

Birinci basamakta acil sağlık hizmetleri: Tanımlayıcı çalışma

Emergency health care in primary health care settings: a descriptive study

Tamer Edirne¹, Burçak Atmaca², Dilek Kuşaslan Avcı², Gürol Zırhlıoğlu³

Özet

Amaç: Acil sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri açısından son derece önemlidir. Biz bu çalışmada acil hastaların özelliklerini ve hastaların acil durumlarda nasıl davrandıklarını saptamayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada Van'da bir üçüncü basamak acil servisine başvuranlar sistematik örnekleme yöntemi ile seçilerek incelendi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru şikayetleri, önceki başvuruları, acil durumlardaki sağlık davranışları ve sonlanımları araştırıldı. Başvuru nedenleri ve tanıları Birinci Basamağın Uluslararası Sınıflandırılması'nın Gözden Geçirilmiş ikinci baskısındaki (BBUS-2-G/ICPC-2-R) kodlarla değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 190 hasta incelendi, 45 (BBUS-2-G/ICPC-2-R) şikayet kodu kullandı. En sık kullanılanlar genel/belirsiz (A) ve sindirim sistemi (D) başlıkları idi. Acil servise başvuran 37 hasta (%19.5) ayaktan tedavi edilmişti. Hastaların %22.1'i acil servise gelmeden bir sağlık ocağına başvurmuştu. Acil servise gelmeden sağlık ocağına başvuran hastalar arasında en sık görülen yakınmalar ateş, bayılma, karın ağrısı, yan/koltuk altı yakınması, göğüs ağrısı, konvülsiyon ve sıyrık/kesikti.

Sonuç: Bölgemizde sevk zinciri olmamasına rağmen acil durumlarda birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurulmaktadır. Özellikle çocuk hastaların aile hekimlerine mesai dışı saatlerde muayene için getirilmesi beklenebilir. Bölgemizde görülen damdan düşme ve hayvan toslaması gibi yakınmalar BBUS-2-G/ICPC-2-R sınıflamasında yer almıyordu. Birinci basamakta kullanılan uluslararası sınıflamaların ulusal özelliklere göre gözden geçirilmesi gerekir.

Anahtar sözcükler: Acil sağlık hizmetleri, aile hekimliği, ICPC-2-R, mesai dışı sağlık hizmetleri.

Summary

Objective: Emergency health care is an important part of primary care health care settings. We aimed to determine patient's characteristics with urgent problems and how they behave in emergency situations.

Methods: Patients selected with a systematically sampling method from a tertiary emergency clinic in Van were evaluated. Data about demographics, reasons for encounter, previous admissions, actions in emergency situations and outcomes were explored. Complaints and diagnoses were evaluated according to the codes in the International Classification of Primary Care Revised Second Edition (ICPC-2-R).

Results: We surveyed 190 patients. In total, 45 ICPC-2-R symptom and complaints codes were used. The most frequent complaints were seen in the sections general (A) and digestive (D). In the emergency clinic 37 patients (19.5%) were treated ambulatorily. Patients contacted a primary health care facility in 22.1% before encountering the emergency clinic. Among these, fever, unconsciousness, stomach ache, auxiliary complaints, chest ache, convulsion and graze/cut were the most frequently observed complaints.

Conclusions: Although no referral requirement exists in our region, patients choose to contact primary health care facilities in urgent situations. Family physicians should expect visits especially from children in out-of-hours. Regional complaints like falling from the roof or animal butt could not be found in the ICPC-2-R. International disease classifications should be revised according to national features.

Key words: Emergency health care, family practice, ICPC-2-R, out of hours health services.

¹⁾ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr., Van

²⁾ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Arş. Gör., Van

³⁾ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Van Meslek Yüksek Okulu, Biyoistatistik Bölümü, Yard. Doç. Dr., Van

Birinci basamak sürekli sağlık hizmetleri için en uygun ortamdır.¹ Diğer taraftan, birinci basamak birimleri acil bir durumda etkili ilk müdahalenin gerçekleştirilebileceği yerler olarak önemli bir konuma sahiptirler. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde uygulamaya sokulan aile hekimliği sistemine dahil olan pratisyen hekimlerin ve aile hekimliği uzmanlarının en çok üzerinde tartıştıkları konulardan biri acil ve ilkyardım hizmetlerinin düzenlenmesidir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Yönetmeliğine göre “Aile hekimliği ilkyardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak ile yükümlüdür (Madde 4-i). Çalışma saatleri dışında icapçılık ya da aktif nöbet ile hizmetin devamlılığı sağlanır (Madde 11).² Sevk zinciri uygulamaya konduğunda aile hekimleri bu kararlara uymak zorunda kalacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin devamlılığı acil servislerin uygunsuz kullanımını, gereksiz hastane yatışlarını ve test sayılarını da azaltmaktadır.^{3,4} Sevk kısıtlamasının olmadığı ülkelerde ikinci veya üçüncü basamak acil servislerine başvuran hastalar varolan acil durumların yansımaları olarak kabul edilebilir.

Bu çalışmada, bir üçüncü basamak acil servisine başvuranlarda gözlenen şikayet ve tanıları birinci basamak için hazırlanan BBUS-2-G/ICPC-2-R sınıflaması ile değerlendirildi. Hastaların acil durumlarda davranışları birinci basamak sağlık hizmetleri açısından araştırıldı.

Gereç ve Yöntem

Prospektif olarak tasarlanan bu çalışma için 2007 Haziran ayında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Çocuk ve Yetişkin Acil Servislerine yapılan başvuru sayıları incelenerek çocuk acile 641, yetişkin acile 2256 hastanın başvurduğu belirlendi. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken çocuklar için %10’unu, yetişkinler için %5’ini temsil edecek şekilde çocuk acile her 10. başvurunun, yetişkin acile de her 20. başvurunun çalışmaya dahil edilmesi planlandı. 2007 Ağustos’unda çocuk acile 753, yetişkin acile 2736 başvuru yapıldı; toplam 190 hasta (75 çocuk (%10), 115 yetişkin (%4.2) çalışmaya dahil edildi. Çalışmada 11 maddeden oluşan ve hastanın demografik özelliklerinin yanı sıra çocuk hastaların anababalarının ve yetişkin hastaların eğitim durumları bir soru formu ile belirlendi. Hastaların geliş şikayetleri, şikayet

başlangıcı ile başvuru arasında geçen süre ve gelmeden başka bir sağlık kuruluşuna başvuruları olup olmadığı soruldu. Acil servise gelmeden önce kullanılan ilaçlar ve sağaltım yöntemleri araştırıldı. Çalışmaya dahil edilen hastaların hastane kayıtları incelenerek ICD-10 kodları ve sonlanımları saptandı. Hastaların yakınmaları ve tanıları BBUS-2-G/ICPC-2-R kodları ile değerlendirildi.

Bulgular

Toplam 190 hasta incelendi. Hastaların %43.2’si (82) erkek, %56.8’i (108) kadındı. Hastaların %39.5’i (75) çocuk, %60.5’i (115) erişkin acil servisine başvurdu. Çocuklarda 7.4, erişkinlerde 45.3 yıl olan yaş ortalaması bütün grup için 30.4 [0.5 -79] yıldı.

Eğitim Durumu

Yetişkin hastalardan ve çocuk hastaların refakatçilerinden 34’ü (%17.9) okur-yazar değildi. Çocuk hastaların anababalarından 7’si (%9.3) ile 27 (%23.5) yetişkin hasta da okuma yazma biliyordu.

Ekonomik Durum

Araştırmaya dahil edilen hastaların %41.1’i (78) 0-300 YTL/ay, %29.5’i (56) 3001-600 YTL/ay, %15.2’si (29) 601-900 YTL/ay, %8.9’u (17) 901-1200 YTL/ay ve %5.3’ü (10) 1201 YTL/ay ve üzeri gelire sahip olduğunu beyan etti.

Belirti ve Yakınmalar

Başvurular, BBUS-2-G/ICPC-2-R’ye göre, toplam 45 şikayet kodu ve kombinasyonlarına ayrıldı. Toplam 163 tek, 27 çoğul şikayet kodlandı. Bu şikayetler BBUS-2-G/ICPC-2-R’ye göre gruplandırıldı: %27.7’si A (genel/belirsiz), %24.6’si D (sindirim), %3.1’i K (dolaşım), %9.8’i L (kas iskelet), %11.0’i N (nörolojik sistem), %1.2’si P (psikolojik), %7.4’ü R (solunum), %6.1’i S (deri), %1.8’i T (metabolik), %1.2’si U (idrar sistemi), %5.5’i W (gebelik), %0.6’sı ise X (kadın üreme sistemi) ile ilgili idi. B (kan/kan yapıcı organlar/immün mekanizmalar), F (göz), H (kulak), Y (erkek üreme sistemi) ve Z (toplumsal) kodlarda hiç başvuru saptanmadı. En sık görülen şikayet kodları ve dağılımları Tablo 1’de görülmektedir.

Sağlık Davranışları

Acil servise gelmeden önce 42'si (%22.1) bir sağlık ocağına, 75'i (%39.5) devlet hastanesine, 15'i (%7.9) bir özel sağlık kuruluşuna başvurmuştu. Çocuklardan 21'i (%28.0) sağlık ocağına, 32'si (%42.7) devlet hastanesine, 5'i (%6.7) bir özel sağlık kuruluşuna başvurmuştu. Yetişkinlerden 21'i (%18.3) sağlık ocağına, 43'ü (%37.4) devlet hastanesine, 10'u (%6.1) bir özel sağlık kuruluşuna başvurduktan sonra acil servise gelmişti. 58'i (%30.5) doğrudan acil servise başvurmuş, (Tablo 2), bunlardan 16'sı (%27.6) ambulansla gelmişti. Yardım almak için herhangi bir sağlık kuruluşuna telefon açan toplam hasta sayısı 7 (%4.7) idi.

Eğitim durumu ile sağlık ocağına başvuru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0.05$). Sağlık ocağına başvuranlar ile başvurmayanlar arasında şikayetler başladıktan sonra acil servise başvurma süresi açısından fark yoktu (3 güne karşılık 3 gün).

Sağlık ocağına başvuran hastalarda en sık görülen yakınmalar ve oranları Tablo 3'te yer almaktadır. Buna göre, bayılma ve yan/koltuk altı yakınması şikayetleri olan hastaların tümü sağlık ocağına başvurmuştu.

Acil servise, hastaların %32.1'i (61) bir ilaç kullandıktan sonra, %67.9'u (129) ise herhangi bir ilaç kullanmadan önce başvurmuştu. İlaç kullanan hastaların 17'si (%27.8)

Tablo 1. En sık saptanan yakınmalar ve hastaların yaş ortalamaları

| Yakınma kodu | Yakınma | Çocuk n (%) | Yaş ortalaması (yıl) | Yetişkin n (%) | Yaş ortalaması (yıl) |
|--------------|---------------------------------|-------------|----------------------|----------------|----------------------|
| A03 | Ateş | 6 (8.0) | 6.4 | 2 (1.7) | 67 |
| A04 | Yorgunluk | 1 (1.3) | 8 | 3 (2.6) | 48 |
| A06 | Bayılma | 1 (1.3) | 9 | 2 (1.7) | 49 |
| A11 | Göğüs ağrısı | 0 | - | 4 (3.5) | 56.5 |
| A29 | Düşme | 6 (8.0) | 8 | 3 (2.6) | 64 |
| A80 | Travma | 1 (1.3) | 14 | 3 (2.6) | 28 |
| A86 | Zehirlenme. tıbbi olmayan madde | 5 (6.7) | 11.2 | 8 (7.0) | 25 |
| D01 | Karın ağrısı | 5 (6.7) | 5 | 8 (7.0) | 40 |
| D03 | Mide yanması | 0 | - | 3 (2.6) | 66 |
| D09 | Bulantı | 2 (2.6) | 9 | 4 (3.5) | 49 |
| D10 | Kusma | 8 (10.6) | 5.3 | 1 (0.9) | 58 |
| D11 | Ishal | 5 (6.7) | 7.2 | 2 (1.7) | 50 |
| L05 | Yan/koltuk altı yakınması | 2 (2.6) | 11.5 | 4 (3.5) | 50.8 |
| N01 | Baş ağrısı | 0 | - | 3 (2.6) | 47.3 |
| N07 | Nöbet/konvülsiyon | 2 (2.6) | 5 | 0 | - |
| N17 | Baş dönmesi | 0 | - | 2 (1.7) | 41 |
| R02 | Nefes darlığı | 1 (1.3) | 0.5 | 5 (4.3) | 62.5 |
| R05 | Öksürük | 4 (5.3) | 1 | 2 (1.7) | 55 |
| R21 | Boğaz yakınması | 3 (4.0) | 5 | 0 | - |
| S12 | Böcek sokması | 0 | - | 3 (2.6) | 34 |
| S14 | Yanık/haşlanma | 2 (2.6) | 6 | 0 | - |
| S18 | Sıyrık/kesik | 2 (2.6) | 12.5 | 0 | - |
| W82 | Gebelik | 0 | - | 3 (2.6) | 24 |
| W90 | Doğum öncesi kanama | 0 | - | 2 (1.7) | 31 |

ev halkının, 10'u (%16.4) komşuların, 34'ü (%55.8) ise hekimin önerdiği ilaçları kullanmışlardı.

İlaç kullanan hastaların %26.2'si (16) acil servise, sağlık ocağına başvurduktan sonra gelmişti.

Acil şikayeti için tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini kullananların oranı %93.2 (177), kullanmayanların oranı ise %6.8'di (13). 1 (%1.3) çocuğa masaj yaptırılmış, 2 (%2.7) çocuğa muska yazdırılmıştı. Yetişkinlerden 4'ü (%40) ot kaynatmış, 2'si (%20) muska yazdırmış, 2'si (%20) masaj yaptırmış, 2'si (%20) ise dua etmişti. Alternatif yöntem kullanan hastalar, acil servise şikayetleri başladıktan sonra ortalama altı gün sonra, diğerleri ise ortalama iki gün sonra başvurmuşlardı ($p<0.05$).

Tanımlar - Hastalıklar

Hastalar BBUS-2-G/ICPC-2-R'ye göre 72 tanı koduna ayrıldı. Tanılar ICPC-2-R bölümlerine göre gruplandırıldı; şikayetler A (genel/belirsiz), B (kan/kan yapıcı organlar/immün mekanizmalar), D (sindirim sistemi), H (kulak), K (dolaşım sistemi), L (kas iskelet), N (nörolojik sistem), P (psikoloji), R (solunum sistemi), S (deri), T (metabolizma), U (idrar yolları), W (gebelik) bölümlerinde yer alıyordu. F (göz), X (kadın üreme sistemi), Y (erkek üreme sistemi) ve Z (toplumsal) bölümlere ait tanı kodlarına giren olgu yoktu. En sık saptanan tanı/hastalıklar ve dağılımları **Tablo 4**'te görülmektedir; diğerlerine tabloda yer verilmemiştir.

Hastaların Sonlanımları

Acil servise başvuran 37 hasta (%19.5) ayaktan tedavi ve taburcu edildi. Hastaların 74'ü (%38.9) gözlem sonrası ayaktan tedavi edildi, 3'ü (%1.6) sevk edildi. 76'sı (%40) hastaneye yatırıldı. Hastaların sonlanımlarının ayrıntıları **Tablo 5**'te yer almaktadır.

Tartışma

Sağlık Davranışları

Bölgemizde, sevk zinciri uygulanmamasına rağmen hastalar acil durumlarda birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar. Çocuk hastalar, sağlık ocaklarına yetişkinlerden daha yüksek oranda başvurumaktadırlar. Aynı şekilde, acile getirilen çocukların yaklaşık üçte biri ayaktan tedavi edilmektedir. Bölgemizde acil sağlık hizmeti verecek aile hekimleri bu hastalara karşı hazırlıklı olmalıdır.

Tablo 2. Hastaların önceki başvuru birimleri

| | Çocuk hastalar n (%) | Yetişkin hastalar n (%) | Toplam n (%) |
|----------------------|----------------------|-------------------------|--------------|
| Sağlık ocağı | 21 (50.0) | 21 (50.0) | 42 (100) |
| Devlet hastanesi | 32 (42.6) | 43 (57.4) | 75 (100) |
| Özel sağlık kuruluşu | 5 (33.3) | 10 (66.7) | 15 (100) |
| Doğrudan başvuru | 17 (29.3) | 41 (70.7) | 58 (100) |
| Toplam | 75 (39.5) | 115 (60.5) | 190 (100.0) |

Tablo 3. Sağlık ocağına başvuran hastaların yakınmaları

| | Çocuk | Yetişkin | Toplam | Toplam şikayetler içinde (%) |
|-------------------------------|-------|----------|--------|------------------------------|
| A03 Ateş | 4 | 2 | 6 | 8/6 (75.0) |
| A04 Yorgunluk | - | 1 | 1 | 4/1 (25.0) |
| A06 Bayılma | 1 | 2 | 3 | 3/3 (100.0) |
| A11 Göğüs ağrısı | - | 2 | 2 | 4/2 (50.0) |
| D01 Karın ağrısı | 2 | 6 | 8 | 13/8 (61.5) |
| D09 Bulantı | - | 2 | 2 | 6/2 (33.3) |
| D10 Kusma | 2 | - | 2 | 9/2 (22.2) |
| Doğrudan başvuru | 2 | - | 2 | 7/2 (28.6) |
| L05 Yan/Koltuk altı yakınması | 2 | 4 | 6 | 6/6 (100.0) |
| N07 Nöbet/Konvülsiyon | 1 | - | 1 | 2/1 (50.0) |
| S18 Sıyrıklık/Kesik | 1 | - | 1 | 2/1 (50.0) |

Aile hekimleri, acil tedavi gerektiren birçok akut hastalıkta ilk temas noktasıdır.^{5,6} Acil durumlarda, zamanında doğru tedavi uygulanmalıdır. Yurtdışı çalışmalarda, aile hekimlerinin akut hastalarla baş etmede yetersiz kalmalarının temel nedeninin acil malzeme ve ilaçların eksikliği olduğu bildirilmiştir.^{7,8}

Moll van Charant ve arkadaşlarına göre Hollanda'da acil veya mesai dışı sorunların %88'ini aile hekimleri yönetiyordu: Hastalar, acil durumlarda daha çok telefonla sağlık hizmeti alıyorlardı; başvuruların %25.1'i genel/belirsiz, %15.3'ü sindirim, %15.1'i solunum ve %12.0'i kas iskelet başlıkları altında toplanıyordu.⁹

Çalışmamızdaki başvuruların en büyük bölümü genel/belirsiz, sindirim sistemi, sinir sistemi ile kas iskelet sistemine aitti; (sırasıyla %27.7, %24.6, %11.0 ve %9.8). Diğer yandan, bayılma ve yan/koltuk altı yakınması olanların tümü, ateş ve karın ağrısı olanların çoğu ve nöbet geçiren, göğüs ağrısı çeken ve sıyrık/kesik şikayeti olanların da yarısı sağlık ocağına başvurduktan sonra acile geldiler.

Adana’da bir aile hekimliği merkezinde en sık karşılaşılan ilk üç belirtinin öksürük, ateş-halsizlik ve baş ağrısı,

en sık konulan ilk üç tanının ise üst solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu ve demir eksikliği anemisi olduğu saptanmıştı.¹⁰

Bir başka çalışma da, acil servis başvurularında en sık görülen ilk beş hastalığın hipertansiyon, kalp, akciğer hastalıkları, üst solunum yolu ve idrar yolu enfeksiyonları olduğunu ve yaşlıların, acil servis başvurularının her geçen yıl arttığını bildiriyordu.¹¹

Tablo 4. BBUS-2-G/ICPC-2-R sınıflamasına göre en sık saptanan tanı kodları ve yaş ortalamaları

| Tanı kodu | Tanı | Çocuk n (%) | Yaş (yıl) | Yetişkin n (%) | Yaş (yıl) | Toplam n (%) |
|-----------|-----------------------------|-------------|-----------|----------------|-----------|--------------|
| A29 | Düşme | 6 (8.0) | 8 | 3 (2.6) | 64 | 9 (4.7) |
| A80 | Travma | 1 (1.3) | 14 | 3 (2.6) | 28 | 4 (2.1) |
| A86 | Zehirlenme | 5 (6.7) | 11.2 | 8 (7.0) | 25 | 13 (6.8) |
| D70 | Gastrointestinal enfeksiyon | 7 (9.3) | 10.4 | 10 (8.7) | 47 | 17 (8.9) |
| D88 | Apandisit | 1 (1.3) | 9 | 2 (1.7) | 39 | 3 (1.6) |
| D98 | Kolesistit/kolelitiazis | 0 (0) | - | 3 (2.6) | 66 | 3 (1.6) |
| K74 | Göğüs ağrısı | 0 (0) | - | 5 (4.3) | 41 | 5 (2.6) |
| K77 | Kalp yetersizliği | 0 (0) | - | 4 (3.5) | 58 | 4 (2.1) |
| K80 | Kalp aritmisi, BŞT* | 0 (0) | - | 3 (2.6) | 20 | 3 (1.6) |
| K86 | Hipertansiyon | 0 (0) | - | 7 (6.1) | 40 | 7 (3.7) |
| K90 | İnme/felç | 0 (0) | - | 4 (3.5) | 62 | 4 (2.1) |
| L86 | Bel sendromu, ağrılı | 0 (0) | - | 5 (4.3) | 47 | 5 (2.6) |
| N71 | Menenjit | 5 (6.7) | 2.8 | 0 (0) | - | 5 (2.6) |
| N80 | Kafa yaralanması, diğer | 3 (4.0) | 7.7 | 0 (0) | - | 3 (1.6) |
| N88 | Epilepsi | 4 (5.3) | 8.8 | 2 (1.7) | 45 | 6 (3.2) |
| R81 | Pnömoni | 7 (9.3) | 1.8 | 0 (0) | - | 7 (3.7) |
| R72 | Tonsillit | 3 (4.0) | 5 | 0 (0) | - | 3 (1.6) |
| R84 | Habis neoplazi akciğer | 0 (0) | - | 3 (2.6) | 71 | 3 (1.6) |
| S12 | Böcek ısırması/sokması | 0 (0) | - | 3 (2.6) | 34 | 3 (1.6) |
| S14 | Yanık/haşlanma | 2 (2.7) | 6 | 0 (0) | - | 2 (1.1) |
| S18 | Sıyrık/kesik | 2 (2.7) | 12.5 | 0 (0) | - | 2 (1.1) |
| T90 | Diyabet | 0 (0) | - | 5 (4.3) | 76 | 5 (2.6) |
| W78 | Gebelik | 0 (0) | - | 3 (2.6) | 21 | 3 (1.6) |
| W81 | Gebelik toksemisi | 0 (0) | - | 3 (2.6) | 35 | 3 (1.6) |
| W82 | Düşük, spontan | 0 (0) | - | 3 (2.6) | 24 | 3 (1.6) |

*BŞT: Başka şekilde tanımlanmayan

Tablo 5. Hastaların sonlanımları

| | Çocuk n (%) | Yetişkin n (%) | Toplam n (%) |
|----------------------------------|----------------|-------------------|-----------------|
| Ayaktan tedavi | 22 (29.3) | 15 (13.1) | 37 (19.5) |
| Hastaneye yatış | 30 (40.0) | 46 (40.0) | 76 (40.0) |
| Gözlem sonrası ayaktan tedavi | 20 (26.7) | 54 (46.9) | 74 (38.9) |
| Sevk | 3 (4.0) | 0 (0) | 3 (1.6) |
| Toplam | 75 (100) | 115 (100) | 190 (100) |

Dünyanın birçok ülkesinde mesai dışı birinci basamak acil sağlık hizmetleri değişim içindedir: Bu hizmetler giderek artan oranda merkezi triaj yapan büyük aile hekimliği merkezleri, bazen de birinci basamak ve acil servis ortaklıkları tarafından verilmektedir.¹²⁻¹⁷ Bu değişimi artan iş yüküne ve aile hekimlerinin tavır değiştirmelerine bağlayanlar da vardır.^{12,16} Mesai dışı sağlık hizmeti veren çok sayıda kuruluş arasında işbirliğinin olmaması ve hizmetteki yetersizlikler de bu değişimi etkilemektedir.¹⁷⁻²⁰ Hastaların aile hekimlerine uğramadan acil servise başvurma nedenleri arasında röntgen filmine gerek olduğuna inanmaları, aile hekimine zamanında ulaşamama ve durumun çok acil olarak algılanması gösterilmektedir.²¹⁻²⁴

Hollanda’da, acil durumlarda aile hekimine ya da acil servise başvurabilme ya da 112’yi arayabilme serbestisinin de acil olmayan durumlarda ikinci basamağa yönelmeye yol açtığı bildirilmektedir.²⁵

İngiltere’de, beyazların ve işsizlerin daha çok acil servisleri, Asyalıların ise daha çok mesai dışı sağlık hizmeti veren aile hekimlerini tercih ettikleri bildirilmiştir: Acil servise başvuranların yarıya yakını aile hekimine danışmadan gelmişlerdi; yazarlar, hayatı tehdit etmeyen acil durumlarda aile hekimine başvuruların özendirilmesini önermektedirler.²⁶

Çalışmamızda, eğitim düzeyi, cinsiyet ve ekonomik durumun sağlık ocağına başvuruyu etkilemediğini saptadık. Hastaların yaklaşık dörtte biri doğrudan acil servise başvuruyordu.

Avrupa’nın üç ülkesini (İngiltere, Danimarka ve Hollanda) kapsayan bir çalışma, mesai dışı sağlık hizmeti ve

ren birinci basamak kooperatiflerinin hekimlerin iş yükünü hafiflettikleri, yüz yüze görüşme sayısını azalttıkları, acil servis ve hastane başvurularını azalttıkları ve maliyeti düşürdüklerini ileri sürmektedir. Hastaların çoğu bu sağlık modelini benimsese de hekimi görmeyi bekleyenler memnun kalmamaktadır.²⁷

İngiltere’nin bir bölgesindeki sistemde akşam veya hafta sonları aile hekimini arayanlar mesai dışı sağlık hizmeti veren kuruluşlara yönlendirilmekte; telefon danışmanlığı, ev ziyareti ya da sağlık merkezine gelme seçenekleri sunulmaktadır. Bu çalışmada, hastaların, hekimlerin ev ziyaretlerine karşı isteksizliklerini hissettikleri bildirilmiştir. Birçok hasta hekimi aramaya çekinmekte, hizmetin işleyişini bilmemekte ve aramanın uygun olup olmadığı konusunda kaygı duymaktadır.²⁸

Bir başka çalışma, mesai dışı acil durumlarda telefonla danışmanlık hizmeti veren aile hekimliği merkezinin iş yükünün azaldığı ve maliyetlerin düştüğü saptanmış ama arayan hastaların telefonla konsültasyondan memnun kalmadıkları aktarılmıştır.²⁹

Çalışmamıza katılan hastaların çok küçük bir bölümü yardım ya danışmanlık için bir sağlık kuruluşunu telefonla aramıştı. Diğer taraftan, hastalarımızın %32.1’i başvurudan önce ilaç kullanmış ve bunların %55.8’i hekim tarafından önerilen ilaçları kullanmıştı. Çalışmamızda kullanılan ilaçların uygunluğunu araştırmamakla birlikte hekim önerilerini dikkate alan hastaların oranının yüksek olmasının değerlendirilmesi gereken bir bulgu olduğunu düşündük. İlaç kullanan hastaların yarıya yakını aile içinden ya da komşulardan edindiği ilaçlara başvurmuştu. Acil durumlarda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine başvuran az sayıda hasta vardı. Bu hastaların şikayetleri başladıktan sonra acil servise diğerlerinden anlamlı olarak daha geç başvurduklarını saptadık (6 güne karşılık 2 gün).

Kodlama Sistemi

Birçok ülkede elektronik sağlık kaydı bir zorunluluk haline gelmektedir ve Avrupa’da kodlama sistemleri sağlık kaydının bir rutini haline gelmiştir.³⁰

Bu çalışmada ICD-10 kodlarından yola çıkarak Türkçeye çevrilen Birinci Basamağın Uluslararası Sınıflaması’nın (BBUS-2-g/ICPC-2-R) gözden geçirilmiş

ikinci baskısında yer alan karşılıklarını bulmaya çalıştık.³¹

En sık kullanılan belirti ve yakınmalar BBUS-2-G/ICPC-2-R sınıflamasına göre yeniden düzenlendiğinden genel olarak ICD-10 sınıflaması ile uyumlu olmakla beraber bazı yakınmalar ile tanıların birbirlerine karıştıklarını ya da bire bir örtüşmediklerini gözlemledik. Örneğin, yüksekte düşme şikayeti ile gelen hastalar ICD-10 sınıflamasına göre Y30 (yüksek bir yerden düşme, atlama veya itilme, gerçekleşme şekli belirlenmemiş) kodunu alırken, BBUS-2-G/ICPC-2-R sınıflamasına göre sakarlık, uykulu olma, düşme şikayetlerini kapsayan A29 ile kodlanabildi. Yakınmalar bölümünde yer alan A29 kodunun karşılığı tanılar bölümünde bulunamadı.

Hastaların dördünde ICD-10 koduna karşılık gelen BBUS-2-G/ICPC-2-R kodunu bulamadık; anal atrezi (Q42.2), DİC-septik şok (A41.9), elektrik çarpması (W85), vaskülit (L95.9). D81 (doğumsal anomali, sindirim sistemi) kodlaması içine anal atrezi tanısı eklenebilir. Elektrik çarpması şikayeti ile acile gelen hastalar A88 (yan etki, fiziksel faktör) kodlamasına dahil edilebilir. Boğulma tanısı A88 kodunda yer alırken, boğulayazma yakınması BBUS-2-G/ICPC-2-R'da yoktu.

ICD-10 sisteminde X60-X84 kodları ile ayrıntılı olarak verilen ilaç içme şikayeti ile başvuran hastalarda BBUS-2-G/ICPC-2-R sisteminde P77 (intihar/intihar girişimi) ve kodu kullanılabileceği gibi, A84 (tıbbi ajanla zehirlenme) kodu da kullanılabilir.

Birinci basamak tanı sınıflamasında A86 (zehirlenme, tıbbi olmayan madde) ile kodlanan hastalar arasında yıkan sokması, tarım ilacı ile zehirlenme ve tuz ruhu içme yakınmaları ile başvuranların olduğunu ve bu hastaların söz konusu tanıları şikayet olarak kullandıklarını, sağlık çalışanlarının da şikayet olarak kaydettiklerini gözlemledik.

Bel ağrısı yakınması ile gelen hastalarda L03 ve L05 kodları arasında karmaşa yaşanabilir. L03 (bel belirtisi/yakınması) kodu sırt ağrısı, koksidini, lumbago ve lumbaljiyi kapsarken, L05 (yan/koltuk altı belirtisi/yakınması) kodu sadece bel ağrısını kapsamaktadır. Ayrıca, L05 kodunun ICD-10 karşılığı R29.8 (sinir ve kas iskelet sisteminin diğer tanımlanmamış semptom ve belirtileri) olarak yanlış verilmiştir.

S14 (yanık/haşlanma) yakınma kodu olarak yer almış ama tanı kodu bulunmamaktadır. Aynı şekilde S18 (sıyrık/kesik) yakınma kodunun tanılar/hastalıklar bölümünde karşılığı bulunmamaktadır.

A80 (travma/yaralanma BŞT; başka şekilde tanımlanmayan) kodu kapsamında trafik kazası yer almakta ama bu çalışmada hayvan tarafından travmaya uğrayan (at, eşek tepmesi, attan düşme, koç toslaması) hasta başvurusunu kodlamak mümkün olmamaktadır.

Benzer şekilde, gebelik (W82) ve doğum öncesi kanama (W90) tanı kodlarının şikayet olarak kullanıldığını ve acil servisten giriş yapıldığını saptadık.

Sonuç

Çalışmamızda incelediğimiz hastaların yarısından fazlası hastaneye yatırılmadan acil serviste tedavi edilerek çıkarılmıştı. Ayaktan tedavi edilen hastalar popülasyonun yaklaşık beşte birini oluşturuyordu. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da ayaktan tedavi edilen çocuk hastaların oranı erişkinlerden yüksekti. Ayaktan tedavi edilen bu hastaların da yaklaşık üçte biri sağlık ocağına başvurduktan sonra acile gelmişti. Sevk zincirinin uygulanmaya başlamasıyla bu hastaların birinci basamakta çalışan aile hekimlerine başvurmaları beklenebilir. Bölgemizde aile hekimliğine geçen ve mesai dışı acil sağlık hizmetleri vermek isteyen hekimler ateş, kusma, karın ağrısı, ishal, konvülsiyon ve yan/koltuk altı yakınması olan çocuk hastalara karşı hazırlıklı olmalıdırlar. Ayrıca, bayılma, göğüs ağrısı, yan/koltuk altı yakınması ve karın ağrısı olan yetişkin hastaların da mesai dışında aile hekimine başvurmaları beklenebilir.

Diğer taraftan, BBUS-2-G/ICPC-2-R sınıflamasının ülkemizde görülen hastalık özelliklerine uygun hale getirilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. SE, Parker RM, Baker DW, Rask KJ, Williams MV, McNagly. Ambulatory health care use by patients in a public hospital emergency department. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 614-20.
2. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. <http://www.samsun.saglik.gov.tr/pdf/ahkanun.pdf> (01.08.2008 tarihinde erişilmiştir)

3. Gill JM, Mainous AG 3rd, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000; 9: 333-8.
4. Oterino D, Peiro S, Calvo R, Sutil P, Fernandez O, Perez G, Torre P, Lopez M, Sempere T. Accident and emergency department inappropriate utilization. An evaluation with explicit criteria. *Gac Sanit* 1999; 13: 361-70.
5. Tolhurst HM, Ireland MC, Dickinson JA. Emergency and after hours work performed in country hospitals. *Med J Aust* 1990; 153: 458-65.
6. Bridges-Webb C, Britt H, Miles D, et al. Morbidity and treatment in general practice in Australia 1990-1991. *Med J Aust* 1992; 157: 1-53.
7. Johnston CL, Coulthard MG, Schluter PJ, et al. Medical emergencies in general practice in southeast Queensland: prevalence and practice preparedness. *Med J Aust* 2001; 175: 99-103.
8. Lowe BM, Stephenson M. Are general practitioners really prepared? An audit of emergency equipment in general practice. *N Z Med J* 1994; 107: 486-7.
9. Eric P Moll van Charant, Pauline CE van Steenwijk-Opdam, Patrick JE Bindels. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC Family Practice* 2007; 8: 46.
10. Saatçi E, İnan M, Akpınar E. Adana'dan bir Aile Hekimliği Örneği. *Türk Aile Hek Derg* 2006; 10: 20-4.
11. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, Arslantaş D, İnan OÇ. Yaşlı Hastaların Acil Servis Başvuruları. *Geriatrı* 2003; 6: 83-8.
12. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 2003; 20: 311-7.
13. Hallam L. Out of hours primary care. *BMJ* 1997; 314: 157-8.
14. Jessopp L, Beck I, Hollins L, ve ark. Changing the pattern out of hours: a survey of general practice cooperatives. *BMJ* 1997; 314: 199-200.
15. Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998; 316: 1502-5.
16. Giesen P, Haandrikman L, Broens S, ve ark. Centrale Huisartsenposten: Wordt de huisarts er beter van? [GP co-operatives: does the general practitioner benefit from them]. *Huisarts Wet* 2000; 43: 508-10.
17. Uden CJT van, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J* 2004; 21: 722-3.
18. Snooks H, Williams S, Crouch R, ve ark. NHS emergency response to 999 calls: alternatives for cases that are neither life threatening nor serious. *BMJ* 2002; 325: 330-3.
19. Murphy AW. Inappropriate attenders at accident and emergency departments. I. Definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* 1998; 15: 23-32.
20. Van Duijn NP, Weert HCPM, van Scholte D, ve ark. Out of hours: primary care clinic or hospital emergency department? *Eur J Gen Pract* 1998; 4: 68-73.
21. Kulu-Glasgow I, Delnoy D, den Bakker D. Self-referral in a gate keeping system: patients' reasons for skipping the general-practitioner. *Health Policy* 1998; 45: 221-38.
22. Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, ve ark. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome and comparative cost. *BMJ* 1996; 312: 1135-42.
23. Dale J, Lang H, Roberts JA, ve ark. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ* 1996; 312: 1340-4.
24. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001; 18: 482-7.
25. Giesen P, Franssen E, Mokkink H, van den Bosch W, van Vugt A, Grol R. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006; 23: 731-4.
26. Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems *J Accid Emerg Med* 2000; 17: 18-21.
27. Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, And the Netherlands: New models. *Health Affairs* 2006; 25: 1733-7.
28. Richards SH, Pound P, Dickens A, Greco M, Campbell JL. Exploring users' experiences of accessing out-of-hours primary medical care services. *Quality Safety Health Care* 2007; 16: 469-77.
29. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice* 2003; 20: 311-7.
30. de LS, Minnagh C, Kennedy J, Zeimet M, Bommezijn H, Bryant J. A survey to identify the clinical coding and classification systems currently in use across Europe. *Medinfo* 2001; 10: 86-9.
31. Aktürk Z, Dağdeviren N. Birinci Basamağın Uluslar arası Sınıflaması. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayınları, Ankara, 2006.

Geliş tarihi: 05.08.2008

Kabul tarihi: 01.12.2008

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Tamer Edirne
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
65100, Van
GSM: (0533) 727 64 06
e-posta: tameredirne@yyu.edu.tr