

Aile sağlığı merkezlerinde fizyoterapist istihdamı: İstanbul ilinde fizibilite araştırması

Physiotherapist employment in primary health care: Feasibility research in İstanbul province

Eren Timurtaş¹, Ender Ersin Avcı², İlksen Demirbüken³, Aysel Yıldız Özer⁴, Orhan Öztürk⁵, Mehveş Tarım⁶, Mine Gülden Polat⁷

¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, fzteren@gmail.com, 0000-0001-9033-4327

²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ender.ersin.avci@gmail.com, 0000-0002-8089-035

³Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ilksan_d@hotmail.com, 0000-0003-0566-5784

⁴Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, aysel.yildiz@marmara.edu.tr, 0000-0003-0739-6143

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, fzt.orhanozturk@gmail.com, 0000-0003-1924-1413

⁶Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, mehvestarim@yahoo.com, 0000-0002-3726-9439

⁷Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, guldenpolat2002@yahoo.com, 0000-0002-9705-9740

ÖZ

Giriş ve Amaç: Türkiye’de Performans Programı kapsamında Aile Sağlığı Merkez’lerinde (ASM) toplumun ihtiyaçlarına daha fazla cevap verebilmek amacıyla fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti sunması için ilk adım atılmıştır. Çalışmamızın amacı fizyoterapistlerin istihdamı durumunda ASM’lerde karşılaşılabilecek hastaların genel profili, fizyoterapi gereksinimleri ve fizyoterapiye yönelik fiziki koşulların değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmet Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi bünyesinde Haziran 2017–Ekim 2018 tarihleri arasında İstanbul ilinde 35 ilçede 437 Aile Sağlığı Merkezi’nde gerçekleştirildi. Araştırmacılar tarafından literatür taraması ve uzman görüşleri alınarak oluşturulan bir soru formu kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan hekimlerin %69 ve hemşirelerin %8’inin egzersiz önerisinde bulunduğu saptandı. Hekimlerin ayrıca %23’ünün egzersiz önerisi için broşür verdiği belirlendi. 632 hekim (%89) takip ettiği hastasını sağlıklı yaşam için fiziksel aktiviteye yönlendirdiğini bildirdi. ASM’lerde hastaların en çok muskuloskeletal ağrı (%83,5) nedeniyle hekim tarafından fizyoterapi hizmetine yönlendirildiği saptandı. **Sonuç:** ASM’lerde farklı sağlık profesyonellerinin istihdamı Türk toplumunun ihtiyaçlarının karşılanmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttıracaktır.

ABSTRACT

Introduction and Aim: The first step has been taken in primary health clinics to offer physiotherapy and rehabilitation health care service for better addressing the needs of society within the scope of Performance Program in Turkey. The purpose of the study was to assess general patient profile and their need for physiotherapy, and physical conditions for physiotherapy services in case of physiotherapy employment. **Materials and Methods:** The study was carried out with 437 Primary Health Care Clinics in 35 districts of İstanbul between June 2017 and October 2018 within Marmara University Health Care Service Politics Application and Research Center. The questionnaire, developed by the researchers based on expert opinions and literature, was performed to collect data. **Results:** It was found that 69% of the medical doctors and 8% of the nurses participated in the study advised exercises to the patients. In addition, it was indicated that 23% of the medical doctors gave brochures to advice exercise. 632 medical doctors (89% of the doctor participants) declared that they had encourage their patients to perform any physical activity for healthy life style. The majority of the patients (83,5%) followed in Primary Health Care Clinics were consulted to a physiotherapy clinic because of musculoskeletal pain complaint. **Conclusion:** The employment of variety of health professionals in the Primary Health Clinics would improve efficiency of primary health care services for better addressing the needs of Turkish society.

Anahtar Kelimeler:

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri,
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon,
Fizyoterapist

Key Words:

Primary Health Care Services,
Physiotherapy and Rehabilitation,
Physiotherapist

Sorumlu Yazar/Corresponding

Author:
Eren Timurtaş,
Marmara Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi,
fzteren@gmail.com,

Gönderme Tarihi/Received

Date:
21.05.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

18.12.2020

Yayımlanma Tarihi/Published

Online:
01.03.2020

GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmeti bireyin kişisel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla güden sağlık hizmetleri ve bu hizmetin verildiği ilk sağlık kurumu olarak tanımlanır. Aile ve toplum bağlamında pratikte sorumlu olan klinisyenler tarafından entegre, erişilebilir sağlık hizmetlerinin sunulmasını içerir (1, 2). Bu hizmetlerin bir diğer hedefi, kapsayıcı sağlık desteği ile birlikte, ikinci ve üçüncü basamağa hasta sevk oranının azaltılmasıdır (3). Bu hedefin sağlanabilmesi için hizmete erişim ve iyileştirici bakımı geliştirebilen modellere ihtiyaç vardır (4). Bu modeller, birinci basamağa erişimi arttırmaya yardımcı olmak için hekim olmayan sağlık profesyonellerinin de istihdamını desteklemektedir (5, 6).

Hekim dışı sağlık profesyonellerinden olan fizyoterapistler, sadece tanı sonrası tedavi süreçlerinde değil koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında da sağlığı koruma, risk faktörlerini belirleme ve yönetme becerisine sahip profesyonellerdir (7). Fiziksel aktivite ve egzersiz konularında uzman olan fizyoterapistlerin günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer aldığı birçok örnek model bulunmaktadır Birinci basamaktaki bu hizmet modelleri ülkeden ülkeye değişmektedir (8, 9).

Bu alanda en yaygın kullanılan modellerden biri Birleşik Krallıkta uygulanan Aile Sağlığı Merkezi (ASM) hizmet modelidir (10-12). Bu modelde aile hekimi tarafından ihtiyaç görüldüğü durumlarda hastalar yine ASM bünyesindeki fizyoterapistlere yönlendirilmektedir. Bir diğer model ise Kanadada yaygın olarak kullanılan "Doğrudan erişim" modelidir. Bu modelde hasta, poliklinik, özel muayene veya kamu tarafından finanse edilen kurumlarda tıbbi sevk olmaksızın ASM'deki fizyoterapistlere hizmetine erişebilmektedir (13-15). Bu modeller özellikle yaşlı ve kronik hastalıkların yönetiminde etkin bir sağlık hizmeti sunumudur. Yapılan maliyet analizi çalışmalarında bu modellerin maliyet etkin olduğu da belirtilmiştir (16). Bir diğer fayda ise gelişmiş ülkelerdeki dezavantajlı grupların hastane yatış oranlarına sağladığı olumlu katkıdır (17).

Son zamanlarda, ASM'lerde fizyoterapiye erişim modelleri, sağlık yöneticileri, aile hekimleri, politikacılar ve hastalar tarafından güncel bir konu haline gelmiştir. Ancak ülkemizde fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetleri çoğunlukla ikinci ve üçüncü basamakta sunulmaktadır. Fizyoterapistler, bu basamaklarda hastalıkların önleme, tedavi veya müdahale, habilitasyon ve rehabilitasyon alanlarında yaşam kalitesini ve hareket potansiyelini belirlemek ve en üst düzeye çıkarmakla sorumludurlar. Birinci basamakta da fizyoterapi hizmetlerinin sağlanması farklı derecelerde morbidite yükü olan birey ve popülasyonların farklı tipteki problemlerini ele alarak,

hastalık değil "hasta odaklı sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlama imkanı verecektir (1, 15, 18-20). Böylelikle toplumda ASM odaklı sağlık hizmetlerinin kapsayıcı ve koruyucu nitelik ve niceliği gelişecektir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) da 2016 Yılı Performans Programı kapsamında bu konudaki ihtiyaca cevap verebilmek amacıyla ASM'lerde yeniden yapılanmaya giderek, 500 fizyoterapistin sağlık hizmeti sunması için ilk adımı atmıştır (11). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASM'lerin fizyoterapi ile ilişkili hasta profili ve fizyoterapiye yönelik fiziki koşullarını inceleyen bir araştırmaya henüz rastlanılmamıştır. THSK'nın fizyoterapist istihdamına yönelik bu adımından sonra fizyoterapistlerin bu kurumlara entegrasyonu ve hizmet kalitesinin artırılmasını desteklemek üzere girişimlerde bulunulmalıdır. Ancak öncesinde konu ile ilgili ASM'lerdeki profilin ve ihtiyaçların belirlenmesi esastır. Bu nedenle çalışmamızın amacı fizyoterapistlerin istihdamı durumunda ASM'lerde karşılaşacakları hastaların genel profili, fizyoterapi gereksinimleri ve fizyoterapiye yönelik fiziki koşulların değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma modeli

Araştırma modeli kesitsel tarama şeklinde yapılandırıldı. Bu tarama modeli, katılımcılardan belirli bir süre içerisinde tek seferde verilerin toplandığı ve durum analizlerinin yapıldığı betimsel bir araştırma türüdür. Çalışmamız İstanbul ili ASM'lerine başvuran hasta profili ve fizyoterapi ile ilişkili durumları var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan bir araştırma modeline uygundur.

Evren ve Örneklem

Araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kurul onayını takiben (02.05.2017 tarih ve 138 sayı no ile) Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmet Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi bünyesinde Haziran 2017 - Ekim 2018 tarihleri arasında yürütüldü. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile karşılıklı imzalanan protokol (protokol numarası:71211201-030.03) sonrasında gerekli izinler alınarak ASM'ler ziyaret edildi. İstanbul ilindeki 35 ilçenin Aile Sağlığı Merkezi'nde araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hekimler ile görüşülerek veriler toplandı. İlk ziyarette görüşülemeyen hekimler için aynı ASM'ye ikinci bir ziyaret daha gerçekleştirilerek katılım sayısı artırıldı.

Verilerin toplanması

Araştırma öncesinde, informal görüşmeler yapılarak bir soru havuzu oluşturuldu. Araştırmanın amacına uygun

sorular seçilerek soru formu yapılandırıldı. Araştırmada veri toplama aracı olarak bu soru formu kullanıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerden yüz yüze görüşme yöntemi ile bilgi alındı.

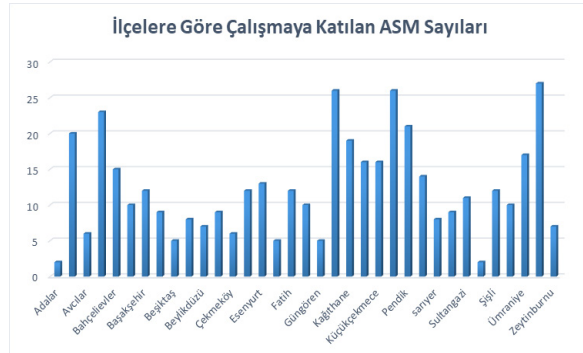
Verilerin analizi

ASM'lerden bilgi formu aracılığı ile elde edilen verilerin çeşitli özellikleri (kayıtlı hasta sayısı, kronik hastalığa sahip hasta sayısı, fizyoterapi ihtiyacı ve yönlendirme vb.) frekans dağılımı ve yüzdeler ile özetlenerek yorumlandı. İstatistiksel analizde, SPSS 20.0 tanımlayıcı istatistik programı (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmamız İstanbul ilinde 35 ilçenin ASM'lerinin dahil edilmesi ile tamamlandı. İl genelinde 437 Aile Sağlığı Merkezi ziyaret edildi. Çalışmaya katılımın en fazla olduğu ilçeler 26 ASM ile Kadıköy ve Maltepe, en az olduğu ilçenin ise 2 ASM ile Adalar ilçesi olduğu belirlendi (Grafik 1).

Grafik 1. İstanbul genelinde ilçelere göre araştırmaya katılan ASM'ler



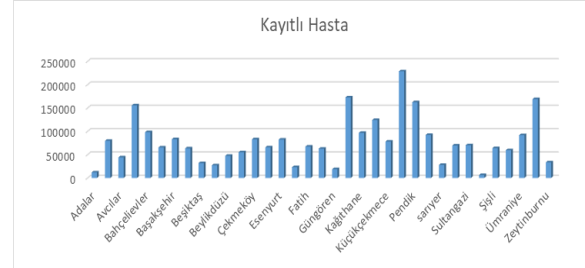
İstanbul genelinde değerlendirmeye katılan ASM'lerde 712 hekime ulaşıldı. Diğer sağlık profesyonellerinin sayıları incelendiğinde, 1833 hemşirenin görev yaptığı, fizyoterapist ve diyetisyenlerin ASM'lerde henüz istihdam edilmediği, ulaşılan diğer sağlık personelleri (ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter vs.) sayısının ise 166 olduğu tespit edildi. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hekimlerin reddetme nedenleri aşağıdaki gibi sıralandı:

- İş yoğunluğu
- İzinli olması
- Hasta ev ziyaretine gitmesi gerektiği için zamanın olmaması
- Çalışmaya katılmak istememesi

ASM'ler ilçe bazlı kayıtlı hasta sayısı bakımından değerlendirildiğinde 228504 hasta ile ilk sırada Maltepe

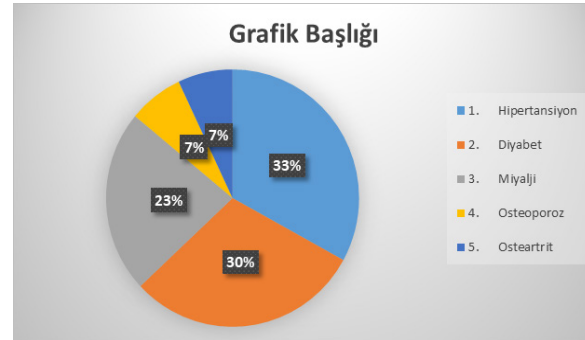
ilçesi gelirken, 6200 hasta ile en az hasta kaydı olan ilçe Şile ilçesi oldu. 22229 hasta ile haftalık en fazla hasta değerlendirmesi Maltepe İlçesi'nde, 60407 hasta ile aylık muayene sayısı en fazla ilçe Pendik'te yapıldığı görüldü. Yıllık değerlendirmede ise 977995 hasta ile Maltepe ilçesi yine birinci sırada yer aldı (Grafik 2).

Grafik 2. İstanbul ilindeki ASM'lerin ilçe bazlı kayıtlı hasta sayısı



İstanbul genelinde ASM'lerde kronik hastalığa sahip bireyler muayene sayılarına göre büyükten küçüğe doğru hipertansiyon, diyabet, kronik miyalji, osteoporoz ve osteoartrit tanılı hastalar olarak sıralandı (Grafik 3).

Grafik 3. ASM'lerde kayıtlı kronik hastalık tanıları ve oranları



Çalışmaya dahil edilen ASM'lerde hastalara egzersiz önerisinin verilir verilmediği sorgulandığında 494 hekim (%69) ve 41 (%8) hemşirenin egzersiz önerisinde bulunduğu saptandı. 162 hekim (%23) ise egzersiz önerisi için broşür verdiğini ifade etti. Katılımcılardan 632 hekim (%89) takip ettiği hastasını sağlıklı yaşam için fiziksel aktiviteye yönlendirdiğini bildirdi. ASM'lerde hastaların en çok muskuloskeletal ağrı (%83,5) nedeniyle hekim tarafından fizyoterapi hizmetine yönlendirildiği saptandı. Diğer yönlendirme nedenleri nörolojik problemler, düşme problemleri ve sağlıklı yaşama teşvik olarak sıralandı (Tablo 1). Fizyoterapi hizmetleri sonrası hastaları tekrar değerlendirdiğini ifade eden hekim sayısı 428 (%60) olarak saptandı.

ASM'lerin fiziksel koşulları değerlendirildiğinde muayene oda sayısı 1-19 arasında değişirken, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon hizmetleri için ayrılmış bir alan/oda ve uygun materyallerin bulunmadığı tespit edildi.

Tablo 1. Hastaların tanı ve problemlerine göre fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirilme oranı

	Hekim Sayısı	
	(n=712)	%
Muskuloskeletal Ağrı	595	83,5
Nörolojik Problemler	483	67,8
Sağlıklı Yaşama Teşvik	316	44,3
Düşme Problemleri	292	41

n:katılımcı sayısı, %:yüzde

TARTIŞMA

ASM'lerde takip edilen hasta profili ve fizyoterapistlerin istihdamları durumunda çalışma koşulları ve gereksinimlerini araştırmayı hedeflediğimiz çalışmamız İstanbul ili genelindeki ASM'lerin %48'ine ulaşılması ile tamamlanmıştır.

Kayıtlı tanıları arasında en sık takip edilen kronik hastalıkların hipertansiyon, diyabet, kronik miyalji, osteoporoz ve osteoartrit olduğu belirlenmiştir. Bu hastalıkların yönetiminde fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerinin önemi tartışmasızdır (7). Ayrıca tanı öncesinde ASM'lere kayıtlı ve herhangi bir başka sağlık problemi nedeniyle takip edilen bireylerin uygun fiziksel aktivite ve egzersiz programlarının fizyoterapist tarafından yönetilmesi bu hastalıklar için koruyucu sağlık yaklaşımına da hizmet etmektedir. Diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların risk faktörlerinden birisi fiziksel aktivite yetersizliğidir (21, 22). Bu hastalıklarda uygulanan koruyucu yaklaşımların temelinde patogeneze primer rolü olan fiziksel inaktivitenin önlenmesi yer alır. Tanı sonrası ise hastalara uygun fiziksel aktivite önerilerinde bulunmak, bu önerilerin hayata geçirilmesi ve sürdürülebilirliğini sağlamak hastalık progresyonunu önlemeye ve tedavinin başarısına katkı sağlamaktadır (23). Çalışmamıza katılan hekimlerin %89 gibi yüksek bir oranda hastalarına sağlıklı yaşam için fiziksel aktiviteye yönlendirmiş olması, birinci basamakta görevli hekimler tarafından konunun terapatik ve koruyucu etkisinin farkındalığını ifade etmektedir. Ayrıca egzersiz önerilerinin ASM'lerde hekim veya hemşire tarafından planlanmadığı durumlarda, %44,3 oranında hastanın sağlıklı yaşama teşvik amacıyla dış merkezlere yönlendirildiği tarafımızdan tespit edilmiştir.

Bununla birlikte çalışmamızda ASM'lerde görevli hekimlerin egzersiz ve fiziksel aktivite önerisinde bulunma oranları oldukça yüksek bulunmuştur. Hekimlerin dışında düşük oranda olsa dahi hemşirelerin de bire bir egzersiz gösterdiği tespit edilmiştir. %23 oranında hekimin ise egzersiz önerilerini broşürler aracılığı ile aktarmayı tercih ettiği bulunmuştur. Oysaki hastalığa değil hastaya yönelik uygun egzersiz seçimi

ve egzersizin doğru icrası yararlılık ilkesi açısından oldukça önemlidir. Sağlıklı bireye egzersiz vermenin dahi zaman isteyen, kapsamlı değerlendirme gerektiren ve dikkat gerektiren temel noktaları varken, komorbid problemi olan komplikasyon gelişme riski yüksek kronik hastalıklarda bireye özel program hazırlama çok daha meşakkatli ve alanda uzman kişilerce yapılması gereken özel bir uygulamadır. Yapılacak yanlışlar sadece kas iskelet sistemi yaralanmalarına değil ayrıca mortalite ile sonuçlanan malpraktislere neden olabilmektedir. Bu konuda profesyonelleşmiş olan fizyoterapistlerin birinci basamak sağlık sistemine bireylere özgü egzersiz ve fiziksel aktivite planlanması açısından olumlu katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz. ASM bünyesinde fizyoterapi hizmeti ile özellikle kronik hasta veya geriatik popülasyon grubundaki birey ve bakım verenlerin yaşam kalitesi artırılabilir ve daha sık aralıklarla kontrolleri sağlanabilecektir (20-25). Ayrıca ASM'lerde görevli hekim ve hekim dışı sağlık profesyonellerinin hem direkt olarak işi uzmanına bırakarak hem dolaylı olarak egzersiz ile sağlığın çok yönlü gelişimini sağlayarak iş yükleri azaltılacak ve kapsamlı sağlık hizmet sunumuna destek olunacaktır.

Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer husus özellikle muskuloskeletal ağrıların tedavisinde hekimlerin %83'ünün tedavi kapsamında medikasyona ek olarak hastalarını fizyoterapi hizmeti için başka merkezlere yönlendirmesidir. Bu oran birinci basamağa başvuran hastaların fizyoterapi hizmetine olan ihtiyacını ve bu konuda ülkemizdeki ASM'lerin talebi karşılayacak bir yapılanmasının olmadığını göstermektedir. Oysaki Birleşik Krallık sağlık sisteminde fizyoterapistlerin ASM'lerde istihdamı ile özellikle birinci basamakta hizmet alan ortopedi ve romatolojik hastaların ihtiyaçlarının etkin olarak karşılanabileceği vurgulanmıştır. Bu konu kapsamında yapılan çalışmalarda ikinci ve üçüncü basamakta fizyoterapi hizmetlerine yönlendirilen hasta sayısında azalma sağlandığı raporlanmıştır (10-12). Ayrıca İsveç'te muskuloskeletal problem tanısı ile birinci basamakta takip edilen 432 hasta, değerlendirme ve tedavi yaklaşımlarının fizyoterapist tarafından yönetilmesinin iyileşme süreçlerinde yeterli olduğunu bildirmişlerdir (24). Çalışmamız kapsamında İstanbuldaki ASM'lerde takip edilen ilk beş hastalık içerisinde osteoporoz, osteoartrit ve miyalji tanılarının yer almış olması birinci basamakta fizyoterapist istihdamının önemini gözler önüne sermektedir.

Bir diğer çalışmada bu kez nörolojik hastalıkların çok yönlü ele alındığı tedavi hizmetlerinde fizyoterapistlerin tedavideki kilit rolünden bahsedilerek nörolojik hastalık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olduğuna dikkat çekilmiştir. Nörolojik rehabilitasyonda hastaların hızla değişen ihtiyaçlarının karşılanması ve yönetiminde

fizyoterapi hizmetleri büyük bir potansiyele sahiptir (7). Çalışmamıza katılan birinci basamakta hizmet veren hekimlerin %67,8 oranında nörolojik tedavi ihtiyaçları nedeniyle hastalarını fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine sevk etmiş olması birinci basamakta bu alanda da fizyoterapistin duyulan ihtiyacı pekiştirmektedir (25).

ASM'lerde en sık takip edilen popülasyon içerisinde bebek ve çocuk bireylerin yanında geriatrik bireyler de yer almaktadır. Geriatrik bireylerin çoklu sağlık ihtiyaçlarıyla birlikte yaşam kalitelerini etkileyen, sekonder yaralanmalara ve ileri komplikasyonlara neden olan en önemli sağlık problemlerinden biri düşmedir. Çalışmamızda diğer merkezlere fizyoterapi hizmeti için yönlendirilme nedenleri içerisinde dördüncü sırada %41 oranı ile düşme probleminin yer aldığı gözlenmiştir. 2014 yılında Amerika'da birinci basamakta düşme riskini değerlendirme ve yönetme üzerine yapılan bir araştırma fizyoterapistlerin yaşlılarda fonksiyonel kapasite ve tedavi hedefleri doğrultusunda düşme riskini azaltmaya yönelik egzersiz programı planlayabileceklerini bildirmiştir (19).

Sonuç olarak sağlık bakım ekibinin tamamlayıcı üyesi olan fizyoterapistler dünya örneklerindeki birinci basamak sağlık hizmeti modellerinde özellikle muskuloskeletal sistem problemlerini, erişkin ve geriatrik popülasyonlara yönelik koruyucu ve terapötik uygulamaları, toplumda sık görülen osteoporoz, fiziksel disabilitelere bağlı kronik problemler ve bu problemlere yönelik bireysel ve grup egzersizleri ile toplum temelli rehabilitasyon yaklaşımları bünyesinde pulmoner, kardiyak, nörolojik, romatolojik ve metabolik hastalıkların rehabilitasyon programlarını planlamakta ve yürütmektedir. Bu amaçla akut bakım, ambulatuar, ev ziyaretleri, rehabilitasyon hizmetleri ve toplum sağlığı merkezleri bünyesinde değerlendirme, tedavi, eğitim, koruyucu yaklaşımlar, destekleyici ve palyatif bakım hizmeti vermektedir (26). Ayrıca bilimsel veriler fizyoterapi hizmetine birinci basamakta erişimi, daha iyi sağlık, eşit veya daha iyi hasta sonuçları ve bakım maliyetleri ile ilişkilendirmektedir (8, 27). Birinci basamak sağlık hizmetinde fizyoterapist istihdamının başta hasta memnuniyeti olmak üzere tetkik ve tedavi maliyetleri, uzmana sevk oranları, hastanelere başvuru ve kalış süresinde azalma; erken dönemde tedaviye başlama olanağı, hastane tabanlı hizmetlere göre maliyet etkinliği, yaşam kalitesi, egzersiz toleransı ve yaşam statüsünde düzelmeye olanak sağladığı bilinmektedir (13, 20, 28-30). Kanada Quebec eyaletinde yapılan birinci basamak fizyoterapi hizmetleri ve hasta memnuniyeti ile ilgili bir çalışmada katılımcıların birinci basamakta fizyoterapistlere güvendiği, yaptığı uygulamalardan memnun olduğu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde fizyoterapist istihdamını desteklediği saptanmıştır (20).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite, çok disiplinli bir sağlık ekibi tarafından sağlanabilir. Bu nedenle dünya genelinde hekim olmayan sağlık profesyonellerinin ve özellikle fizyoterapistlerin 1990'lı yıllardan itibaren daha etkin roller alarak birinci basamakta görevlendirilmesi giderek yaygınlaşmıştır (8, 31, 32). Ülkemizde ASM'ler birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerdir ve sağlık sistemi içindeki önemi DSÖ raporlarında da net olarak ifade edilmektedir. Çalışmamızın verileri ülkemizde de birinci basamakta fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine duyulan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır. Bu konuda ülkemizde iyi uygulama örneklerine ihtiyaç vardır. Diğer yandan ASM'lerde fizyoterapist istihdamı için yeterli fiziksel koşulların ve donanımın günümüzde mevcut olmadığı belirlenmiştir.

Sağlıkta her politika ve uygulama, hasta değeri oluşturma hedefine yönelmelidir. Değer temelli bir sağlık bakım ortamındaki başarı, her şeyden önce, yüksek kaliteli, uygun maliyetli bakım sunmakla ilgilidir. Bunun gerçekleşmesi ise farklı sağlık profesyonellerinden oluşan çok disiplinli bir ekibin birlikte çabalarını ve elbette örgütsel kültürün buna uygun olmasını gerektirir.

SONUÇ

Sağlık hizmeti sunumu kapsamında ASM yapısının fizyoterapistlerin istihdamı ile güçlendirilmesinin kronik hastalıklardan korunma ve tedavi sürecine olumlu katkı sağlayarak toplum refahını arttıracığı, uzun dönemde sağlık bakım maliyetlerinin düşürülmesinde etkili olacağı görüşündeyiz. İlerleyen dönemlerde ASM'lerde fizyoterapist istihdamı ile birlikte kısa ve uzun takipli etkinliğin değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Starfield, B., (1998), Primary care: balancing health needs, services, and technology: Oxford University Press, USA.
2. Starfield, B., (2003), The effectiveness of primary health care, Oxon (UK): Radcliffe.
3. Başer, D.A., R. Kahveci, M. Koç, İ. Kasım, İ. Şencan, and A. Özkara, (2015), Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak, Ankara Medical Journal, 15(1).
4. Hung, D., (2007), Improving the delivery of preventive care services, Managed care interface, 20(5); 38-44.
5. Lee, A., A. Kiyu, H.M. Milman, and J. Jimenez, (2007), Improving health and building human capital through an effective primary care system, Journal of Urban Health, 84(1); 75-85.
6. Engels, Y., S. Campbell, M. Dautzenberg, P. van den Hombergh, H. Brinkmann, J. Szécsényi, H. Falcoff, L. Seuntjens, B. Kuenzi, and R. Grol, (2005), Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe, Family Practice, 22(2); 215-222.
7. Khalid, M.T., M.F. Sarwar, M.H. Sarwar, and M. Sarwar, (2015), Current role of physiotherapy in response to changing healthcare needs of the society, International Journal of Education and Information Technology, 1(3); 105-110.

8. Ojha, H.A., R.S. Snyder, and T.E. Davenport, (2014), Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review, *Physical therapy*, 94(1); 14-30.
9. Ganiyu, L., (2008), Physiotherapy in primary health care: are we ready?, *Journal of the Nigeria Society of Physiotherapy*, 16(1); 37-44.
10. Eldar, R., (2000), Integrated institution-community rehabilitation in developed countries: a proposal, *Disability and rehabilitation*, 22(6); 266-274.
11. Bingisser, R., B. Frühauf, and M. Caravatti, (2001), Pulmonary rehabilitation in outpatients with asthma or COPD, *Swiss medical weekly*, 131(2728).
12. Stanley, I., J. Miller, M.A. Pinnington, G. Rose, and M. Rose, (2001), Uptake of prompt access physiotherapy for new episodes of back pain presenting in primary care, *Physiotherapy*, 87(2); 60-67.
13. Cott, C.A., R.M. Devitt, L.-B. Falter, L.J. Soever, and L.A. Passalent, (2007), Barriers to rehabilitation in primary health care in Ontario: funding and wait times for physical therapy services, *Physiotherapy Canada*, 59(3); 173-183.
14. Dufour, S.P., S.D. Lucy, and J.B. Brown, (2014), Understanding physiotherapists' roles in Ontario primary health care teams, *Physiotherapy Canada*, 66(3); 234-242.
15. Dufour, S., A. Hondronicols, and K. Flanigan, (2019), Enhancing Pelvic Health: Optimizing the Services Provided by Primary Health Care Teams in Ontario by Integrating Physiotherapists, *Physiotherapy Canada*, 71(2); 168-175.
16. Phillips, R.L., M.S. Doodoo, L.A. Green, G.E. Fryer, A.W. Bazemore, K.I. McCoy, and S.M. Petterson, (2009), Usual source of care: an important source of variation in health care spending, *Health Affairs*, 28(2); 567-577.
17. Ansari, Z., J.N. Laditka, and S.B. Laditka, (2006), Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions, *Medical care research and review*, 63(6); 719-741.
18. Boerma, W.G. and D.M. Fleming, (1998), The role of general practice in primary health care,
19. Phelan, E.A., J.E. Mahoney, J.C. Voit, and J.A. Stevens, (2015), Assessment and management of fall risk in primary care settings, *Medical Clinics*, 99(2); 281-293.
20. Desjardins-Charbonneau, A., J.-S. Roy, J. Thibault, V.T. Ciccone, and F. Desmeules, (2016), Acceptability of physiotherapists as primary care practitioners and advanced practice physiotherapists for care of patients with musculoskeletal disorders: a survey of a university community within the province of Quebec, *BMC musculoskeletal disorders*, 17(1); 400.
21. Bijnen, F., C. Caspersen, and W. Mosterd, (1994), Physical inactivity as a risk factor for coronary heart disease: a WHO and International Society and Federation of Cardiology position statement, *Bulletin of the World Health Organization*, 72(1); 1.
22. Venables, M.C. and A.E. Jeukendrup, (2009), Physical inactivity and obesity: links with insulin resistance and type 2 diabetes mellitus, *Diabetes/metabolism research and reviews*, 25(S1); 18-23.
23. Bryan, S.N. and P.T. Katzmarzyk, (2011), The association between meeting physical activity guidelines and chronic diseases among Canadian adults, *Journal of Physical Activity and Health*, 8(1); 10-17.
24. Ludvigsson, M.L. and P. Enthoven, (2012), Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care, *Physiotherapy*, 98(2); 131-137.
25. Jackson, J., (1994), Approaches to neurological rehabilitation by physiotherapists, *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 1(2); 71-74.
26. Snow, B.L., E. Shamus, and C. Hill, (2001), Physical therapy as primary health care: public perceptions, *Journal of Allied Health*, 30(1); 35-38.
27. Desmeules, F., J.-S. Roy, J.C. MacDermid, F. Champagne, O. Hinse, and L.J. Woodhouse, (2012), Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review, *BMC musculoskeletal disorders*, 13(1); 107.
28. Jones, R.C., S. Copper, O. Riley, and F. Dobbs, (2002), A pilot study of pulmonary rehabilitation in primary care, *Br J Gen Pract*, 52(480); 567-568.
29. Stanley, I., (2001), Uptake of prompt access physiotherapy for new episode of low back pain presenting in primary care, *Physiotherapy*, 87(2); 60-67.
30. Grahn, B., C. Ekdahl, and L. Borgquist, (2000), Motivation as a predictor of changes in quality of life and working ability in multidisciplinary rehabilitation, *Disability and Rehabilitation*, 22(15); 639-654.
31. Sheppard, L., (1995), Changing the public perception of physiotherapeutic treatment, *Health marketing quarterly*, 12(2); 77-96.
32. Consortium, O.P.L., (2011), Physiotherapists in health promotion: findings of a forum, *Physiotherapy Canada*, 63(4); 391.