göre icapçı nöbet ya da aktif nöbet uygulaması şeklinde uygulanmaktadır.

4.1.8. Kronik Hastalıklar ve Evde Bakım Hizmetleri

Dönem I'de kronik hastalıklar için özel bir izlem formu olmayıp, bu hastalar kendilerinin sağlık ocağına başvurusu ile hizmet almaktadırlar. Sağlık ocağı hekimi, sağlık evi veya köy ziyaretinde hastanın aciliyetine göre bu hastaları ziyaret etmektedir.

Dönem II'de de Dönem I'e benzerdir. Ancak bazı aile hekimleri tespit ettikleri kronik hastaları ayrı bir bölüme kaydedip kontrole çağırarak ve risk durumuna göre ev ziyaretleri yapmak şeklinde uygulamalar yapmaktadırlar.

4.1.9. Okul Sağlığı Hizmetleri

Dönem I'de bu hizmet sağlık ocağı hekimi, hemşiresi ve sağlık memuru tarafından yürütülmektedir. Burada aşılama programı düzensiz tarama programları ve sağlık günlerinde bilgilendirme çalışmaları verilmektedir.

Dönem II'de bu hizmet aile hekimi tarafından değil toplum sağlığı merkezi tarafından yürütülmektedir. Burada aşılama, tarama, sağlık eğitimi ile çevre sağlığı hizmetleri verilmektedir. Ancak ilköğretim birinci sınıf öğrencilerinin rutin sağlık muayeneleri bağlı bulunduğu aile hekimi tarafından yapılmaktadır.

4.1.10. Adli Tabiplik Hizmetleri

Adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesi görevi Adli Tıp Kurumu Kanunu'na istinaden T.C Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumuna verilmiştir. Ancak Düzce ilinde bu kurumun örgütlenmesi bulunmadığı için adli tabiplik hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Dönem I'de sağlık ocağı hekimleri kendi bölgelerinde adli tabiplik hizmetlerini yürütmekle görevlendirilmişlerdir. Bunun yanında sağlık grup başkanlıkları tarafından seçilen bir hastanede de yürütülmektedir. Dönem II'de ise bu görev toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülmektedir. Toplum sağlığı merkezinde bulunan hekimler

adli tabiplik hizmetlerini nöbet sistemiyle yürütmektedirler. Aile hekiminden, savcılık ve karakoldan gönderilen adli vakalar için bu merkezin hekimi muayene sonrası gerek görürse ilgili uzmana sevk etmektedir. Bu duruma göre de adli rapor düzenlenmektedir.

4.1.11.Çevre Sağlığı Hizmetleri

Dönem I'de bu hizmetleri sağlık ocağı hekim, sağlık memuru ve çevre sağlık teknisyeni tarafından yürütülmektedir. Belediyesi olmayan yerlerde tüm çevre sağlığı hizmetleri sağlık ocağı personeli tarafından verilirken, belediye teşkilatı olan yerlerde sağlık ocağı hekim bu konuda danışmanlık ve denetim hizmeti vermektedir.

Dönem II'de bu görev toplum sağlığı merkezi tarafından yürütülmektedir. Bu hizmet toplum sağlığı merkezinde görev yapan pratisyen hekim, sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyeni tarafından verilmektedir. Dönem I de yer alan belediye işbirliği bu dönem içerisinde aynen devam etmektedir.

4.2. Hizmetlerin Değerlendirilmesi ile İlgili Bulgular

Çalışmamızda aylara ve yıllara özgü hazırladığımız boş veri tabloları T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Düzce İl Sağlık Müdürlüğü işbirliğinde doldurulmuştur. Bu veriler ışığında konulara özgü hazırlanan tablolar aşağıda sunulmuştur.

Araştırma bölgemiz olan Düzce ilinin sosyo-demografik özellikleri tablo 7'de özetlenmiştir. Türkiye geneli sosyo-ekonomik gelişmişlikte 14. sırada olup, Eylül 2007 AHBS kayıtlarına göre nüfusu 346.350'dir. Buna karşılık Düzce sağlık müdürlüğünün kayıtlarında Haziran 2007 yıl ortası nüfusu 332.519 olarak tespit edilmiştir. Aradaki nüfus farkı 13.831'dir.

2004 yılı nüfus verilerinin kullanılarak sağlık göstergelerinin hesaplanmasında yıl ortası nüfus kullanılmıştır. Hesaplamalarda Dönem I ile nüfus uyumunu sağlamak açısından Dönem II'de de yıl ortası nüfusu kullanılmıştır.

Tablo 7: Düzce ili'nin sosyo-demografik özellikleri, Eylül 2007

Toplam Nüfus	346.350
İl Nüfusu	190.726
İlçe Nüfusu	155.624
İlçe Sayısı	8
Belde Sayısı	3
Köy Sayısı	304
Kentsel Nüfus (%)	47
Kırsal Nüfus (%)	53
Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sırası	45
Yeşil Kartlı Nüfus Sayısı	40.784
Yeşil Kartlı Nüfusun Genel Nüfus İçindeki Yüzdesi	12
Yetişkin Okuma Yazma Bilme Durumu	Kadın %83,15**
	Erkek %95,38**

Tablo 7’de görüldüğü gibi Düzce ili toplam nüfusunun %53’ü kırsal bölgede yaşarken, %47’si ise kentsel bölgelerde yaşamaktadır. Yetişkinlerde okuma yazma oranı incelendiğinde kadınların %83,15 ve erkeklerin %95,38 okur-yazar olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir deyimle kadınların %16,85’i erkeklerin ise %4,62’si okur -yazar değildir. Toplam nüfusun sağlık güvencesi açısından önemli bir risk grubu olan yeşil kartlıların oranı toplum içinde %12’lik bir pay işgal etmektedir.

Araştırma bölgemize ait Dönem I ve Dönem II yıl ortası nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı ve nüfus piramidi tablo 8 ve şekil 6’de verilmiştir. Dönem I’de sıfır yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı %1,6 iken aynı yaş grubunda ki Dönem II’de ki nüfus payı %0,8’dir. İki dönem arasındaki yaş grubunda nüfus azalma oranı %50’dir. Nüfusun cinsiyet açısından dönemler arasında incelendiğinde, Dönem I’de toplam nüfus içinde erkeklerin payı %50’iken, Dönem II’de bu oran %51,3 olarak tespit edilmiştir.

Şekil 6’da dönemlere özgü yıl ortası nüfusu kullanarak hazırlanan nüfus piramitleri incelendiğinde Dönem I ve Dönem II’de piramit tabanlarının geniş olduğu, 25-29 yaş bantlarından sonra giderek piramidin daraldığı, Dönem II’de 55-59 yaş bandı ve üstü erkeklerde Dönem I’e göre daha fazla nüfus olduğu tespit edilmiştir.

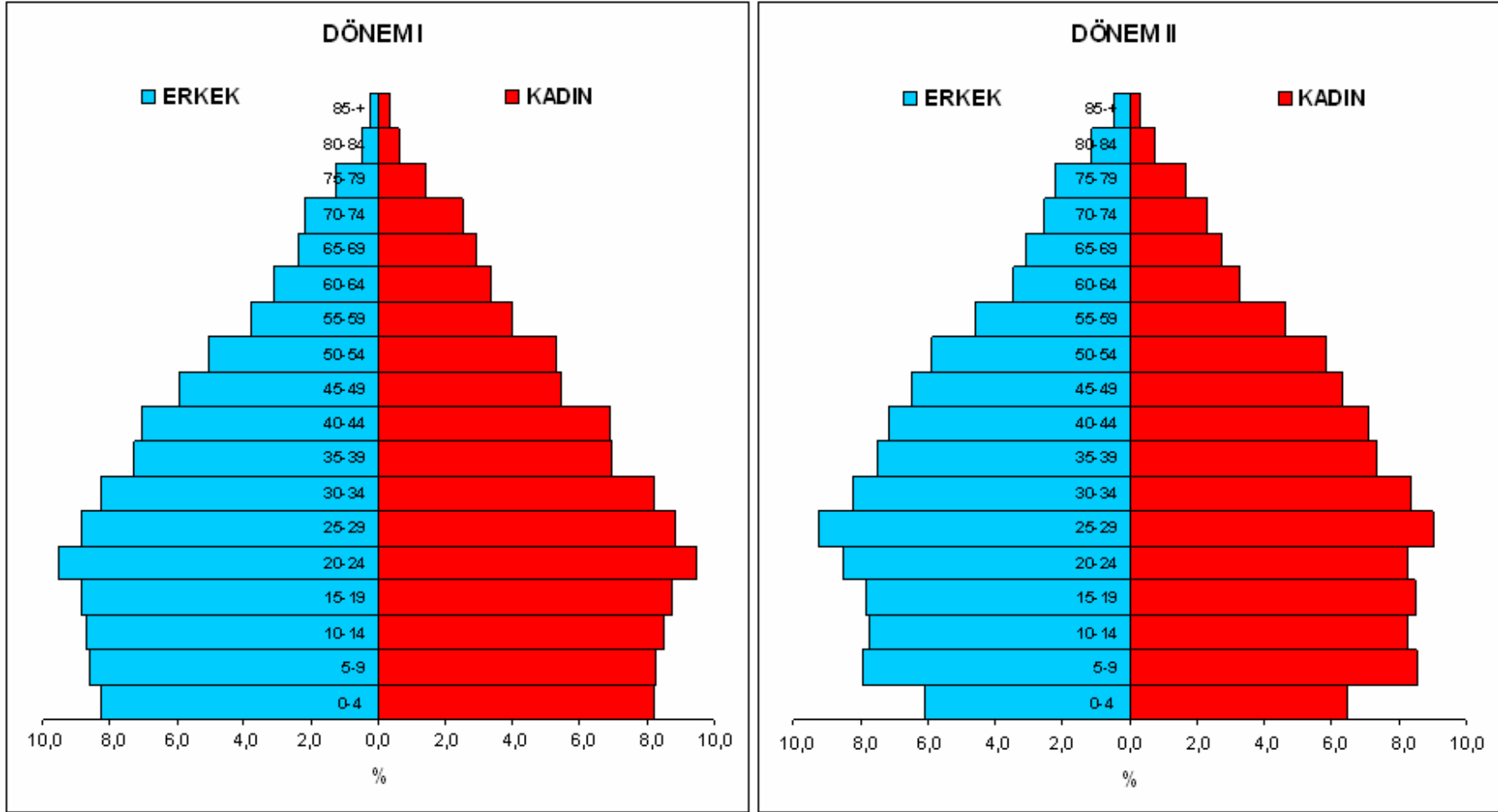
Tablo 8: Düzce ili yıl ortası nüfusunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı, Dönem I - II

Yaş Grubu	DÖNEM I*						DÖNEM II*					
	Erkek		Kadın		Toplam		Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
0	2330	1,5	2372	1,6	4702	1,6	1247	0,7	1335	0,8	2582	0,8
1-4	10400	6,8	9976	6,6	20376	6,7	9070	5,4	9498	5,7	18568	5,6
5-9	12989	8,6	12571	8,3	25560	8,4	13297	7,9	14156	8,6	27453	8,3
10-14	13234	8,7	12871	8,5	26105	8,6	12913	7,7	13712	8,3	26625	8,0
15-19	13436	8,8	13278	8,8	26714	8,8	13090	7,8	14036	8,5	27126	8,2
20-24	14441	9,5	14337	9,5	28778	9,5	14231	8,5	13659	8,3	27890	8,4
25-29	13434	8,8	13417	8,9	26851	8,9	15464	9,2	14955	9,1	30419	9,1
30-34	12538	8,3	12390	8,2	24928	8,2	13724	8,2	13816	8,4	27540	8,3
35-39	11030	7,3	10566	7,0	21596	7,1	12516	7,5	12200	7,4	24716	7,4
40-44	10674	7,0	10466	6,9	21140	7,0	11916	7,1	11732	7,1	23648	7,1
45-49	9054	6,0	8300	5,5	17354	5,7	10820	6,5	10511	6,4	21331	6,4
50-54	7718	5,1	8019	5,3	15737	5,2	9802	5,9	9593	5,8	19395	5,8
55-59	5780	3,8	5979	3,9	11759	3,9	7720	4,6	7658	4,6	15378	4,6
60-64	4721	3,1	5083	3,4	9804	3,2	5771	3,4	5429	3,3	11200	3,4
65-69	3637	2,4	4432	2,9	8069	2,7	5130	3,1	4511	2,7	9641	2,9
70-74	3372	2,2	3804	2,5	7176	2,4	4209	2,5	3788	2,3	7997	2,4
75-79	1970	1,3	2150	1,4	4120	1,4	3712	2,2	2810	1,7	6522	2,0
80-84	742	0,5	907	0,6	1649	0,5	1851	1,1	1297	0,8	3148	0,9
85+	370	0,2	525	0,3	895	0,3	808	0,5	532	0,3	1340	0,4
Toplam	151870	100,0	151443	100,0	303313	100,0	167291	100,0	165228	100,0	332519	100,0

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

** Sütun Yüzdesi

Şekil:6 Düzce ili yıllara göre nüfus piramitleri



* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül

Tablo 9’te görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin planlanmasında önemli olarak kabul ettiğimiz risk gruplarından 0-4 yaş bandının toplam nüfus içindeki payı, Dönem I’de %8,27 iken Dönem II’de bu pay %6,36’dır. Dönem II Dönem I’e göre bu yaş bandında %23 oranında azalma saptanmıştır.

Tablo 9: Düzce ilinde nüfusun risk gruplarına göre dağılımı

Risk Grupları	Dönem I*		Dönem II*	
	Sayı	%	Sayı	%
0-4 Yaş	25.078	8,27	21.150	6,36
15-49 Yaş Kadın	82.754	55,18	90.909	54,94
65+ Nüfus	21.909	7,22	28.648	8,62

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül

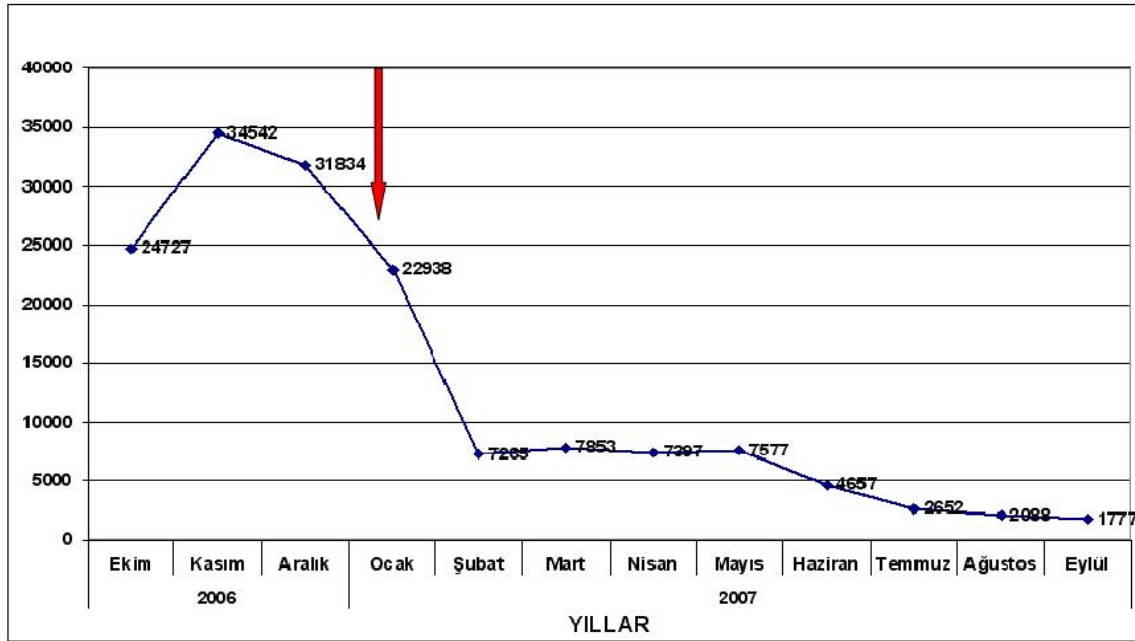
15-49 yaş kadın bandı incelendiğinde, bu bandın toplam nüfus içindeki payı Dönem I’de %55,18 iken Dönem II’de %54,94 olarak saptanmıştır.

65 yaş ve üstü yaş bandında ise Dönem I’de %7,22’lik oran, Dönem II’de %8,62 olup aradaki nüfus artışı %19,3 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 10: Düzce ili’nde birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan çalışmaların dönemlere göre dağılımı

HİZMET GÖSTERGESİ	DÖNEM I*	DÖNEM II*
Muayene Edilen Toplam Hasta sayısı	514.599	1.115.643
Kişi Başına Düşen Ortalama Muayene Sayısı	1,70	3,6
Sevk Edilen Hasta Sayısı	45.525	130.550
Sevk Hızı %	8,8	11,6
Yapılan Laboratuvar Sayısı	83.574	124.512
Küçük Cerrahi Müdahale Sayısı	3829	3744

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007



Şekil 7: Dönem II'de birinci basamaktan sevk edilen hasta sayısının aylara göre dağılımı

Birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan çalışmalar tablo 10 gösterilmiştir. Dönem I ve Dönem II toplam yıl ortası nüfusları baz alınarak değerlendirildiğinde Dönem II'de muayene edilen toplam hasta sayısında %116 artış olmuştur. İstatistiksel olarak bu durum anlamlıdır ($p < 0,05$). Kişi başına düşen ortalama muayene sayısı ise dönem II'de 2,17 kat artmıştır. Yine toplam yıl ortası nüfusları esas alınarak bakıldığında her iki dönem arasındaki, yapılan laboratuvar sayısı ve küçük cerrahi müdahale sayıları bakımından dönem II'de her bir parametrede anlamlı bir düşüş dikkat çekmektedir ($p < 0,05$).

Sevk edilen hasta sayısına dönemlere göre bakıldığında, Dönem I'de sevk hızı %8.8 iken Dönem II'de bu hız %11.6 olarak bulunmuştur. Ayrıca Şekil 7'de Dönem II'de aylara göre birinci basamaktan sevk edilen hasta sayısı gösterilmiştir. Sevk zinciri uygulamasına 17 Ocak 2007 tarihinde son verilmesi ile sevk edilen hasta sayısındaki azalış şekil 7'de belirgin olarak görülmektedir.

Tablo 11: Düzce ili'nde gebe, loğusa ve çocuk başına düşen izlem sayılarının dönemlere göre dağılımı.

	DÖNEM I*	DÖNEM II*
Gebe Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısı	2.9	4.4
Loğusa Döneminde Ortalama İzlem Sayısı	1.7	2.06
Bebek Başına Düşen Ortama İzlem Sayısı	7.5	18.8
Çocuk Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısı	1.8	1.6

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Araştırma bölgesindeki gebe, loğusa ve çocuk başına düşen ortalama izlem sayıları tablo 11’de gösterilmiştir. Dönem II’de, Dönem I’e göre tabloda gösterilen izlemlerin hepsinde artış tespit edilmiştir. Özellikle bebek başına düşen ortalama izlem sayısı Dönem II’de Dönem I’e göre %150,66’lık bir artış sağlanmıştır. Gebe başına düşen ortalama izlem sayısında da Dönem II’de de %51,72’lik bir artış tespit edilmiştir.

Tablo 12: Düzce ili rutin aşılarla özgü bağışıklama hızlarının dönemlere göre dağılımı.

		DÖNEM I* (%)	DÖNEM II* (%)	Fark (%)
BCG		84	104	20
DBT	I	88	100	12
	II	89	99	10
	III	91	98	7
	R	79	96	17
POLİO	I	88	100	12
	II	89	99	10
	III	91	98	7
	R	79	96	17
Hepatit B	I	93	94	1
	II	98	106	8
	III	87	119	32
Kızamık		85	97	12
TT1		44	50	6
TT2		73	90	17

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

** Düzce İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2006 ve 2007 yılı için belirlediği Aylık Hedef Nüfus 433 olarak alınmıştır.

Araştırma bölgemizin rutin aşılarla özgü bağışıklama hızlarının Dönemlere göre dağılımı tablo 12’de verilmiştir. Uygulanan tüm aşılar, Düzce İl Sağlık Müdürlüğü’nün belirlediği dönemsel hedef nüfuslar esas alınarak karşılaştırıldığında, Dönem II’de Dönem I’e göre her bir aşı türünde artış saptanmıştır. Özellikle DPT, Polio ve hepatit aşılamalarında dönemlere göre her aşılama arasında %1 ile %32 arasında artış sağlanmıştır.

Tablo 13: Düzce ili’nde meydana gelen doğumların dönemlere, yapıldıkları yerlere göre dağılımı.

	Dönem I*		Dönem II*	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastanede Yapılan Doğumlar	4074	95,89	4662	98,72
Sağlık Personeli Yardımı İle Yapılan Doğumlar	129	3,03	29	0,61
Sağlık Personeli Yardımı Olmadan Yapılan Doğumlar	46	1,08	31	0,65
TOPLAM	4249	100	4722	100

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Dönem I ve Dönem II'ye göre doğumların, yapıldıkları yer ve doğumu yaptıran kişiye göre dağılımları tablo 13'de gösterilmiştir. Dönem I'de tüm tespit edilen doğumların %95,89'u hastanede gerçekleşmişken bu oran Dönem II'de %98,72'dir. Dönemler arasında %2.83 bir artış oluşmuştur. Tüm Tespit edilen doğumların Dönem I'de %3,03'ü Sağlık personeli ile yapılırken, Dönem II'de bu oran %0.61'e düşmüştür. Dönemler arasında %2.42 azalma olmuştur.

Tablo 14: Düzce ili'nde tespit edilen ölümlerin dönemlere ve yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş Grupları	Dönem I*		Dönem II*		Sayısal Fark %
	Sayı	%	Sayı	%	
0-4	79	10,40	59	11,17	25
5-14	5	0,65	4	0,75	20
15-44	48	6,32	26	4,92	45
45-64	168	22,35	124	23,75	26
65+	459	60,47	315	59,65	31
Toplam	759	100	528	100	

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Araştırma bölgesinde dönem süreleri içinde tespit edilen ölümlerin oluşturulan yaş gruplarına göre dağılımı tablo 14'de gösterilmiştir. Dönem I'de tespit edilen tüm ölümlerin %10,40'ı 0-4 yaş grubunda görülürken, Dönem II'de bu oran %11,17'dir. Aynı durum 65 yaş üstü gruba bakıldığında sırasıyla Dönem I'de %60,47 Dönem II'de ise %59,65'tir.

Her iki dönem içerisinde tespit edilen ölüm sayılarının farklarının % artış veya azalışları incelendiğinde Dönem II'de Dönem I'e göre 15-44 yaş grubunda %45, 65 yaş üzerinde %31 azalma olmuştur. Bu durum yıllara ve yaş gruplarına göre, ölüm hızları hesaplanarak izlenebilir.

Tablo 15: Düzce ilinde tespit edilen ölümlerin dönemlere ve cinsiyete göre dağılımı

	Dönem I*		Dönem II*		Sayısal Fark %
	Sayı	%	Sayı	%	
Erkek	382	50,3	301	57,0	-21,20
Kadın	377	49,7	227	43,0	-39,78
Toplam	759	100	528	100	

I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Tablo 15'de ölümlerin dönemlere ve cinsiyete göre sayısal dağılımı verilmiştir. Araştırma bölgesinde Dönem I süresinde tespit edilen ölümlerin sayısal olarak cinsiyet açısından bir fark olmadığı gözlenirken, Dönem II'de bu durum ölümleri %43'ü kadın %57'si erkek olarak meydana gelmiştir. Dönemler arası tespit edilen ölümlerde erkeklerin sayısında %21,20 azalma görülürken, kadınlarda bu oran %39,78'dir.

Tablo 16: Düzce ili'nde bildirim zorunlu olmayan seçilmiş bazı hastalıkların vaka ve ölüm sayılarının dönemlere göre dağılımı.

HASTALIKLAR	DÖNEM I*		DÖNEM II*	
	Vaka Sayı	Ölüm Sayı	Vaka Sayı	Ölüm Sayı
Akut Üst Solunum Yolu Enf.	68327	0	53016	0
Akut Sinüzit	8843	0	34114	0
Akut Faranjit	9182	0	51034	0
Akut Tonsilit	20385	0	74078	0
Akut Bronşit	13800	0	43552	0
Akut Laranjit	1019	0	1213	0
Pnömoni	1050	2	1565	0
İshaller	10465	0	21844	1
Guatr	3489	0	7957	0
Diabet	7290	0	42569	0

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Bildirimi zorunlu olmayan seçilmiş bazı hastalıkların vaka ve ölüm sayılarının dönemlere göre dağılımları tablo 16'da gösterilmiştir. Tablo'da görüldüğü gibi, kronik hastalıklardan olan diabet ve guatr başvuru tanılarında Dönem II'de artış gözlenirken, aynı durum, akut bronşit, akut tonsillit ve akut faranjitte de gözlenmiştir. Bu vaka sayılarında ki artış, yeni kodlama sistemi, hastaların daha sık kontrole gelmesi ve rapora dayalı ilaçların reçeteye yazılması gibi nedenlerden olabilir.

Tablo 17: Düzce ili'nde aile planlaması yöntemleri kullanma durumunun dönemler göre dağılımı.

Aile Planlaması Yöntemleri	DÖNEM I*		DÖNEM II*	
	Sayı	%	Sayı	%
Yöntem Kullanmayan	32.810	39,95	36.973	42,78
Geleneksel Yöntem Kullanan	19.945	24,28	17.066	19,75
Modern Yöntem Kullanan	29.374	35,77	32.392	37,48
15-49 Yaş Kadın Sayısı	82.754		86.431	

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Araştırma bölgesinde iki dönem halinde yapılan 15-49 yaş kadın izlem kartları kullanılarak bölgenin aile planlaması durumu belirlenmektedir. Her iki dönemde de işlem aynı kartlarla yürütülmektedir. Yapılan bu çalışmalara göre Dönemler sonunda elde edilen bilgilere göre yöntem kullanma durumu tablo 17'de gösterilmiştir.

Yöntem kullanmayanların oranı Dönem I’de %39,95, Dönem II’de %42,78 olup geleneksel yöntem kullananların oranı ise %24,28 ve %19,75’dir. Modern yöntem kullananların dönemlere göre değişimi ise Dönem I’de %35,77 iken Dönem II’de %37,48’dir.

Tablo 18: Modern yöntem kullananların dönemlere ve yöntemlere göre dağılımı

Yöntem Türü	Dönem I*		Dönem II*	
	Sayı	%	Sayı	%
Oral Kontraseptif	4363	14,85	6133	18,93
Kondom	11.789	40,13	13.897	42,90
Depo-PRV	48	0,16	0	0,00
Rahim İçi Araç	10.600	36,09	9357	28,89
Norplant	9	0,03	0	0,00
Tüp Ligasyonu	2266	7,71	2378	7,34
Vazektomi	89	0,30	10	0,03
Enjeksiyon	210	0,71	617	1,90
Modern Yöntem Kullananalar	29.374		32.392	

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Modern yöntem kullananların dönemlere ve hangi yöntemi kullandıklarının dağılımı tablo 18’de gösterilmiştir. Etkili yöntem kullananlar arasında ilk dört yöntem sırasıyla kondom, rahim içi araç, oral kontraseptif ve tüp ligasyonudur.

Dönem I süresi içinde kondom kullananlar %40,13’den Dönem II’de %42,90’a yükselmiş, oral kontraseptif kullananlar %14,85’den Dönem II’de 18,93’e yükselmiştir. Rahim araç kullananlarda ise dönemlere göre bir azalma tespit edilmiş olup bu oran Dönem I’de %36,09 iken Dönem II’de %28,89’a düşmüştür.

Tablo 19: Düzce ili'nde meydana gelen doğum ve ölüm sayılarının dönemlere göre dağılımı.

	Dönem I*	Dönem II*	P
Toplam Nüfus	303313	332519	
Toplam (Canlı-Ölü) Doğum Sayısı	4279	4722	<0,05
Toplam Canlı Doğum Sayısı	4173	4738	<0,05
Toplam Ölüm Sayısı	759	528	<0,05
Canlı Doğan ve 0-365 Günler İçinde Ölen Bebek Sayısı	68	47	<0,05
Canlı Doğan ve 0-28 Günler İçinde Ölen Bebek Sayısı	36	31	>0,05
Canlı Doğan ve 0-7 Günler İçinde Ölen Bebek Sayısı	30	25	>0,05
Canlı Doğan ve 8-28 Günler İçinde Ölen Bebek Sayısı	6	4	>0,05
Canlı Doğan ve 29-365 Günler İçinde Ölen Bebek Sayısı	32	18	<0,05
28. Gebelik Haftasından Sonra Olan Ölü Doğumlar ve Canlı Doğup 0-7 Günlük İken Ölen Bebek Sayısı	92	63	<0,05
Gebelik Döneminde, Doğum Sırasında ve Doğumdan Sonra İlk 6 Hafta İçerisinde Ölen Kadın Sayısı	3	1	>0,05
0-59 Ay Arasında Ölen Çocuk Sayısı	79	59	>0,05

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Araştırma bölgesinde tespit edilen toplam doğum, ölüm ve yaşam sürelerine göre sayılarının dönemlere göre dağılımı tablo 19'da gösterilmiştir. Toplam doğum ve toplam canlı doğum sayılarında, Dönem II'de Dönem I'e göre artış saptanırken, bebek, çocuk ve anne ölümlerinde sayısal olarak azalma olduğu belirlenmiştir. Bu sayısal azalma ve artışlara özgü istatistik hesaplamalar yapılmış ve toplam doğum sayısı ve toplam canlı doğum sayısındaki artış anlamlı bulunmuştur. Toplam ölüm sayısı, canlı doğan ve 0-365 günler içinde ölen bebek sayısı, canlı doğan ve 29-365 günler içinde ölen bebek sayısı, 28. gebelik haftasından sonra olan ölü doğumlar ve canlı doğup 0-7 günlük iken ölen bebek sayısındaki dönemlere göre azalmalar anlamlı bulunmuştur.

Tablo 20: Düzce ilinde doğurganlık ve ölüm hızlarının dönemlere göre dağılımı

ÖLÇÜTLER	DÖNEM I*	DÖNEM II*	Artış / Azalış %
Kaba Doğum Hızı (1000)	13,76	14,25	4
Genel Doğurganlık Hızı (1000)	56,05	57,55	2,68
Kaba Ölüm Hızı (1000)	2,50	1,59	-36,40
Bebek Ölüm Hızı (1000)	16,30	9,92	-39,14
Erken Neonatal Ölüm Hızı (1000)	7,19	5,28	-26,56
Geç Neoanatal Ölüm Hızı (1000)	1,44	0,84	-41,67
Postneonatal Ölüm Hızı (1000)	7,67	3,80	-50,46
Perinatal Ölüm Hızı (1000)	21,72	13,19	-39,27
0-4 Yaş Orantılı Ölüm Hızı (1000)	3,15	2,79	-11,43
Ana Ölüm Hızı (100.000)	71,9	21,1	-70,65

* I.Dönem 2004 Yılı, II. Dönem Ekim 2006 – Eylül 2007

Araştırma bölgesinde tespit edilen doğum ve ölüm sayılarının genelde ve ölüm yaş aylarına göre hesaplanan ölüm ve doğum hızları dönemlere göre tablo 20’de verilmiştir. Kaba doğum hızı Dönem I’de %0 13,76 iken bu süre içerisinde %4 artarak Dönem II’de %0 14,25 bulunmuştur. Kaba ölüm hızı ise % 36,40’lık bir düşüşle Dönem I’de %0 2,50 iken %0 1,59’a düşmüştür. Bebek ölüm hızı Dönem I’de %0 16,30 iken Dönem II sonunda %0 9,92’ye düşmüş ve % 39,14 dönemler arası fark tespit edilmiştir. Anne ölüm hızı ise Dönem I’de %000 71,9 iken dönem II sonunda % 70,65’lik bir düşüşle anne ölüm hızı %000 21,1 gerilemiştir.

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada bireylere sunulan temel sağlık hizmetleri uluslararası anlaşmalardaki temel ilkeler doğrultusunda ülkelerin imkanları ve şartları çerçevesinde iletilmektedir. Hizmetin yürütülmesindeki organizasyon, finansman, sağlık insan gücü ve hizmet türü ile önceliklerinde farklılıklar mevcuttur.

Ülkemizde de bu duruma bakıldığında geçmişten günümüze farklı yasalara dayanılmış birkaç uygulama yaşanmış ve yaşanmaktadır. Bunlar, cumhuriyetin ilanından günümüze hükümet tabipliği, sağlık ocağı ve aile hekimliğidir. Bu sistemlerin temel hedefi bireye koruyucu sağlık hizmetlerini götürmek, hastalığında tedavisi yapabilmek ve sağlık düzeyini en üst düzeye tutabilmektir.

Cumhuriyet tarihimiz kadar eski olan sağlıkta reform çalışmalarına son halka 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” kapsamında eklendi⁽²⁹⁾. Bu reform paketinin getirdiği yeniliklerden birisi de Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçilmesiydi. Her ne kadar bu bir yeni yaklaşım gibi görünse de, aslında bu sistemin temelleri çok daha eskiye 1980’li yıllara, aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak tanınmasının da öncesine dayanmaktadır. Bu süreçte hazırlanan reform paketlerinde her zaman bir aile hekimliği sisteminden söz edilmiş ama hayata geçirilmesi ancak 2003 yılındaki düzenlemeyle olmuştur.^(45,48)

1993 yılında hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası” dokümanının hazırlanmasından sonra, bugün ayrıntılarını tam bilemediğimiz ve hakkında yazılı bir belge de bulunmayan, ancak Bilecik, Ankara ve bazı il merkezinde sistemin işleyiş ayrıntıları ve çalışma esaslarını inceleyen ve aile hekimi uzmanları tarafından uygulanan bir model denendiğini bilmekteyiz.

Türkiye’de planlanan aile hekimliği uygulaması ile yalnızca uzmanlık düzeyinde bir birinci basamak hekiminin var olan sisteme entegre edilmesi değil, pek çok Avrupa Birliği ülkesinde de başarı ile uygulanmakta olan farklı bir birinci basamak sağlık örgütlenmesini de öngörmektedir.^(29-31,47,48)

Çalışma bölgemiz olan Düzce ili, yıllardır yürütülen çalışmaların bir ürününün Türkiye geneline yaygınlaştırılmadan önce denendiği, aksayan veya yürümeyen yönlerinin gözlemlenmek istendiği bir pilot bölge olarak seçilmiştir. Düzce ilinin aile hekimliğine geçtiği 15 Eylül tarihinden sonra sırasıyla, Temmuz 2006’da Eskişehir, Ekim 2006’da Bolu ve diğer iller bu uygulamayı izlemiştir. Düzce ilini takiben pilot uygulama kapsamında sisteme geçen bu illerdeki verilerle de aile hekimliği sisteminin gözlemlenmesi olanağı bulunmuştur.

Düzce ilinin pilot uygulama için uygun olamayan özellikleri arasında gösterilen sosyo ekonomik gelişmişliği ve Türkiye'deki diğer daha az gelişmiş illere bir örnek oluşturamayacağı yönündeki yayınların aksine, son verilere göre Düzce, sosyo-ekonomik gelişmişlikte Türkiye genelinde 45. sırada görülmekte ve kır-kent nüfusu açısından da tablo 7'de görüldüğü gibi yaşayanların %53'ü kırsalda, %47'si ise kentsel bölgede yaşamaktadır. Düzce'nin hem göç alıp vermesi, mevsimsel işçilerin bulunması, iklim yapısının il genelinde bölgeden bölgeye değişmesi ve hem de halkının etnik çeşitlilik göstermesi gibi pek çok etmen, sistemin Türkiye geneline yaygınlaştırılması öncesinde uygulamanın değerlendirilmesi açısından bir artı olarak yorumlanabilir. Ayrıca aile yapısı ve aile büyüklüğü açısından değerlendirildiğinde de 2000 nüfus sayımı verilerinden elde edilen aile büyüklüğü Türkiye genel ortalaması olan 4,3 değeriyle Düzce araştırmasında bulunan 4,33 değerindeki aile büyüklüğü ortalaması da birbiriyle uyumlu görünmektedir.

Düzce ilinde pilot uygulama başladığında bu yana 2 yıl tamamlanmıştır. Geçen bu süre içinde Düzce ili pilot uygulaması ile daha uygulamanın başladığı ilk günden itibaren yayınlar, değerlendirmeler yapılmış ve hala da yapılmaya devam etmektedir. Düzce ilinde yürütülmekte olan pilot uygulamanın etkinliğini göstermeyi amaçlayan epidemiyolojik verilerin elde edilmesi için iki yılın çok kısa olduğunu kabul etmekteyiz. Bu tür, sistemde köklü değişikliklerin yapıldığı müdahale çalışmalarının sonuçlarının değerlendirilmesi ve olası olumlu ya da olumsuz etkilerinin gözlemlenebilmesi için 5–10 yıl gibi süreler geçmelidir. Biz bu araştırmayı, uygulanan sistemin güncel durumunun gösterilmesi ve gelecekte yapılacak diğer araştırma, inceleme ve eleştirilere temel oluşturması açısından gerçekleştirdik.

Araştırma bölgemizde tablo 8'de Dönem I ve Dönem II arasında Haziran ayı yıl orası nüfusuna göre 303.313'ten 332.519'e yükselirken, sıfır yaş grubunda toplam nüfus Dönem I'de 4702 (toplam nüfusun %1,6) den Dönem II'de 2582'ye (toplam nüfusun % 0,8) düşmüştür. Bu azalmanın, o dönemde yapılan aile planlaması çalışmaları ve o yaş gurubundaki ölüm hızları incelendiğinde, azalmanın bu nedenlerle de ilgili olmadığı görülmüştür. Buna ek olarak her iki döneme ait nüfusun yaşlara göre dağılımları ve nüfus piramitleri incelendiğinde o yaş grubundaki azalmanın göç ile de açıklanamayacağı görülmüştür. Olası neden olarak o yaş grubundaki saptamalardaki hatalardan ya da yapılan kayıtların il sağlık müdürlüğünden kaynaklanan bir hesaplama hatası olabileceği düşünüldü.

Bölgenin her iki dönem nüfus piramitlerinde fazla bir farklılık gözlenmemekle beraber, tabanlarının geniş olması doğurganlık düzeyini göstermesi yanında hizmet

sunumunda, nüfusun genelinde ağırlıklı bir pay oluşturan bu genç kesim için çocuk izlemleri, bağışıklama, okul sağlığı ve üreme sağlığı gibi konular her zaman önceliği oluşturacaktır. 15-49 yaş kadın nüfusunun toplam nüfusa oranı, Dönem I'de %55,18 Dönem II'de %54,94 olarak saptanmış ve her iki dönem arasında oransal olarak benzerlik görülmüştür. Bu yaş grubu kadınların toplam nüfusa göre ağırlığı oluşturması aile planlaması hizmetlerinin sunumunda önemli ve planlı çalışmalar gerektirdiğini göstermektedir.

Nüfus ile ilgili saptamalar Dönem I'de Haziran ayında yapılan yıl ortası sayımla belirlenirken, Dönem II'de AHBS minimum veri setleri kullanılarak güncel nüfus bilgileri aylık olarak elde edilebilmektedir. Ayrıca Dönem II'de kişilerin kayıtları AHBS'ye T.C. kimlik numarası kullanılarak girildiği için, bu yöntemde bir kişinin birden fazla kayıt edilmesi önlenerek daha doğru sonuçlar elde edilebilmektedir. Elde edilen bu veriler pek çok hizmetin verilmesinde kullanılmakta ve epidemiyolojik verilerin hesaplanmasında yararlanılmaktadır.

Birinci basamak hizmetlerinde poliklinik hizmetleri önemli yer tutarken, bazen bu hizmetin yoğunluğu, birinci basamağın yapmakla yükümlü olduğu diğer görevlerin geri plana itilmesine neden olmaktadır. Sağlık alanında iyileştirme çalışmalarının bir kısmı hem birinci basamak hem de diğer üst sağlık kuruluşların tanı tedavi hizmetlerinin iyileştirilmesi ve hasta memnuniyetinin artırılmasını amaçlamaktadır. Araştırma bölgemizde Dönem I ve Dönem II poliklinik hizmetleri karşılaştırıldığında, Dönem II'de muayene edilen hasta sayısında %116'lık bir artış belirlenmiş ve bu saptamanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir ($p<0,05$). Dönem II'de kişi başına düşen ortalama muayene sayısında 2,17 kat artış gözlenmiştir. Bu artışın, hastanın hizmeti alışı biçiminden memnun olmasına, hastalandığında sağlık hizmetini hep tanıdığı bildiği bir doktordan almasına, hizmetin ulaşılabilir olmasına bağlı olduğunu düşündük. Bu değerlendirmemizi destekleyen bir çalışma Sağlık Bakanlığı tarafından Düzce'de Temmuz 2006 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya göre araştırmaya dahil olan katılımcıların %77,5'i aldıkları aile hekimliği hizmetinden memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir (61). Bu bölgeye yaptığımız ziyaretlerde, işleyişini yakından izleme fırsatı bulduğumuz aile sağlığı merkezleri ve burada çalışan hekimlerin hastalarının yoğun olduğunu gözlemlemiş ve bu merkezlerde çalışan aile hekimleri tarafından da bu yoğunluk dile getirilmiştir.

Hekim, özel bir durum olmadığı sürece (izne ayrılması, sözleşmesinin sona erdirilmesi, başka bölgelere tayin olması, hastalık vb...) aynı bireylere poliklinik hizmeti vererek, belirli bir süre sonunda onları aileleri, sosyal ve fiziki çevreleri ile daha yakından

tanıma olanağına sahip olmaktadır. Bu hekimin, hastasının hastalığını, aile hekimliği disiplininde öngördüğü biyopsikososyal yaklaşıma göre değerlendirmesi için bir fırsat yaratmaktadır.

Bu önermenin bir diğer gereği de teorik alt yapısı olan ve bunun üzerine pratik yapmış bir uzmanın bu hizmeti vermesidir. Ancak Düzce ilinde her ne kadar aile hekimliği sistemine geçilmeden önce mevcut pratisyen doktorlar birinci aşama eğitimden geçirilmiş ve aile hekimliği sertifikası almışlarsa da, aile hekimliği disiplinin ön gördüğü uzmanlık eğitimi henüz bu doktorlara verilememiştir. Aile hekimi uzmanlarının sayısı Düzce’de sadece iki’dir (58). Eğer uygulanmakta olan aile hekimli modelinde görev yapan hekimlere, uluslararası aile hekimliği eğitimleri verilmeden sistem sürdürülmeye çalışılırsa, hekim ne kadar iyi niyetli olarak hizmet vermeye çalışırsa çalışsın, hizmetinin kalitesi belli bir noktada teorik ve pratik sahip olduğu yeterliliklerle sınırlandırılacaktır. Çünkü aile hekimliği sisteminin başarı ile uyguladığı gözlenen ülkelerde ve aile hekimliği disiplinin eğitim disiplininde, bu disiplinin temel yeterliliklerini almış uzman bir hekim vardır. Eldeki imkanlarla henüz sisteme dahil olan hekimler bu eğitimleri alamamışlardır. Ancak bakanlığı, aile hekimliği sisteminde çalışan tüm hekimlere aşama aşama eğitimler vererek bu eksikliği gidermeye çalıştığı bilinmektedir.

Buna benzer bir uygulama Portekiz’de yaşanmıştır. Portekiz’de 1982 yılında aile hekimliği sistemine geçilmiş, ülke genelinde çalışmakta olan yaklaşık 5500 doktor herhangi bir eğitimden geçirilmeden aile hekimi yapılmıştır. Daha sonra bu hekimler hizmet içi eğitimlere alınmış ve bilgi ve becerileri geliştirilmiş, 1987 yılından sonra da aile hekimi olmak isteyen tıp fakültesi mezunlarına uzmanlık eğitimi zorunlu kılınmıştır.(47,48)

Birinci basamaktaki dile getirilen poliklinik hizmetinin yoğunlu ister istemez diğer hizmet sunumlarında bir gerilemeye neden olmaktadır. Çalışma bölgemizde de bazı doktorların bu sıkıntıları yaşadığı ve ev ziyaretlerinde bulunma, aile sağlığı merkezine gelen gebe ve çocuk izlemlerinde bu hizmeti istedikleri düzeyde veremediklerine dair gözlemler ve ifadeler bulunmaktadır. Her ne kadar oluşturulan bazı mekanizmalarla (ücret performans uygulaması, gebe ve çocuk takibinde mutlak uygulanması gereken kontroller) aile hekiminin gebe ve çocuk takiplerine özen göstermesini sağlamayı amaçlasa da, sayısal olarak elde edilen bu başarı, hizmetin sunum kalitesini de beraber getirememektedir.

Risk altında olan yaşlı grup, kronik hastalığı olan ve bakım hastaları konusunda da Dönem II’de Dönem I’e göre pratik uygulamada bir farklılık saptanmamıştır. Poliklinik hizmetleri ve yoğunluğunda bir diğer etken ise kronik hastalığı olan kişilerin raporlu ya da düzenli kullandıkları ilaçları aile hekimine yazdırmasından kaynaklanmaktadır.

Aile hekimliği birimlerinde gerçekleştirilen sevk işlemleri tablo 10’da gösterilmiş olup Dönem I ve Dönem II arasında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Muayene edilen hasta sayısına göre yapılan sevk işlemleri Dönem II’de istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalmıştır. Ayrıca Şekil 7’de Dönem II içinde aylara göre sevk edilen hasta sayılarında belirgin dşuş saptanmıştır. Aile hekimliği uygulamasında getirilen sevk zinciri sistemi, Ocak 2007 tarihinde uygulamadan kaldırılmış ve isteyen herkesin istediği sağlık kuruluşuna başvurmasının n açılmıştır. Bu zorunluluğun olmayışı sadece 2. ve 3. basamağa sevk talebi olan hastaların aile hekimine gelmesinin önüne geçmiş ve sevk oranlarını etkilemiştir.

Sevk zinciri pilot uygulamanın bir döneminde uygulanmış ve her ne kadar birinci basmaktaki iş yükünü artırdığı grlmüşsede, önemli bir takım yararları da olmuştur. Özellikle sistemin ilk zamanlarında sevk için bile gelmiş olsa, aile hekimi bölgesindeki kronik hastaları saptama şansını yakalamıştır. Ayrıca sevk zincirinin belli dönem işletilmesi, kronik hastalar dışındaki bağlı bulunan nüfusun saptanması ve tanınmasında da yararlı olmuştur. Bir yandan aile hekimi hastalarını tanırken, bir yandan da hastalar da aile hekimleriyle bir Şekilde temas kurma olanağını bulmuşlardır. Ancak sevk zincirinin sadece 2. ve 3. basamağa ulaşmak için kullanıldığı durumlarda, ilgili kurumlarda belli bir zaman kaybı ve iş yoğunluğu artışına da neden olmaktadır.

Sevk zincirinde bir diğer sıkıntı ise 1. basamak ile 2. ve 3. basamak kurumlarında hizmet veren doktorların sayısal durumundaki eşitsizliktir. Bu durum sayılarla ifade edildiğinde sevk zincirinin işletildiği 2006 yılında Düzce’de genel toplamda 179 uzman hekim çalıştığı görülmektedir. Buna karşılık yine sevk zincirinin işletildiği Aralık 2006 verilerine göre birinci basamakta toplamda 122 doktor çalışmaktaydı. Birinci basamakta çalışan bu hekimler, 2. ve 3. basamaktaki toplam uzman sayısından az olmalarına karşın bölgenin tüm hastalarını bir Şekilde görmek durumunda kalmışlardı (41,52). Sevk zincirinin işletildiği bu dönemdeki aksaklık ve adaletsizlik Sağlık Bakanının bazı demeçlerinde de dile getirilmişti (61). Sevk ile ilgili Dönem I ve Dönem II arasında saptanan diğer bir fark, sevk işlemlerinin elektronik ortamda ve sevk edilecek birime aile doktoru tarafından randevusu alınarak yapılmasıydı. Dönem I’de her ne kadar sevk işlemleri için bir form bulunsa da bu formun kullanımı süreç içinde pratik uygulamadan kalkmıştır. Dönem II’de getirilen randevulu sevk uygulaması, sistemin uygulanmaya başladığı ilk aylarda aile hekimlerince kullanılmış, ancak zaman içerisinde 2. basamak elektronik alt yapısında ortaya çıkan aksaklıklar deneniyle günümüzde uygulanmamaktadır. şu anda aile hekimlerinin sevk işlemleri için özel bir uygulamaları yoktur. Ayrıca her iki dönemde de

sevk edilen hastaları karşılayan hekimlerin yapılan işlemler, konan tanımlar, tedavi sonuçları ile ilgili olarak birinci basamak hekimlerine herhangi bir geri bildirim yapmadıkları belirlenmiştir. Bu durum Dönem II’de de önceden olduğu gibi önemli bir sorun olarak varlığını korumaktadır. Ancak Dönem I ve Dönem II’de birinci basamakta hizmet veren hekimlerden bir kısmı bu sorunu sistematik olmayan ve kendi becerilerine ve hastalara olan ilgilerine göre geliştirdikleri bazı yöntemlerle çözmeye çalışmışlardır (hastanın sevk sonrası gittiği 2 ya da 3. basamak sağlık kuruluşundan dönüşünde ilgili doktora bilgi vermesi, hastanın AHBS’de kayıtlı iletişim bilgilerinden faydalanılarak kendisine ulaşıp bilgi alınması, hastanın evde kontrol ziyareti yapılması vb...) Dönem II’de, bölgeye yaptığımız ziyaretler kapsamında aile sağlığı biriminde çalışan doktorlardan edinilen bilgilere göre, şehir merkezinde faaliyet gösteren aile sağlığı birimlerinde bile, sevk edilen hastaların izlemlerinde ve bu hastalara ulaşmada hep aynı nüfusa hizmet vermenin getirdiği avantajla daha başarılı oldukları düşünülmüştür. Ancak sistematik olmayan ve çalışan hekimin becerisine ve isteğine göre büyük farklılıklar gösteren bu yaklaşımların yerini, sistematik sevk ve geri besleme sisteminin alması gerekmektedir.

Sevk işlemleri altında değinilmesi gereken son bir konu da Dönem II’de hayata geçirilen ve performans kriterleri arasında değerlendirilen sevk oranına göre bir kesinti yapılması uygulamasıdır. Ancak bu uygulama sevk zincirinin yürürlükte olduğu dönemlerde fiili olarak uygulanmamış ve herhangi bir maaş kesintisi yapılmamıştır. Daha sonra da bu uygulama ile ilgili olumsuz bir bildirim olmamıştır.

Araştırma bölgesinde tablo 11’de görüldüğü gibi gebe izlemlerinde de Dönem II’de bir artış olduğu görülmektedir. Gebe başına düşen izlem sayısı 2,9’dan 4,4’e yükselmiştir. Bu artışta aile hekimliği birimlerinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanının belirli nüfusa hizmet etmeleleri önemli yer tutmaktadır. Hekim ve aile sağlığı elemanı bir süre sonra nüfustaki bireyleri tanıma imkanı bulmaktadır. İzlemlerin oranlarının artışına etki eden faktörler arasında her aile sağlığı biriminin kendi hizmet verdiği nüfusun sağlık göstergelerinden bire bir sorumlu olması, bu nedenlerle de gebe tespitlerinde daha titiz davranmaları ve gebe izlemlerinin aile hekiminin performans kriterleri arasında olması sayılabilir. Dönem I’den farklı olarak Dönem II’de yukarıda sayılan faktörler arasında bulunan performans kriteri aile sağlığı biriminde çalışan hekimlerin ücretlerine belli oranda yansımaktadır. Dönem I’de sağlık ocakları hizmet verdikleri bölgelerde hedeflenen gebe ve loğusa takiplerini yapamadıklarında bunun ekonomik olarak ücrete olumsuz etkisi yoktu, ancak Dönem II’de öngörülen takip oranlarını yakalayamayan aile hekimlerinin maaşlarında belirlenen oranlarda kesinti olabilmektedir.

Bu uygulamanın araştırmamız dahilinde ziyaret ettiğimiz aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına pozitif bir katkı sağladığı gözlemledik. Dönem II'de gebe takiplerinde aile hekimleri farklı yaklaşımlar sergilemekle birlikte, gebelerin hastanede yapılan tetkik ve muayene sonuçlarının aile hekimlerine sistematik bir Şekilde geri bildirim yapılmaması ve bunun içinde bir standardın olmaması genel bir problem olarak gözlemlendi.

Gebe takiplerinde Dönem I'e göre bir diğer farklılık da tutulan kayıtların elektronik ortamda st makamlara iletilmesidir. Gebe takiplerinin iyi yapılmasının aile hekimliği birimine loğusa ve bebek takiplerinde büyük yararı vardır. Aile hekimliği birimleri gebelikte takip ettikleri bireyleri, loğusa ve bebek takibi için beklenen doğum tarihleri arasında tekrar grmezlerse, ilgili birim gebeye ulaşmak için AHBS kayıtlarındaki kişisel bilgileri kullanarak ulaşmaktadır. Aile sağlığı merkezlerine yapılan ziyaretlerde görüşleri alınan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının verdiği bilgiler işığında, gebe takibinde dönemler arasındaki temel farkın, Dönem II'de tespit edilen gebelerin AHBS kayıtlarından rutin kontrollerine gelip gelmedikleri konusunda izlenmekte olmaları, bu izlemlere gelmeyen gebelerin saptanıp, gelmeleri konusunda uyarılmalarıdır. Dönem II'de dikkat çeken bu uygulama daha öncede üzerinde durulduğu gibi gebenin takibinden sorumlu olan aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ile gebe arasında oluşan pozitif bir etkileşim ve ayrıca gebeyi sahiplenme olarak değerlendirilebilir. Aile sağlığı biriminin gebelerin tespit ve takibi konusunda dikkatli davranmasının o birimin sekonder bazı kazanımlar elde etmesine neden olmaktadır. İyi takip edilen gebe, doğum sonunda loğusa izlemlerinde ve bebek izlemlerinde tespit kolaylı sağlamaktadır.

Hizmet sunumunda, gebe izleminde Dönem I'de yapılması önerilen kontroller ve izlemler Dönem II'de de aynen önerilirken, uygulamada gözlemlenen temel fark, uygulayıcının bu hizmeti verebilmesi için sistemin onu her aşamada kontrol etmeye motive etmesi ve yetersiz kaldığı durumlarda, bunu bazı yaptırımlara bağlaması gibi görünmektedir. Bu uygulama gebe ve loğusa izlemlerinde Őuanki veriler işığına başarılı görünmektedir.

ocuk izlemlerinde Dönem I ve Dönem II arasındaki temel farklılıklar gebe loğusa izlemlerine benzerdir. Bebek izlemlerinde Dönem I'de ortalama izlem sayısı 7,5 iken Dönem II'de 18,8 bulunmuştur. Gebe, loğusa, bebek ve ocuk izlemlerinde Dönem II'de artışlar olmasına rağmen, Dönem II'de hizmetin veriliş Őekillerinde bölgeye yaptığımız ziyaretlerde görev yapan sağlık personeline göre farklı uygulama Őekilleri gözlemlendi. Örneğin, bazı aile hekimliği merkezlerinde gebe, bebek ve ocuk izlemleri için, içinde özel

eğitim materyalleri, muayene malzemeleri bulunan takip odaları oluşturulmuştı. Ayrıca sağlık hizmeti veren kişiler açısından da farklılıklar gözlemlendi. Bazı aile hekimliği birimlerinde izlemler sadece aile sağlığı elemanı tarafında yürütölüp tıbbi bir problem ya da reçete yazılması gerektiğinde aile hekimine danışılma şeklinde izlem yapılmaktayken, bazı birimlerde izlemler hem aile hekimi hem de aile sağlığı elemanı tarafından yapılmakta ve eğitimlerde rutin kontroller sırasında aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından verilmektedir. Yine bazı aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları gebe ve bebek takiplerinde bakanlığın öngördüğü aralıklarda kontrolleri yaparken bunu akış şemaları ile de destekledikleri tespit edildi. Ancak bu gözlemlerimiz sınırlı olup daha kapsamlı araştırmalara gereksinim göstermektedir.

Araştırma bölgemizde bağışıklama hızları Dönem I ve Dönem II arasında karşılaştırıldığında, tüm aşı oranlarında bir artış saptandı. Aşı oranları tek tek incelendiğinde BCG'de Dönem I, Dönem II sırasıyla, %84, %104 artış %20 olarak tespit edildi.

DBT- Polio I, II, II ve rapel hızlarının tamamının Dönem II'de artış gösterdiği tespit edildi. Her iki dönem arasında en fazla artış DBT- Polio rapel oranların %17 ile olduğu görülürken (Dönem I'de %79, Dönem II'de %96), iki dönem arasında en az artış %7 ile DBT- Polio III'te görüldü (Dönem I'de %91, Dönem II'de %98). Kızamık bağışıklama hızı Dönem I'de %85 iken Dönem II'de %97 yükselmiş, her iki dönem arasındaki fark %12 olarak tespit edilmiştir. TT1 Dönem I'de %44 Dönem II'de %50, artış %6 ve TT2 Dönem I'de 73 Dönem II'de %90, artış %17 olarak tespit edildi.

Araştırma bölgemizde aile hekimliğine geçişle birlikte yakalan bu yüksek aşı oranlarının, daha önce gebe ve çocuk takiplerin konusunda bahsedilen Dönem II uygulamalarının bir ürünü olduğu düşünöldü. Bağışıklama konusunda aile hekimliği birimlerinin aşısız çocuk tespitinde ve tespit edilen çocuğun aşısının yapılıp, rutin aşı takvimine sokulmasında yine belirli bir nüfusa hizmet vermenin avantajlarının kullanılmakta olduğu izlenimindeyiz.

Bölgeye yapılan ziyaretlerde aile hekimine ve aile sağlı elemanına ev ziyaretleri ile ilgili sorular sorulduğunda, ağırlıklı olarak ev ziyareti yoluyla tespit yapmadıklarını belirtmişlerdir. Tespit için aile sağlığı birimleri kişisel çözümlerini üretmişlerdir. Örneğin, herhangi bir nedenle aile hekimine başvuran hastaların aileleri ve yakın çevreleri sorgulamak, bazen o bölgede görev yapan kişilerden (öğretmen, cami imamı, belediye görevlileri, muhtarlar) yardım almak, başka nedenlerle ev ziyaretine gittikleri yerlerde

tespitler yapmak, belediye ve muhtarlık anons sistemi kullanmak gibi pek çok yöntem sıralanabilmektedir.

Bağışıklama oranları aile sağlığı birimleri için bir performans kriteridir. Bu nedenle araştırma bölgemizde çalışmaları izlenen aile hekimliği birimleri gebe, çocuk ve bağışıklama kayıtlarını AHBS üzerinde yapılmakta ve kayıtlı gebe, çocuk ve aşılanacak çocuklar takiplere gelmekte gecikir ya da aksatılırsa sistemden kontrol edilip kendilerine ulaşılma yöntemini uygulayarak aşı oranlarını yüksek tutmayı başarabildiklerini ifade etmektedirler.

Araştırma bölgemizde her iki dönemde yapılan doğumlar ve yapıldıkları yerler Tablo 7'de gösterilmiştir. Dönem I'de Tüm Doğumların %85,89 hastanede gerçekleşmişken bu oran Dönem II'de %98,72 olarak tespit edildi. Dönemler arasında %2,83 bir artış olmuştur. Tüm tespit edilen doğumların Dönem I'de %3'ü sağlık personeli yardımı ile yapılırken Dönem II'de bu oran %0,61'e düşmüştür. Dönemler arası azalma %2,42 dir. Dönem II'de sağlık evlerinde ebe bulunmayışı nedeniyle, Dönem I'de buralarda yapılan doğumların Dönem II'de hastanelere kaydı düşülmektedir.

Araştırma bölgemizde tespit edilen ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde her iki dönem içinde 65 yaş ve üstünde toplandığını (%60,47-%59,65) 0-4 yaş grubunda ise dönemlere göre sırasıyla %10,40 iken %11,17 olmuştur. Özellikle ileri yaşta meydana gelen ölümler ile çocukluk çağı ölümlerinin azaltılması ile beklenen yaşam süresi uzayacak ve bu durum sistemin etkinliğine pozitif çıktı sağlayacak olduğu düşünülmektedir.

Çalışma bölgemizde aile hekimliğine geçiş sonrası poliklinik hizmetlerinde bir artış olmuş ve sayısal olarak Dönem I'de muayene edilen hasta sayısı 514.599 iken Dönem II'de bu sayı 1.115.643'e yükselmiştir. Bu muayene edilen hastalardan bildirim zorunlu olmayan hastaların sayısı tablo 10'da gösterilmiştir. Dönem I'de akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan vaka sayısı 68.327 Dönem II'de ise bu 53.016 olarak tespit edilmiştir. İki dönem arasında ki bu sayısal azalma ICD-10 kodlama sisteminin Dönem II'de uygulanması, reçete düzenlerken bazı ilaçlar için spesifik tanımlar istenmesi gibi nedenlerle tanılarda değişiklik yapılması ile ilgili gibi gözükmektedir. Diyabet tanısı ile başvuru sayısı Dönem I'de 7290 ve Dönem II'de 42569 olarak gerçekleşmiştir. Dönem II'de görülen bu artışa uygulanan ICD-10 kodlama sistemi, hasta kayıtlarında, hastanelerde ve eczanelerde bilgisayar otomasyon programlarının kullanılması, Dönem II'de uygulanan ilaç politikalarına bağlı bazı zorunlulukların etkilemiş olabileceği düşünüldü. Bu konu ile Düzce İl Sağlık Müdürlüğü ziyaretlerimizde bu artışı açıklayacak tatmin edici yanıtlar

bulamadık. Ancak artışın diabetli hasta sayısı artışından çok, dönemler arasında değişen kayıt sistemlerinde kaynaklandığını düşündük. Benzer artış nedenlerini guatr tanısı almış vakalar içinde genellememiz mümkündür. Bu bilgiler ışığında diğer hastalık sayılarında ki artışlarında yukarıda açıklandığı şekilde Dönem II’de uygulanan kayıt yöntemi farklılıkları ve reçetede düzenlenen ilaçlara uygun tanıların ICD-10’a uygun yazılma zorunluluğu gibi nedenler sayılabilir. Kanımızca bu artışların nedenleri başlı başına bir araştırma konusunu oluşturmaktadır.

Araştırma bölgemizdeki dönemlere göre aile planlaması uygulamaları tablo 17 ve 18’de verilmiş olup, durum incelendiğinde yöntem kullanmayanların oranı Dönem I’de %39,95 iken Dönem II’de bu oran %42,78’ yükselmiştir. Geleneksel yöntem kullananlar ise Dönem I’de %24,28 ve Dönem II’de % 19,75 olarak tespit edilmiştir. Modern yöntem kullananların durumu ise Dönem I’de % 35,77 iken Dönem II’de bu oran %37,48’dir.

Bu veriler ışığında modern yöntem kullananların durumu her iki dönem açısından karşılaştırıldığında Dönem I’de oral kontraseptif kullananlar % 14,85 iken Dönem II’de bu oran 18,93’e yükselmiştir. Rahim içi araç kullananlar ise Dönem I’de %36,09 iken Dönem II’de %28,89’a düşmüştür. Kondom kullanma oranı ise etkili yöntem kullananlar arasında Dönem I’de %40,14 iken Dönem II’de 42,90’dır. Bu bölgede etkili yöntemler arasında kondom kullanımının yüksek olması dikkat çekicidir.

Yukardaki veriler ve bölgeye yaptığımız ziyaretler sonucu araştırma bölgemizde rahim içi araç uygulamasının Dönem II’de azalma nedenleri arasında, bu konuda sertifikalı personel ve aile sağlığı birimlerinde yeterli tıbbi alt yapının olmaması sayılabilir. Ayrıca genel olarak modern aile planlaması yöntemlerinde belirgin bir iyileşme olmaması da, aile planlaması uygulamasının performans kriterleri içinde yer almaması nedeniyle aile sağlığı birimlerinin aile planlaması eğitim, uygulama ve yaptıkları hizmetleri AHBS üzerine kaydetmekte yetersizlikler mevcuttur.

Düzce ilinde tespit edilen doğumlar ve ölümler her iki dönem açısından karşılaştırıldığında Dönem II’de canlı doğum sayılarında artış saptanırken, bebek, çocuk ve anne ölümlerinde sayısal olarak bir azalma tespit edilmiştir. Yaptığımız istatistiksel çalışmalarda toplam doğum sayısı ve toplam canlı doğum sayısındaki artış anlamlı bulundu. Benzer istatistiksel çalışma tespit edilen ölüm sayılarında da yapılmış ve toplam ölüm sayısı, canlı doğan ve 0-365 günler içinde ölen bebek sayısı, canlı doğan ve 29-365 günler içinde ölen bebek sayısı, 28. gebelik haftasından sonra olan ölü doğumlar ve canlı doğup 0-7 günlük iken ölen bebeklerdeki dönemlere göre azalma anlamlı bulunmuştur. 0-365 günler içinde ölen bebek sayısı, canlı doğan ve 29-365 günler içinde ölen bebek sayısı,

28. gebelik haftasından sonra olan ölü doğumlar ve canlı doğup 0-7 günlük iken ölen bebeklerde sağlanan bu iyileşme Tablo 11’de gösterilen gebe ve bebek takiplerinde Dönem II’de yakalanan yüksek takip oranlarının bir sonucu olabileceği yanında tablo 13’de aile hekimliği sistemine geçildikten sonra yapılan doğumların hastanelere gitmesi bu olumlu gelişmeye destek sağlamıştır.

Sağlık hizmetlerinin düzeyini gösteren ölçütler arasında yer alan doğurganlığın ve ölüm hızlarının dönemlere göre dağılımı tablo 19 ve 20’de verilmiştir. Özellikle çocuk sağlığının temel göstergelerinden biri olan ve birinci basamakta verilen izlem, aşılama, gelişim kontrolü, erken tanı ve hastalıkların tedavisi ile doğumların hastane koşullarında yapılması bebeklerin ilk 7 gün, ilk bir ay ve ilk bir yıl içinde yaşamda kalmalarını sağlayan en önemli faktörlerdir. Bu yaklaşımla Dönem I ve Dönem II süresinde elde edilen hızlar karşılaştırıldığında bebek ölüm hızı ve neonatal dönemde meydana gelen hızlar da önemli düşüşler tespit edilmiştir. Dönem I’de bebek ölüm hızı %16,30 iken Dönem II’de bu hız %9.92 bulunmuştur. Azalış yüzdesi %39,14’tür. Postneonatal ölüm hızında ise %7,67’den %3.80’e düşmüştür. Azalma yüzdesi %50,46’dır.

6. SONUÇ

Araştırmamızda Düzce ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerini Dönem I olarak tanımladığımız sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması 2004 yılı ile Dönem II aile hekimliği pilot uygulama süresine ait verilerin bir değerlendirilmesi yapılmıştır. Her iki sisteme ait kurumsal yapı, personel türü, birinci basamakta verilen hizmet sunum yöntemleri ve dönem sonu elde edilen verilerle sağlık göstergeleri analiz edilmiştir. Tespit edilen önemli çıktılar aşağıda sıralanmıştır.

1. Dönem I'de sağlık ocağı kurumunun sorumlu olduğu bir nüfus tanımlanırken Dönem II'de aile hekiminin hizmet sunacağı bireylerin sayıları ile sınırlandırılmıştır.

2. Dönem I'de hizmetin topluma ulaştırılmasında ekip, farklı sağlık mesleği unvanı olan en az 7 kişiden oluşurken Dönem II'de aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan 2 kişilik bir ekip anlayışı ile yürütülmektedir.

3. Kırsal bölgeye temel sağlık hizmetleri Dönem I'de bağlı olduğu sağlık ocağı hekimi tarafından aktarırken, Dönem II'de bu hizmeti yalnız kırsal bölgeye mobil olarak götürecek bir aile sağlığı hekimi ve elemanı yapmaktadır.

4. Dönem I'de ilçe düzeyinde sağlık grup başkanlığı sağlık ocağı çalışmalarını izler, denetler ve değerlendirilmesini yaparken Dönem II'de bu işlem toplum sağlığı merkezi tarafından yapılmaktadır.

5. Dönem I'de sağlık ocağı hekiminin yaptığı yönetim, adli hekimlik, çevre sağlığı, okul sağlığı ve rapor düzenleme işlemlerini Dönem II'de aile hekimi görevleri arasında olmayıp, bu işlemlerin bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi tarafından yapılmaktadır. Bu durum aile hekimine zaman, sorun ve iş yükü açısından olumlu kazanımlar sağlamıştır.

6. Kayıt, izleme, sevk ve randevu alma işlemleri Dönem I'de özel form ve kişisel kayıt fişleri ile yapılırken Dönem II'de bu işlemler bir bilgisayar programı aracılığı ile aile hekimi tarafından yapılmaktadır. Bu durum izleme, veri doğruluğu ve kolaylıklar açısından önemli bir gelişmedir.

7. Dönem I'de gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemleri ile aşılama kendi bölgesinde mahalle ve sağlık evi ebesi tarafından yapılırken, bu duruma ebe sayısı, çalışma süresi, aşılama yöntemleri (evde, sağlık ocağında, kampanya) etki ederken Dönem II'de bu işlemler aynı hekim ve elemanı aracılığı ile aile sağlığı merkezinde veya mobil ekip tarafından köyde yapılmaktadır. Bu durumun başarısını etkileyecek performans kriterleri konulması da, Dönem II'de izlem sayıları ile aşılama oranlarında önemli artışlar sağlanmıştır.

8. Birinci basamakta dönemler arası yapılan poliklinik sayıları analiz edilmiş ve Dönem II’de Dönem I’e göre %116’lık artış olmuş ve kişi başına başvuru sayısı 1.70’den 3,6’ya çıkmıştır. Bu gelişmeye paralel olarak hastanelere sevk hızıda artmıştır.

9. Gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemleri dönemler arası değerlendirilmiş ve özellikle bebek izlemlerinde Dönem II’de önemli artışlar tespit edilmiştir. Bu risk gruplarındaki izlem sayılarındaki artış ana ve çocuk sağlığı düzeyi açısından önemli bir gelişme olacaktır. Aşı takvimindeki sayısal artış ve zaman aralıklarında bu sayının artmış olabileceği düşünülmektedir.

10. Dönem I’de bebeklerde aşılması gereken hedef nüfusun tamamına ulaşmadaki yüzdeler (%79-%93) iken Dönem II’de bu durum tüm hedef nüfusa ulaşılmış yüzdeler bulunmuştur. Bu oranlara kayıt sisteminde ekrandan takip edilme, tekrar arama ve aynı hekim ve hemşire işlemleri yapmasının yararı olmuştur.

11. Düzce ilinde önemli bir tespit doğumların hastanelerde yapılmasıdır. Bu olumlu gelişme Dönem I ve Dönem II’de görülmektedir. Bu durum ailelerin bu konudaki bilinç düzeyi, ulaşım imkanı ve doğru yönlendirilme sonucu oluştuğu düşünülmektedir.

12. Dönem I’e göre Dönem II’de poliklinik sayılarında bir artış tespit edilmiştir. Özellikle kronik hastalığı olan kişilerin ilaçlarının düzenli aralıklarla reçetelenmesi ve daha sık kontrollerinin yapılması bu artışta etkili faktörler arasında sayılabilir.

13. Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda Dönem I ve Dönem II arasında önemli nokta başvuruya cevap verecek sağlık personelinin bulunması ve personelin aile planlaması konusunda bilgi ve becerisinin (RİA) düzeyi olmaktadır. Dönem I’de sağlık ocakları ve il merkezinde bulunan anaçocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri bu hizmeti verirken Dönem II’de bu hizmet aile hekimi ve elemanın olmuştur. Aile sağlığı merkezlerinde bu konuda eğitim almış sertifikalı personel varsa uygulama yapılıyor aksi halde sevk ediliyor. Bu durum çözümlenmesi gereken bir sorun olarak görünmektedir.

14. Dönem I ve Dönem II’ de aile planlaması yöntem kullanmayanların oranının Türkiye ortalamasından yüksek olması ve bu oranın Dönem II’de % 42.78’e yükselmesi dikkat çekici bir durumdur.

15. Sağlık göstergesinden özellikle 0–12 aylık dönemine ait ölüm hızlarında Dönem I’e göre saptanan düşüşler anlamlı olup, bu duruma pozitif etki eden diğer faktörlerin yanında birinci basamakta yapılan erken tanı ve tedaviler, aşılama ve izlemlerin rolünün olduğu düşünülmektedir.

7. ÖNERİLER

Araştırmamızda elde edilen veriler ve tespitlerimiz doğrultusunda önerilerimizi iki başlıkta toplanabilir

A. Genel Sisteme Ait Önerilerimiz

1. Toplum Sağlığı Merkezi ile ilçe sağlık grup başkanlığının yönetim, denetim ve izleme gibi görevlerin yasal olarak düzenlenmesi,
2. Mobil sağlık hizmetlerinin planlamasında köy ziyaret sayısı, hizmet biçimi, hekim tayini, hizmet odası gibi konuların yeniden düzenlenmesi,
3. Aile hekimliği sisteminde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına, aile hekimliği disiplinin ön gördüğü teorik ve pratik alt yapının kazandırılması ve aile hekimliği uzmanlığının özendirilmesi.
4. Sistemin finansman analizinin her kademe yapılması
5. Sistemin etkinliği uzman bir kuruluş tarafından periyodik olarak değerlendirilmesi ve sisteme özgü İSO belgesinin alması yararlı olacaktır.

B. Hizmete Özel Önerilerimiz

1. Aile planlaması hizmet analizinin uzman bir kuruluş tarafından yaptırılarak hizmet modeli güçlendirilmelidir.
2. Bebek izlemlerinde sayısal durum beklenenden yüksek olması nedenleri araştırılıp, duplikasyon, kontrol veya başka nedenler araştırılmalıdır.
3. Kırsal kesimde yaşayanlara özgü yapılmakta olan mobil sağlık hizmetlerini verecek ekibe poliklinik hizmetleri, çocuk izlemleri, gebe izlemleri ve verecekleri diğer hizmetler için içinde gerekli tıbbi malzemeleride içeren uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Başıoğlu M. Reform sürecinde. Makro Bakış. 1: 5–18, 2005.
2. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Erişim: (http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0nsan_Haklar%C4%B1_Evrensel_Beyanname) Erişim tarihi: 10.10.2007.
3. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Rehberi. 2007.
4. Alma Ata Bildirgesi. Eylül 1978. Erişim: (<http://undp.un.org.tr/who/yayinlar/DSO1.html#e3>). Erişim tarihi: 06.08.2007.
5. Sağlık Reformlarına Dair Ljubljana Bildirgesi. Erişim: (<http://undp.un.org.tr/who/yayinlar/DSO1.html#e3>). Erişim tarihi: 18.07.2007.
6. Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İlişkileri T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı. Eylül 1997. Erişim: (<http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/dsoandturkey.pdf>). Erişim Tarihi: 06.08.2007.
7. Aktan CC, Işık A. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef. Erişim: (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf>). Erişim tarihi: 06.08.2007.
8. Sağlıkta Dönüşüm. T.C. Sağlık Bakanlığı. 24–39, Aralık, 2003.
9. Dedeoğlu N. 224 Sayılı Yasanın Dünü, Bugünü, Yarını. Adana Tabip Odası Bilim Eğitim Kolu Yayını. 70–75, Adana, 1997.
10. Atatürk'ün Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin I. Dönem 4. Yasama Yılıını Açış Konuşmaları. 1 Mart 1923. Erişim: (http://www.tbmm.gov.tr/tarihce/ataaturk_konusma/1d4yy.htm). Erişim tarihi: 30.08.2007.
11. Aygün R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Cumhuriyet III, 1976–1983. 23–24, 1998.
12. Saltık A. Atatürk'ün Sağlık Politikası. Erişim: (http://www.hekimsaltik.com/modules.php?name=Dizi_Yazilari&file=yazdir&sid=54) Erişim tarihi: 30.08.2007.
13. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Kanun No: 1593 Resmi Gazete Tarih: 6.5.1930; Sayı: 1489.
14. Bakar C, Akgün S. Türkiye'de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye.
15. Sağlıkta Dönüşüm. T.C. Sağlık Bakanlığı. 8–23, Aralık, 2003.
16. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun no: 224. Kabul Tarihi: 5 Ocak 1961, Resmi Gazete Tarihi:12.01.1961 Resmi Gazete Sayısı:10705.
17. Akdur R. Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri, Yeni Türkiye Cumhuriyet III 1984–1995. 23–24, 1998.
18. Öztekin Z, Eren N. Sağlık Yönetimi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. (Güler Ç, Bertan M. ed). 2'nci baskı. Ankara, Güneş Yayınevi, 371–387, 1997.
19. Özdemir O, Ocaktan E, Akdur R. Sağlık reformu sürecinde Türkiye ve Avrupa'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 56: (4), 207–216, 2003.
20. T.C. Anayasası, 1982, madde 41.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Mevzuatı, 2001.
22. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. Kanun Numarası: 3359. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 15.5.1987 Sayı: 19461.
23. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998.

24. T.C. Sağlık Bakanlığı 1. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları, Ankara,1992.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, Mart 1993.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Reformları, 1998.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Türkiye Sağlık Harcamaları, 1992–1996. 1998.
28. Aydın S. Giriş. Seksenbirin Sekseninden Farkı. (Bahçebaşı T, Sönmez Ö, Aydın S, Mutlu E, ed). Düzce, Yavuz Ofset ve Matbaacılık, 14–15, 2007
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm, 2003.
30. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, Kabul Tarihi: 24.11.2004, Resmi Gazete: Sayı: 25665 Yayın Tarihi: 09.12.2004.
31. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete: Sayı:25867 Yayın Tarihi: 06.07.2005.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 15.09.2005 Tarih ve 9383 Sayılı Yazısı. Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge.
33. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Sayı: 25904, Yayın Tarihi: 12.08.2005.
34. T.C.Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge No: 154.
36. N Eren, Öztekin Z. Sağlık Ocağı Yönetimi. 6'ncı Baskı, Ankara, Palme Yayınları, 176, 1993.
37. Çamur G. Aile işlevleri ile ailenin demografik, sosyal ve ekonomik nitelikleri ve yaşam döngüsü arasındaki ilişkiler. Yüksek lisans tez önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Ankara, 1998. Erişim: (<http://yunus.hacettepe.edu.tr/~unlu/sho218/YLTEZ-GULSUM.doc>). Erişim Tarihi: 16.08.2007.
38. Uncu Y. Aile ve sağlık. Aile Hekimliği (Bilgel N.) 1'nci baskı. Medikal Tıp Kitabevi Bursa. 7–15, 2006.
39. Aktürk N. Aile hekimliğinde klinik yöntem. Erişim: ([http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ailehekimligi/dosyalar/klinik%20yontem%20GATA\[1\].ppt](http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ailehekimligi/dosyalar/klinik%20yontem%20GATA[1].ppt)). Erişim tarihi: 24.07.2007.
40. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile odaklı birincil bakımın temel önermeleri. Family-oriented primary care (McDaniel SH, ed) Çeviri: Yaman H. 2'nci baskı. Yüce Reklam, Yayım, Dağıtım A.Ş. 1–15, 2007.
41. Uncu Y, Bilgel N. Aile hekimliğinde hastalara yaklaşım ve hasta hekim iletişimi (Bilgel N.) 1'nci baskı. Medikal Tıp Kitabevi. Bursa. 17–32, 2006.
42. Ahmed SM, Lemkau JP. Psychosocial Influences on Health. In Rakel: Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia. (WB Saunders, ed). 43- 51, 2002.
43. Bilgel N, Işık B. Aile hekimliğinde kanıta dayalı tıp uygulamaları (Bilgel N.) 1'nci baskı. Medikal Tıp Kitabevi. Bursa. 701–714, 2006.
44. Rakel RE. The Family Physician, Development of The Specialty. Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia. (WB Saunders, ed). 3–18, 2002.
45. Dikici MF, Kartal M, Altekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27: 412–418, 2007.

46. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard raporları. Ankara. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları. 2004.
47. Dünyada Aile Hekimliği Uzmanlığının Gelişimi. Erişim: (<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ailehekimligi/default.asp?sayfa=main&s=ahugel&m=ah>). Erişim Tarihi:18.07.2007.
48. Aile Hekimliği Tanımları. Erişim: (<http://www.tahud.org.tr>). Erişim tarihi: 28.06.2007
49. Wonca - A twenty year perspective, Report to Wonca World Council May 2001. Erişim: (<http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/history.htm>). Erişim tarihi: 8.8.2007.
50. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. WONCA EUROPE – 2002 Avrupa Tanımları. Erişim: (<http://www.adu.edu.tr/ahug/ahatanim.htm>). Erişim tarihi: 8.8.2007.
51. The organisation and correlations of Wonca Europe. Erişim: (<http://www.woncaeurope.org/Wonca%20Europe%20in%20brief%20.htm>). Erişim tarihi: 8.8.2007.
52. Özçakar N. Aile hekiminin görev tanımı. Aile doktorları için kurs notları birinci aşama. T.C. Sağlık Bakanlığı. 17–22, 2004.
53. Paycı S, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliği. Aile doktorları için kurs notları birinci aşama. T.C. Sağlık Bakanlığı. 23–29, 2004.
54. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication. 4–6, 7–43, 2002.
55. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004.
56. Curtis P. Primary care and the maelstrom of health care reform in the United States of America. British Journal of General Practice. 45, 433–437. 1995.
57. Düzce Valiliği İnternet Sitesi. Erişim: (<http://www.duzce.gov.tr>). Erişim tarihi: 30.08.2007.
58. Düzce’de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması İki Yıllık Değerlendirme Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Düzce İl Sağlık Müdürlüğü. Erişim: (<http://www.duzcesaglik.gov.tr/images/sunum/2.yil.html>). Erişim tarihi:01.10.2007.
59. Düzce ili genel bilgileri. Erişim: (<http://tr.wikipedia.org/wiki/D%C3%BCzce>). Erişim Tarihi: 30.08.2007.
60. Türkiye genel nüfus sayımı 2000. Okuma yazma bilen nüfus. Erişim: (http://cygm.meb.gov.tr/hem/okuma_prog/oran.htm). Erişim Tarihi: 20.09.2007.

9. EKLER

EK-1:

T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma İzin Belgesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

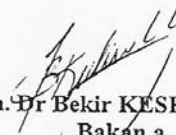
Sayı : B.10.0.TSH.0.20.00.00
Konu: Dr. Emin TÖRE

15048 27.06.07

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
ANKARA

İlgi: 19.06.2007 tarih ve TF-2007 / 02569 sayılı yazınız

Fakülteniz Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr. Emin TÖRE tarafından yürütülecek olan “ Düzce İlinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Öncesi ve Sonrası Hizmet Sunum Niteliğindeki Farklılıkların ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması” başlıklı proje kapsamında yazınız ekinde sunulan istatistiksel bilgilerin 2004 -2005 ve 2007 yıllarına ait verilerin kullanılmasında sakınca görülmemiştir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı