

Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü'nün "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" araştırması hakkında bir değerlendirme yazısı

Erhan Eser^a

Bu yazı, Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından 2010 yılı Haziran ayında gerçekleştirilen ve kurumun araştırma serisinin 4 nolu yayını olarak kitap halinde basılan ve kamuoyu ile paylaşılan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti " araştırması raporu hakkında eleştirel bir değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Amaç ve genel kurgu hakkında:

Bu çalışma genel olarak Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmeti uygulamalarının niteliği hakkında bazı bilgileri ve aile hekimliği uygulamasının sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti uygulaması ile karşılaştırma olanağını ortaya koyma potansiyelini taşımaktadır. Bu ve buna benzer çalışmalar Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin performansının değerlendirilmesinde, ulusal düzeydeki bilimsel birikime katkı sağlamaları açısından yararlı çalışmalardır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi yöntemleri: (1) Sağlık düzeyi göstergeleri (düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi ve yenidoğan sonrası ölüm hızları gibi bazı seçilmiş göstergeler), (2) Nüfus başına düşen, başta hekim olmak üzere sağlık insan-gücü sayıları, (3) Toplumdaki bireylerin düzenli ve sürekli olarak bir birinci basamak hekiminin izlemi altında olma oranı ve (4) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hizmet özelliklerinin başarılabılme düzeyi ile değerlendirilmektedir ¹. Bu son yaklaşımda hizmet özellikleri, "Esas hizmet özellikleri" ve bunlardan "Türetilmiş hizmet özellikleri" olarak iki kategori altında incelenir. Bu yaklaşımda birinci basamak hizmetlerin performansının değerlendirilmesinde öncelikle "esas hizmet özelliklerinin" dikkate alınması önerilir. Bunlar, ilk başvuru (ulaşılabilirlik), zamansal (uzunlamasına) süreklilik, kapsayıcılık ve entegrasyon ve ikinci ve üçüncü sağlık hizmet basamaklarıyla eşgüdümdür. Önemi ve hizmetin yetkinliğini göstermesi açısından bu 4 esas özellikten sonra gelen "türetilmiş hizmet özellikleri" ise hekim hasta ilişkileri (memnuniyet), güven, toplum katılımı, toplumun gereksinimlerini bilmek ve aile merkezliktir. Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinin esas özellikleri yerine "hizmete ulaşabilenlerin" memnuniyeti değerlendirilmiştir.

Araştırma raporunun amaç bölümünde, aile hekimliği hizmet sunum modeline geçen ve geçmeyen illerde birinci basamak düzeyinde sunulan sağlık hizmetinin "hastalar" tarafından nasıl algılandığının belirlenmesinin ve uygulamaya geçen ve henüz geçmemiş olan illerin bu açıdan karşılaştırılmasının amaçlandığı belirtilmektedir. Amaç bölümündeki bir diğer ifade ise, birinci basamak hizmetlerden "yararlanan" vatandaşların memnuniyetinin belirlenmesinin amaçlandığıdır. Araştırmanın ilk bakışta hizmetlerden yararlananların memnuniyetlerine odaklandığı ve hizmeti alanların ise "hasta" olarak tanımlandığı gözlenmektedir. Diğer bir ifade ile hizmete ulaşamayanların ve koruyucu sağlık hizmeti alan bireylerin bu kapsamda olmadığı anlaşılmaktadır. Ülke çapında referans niteliğinde olabilecek bu araştırmanın uygulanması, bulguların çözümlenmesi ve raporun yazımı ile ilgili olarak bazı özensizlikler göze çarpmaktadır.

^a Prof. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sorumlu Yazar: Erhan Eser, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Manisa
E-posta: e.eser@bayar.edu.tr

Bu araştırmanın veri toplama sürecinin planlandığı ve raporda belirtildiği gibi 2010 yılı Haziran ayında bitirilemediği bazı illerde 2011 yılı bahar aylarına kadar sürdüğü gözlenmiştir.

Yöntem hakkında:

Bu çalışma, amaç bölümünde de belirtildiği gibi sadece "birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan vatandaşların aldıkları hizmetten memnuniyetlerini" yansıtmayı amaçlamıştır. Bu açıdan bakıldığında bu sonuçlarla ülkemizdeki birinci basamak sağlık hizmetinin geneli hakkında bir çıkarımda bulunulamaz. Ayrıca, araştırmanın, birinci basamakta hizmet veren kurumlara başvuruları temsil edebilirliği konusunda da belirsizlikler vardır. Bu açıdan araştırma yönteminin iyi kurgulanmadığı anlaşılmaktadır.

Örnekleme yapıldığı ifade edilmekle birlikte -örnek büyüklüğü her il için saptanmış ve illere bildirilmiş olsa da- bu örneğin nasıl seçildiği konusunda yeterli bilgi verilmemiştir. İl Sağlık müdürlüklerinin belirlediği ve kendi sağlık personelinin oluşan anketörlerin günün değişik saatlerinde her bir sağlık kurumundan en fazla 10 kişiye anket uygulamaları istenmiştir. O ilde her kurumdan 10 kişi alındığında ilin örnek kotasına ulaşamazsa her kurumdan 15 kişiye kadar anket uygulanabileceği anlaşılmaktadır. Örnek seçimi ile ilgili bilgiler bununla sınırlıdır. Dolayısıyla örnek seçim yönteminin çok sayıda hata içerdiği anlaşılmaktadır. Anket uygulaması için günün farklı saatleri farklı sonuçlar verebilir. Örneğin ayaktan tanı tedavi yoğunluğunun daha az olduğu saatlerde bazı sorulara daha olumlu yanıtlar verilebileceği (örneğin bekleme süreleri, hekimin yeterli zaman ayırabilmesi) düşünülebilir. Her kurumdan seçilecek bu 10 kişi nasıl belirlenmiştir? Bu 10'ar kişinin belirlenmesinde anketörün inisiyatif aldığı anlaşılmaktadır. Kendisine verilen yaş ve cinsiyet kotasına göre kişileri seçmektedir. Ayrıca anket uygulamasının her bir kurum için aynı gün içinde olup olmaması da seçimi etkileyen faktörler arasında sayılabilir.

Ankete verilen cevapların hekim ve kurumdaki sağlık personelinin o andaki davranışından etkileneceği beklenen bir durumdur. Bunu önlemenin yolu, anketi sağlık personelinin olabildiğinde habersiz olduğu "çok kısa" bir zaman diliminde uygulanmasıdır. Ancak iller kendi aralarında bir yarışa sokulduğu için buna özen gösterilmeyeceği düşünülebilir. Nitekim bizim, uygulama sırasındaki gözlemlerimiz de bunu doğrulamaktadır. Ayrıca veri girişlerinin de anketin doldurulduğu ilde web üzerinden yapılması bazı veri kalitesi sorunlarına da yol açmış olabilir.

Diğer taraftan gereç yöntemde göze çarpan diğer bir konu da boyutların Cronbach alfa değerlerinin hesaplandığı ve boyut analizi için "temel bileşenler analizinin" kullanıldığıdır. Ölçeğin boyut skorlarının hesaplanmadığı ve dolayısıyla verilmediği böyle bir çalışmada neden iç tutarlılık ve faktör çözümlemesi yapıldığı anlaşılmamıştır. Gereç yöntemde yapıldığı belirtilen boyut çözümlemesi sonuçlarına ise raporun herhangi bir yerinde rastlanamamıştır.

Ölçüm Gereci ve puanlama hakkında:

Bu çalışmada, genel pratisyenlik/aile hekimliği hizmetlerinin niteliğinin hastalar tarafından değerlendirildiği EUROPEP ölçeği kullanılmıştır. "Hekimin klinik davranışı" (17 soru) ve "Hizmet örgütlenmesi" (6 soru) adında iki ayrı boyuttan ve 23 sorudan oluşan bu ölçüm gereğine ek olarak bağımsız 3 soru eklenmiş ve genel hizmet memnuniyeti bu son 3 soru ile değerlendirilmiştir. Standart bir ölçüm gereci olan EUROPEP'e ek olarak neden 3 soru eklendiği raporda yeterince ifade edilmemiştir. EUROPEP ölçeğinin yukarıda sözü edilen 2 boyutunun skorları hesaplanmamış ve karşılaştırmalarda kullanılmamıştır. Araştırma raporunda okuyucunun bilmek isteyeceği ama yer verilmeyen bir diğer eksiklik de ölçek skorunun nasıl hesaplandığıdır. Skor hesaplamasında, EUROPEP rehberinde (manual) ² her bir soru için yanıtlanan "mükemmel" cevabı için "1" puan, geçerli olan diğer cevaplar için "0" puan verilerek

soruların puan ortalamasının hesaplandığı belirtilmektedir. Bu hem ölçeğin genel skoru için hem de ayrı ayrı boyutlar için skor hesaplamasında başvurulan bir yöntem olarak önerilmektedir. Raporun gereç yöntem bölümünde bu yöntemin uygulanmadığı, bunun yerine boyut ve genel memnuniyet hesaplamasında ölçeğin orijinalinde bulunmayan 24, 25 ve 26 nolu soruların dikkate alındığı belirtilmektedir. Dolayısıyla ölçek raporunda boyut skorları da veril(e)memiştir. Standart metodoloji yerine neden böyle bir seçime gidildiği açıklanmamıştır.

Bulgular hakkında:

Raporun bulgular bölümünde bu kapsamdaki araştırmalarda çok önemli bir unsur olduğu bilinen “katılım oranı” verilmemiştir. Her bir kurumda 10 veya 15 hasta ile görüşüldüğü belirtilmiştir. Katılmayanların kayıtlarının tutulmadığı anlaşılmaktadır. Bu durumda çalışmaya katılmaya gönüllü olanlarla ilgili sonuçların verilmesi sonuçların güvenilirliği hakkında şüphe duyulmasına neden olabilir. Özellikle EUROPEP çalışmalarında bu konuya dikkat çekilmektedir. Nitekim 2002 yılında Avrupa’da EUROPEP kullanılarak 9 ülkede yapılan çok merkezli çalışmada araştırmaya katılım oranları %47 - %89 arasında olmuştur³.

Hizmet memnuniyeti araştırmalarında cinsiyet ve özellikle de yaşın kontrol edilmesi gerektiği bilinmektedir. Nitekim EUROPEP kullanıcı rehberinde² ve Avrupa’da yapılan diğer bir çalışmada⁴ özellikle yaşın kontrole edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Tablo 1.1 de yaş karşılaştırması yapılmak istense de bu karşılaştırma amaca hizmet etmemektedir. Yapılan karşılaştırma sadece aile hekimliği uygulanan ve uygulanmayan illerde kendi içlerinde kadınlarla erkeklerin yaş ortalaması farklılığını ortaya konmuş, her iki grup ilde de kadınların erkeklerden anlamlı düzeyde daha yaşlı oldukları gösterilmiştir. Oysa ki esas önemli olan bu iki il grubu arasındaki yaş farkıdır ve bu bulguya yer verilmemiştir. Aynı yaklaşım eğitim düzeyleri açısından da söz konusudur. Bu iki il grubu arasındaki eğitim farklılığı ya da benzerliği gösterilememiştir.

İl bazında ve ülke genelinde yapılan karşılaştırmalarda verilen memnuniyet ve memnuniyetsizlik yüzdelerinin doğrudan Likert tipindeki yanıt seçeneklerinden elde edilen yüzdeleri yansıttığı anlaşılmaktadır. Burada okuyucunun bilmek isteyebileceği önemli bazı bilgiler eksik kalmıştır: Öncelikle Türkiye geneli için her bir soruya her bir seçenek için (5 seçenek için ayrı ayrı olmak üzere) verilen yanıt yüzdeleri raporda verilmemiştir. Bu tablonun aile hekimliği uygulanan ve uygulanmayan iller için gruplanmış olarak ayrıca verilmesi de uygun olacaktır. Diğer taraftan memnuniyet ve memnuniyetsizlik yüzdeleri birleştirildiğinde %100.0 değerini bulmamaktadır. Bu demektir ki bazı seçeneklerin yüzde değerleri dikkate alınmamıştır. Bu hangi seçenek veya seçeneklerdir? Memnuniyet ve memnuniyetsizlik yüzdeleri hangi seçeneği (veya seçenekleri) yansıtmaktadır? Benzer şekilde Tablo 1.4 - 1.28 arasındaki tablolarda sunulan yüzdeler, “kötü”, “normal” “iyi” seçeneklerinin yüzdeleridir. Üretilen bu 3 seçenek ölçeğin 5’li yanıt seçeneklerinden hangilerine ait yüzdelerdir? Hangi seçenekler birleştirilmiştir? Bunlar sonuçları etkilemesi açısından çok önemli olduğundan bu bilgilerin raporda sunulması uygun olacaktır.

Aile hekimliği pilot uygulama illerinde memnuniyet yüzdesi %82.8 iken sosyalleştirmenin uygulandığı illerde bu oranın %80.1 olması, her ne kadar tek tek soru bazlı karşılaştırmalarda aile hekimliği uygulanan iller lehine anlamlı farklılıklar gösterse de ilginç bir bulgudur. Her iki il grubundaki %80’lerin üzerindeki oranlar bir olumluluğa işaret etmektedir. Ancak aradaki bu % 2.7’lik fark, aile hekimliği uygulamasına aktarılan büyük kaynaklar dikkate alındığında “memnuniyet” gibi öznel bir değerlendirmede bile beklenenden düşük bir yüzde olarak değerlendirilebilir. Diğer tarafta aile hekimliği uygulamasının da birinci basamak hizmet uygulamasında randevu alabilme ve bekleme sorunlarını yeterince çözemediği anlaşılmaktadır. EUROPEP kullanılarak Türkiye’de yapılan bir diğer çalışmada benzer şekilde “beklemenin” önemli bir sorun olduğu

vurgulanırken, bu çalışmadaki bulguların aksine telefonla ulaşılabilirlik konusunda bir sorun olmaması ilginç ve beklenmedik bir bulgudur⁵. Birinci basamakta özellikle hekim hasta iletişimi ile ilgili benzer sorunlar Filistin gibi Avrupa dışındaki ülkelerde de izlenmektedir⁶. Bekleme ile ilgili sorunlar ise Avrupa'da da güncel bir sorun olarak kabul edilmektedir⁷.

Sonuç ve öneri:

Bu rapor genel olarak ülke çapında birinci basamakta ayaktan tanı tedavi amacıyla "başvuran hastalarla" ilgili bazı önemli bilgiler sağlamaktadır. Ancak bu çalışmada kullanılan yöntem ve çözümleme yaklaşımı, ulaşılan sonuçların genellenebilirliğinde ve güvenle yorumlanmasında güçlükler içermektedir. Bu nedenle bu sonuçlar, amaçta belirtilen iller arasında sağlıklı bir karşılaştırma yapabilece olanağı tanımamaktadır.

Hasta memnuniyeti, ayaktan tanı tedavi hizmetlerinin önemli bir yönü olsa da bu hizmetlerinin niteliğini ortaya koymada yeterli değildir, bunun için kanıt dayalı bilgilere gerek vardır. Nitekim, hekimden memnun olup diğerlerine önermek ile birinci basamağa ulaşılabilirlik ve diğer esas hizmet özellikleri arasında zayıf bir ilişki olduğu ve hatta herhangi bir ilişki olmadığı Avrupa'daki çok merkezli diğer çalışmalarda da gösterilmiştir⁸⁻¹⁰. Öte yandan, hastaların hekimleri hakkında yeterli bilgi sahibi olamadan onları iyi veya kötü hekim olarak değerlendiremeyecekleri diğer çalışmalarda da kabul edilen bir durumdur¹¹. Bu durum Türkiye için de söz konusudur ve bu nedenle hekimlerle ilgili sorulara verilen yanıtlar daha dikkatle yorumlanmalıdır.

Türkiye çapında Aile hekimliği uygulamasının, bu yazıda belirtilen, birinci basamak sağlık hizmetlerinin "esas" hizmet özelliklerinin değerlendirildiği kapsayıcı bir çalışmaya gereksinim vardır.

Kaynaklar

- 1- Starfield B. Primary Care, Oxford University Press, 1992.
- 2- Wensing M (co-ordinator) EUROPEP 2006 Revised Europep instrument and user manual UMC St Radboud, Centre for Quality of Care Research.

- 3- Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Kunzi B, Mendive J, Grol R. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002;14(2):111-8.
- 4- Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res.* 2008; 20;8: 178.
- 5- Dağdeviren N, Akturk Z An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument. *Yonsei Med J.* 2004; 29;45(1):23-8
- 6- Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, Alegakis A, Lionis C, Philalithis A. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: the use of EUROPEP in Gaza Strip-Palestine. *J Med Syst.* 2007; Dec;31(6):497-503.
- 7- Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J.[How do patients evaluate general practice? German results from the European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich.* 1999; 93(6):437-45.
- 8- Vedsted P, Heje HN. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26(4):228-34.
- 9- Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy.* 2006;76(1):72-9. Epub 2005 Jul 1.10
- 10- Wensing M, Baker R, Szecsenyi J, Grol R; EUROPEP Group. Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe. *Health Policy.* 2004;68(3):353-7.
- 11- Berger B, Lenz M, Mühlhauser I. [A satisfied patient--a good doc? To what extent is patient satisfaction an indicator of quality in general practice? A systematic review]. *Z Evid Fortbild Qua Gesundheitswes.* 2008;102 (5):299-306.