

ÇALIŞTAY RAPORU

“Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık Yönetimi”

TAHUD İstanbul Şubesi, 18.02.2017

TAHUD İstanbul Şubesi tarafından düzenlenen “Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık Yönetimi Çalıştayı”, il içi ve dışından 67 kişilik katılımı ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Başbüyük Kampüsünde 18 Şubat 2017 Cumartesi günü gerçekleştirildi.

TAHUD, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Marmara Üniversitesi Dekanlığı temsilcilerinin açılış konuşmaları ile başlayan çalıştayda ilk oturumda, dünyada ve Türkiye’de kronik hastalık yönetimindeki mevcut durum, gerçekler ve beklentiler ile hedeflerin paylaşıldığı, grup çalışmalarına zemin oluşturacak bir panel vardı.

Daha sonra katılımcılar dört salonda yapılan Mevzuat, Diyabet, KOAH, Hipertansiyon çalışma gruplarında çalışmalarını yaptılar ve oluşturdukları raporları paylaşmak ve tartışmak üzere 15.45 de yeniden büyük salonda toplandılar. İlerleyen saate ve yoğun bir çalışma gününe rağmen 17.30’daki kapanışa kadar enerji dolu, verimli bir çalıştay geçirilmesini sağlayan tüm Aile Hekimliği camiası ve paydaşlar teşekkürü hak ettiler.

Grup çalışmalarının hepsinde, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kronik hastalıkların, hem morbidite ve mortalite hem de sağlık giderlerindeki payı açısından yeri ve önemini giderek arttığı ve artacağı paylaşıldı. Böylesi geniş bir hasta kitlesini kapsayan ve takip-tedavi masrafları bu kadar yüksek olan hastalık grubunun birinci basamağı için içine dâhil etmeden yönetilmesinin mümkün olmadığı, dünyada da konuya yaklaşımın böyle olduğu hatırlatıldı.

Yine **tüm gruplarda ortak kaygı**; kamu otoritesinin üzerine, **birinci basamağı kronik hastalık yönetimine uygun biçimde yapılandırma, donatma ve güçlendirme konusunda** çok iş düştüğü idi. Bunlar **tamamlanmadan uygulamaya geçilmesi daha önce yaşadığımız başka örneklerde olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısızlığı olarak görülmesine ve güven kaybına yol açacak olduğu için çekince yaratmaktaydı**. Kronik hastalıklarla mücadelede hem hastaların hem geri ödeme kurumlarının yararına uzun vadeli bir planlama için Sağlık Bakanlığının mutlaka gerçek anlamda birinci basamağı sorunun çözümünün merkezine alması, bu bağlamda **Aile Hekimliği uygulamasının niteliğini artırması gerektiği** paylaşıldı.

Benzeri çalışmaların artması temenni edilerek, sağlık otoritesinin sorunun paydaşı meslek örgütleri ve sivil yapılanmalarla daha sık bir araya gelmesinin herkesin yararına olacağı ve sağlıklı çözüme ulaştıracağı genel kabul gören görüş olarak ortaya çıktı.

I-Mevzuat Çalışma Grubu Bildirisi

Moderatörler

Doç. Dr. Seçil G. ARICA

Uzm. Dr. K. Murat ÜNALMIŞ

Katılımcılar

Dr. Tanju YILMAZER

Dr. Recep KOÇ

Dr. Nadiye KARABULUT

Dr. Ege ÖZİNCE AĞIRMAN

Dr. Ayşe Seda DEMİREL

Dr. Hüseyin ACAR

Dr. Saide Eda CEBECİ

Dr. Berrin ÖZER

Dr. Ayşe Didem ESEN

Dr. Hatice TOPDEMİR

1. Toplumda en sık görülen ve tanı ve tedavisi 1.basamakta yapılabilecek hastalıklar **mevzuata girerek takip edilmeli**, geri kalan hastalıklar aile hekiminin bilgi ve becerisi doğrultusunda kendi kararına bırakılmalıdır.
2. Bu ve benzeri **mevzuatların, tıbbi gereksinimler ve sahanın güncel çalışma koşulları gözetilerek meslek örgütleri ile beraber hazırlanmaları** gerekir.
3. Klinik uygulamalara yönelik olarak, kılavuzların ve algoritmaların oluşturulup, elektronik kayıt sistemine (EKS) entegre edilmesi; bunların ise hem Aile Hekimi (AH) hem de Aile Sağlığı Elemanı (ASE) tarafından kullanılabilmesinin sağlanması gerekir.
4. Kılavuzların idare, meslek örgütleri, sahadaki hekimler ve akademisyenlerle beraber hazırlanması ve ancak - *yükümlülük değil, öneri şeklinde, hekime - yol gösterici* olarak ve performans kesintisi olmadan sunulması gerekir.
5. Aile hekiminin iş yükünün fazla olduğu değerlendirilmeli, güncel uygulamada – *zamanın* -büyük çoğunluğunun hasta muayenesine ayrılmış olduğu **poliklinik(çalışma) saatleri**, günün belli bölümlerinde **kısıtlanmalı** ve geri kalan vakit **koruyucu hekimlik ve kronik hastalık takipleri gibi tedavi edici dışı sağlık hizmetine ayrılmalıdır**.

6. İş yükünün daha da artacağı düşünülürken Aile Hekimliği biriminde çalışan **ASE sayısı artırılmalıdır**. Zaman içinde ikiye ve daha sonra da daha yüksek sayıya çıkartılabilir.

7. Kronik hastalık takibi gibi toplum sağlığını ilgilendiren süreçlerde, **Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) belirgin olarak devreye sokulmalıdır**. Programların ve süreçlerinin **halka duyuru sorumluluğu** büyük ölçüde devlette olmalı, **müracaat sorumluluğu** ise hastada olmalıdır. Müracaat etmeyen hastanın sorumluluğu aile hekimine verilmemelidir.

8. Takiplerin amacı **yaşam kalitesini arttırmak** olmalı ve takip aralıkları **gerçekçi süreler** üzerinden olmalıdır. Ancak müracaat sorumluluğu esas olarak hastada olmalıdır. (Verilmesi gereken gerçekçi süreler mevzuatta aksi bir örnek, güncel Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, "Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları" bölümündeki " i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek." görevidir. Hekim tarafından 4 bin kayıtlı hastanın, bu meri mevzuata göre yılda bir değerlendirilmesi, hasta başına 15 dk. süre ayrıldığında, hekimin başka hiç bir iş yapmadığı durumda bile sadece bu görevin tamamlanması için tam altı ay süre gerekmektedir.)

9. **Ortak veri tabanı** oluşturulmalı ve **sonuçları elektronik kayıt sistemine yansıtılmalıdır**. Hastanın kayıtlı olduğu aile hekimi, müdavi hekim ve kurumlarca yapılmış olan laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarını kendi sistemi üzerinden görebilmelidir. İlgili merkezi sunuculara, her basamaktan giden ve gelen verilerde, yazılımlarda standardizasyon olmalı, kullanılan programlar arasında uyum ve entegrasyon sağlanmalıdır.

10. Kayıt sistemlerinin **hasta yararına ve hekimin - vaktini alıcı, bürokratik işlemler yaratıcı, hekimden başkasının gereksiniminin olduğu bilgiler için değil - işinin kolaylaşması** amacı ile yapılandırılması ve kullanılması gerekir.

11. Misafir ve vekâlet alınan hastaların en az 10 gün süre ile tüm bilgilerine ulaşılabilir olmalıdır.

12. Hasta mahremiyeti hakkı doğrultusunda, **bilgilerinin beyanında bulunmayan hasta için, sorumluluk hekimde olmamalıdır**.

13. **Kronik hastalık modülüne kayıtlı hastaların komplikasyonlar ve takibi için sevk sistemi getirilmelidir**. 2. Veya 3. basamak hekiminin geri bildirimini AH, (ortak kayıt ve veri tabanı sistemi geliştirilerek) kendi sisteminde görebilmelidir.

14. Yeni kurulmuş olan Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsünün, 1. basamak kronik hastalık takibi ile aktif ilgisi olmalı; **hizmet içi eğitimlerin programlarını düzenleyerek, ilçe bazında periyodik olarak uygulanmasını, 1. basamak idaresi ile beraber sağlamalıdır**.

15. **Denetimlerin** niteliği ve niceliği gözden geçirilmeli, **ceza amaçlı değil**, hizmetin iyileştirilmesi için uygulanması esas olmalıdır.

16. Tüm verimlilik ölçütleri ve performans değerlendirilmelerinde **AH +ASE ortak olarak sorumluluk** paylaşımında bulunmalıdır.

17. **Performans** ise ödüllendirici ve maaşla ilgili olmadan **pozitif** şekilde olmalıdır.

18. Mevzuatta hasta memnuniyeti kavramı olmamalıdır. Zira sağlık hizmeti hastanın kişisel isteklerine değil sağlığına verilir. Verimlilik ölçütlerinin tıbbi ve bilimsel olarak ölçülmesi gerekir.

II-Diyabet Çalışma Grubu Bildirisi

Moderatörler

Doç. Dr. Dilek Toprak

Uzm. Dr. Sabah Tüzün

Katılımcılar

Dr. Zeliha Gökçe Efendioğlu

Dr. Candan Ünlü

Dr. Handan Karahan Saper

Dr. Hilal Özkaya

Dr. Tamer Görgülü

Dr. Didem Kaya

Dr. Özlem Elçi

Dr. Hüseyin Çetin

Dr. Hilal Toplu Öztürk

Dr. Zehra Dağlı

Dr. Güliz Dirimen Arıkan

1. Tip 2 Diabetes Mellitus sıklığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bütüncül, sürekli, ulaşılabilir ve biyopsikososyal yaklaşım ilkeleri ile Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak tanımlanan diyabet hastalığı için ideal yönetim alanı oluşturmaktadır.

2. Gelişmiş ülkelerde diyabet tanı, tedavi ve takibi **daha az maliyetle ve daha fazla etkinlikle** birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sıklığı ve maliyeti giderek artan **diyabet hastalığının tanı, tedavi ve takibinin gerçekleştirilebilmesi amacıyla birinci basamak sağlık hizmetleri en uygun alan olup bununla ilgili çeşitli atılımlar ve yenilikler yapılması gerekmektedir.** Evde ve ASM'lerde glukoz ölçümü, insülin tedavisi ve komplikasyonların takibi için gerekli malzemeler için yapılan harcamalar geri ödeme kapsamında olmalıdır.

3. Bununla beraber diyabet tedavi ve takibinin birinci basamakta gerçekleştirilmesini **güçleştiren durumlar** da mevcuttur. Bunlardan biri olan **Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından getirilen tedavi ve ilaç kısıtlamaları birinci basamak hekimlerinin diyabet gibi kronik bir hastalık takibinde sağlayabilecekleri faydaları azaltmaktadır.** Oysaki günümüzde SGK, diyabetin medikal tedavisi için ayrılan bütçeden çok daha fazlasını -ayrıca hastaların yaşam kalitesini de olumsuz etkileyen- diyabet komplikasyonları için harcamaktadır.

4. Diğer bir güçlük ise, komplike diyabet hastalığının takibinde Endokrinoloji uzman görüşü alınmasını sağlayan ve daha önceden mevcut olan “**yeşil liste**” ye ekleme seğeneğinin artık bulunmaması olarak görülmektedir.

5. Birinci basamak ile ikinci, üçüncü basamak **hasta takip ve laboratuvar sistemlerinin entegre olmaması hastaların takiplerinde tekrarlayan şekilde gereksiz tetkik istemlerine neden olmaktadır.**

6. Çok önemli bir diğer unsur ise günümüzde diyabet takip ve tedavisinde kullanılan **kılavuzların birinci basamak için uyarlanması gerekliliğidir.** Bu amaçla, yeterli sayı ve yetkinlikte olan Aile Hekimliği disiplininin akademik kadrolarının kullanımı faydalı olacaktır.

7. Ülkemizde **sağlıklı yaşam merkezlerinde diyetisyen** istihdam edilmesi önemli bir gelişme olup **diyabet hemşiresi** ve **fizyoterapistlerin** de istihdam edilmesi faydalı olacaktır.

III-KOAH Çalışma Grubu Bildirisi

Moderatörler

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Uzm. Dr. Şenol Gümüştöre

Katılımcılar

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Dr. Saba Sağlıker Köse

Dr. Duygu Altıparmak

Dr. Ülkü Sur Ünal

Dr. Engin Sönmez

Dr. Arif Hikmet Şener

Dr. Füsün Karacaörenli

Dr. Emrah Kırmılı

1. Birinci basamakta KOAH yönetiminde karşılaşılan problemler şöyle sıralanabilir:

-Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı

-Sigara bıraktırma sertifikası almanın zorluğu

-Sigaranın zararları (sadece akciğer, kalp-damar sistemi hastalıkları ve kanser)

-Çevre kirliliği

-KOAH ilaçlarının büyük çoğunluğunun aile hekimlerinin reçete edemiyor olması ve buna bağlı olarak tedavide kısıtlı kalıyor olmamız

-Tanı olanaklarının eksikliği nedeniyle tanı koymakta zorlanma ve sevk gerekliliği,

-İkinci ve diğer basamaklara yapılan sevkler cevap almada yaşanan zorluklar

-İlaç tedavisi dışında evde bakım hastalarına ayrılan zamanın uygun olmamasından ötürü **evde sağlık hizmeti alması gereken KOAH hastalarının tedavi alamaması**

-Evde bakım hastalarının hekime ulaşamamaya bağlı ilaca erişmede zorluk yaşamaları

2. Bu problemlere karşı birinci basamakta halen yapılanlar şöyle sıralanabilir:

- **Sigara bıraktırma danışmanlığı ile başlamak** (Sigara bırakmayı hatırlatmak, sigara bıraktırma danışmanlığı için sertifika almak)
- Sadece sigara bıraktırmak değil, aynı zamanda içmeyenlerin de başlamasını önleme çabaları.

- Koruyucu hekimlik
 - o Koşulları uygun olanların büyük şehirler dışında yaşaması,
 - o Astım ve KOAH hastalarının sabah güneş doğmadan ve akşamüzeri hava akımının durgunluk kazandığı zamanlarda dışarı çıkmaması,
 - o **Grip ve pnömokok aşılama ları**
- **Hastaların inhaler tedavilere ulaşım imkânının artmasının** da etkisiyle şiddetli KOAH artık daha az görülüyor,
- Evde tedaviye yönelik kolaylıklar oldu, eve alınabilen cihazlar ucuzladı.
- **Her ASM biriminde pulse oksimetrenin varlığı** tanı koymayı kolaylaştırdı.

3. Birinci Basamakta KOAH yönetiminde yapılabilecekler/istekler de şöyle sıralanabilir:

-**Birinci Basamakta KOAH tanısı koyabilmek!** Bu amaçla ASM' lerin ulaşabileceği merkezlerde (örneğin TSM' de) **Solunum Fonksiyon Testi (SFT) yapılabilir olması.**

-Tanı koyduktan sonra Birinci Basamakta KOAH takibini yapabiliyor olmak; bunun için sahada çalışan hekimlerin bu anlamda eğitilmesi ve teşvik edilmesi (**pozitif performans**)

-KOAH takibinde sistem **koordinasyonun merkezinde** Birinci Basamak hekiminin bulunması. Bu amaçla;

- Her bölgede **Birinci basamak hekimlerinin danışabilecekleri bir Göğüs Hastalıkları Uzmanının olması;** (örneğin 10 AH→bir göğüs hastalıkları uzmanına uzanan tanımlanmış sevk zinciri!)

- Hastanedeki konsültan hekimlere, sevk edilen hastalar ya da konsültasyonlar için aile hekimlerine **geri bildirim** yapma zorunluluğu getirilmesi.

- Takip ve tedavide **standardizasyon** sağlanabilmesi.

-**Tanı ve takip için eğitim** veren kişilerin işlerinin uzmanı olması, tercihen bu eğitimlerin uzmanlık dernekleri tarafından verilmesi, sahada çalışan hekimlerin de eğitim planlaması sürecine dâhil edilmesi (Büyük şehirler için on-line eğitim yöntemi de alternatif olarak düşünülebilir.),

-**Hasta eğitiminde inhaler tedavilerin yer alması ve AH' lerinin bu tedavileri reçeteleyebilir olması,**

- Nesnel kriterlere dayalı **pozitif performans** uygulaması yapılması; performans kriterlerinin belirlenmesinde birinci basamak çalışanlarının da karar verme sürecine dâhil edilmesi,

-**Sigara bıraktırma eğitimlerinin** yaygınlaştırılması,

-Kayıt işlemlerine ayrılan zamanı azaltacak düzenlemeler yapılması, kolaylaştırılması

4. Birinci Basamakta KOAH yönetiminde acil olarak yapılması gerekenler de şöyle sıralanabilir:

- Birinci basamakta hekim başına düşen **iş yükünün azaltılması,**

-SFT için üst basamağa gönderme zorunluluğunun ortadan kaldırılması; TSM' de **SFT birimleri** açılması,

-Hasta eğitimi,

-Negatif performansın kaldırılması,

-Peak flowmetrenin SGK ödemesinin olması,

-**KOAH tedavi protokollerine** karar verme, reçeteleme ve izleme konularında **AH' lerinin yeterli** kılınması.

IV-Hipertansiyon Çalışma Grubu Bildirisi

Moderatörler

Uzm. Dr. Ayşe Özdamar

Uzm. Dr. Didem Kafadar

Katılımcılar

Dr. Erdem Birgül

Dr. Özgür Akbaba

Dr. Ayhan Büyükbayrak

Dr. Şenay Yiğit

Dr. Yasemin Doğan Kaya

Dr. Sema Nur Şahin

Dr. Elif Demirören

Dr. Gizem Yeşiltepe

Dr. Uğur Güçlü

Dr. Elif Sinem Gengeç

Dr. Işık Gönenç

1. Sadece Hipertansiyon (HT) için değil tüm kronik hastalıkların takibinin birinci basamağa (BB) entegrasyonu mutlaka sağlanmalıdır.

- Entegrasyonda öncelikle **bilişim sistemlerinin ortak veri tabanı** olmalı, hastaya ait bilgiler mükerrerliği önleyecek şekilde ilgili herkesçe görülebilmelidir.
- İstanbul' da 6 bölge (genel sekreterlikler) dağılımı göz önüne alınarak BB kurumları ile 2. ve 3. Basamak ile entegrasyon sağlanmalıdır. **Her Aile Hekiminin (AH) bağlı olduğu dal uzmanlar ağı olmalıdır.**

2. Birinci basamaktan **randevu sistemi ile sevk** özendirilmelidir. Birinci basamaktan sevkli hastalar için kontenjan olmalı, muayene bekleme süresi kısaltılmalıdır. Kronik hastalığı olan hastaların **önce AH** ne gelmesi **özendirilmelidir**. Tedavisi onaylanmış **ilaçların** tüm AH' leri tarafından **yazılabilmesi** sağlanmalıdır, gerekli **ilaç raporları** çıkarılabilmelidir.

3. Birinci basamak hekimleri hastanın **sevk edildiği yeri bilmeli ve geri bildirim alabilmelidir**.

4. Sevk gerektiğinde **yeşil listeye**(MHRS) **birinci basamakta da eklenmelidir** ancak gereksiz taleplerle sistemi bloke olmamalıdır(sevk isteğinin fazlalığı).

5. Geri bildirim sevk edilen **uzman için performans kriteri** olmalıdır.

6. Sistem entegrasyonu oturtulmadan performans etkilenmemelidir, kronik hastalıklarda negatif değil **pozitif performans** uygulanmalıdır.

7. Kronik hastalık reçetesi uzun süreli olmalıdır. Hasta sürekli kullandığı ilacını uzun süreli alabilmeli, kontrol zamanlarında hekime gelmelidir. (Günlük iş yükünün önemli bir bölümü **RPT** olmaktadır. Her ilacın adet sayısı farklı olduğundan hasta raporu olsa da farklı zamanlarda RPT için ASM ye gelmektedir. Oysa ilaçlar kutu yerine, adetle örneğin 90 günlük verilse hasta için de kolaylık sağlanmış olacaktır. RPT azaltılmasıyla diğer hastalara ayrılan zaman artacaktır.)

8. **Özel hastaneden** verilen ilaçlar da sisteme girilmelidir.

9. **Tıp Fakültesinden mezun olan bir hekim HT tanısı koyup kılavuzlarla takip edebilecek yeterliliği kazanmalıdır.** Polifarmasi prensipleri çerçevesinde reçete yazabilmelidir. Hastaya bu konuda eğitim verilmelidir. Hastanın farklı kurumlara gidip farklı ilaçlar başlandığı, bunun da ilaç etkileşimlerine yol açtığı göz önüne alınmalıdır. Bu temel yeterlilikler konusunda Tıp Fakültelerine hatırlatmalar yapılmalıdır.

10. Hasta raporu bitmeyen ilacını getirmemektedir. Hastanın hangi ilaçları kullandığı tam anlamıyla bilinmemektedir. Eczanede aldığı ilaçlar görülse de hasta kullanıp kullanmadığı ya da nasıl kullandığı bilinmemektedir.

11. **Doğru TA ölçme** teknikleri öğretilmelidir, yanlış tanıya mahal verilmemelidir. Hastalar evlerinde TA takibi yapabilmeli gerekli cihazlar sağlanmalıdır. TA ölçüm cihazı SGK tarafından ödenmelidir. Tansiyon nasıl ölçüldüğü, kimin ölçtüğü önemlidir; aletler **standardize** olmalıdır.

12. **ASM'lerde holter imkânı olmalıdır.** 2. Basamaktan tetkik istenebilmeli, **GFR ölçülebilmeli**, kaliteli EKG ve idrar ölçüm cihazı Sağlık Bakanlığı'nca sağlanmalıdır.

13. Muayene, tarama ve tetkikler gereksiz yere yapılmamalı, sıklığını bakanlığının onayladığı kanıta dayalı, BB' ta rolü olan kurumların katkılarıyla hazırlanmış tanı ve takip **kılavuzları** kullanılmalıdır. Mevzuat bu kılavuzlara göre uyarlanmalıdır. Gereksiz tetkikler engellenmelidir. Hasta kendi sorumluluğunu almalı, tetkik sıklığı kılavuzlar ve AH tarafından belirlenmelidir.

14. TAHUD içinde diğer derneklerle işbirliği halinde "**Kılavuzlar Çalışma Grubu**" kurulmalıdır. Hipertansiyon Uzlaşi raporlarında TAHUD un ve TAHUD a üye uzmanların da katkısı olabilmelidir.

15. Aile Hekimi başına düşen **nüfus** azaltılmalı; 2000-2500 olmalıdır. **Aile Sağlığı Elemanı (ASE)** bulunmayan ASM olmamalıdır. ASM'lerde "**Tıbbi sekreter**" bulundurulmalıdır. Tıbbi sekreter Bakanlık tarafından istihdam edilmelidir.

Sanal ASM olmamalıdır. Hekim, personel, hemşire **yetersizliği acilen giderilmelidir.**

16. Diğer Uzmanlarla ortak çalışabilmek için öncelikle Aile Hekimliği Uzmanlığı diğer branşların uzmanlık eğitimlerine de entegre edilmelidir. Uzmanlık eğitimi rotasyonlarına **Aile Hekimliği rotasyonu** konulmalıdır. **Koordinasyon ve entegrasyon için öncelikle farkındalık sağlanmalıdır.**

17. AH' lerine yönelik **hizmet içi eğitim** olmalı, EKG de önemli ve acil bulgular ayırt edilebilmelidir.

18. **Hemşire ve hasta eğitimi de yapılmalı;** Hipertansiyonun tek tedavisi ilaç olmadığı anlatılarak yaşam tarzı değişiklikleri de önemsenmelidir. **Sağlık okuryazarlığı ve yaşam tarzı değişikliği** eğitimleri verilmelidir. HT okulu, Diyabet okulu gibi farklı yerlerde tekrarlanan eğitimlerin yanı sıra birinci basamak verilerini güçlendirecek çok merkezli çalışmalar yapılması gereklidir.