

Üniversite Hastanesi Üroloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Geliş Durumlarının Değerlendirilmesi*

[The Assessment of the Applications to University Hospital Urology Outpatient Clinic]

ÖZET

AMAÇ: Verilen sağlık hizmetinin bireye ihtiyacı olduğu basamakta sağlanması, sağlık hizmeti örgütlenmesinde nitelikli bir hizmet üretimi için gerekmektedir. Çalışmamızın amacı üçüncü basamak sağlık hizmeti veren merkezimize başvuran hastaların başvuru nedenlerinin ve başvuru etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile mevcut durumun ortaya konulmasıdır.

YÖNTEM: Çalışmamız tanımlayıcı tipte planlanmış olup, Aralık 2011-Mart 2012 tarihleri arasında üroloji polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran katılımcılar gönüllülük esasına göre belirlenmiş ve 14 sorudan oluşan soru formu hekim tarafından doldurulmuştur. Soru formunda, polikliniğine başvuran katılımcının yaşı, eğitim durumu, geliş şikâyeti, şikâyetlerinin başlamasından itibaren geçen süre, daha önce başka kurumdan tedavi alma durumu ve üniversite hastanesi polikliniğini tercih etme nedenleri sorgulandı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 337 kişinin %23,7'si kadın, %76,3'ü erkekti. Katılımcıların %61,7'si şikâyetleri nedeniyle gelmeden önce tıbbi yardım almışken, % 38,3'ü daha önce herhangi bir sağlık kurumunda görülmeden, polikliniğe doğrudan başvuruda bulunmuştu. Doğrudan üniversite hastanesi polikliniğine başvuru, erkeklerde anlamlı derecede fazlaydı (p=0.011) (Tablo 1). Doğrudan başvurular eğitim düzeyi arttıkça anlamlı derecede artmaktaydı. Şikâyetleri nedeniyle başka kurumda görülen hastalardan istenen tetkikler ile doğrudan başvuruda bulunan hastalardan istenen tetkiklerin birinci basamakta yapılabilen ya da ileri aşama tetkikler olması açısından aralarında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.134).

SONUÇ: Sağlık kaynaklarının daha etkili ve sonuca yönelik kullanılabilmesi için birtakım yasal düzenlemelerin yapılması yanısıra, sağlık hizmeti kullananlarında sağlık okuryazarlığının artırılması açısından konuyla ilgili eğitimler verilmesi gerekmektedir.

SUMMARY

AIM: Providing individuals with the healthcare services where needed is essential for the delivery of a quality service in the organization of healthcare services. The purpose of our study is to determine the reasons why patients apply to our center, which offers a tertiary health service, the factors which affect their application and to put forward the current situation.

METHOD: Our study, which was conceived as of the descriptive type, was carried out through a survey of 14 questions. The participants were determined among the patients who applied to the urology clinic for any reason on a voluntary basis. The 14-item questionnaire, in which the age, the educational status and the initial complaint of the participant, the time elapsed since the beginning of the complaints, whether they had received medical treatment from any other institutions before, and the reason why they preferred a university hospital were examined, was completed by the physician.

RESULTS A total of 337 participants, 23.7% of whom were female, and 76.3% male, attended. 61.7% of them had received earlier medical attention because of their complaints; 38.3% had not received any previous medical attention in any health institution and had to apply directly to the tertiary healthcare center. The number of direct applications to outpatient clinics of university hospitals was significantly higher in men (p:0.011)(table 1). As the education level got higher, the number of direct applications increased as well. No significant difference was noticed in comparison between the first and advanced level examinations of those who were checked in other medical facilities and those who applied directly (p:0,134).

CONCLUSION For a more effective and result-oriented use of health resources, those who benefit from the healthcare services must also be provided with a relevant training for the purpose of increasing health literacy and certain legal arrangements must be made.

**Adnan Gücük¹
Sebahat Gücük²
Güven Akın¹**

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD Bolu
²İzzet Baysal Aile Sağlığı Merkezi Bolu

Anahtar Kelimeler:

Sağlık hizmetleri, hasta, verimlilik.

Key Words:

Healthcare services, patient, efficiency.

Sorumlu yazar/

Corresponding author:
Sebahat Gücük
İzzet Baysal Aile Sağlığı
Merkezi Bolu Türkiye
sebahatgu@yahoo.com

Gönderme Tarihi/Date of Submission: 27.02.2012, **Kabul Tarihi/Date of Acceptance:** 11.04.2012 **DOI:**10.5455/pmb.1330341885

*Bu çalışma 19-23 Eylül 2012 tarihleri arasında Antalya'da yapılan 6.Aile Hekimliği Güz Okulunda poster olarak sunulmuştur

GİRİŞ

Verilen sağlık hizmetinin bireye ihtiyacı olduğu basamakta sağlanması, sağlık hizmeti örgütlenmesinde nitelikli bir hizmet üretimi için gerekmektedir (1).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve bu sağlık hizmetlerinin hastane sistemi tarafından desteklenmesi, hizmet sunum basamakları arasında koordinasyonun sağlanması, geri bildirim sistemi içeren sevk zincirinin hayata geçirilmesi Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sunum sistemlerinin hedefe ulaşması için önerilen ilkelerinden bazılarıdır (2).

İkinci basamak hastanelerden üçüncü basamağa uygunsuz ve gereksiz sevkler; kaynak israfına neden olmanın yanı sıra, üst düzey sağlık hizmetinden yararlanması gereken hastaların zaman ve hizmet kaybına uğramalarına yol açmaktadır (3).

Birinci basamak sağlık hizmetleri verimli kullanılması ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yığılmalara ve hizmet sunumunda aksaklıklara yol açar. Hastane başvurularının incelenmesi, kurumlarında yapılabilecek değişikliklere yol gösterici olacaktır (4).

Çalışmamızın amacı üçüncü basamak sağlık hizmeti veren merkezimize başvuran hastaların başvuru nedenlerinin ve başvuruyu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve mevcut durumun ortaya konulmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız tanımlayıcı tipte planlanmış olup, Aralık 2011-Mart 2012 tarihleri arasında üroloji polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran katılımcılar çalışmaya alınmıştır. Katılımcılar gönüllülük esasına göre belirlenmiş ve 14 sorudan oluşan soru formu poliklinikte bulunan hekim tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Soru formunun anlaşılabilirliğini test etmek için, çalışma öncesinde polikliniğe gelen hastalara ön çalışma yapılmıştır.

Soru formunda, polikliniğine başvuran katılımcının yaşı, eğitim durumu, geliş şikâyeti, şikâyetlerinin başlamasından itibaren geçen süre, şikâyetleri ile ilgili tıbbi öyküsü, daha önce başka kurumdan tedavi alma durumu ve üniversite hastanesi polikliniğini tercih etme nedenleri sorgulandı.

Geliş şikâyeti ile tetkikler sonrası konan tanısı, hekim tarafından Dünya Sağlık Örgütünce geliştirilen, hastalıkların ve sağlıkla ilgili sorunların uluslararası istatistiksel sınıflamasının (International

Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD) 10. sürümü (ICD 10) koduna göre belirlendi.

Hemogram, biyokimya ve tam idrar tetkiki birinci basamakta yapılabilir tetkikler, bunun dışında istenen tetkikler birinci basamakta yapılmadığı için ileri aşama tetkikler olarak gruplandırıldı.

Veriler SPSS (Statistical Program for Social Sciences) sürüm 15.0 istatistik programı kullanılarak, dört gözlü ve çok gözlü Ki-kare, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri ile %95 güven aralığında analiz edilerek $p<0.05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 337 kişinin %23,7'si kadın, %76,3'ü erkekti. %95,5'inin sosyal güvencesi bulunmaktaydı.

Katılımcıların tanılarının %25,2'si benign prostat hiperplazisi, %14,8'i böbrek taşı olarak belirlendi. %79,2'sinin 30 günden daha fazla şikâyeti varken, %5'inin yalnız son üç gündür yakınmaları bulunmaktaydı. Şikâyetlerinin olma süresi ile doğrudan polikliniğe başvuru arasındaki ilişki anlamlı değildi ($p=0,862$).

Tablo 1: Üniversite hastanesi üroloji polikliniğine başvuranların daha önce başka bir sağlık kurumuna başvuru durumlarının cinsiyete göre dağılımı.

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	59	73,7	149	58,0	208	61,7
Yok	21	26,3	108	42,0	129	38,3
Toplam	80	100,0	257	100,0	337	100,0

* $p<0.05$

Katılımcıların %61,7'si şikâyetleri nedeniyle gelmeden önce tıbbi yardım almışken, %38,3'ü daha önce herhangi bir sağlık kurumunda görülmeden, polikliniğe doğrudan başvuruda bulunmuştu. Kadınların %73,7'si, erkeklerin %58'i şikâyetleri nedeniyle daha önce sağlık kurumuna başvurmuşlardı. Doğrudan üniversite hastanesi polikliniğine başvuru erkeklerde anlamlı derecede fazlaydı ($p=0.11$) (Tablo 1). Doğrudan başvurular eğitim düzeyi arttıkça anlamlı derecede artmaktaydı.

Daha önce sağlık kurumu tarafından görülen hastaların %11,5'i birinci basamak, %83,6'sı ikinci basamak sağlık kurumundan gelmekteydi. Katılımcıların %5,9'undan birinci basamakta yapılabilen tetkikler istenmişti. Şikâyetleri nedeniyle başka kurumda görülen hastalardan istenen tetkikler ile doğrudan başvuruda bulunan hastalardan istenen tetkiklerin birinci basamakta yapılabilen ya da ileri aşama tetkikler olması açısından aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.134$). İkinci basamak sağlık kurumunda görülerek gelen hastalardan istenen tetkiklerin ileri aşama tetkik olma durumu, birinci basamak sağlık kurumunda görülerek gelen hastalardan istenen tetkiklere kıyasla anlamlı derecede daha fazlaydı ($p=0.000$) (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcılardan istenen tetkiklerin özellikleri.

Daha önce aynı yakınmayla bir başka sağlık kurumuna başvuru						
İstenen tetkiklerin özellikleri	Birinci basamakta yapılabilir tetkikler		İleri aşama tetkikler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	16	7,7	192	92,3	208	100
Yok	4	3,1	125	96,9	129	100
Toplam	20	5,9	317	94,1	337	100

* $p<0.05$

Polikliniğimize doğrudan başvuran hastaların %34,1'i daha iyi tedavi edileceği düşüncesiyle, %31'i de daha önce yaşadıkları hastalık deneyimlerinin sonucu olarak başka bir sağlık kurumuna gitmek istememişlerdi. Hastalarımızın %44,8'ine sadece medikal tedavi verilirken, %9,8'inin çeşitli nedenlerle hastaneye yatışları gerçekleştirildi. Şikâyetleri nedeniyle başka kurumdan tedavi alanlar ile doğrudan başvuru yapanlara verilen tedaviler açısından aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0.231$).

TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri şu şekilde sınıflanabilir: Birinci basamak sağlık hizmetleri; kişinin ilk başvurusunun değerlendirilmesinin yapıldığı sağlık hizmetidir. İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastanın tanı ve tedavisinin ilk başvurduğu hekim tarafından sunulmadığında sevk edildiği uzman hekim tarafından hastanelerde verilen sağlık hizmetidir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise; ikinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarında da

sunulamayan fakat üniversite, özel dal ve eğitim hastanelerinde verilebilen sağlık hizmetleridir (5).

Sağlık sevk zincirinin kurulması ile halkın sağlık hizmeti almasında kolaylık sağlanması, gecikmelerin ertelenmesi ve ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kurumlardaki gereksiz yığılmalar önlenerek daha nitelikli hizmet sunulması sağlanabilir (5).

Tuna ve arkadaşlarının Çukurova Üniversitesi Hastanesinde yaptıkları çalışmada aynı şikâyetlerle daha önce başka bir sağlık kurumuna başvurma oranı %64 olarak saptanırken bunların %57,8'ini kadınlar oluşturmuş ve erkeklerde doğrudan üniversiteye başvuru anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki sonuçlar da bu çalışmayla benzerdi. Yapılan çalışmalar sağlık hizmeti verilen yere uzaklığın sağlık hizmeti kullanmayı belirleyen temel etmenlerden birisi olduğunu ortaya koymaktadır (6,7). Karaköse ve arkadaşlarının çalışmalarında olduğu gibi, çalışmamızın üroloji polikliniğinde yapılmış bir çalışma olması açısından erkek hasta oranının fazla olması her iki cinsiyetin üriner sisteme ait sorunlarının yanında erkeklerin cinsel sorunlarının ürolojinin konusu olmasının sonucu olarak değerlendirilebilir (8). Bunun yanı sıra çalışmamızda öncesinde birinci veya ikinci basamak başvuru oranları kadınlarda anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Ülkemiz genelinde 2012 itibarıyla başlayan aile hekimliği uygulaması Bolu ilimizde 2006 tarihinden itibaren yürütülmektedir. Aile sağlığı merkezlerine ulaşım kolay olmakla beraber ikinci basamak sağlık kurumları da şehir merkezinde bulunmaktadır. Kadınların daha önce birinci basamak başta olmak üzere diğer sağlık kurumuna başvurmaları koruyucu sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak kadınlar tarafından kullanılmasının ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının bir sonucu olarak bu kurumların daha kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti sağlaması sonucu olabilir.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların %90-95'inin birinci basamak sağlık kuruluşu olanaklarıyla ayakta ve evde tedavi edilebildiği görülmüştür (9). Birinci basamakta çözülebilecek bir problemin doğrudan üçüncü basamağa yönlendirilmesi ise maliyeti dokuz kat artırmaktadır (10). Birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarında her geçen gün iyileşme olmakla birlikte hala yeterli alt yapının olmayışı, sevk sistemine uyulması için yönlendirici ve teşvik edici düzenlemelerin bulunmaması sonucunda; eğitim hastanelerinin önünde olması gerektiğinden daha fazla hasta yığılmaları görülmektedir (11). Oysa eğitim hastanelerinin asli fonksiyonları; ileri düzeyde tetkik ve araştırma gerektiren hastalıkların tedavisini yapmak ve eğitim ve araştırma faaliyetlerinde

bulunmaktadır. Bu hastanelerdeki personelin ileri düzey uzmanlığa sahip olması, kullanılan tıbbi cihazların maliyetlerinin yüksek olması gibi nedenler ile diğer kademelerde tedavisi mümkün olan hastaların eğitim hastanelerinde tedavi edilmesi kaynak israfı olarak karşımıza çıkabilmektedir (12). Çalışmamızda, doğrudan başvuruda bulunan hastalardan istenen tetkikler ve verilen tedaviler ile sağlık kurumunda görülerek gelen hastalardan istenen tetkiklerin istenme çeşitliliği ve verilen tedavileri açısından fark bulunmamaktaydı. Bu da doğrudan başvuruda bulunan hastaların aslında daha alt basamak sağlık kurumlarından yararlanabileceği şeklinde yorumlanabilir. Daha önce ikinci basamakta görülen hastalardan istenen tetkikler, birinci basamakta görülen hastalardan istenen tetkiklere göre ileri aşama tetkik olarak bulunmuştur. Bu da aslında sevk zincirine uyulduğunda ikinci basamak sağlık kurumlarından yapılan sevklerin uygun olduğunu düşündürmektedir.

Tuna ve arkadaşlarının çalışmalarında, ilk olarak üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru yapanların önemli bir kısmı (%31,9) bunu, daha iyi tedavi olacakları düşüncesiyle yaptıklarını belirtmişler (4). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar olmakla beraber katılımcıların %31'i de daha önce yaşadıkları hastalık deneyimlerinin sonucu olarak başka bir sağlık kurumuna gitmek istememişlerdi. Belki de doğrudan üçüncü basamak sağlık kurumundan tedavi almayı alışkanlık haline getirenler için gelecek zamanlardaki hastalık durumlarında da hizmet alabilecekleri diğer basamaklar göz ardı edilecek gibi gözükmektedir.

SONUÇ:

Sağlık uygulamaları, hastaların ilk muayene ve tedavi için aile sağlığı merkezlerine, gerekirse inceleme ve tedavi için ilçe ve il hastanelerine, daha sonra da gerekli olursa eğitim ve üniversite hastanelerine yönlendirilmeleri şeklindedir.

Sevk zinciri, aile hekimliği uygulamasının önemli parçalarından biridir. Aile hekimi başına 3500-4000 nüfusun düştüğü bugünkü mevcut şartlarda bunu sağlıklı bir şekilde gerçekleştirmek zor gibi görünmektedir. Aile hekimlerinin sevk zincirini sağlıklı bir şekilde yürütebilmeleri için aile hekimine düşen nüfus sayısının azaltılarak kaliteli hizmetin artırılması ve aile sağlığı merkezlerinin "hastanın istediği ilaçların yazıldığı yer" imajının kaldırılması gerekmektedir. Hastaya yapılan tüm işlemler başta bu hastanın aile hekimi tarafından ve bu hastaya tedavi verecek olan 2. ve 3. basamak hekimleri tarafından

görülebilir. Bu da hem sağlık çalışanlarının zaman ve emek kayıplarını engelleyecek hem de hasta başına düşen sağlık harcamalarını düşürecektir.

Sağlık uygulamalarında her geçen gün daha iyiye yönelik değişiklikler yapılmaya çalışılmaktadır. Sağlık kaynaklarının daha etkili ve sonuca yönelik kullanılabilmesi için birtakım yasal düzenlemelerin yapılması yanısıra, sağlık hizmeti kullananlarında sağlık okuryazarlığının artırılması açısından konuyla ilgili eğitimler verilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html> [Erişim Tarihi:21.02.2012].
2. World Health Declaration. Fifty -first World Health Assembly, May, 1998.
3. Ertan C, Akgün S,F, Yücel N. Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Yapılan Sevklerin İncelenmesi. Turk J Emerg Med 2010;10(2):65-70.
4. Tuna E.G, Akpınar E, Saatçi E. Bir Üniversite hastanesine başvuruları etkileyen faktörler. Turkish Journal of Family Practice 2006; 10(3): 103-107.
5. DPT, Beş Yıllık Kalkınma Planı, ÖİK. Raporu: Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 1991,s: 146-147.
6. Yanagisawa S, Mevy V, Wakai S. Comparison of healthseeking behaviour between poor and better-off people after health sector reform in Cambodia. Public Health 2004;118(1):21 -30.
7. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. Health Serv Res. 2005 Feb;40(1):135-155.
8. Karaköse A, Turgut A, Güner D,N, Çıtlak B,M, Aydın S. Genel üroloji pratiğimizde androlojik olguların yeri. Turkish Journal of Urology 2010;36(1):49-54.
9. Rakel RE. Textbook of Family Practice. 6th edition. Philadelphia: PA: WB Saunders Company; 2002.P.1-18.
10. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Eng J Med 2001; 344: 2021-2025.
11. Başak O, Atay E, Polatlı D. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği: pratisyen hekimlerin yaklaşımları. Türk Aile Hek Derg 2002; 6(1): 36-41.
12. Peker S, Demir C, Şahin B, Cankul İ,H, Yiğit Ç, Özer M, Şen D. GATA eğitim hastanesinde yatan hastaların tanılarına göre gereksiz kullanımın değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46 (3) : 213 – 218.