

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ ACİL
SERVİSİ'NE 10 GÜN İÇERİSİNDE TEKRAR BAŞVURAN
HASTALARIN SIKLIĞI, TEKRAR BAŞVURU
NEDENLERİNİN İNCELENMESİ:1 YILLIK İNCELEME

Dr. Mine TÜRKOZÜ

Acil Tıp Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2014

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ ACİL
SERVİSİ'NE 10 GÜN İÇERİSİNDE TEKRAR BAŞVURAN
HASTALARIN SIKLIĞI, TEKRAR BAŞVURU
NEDENLERİNİN İNCELENMESİ:1 YILLIK İNCELEME

Dr. Mine TÜRKOZÜ

Acil Tıp Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Yrd. DoÇ.Dr. Nurdan ACAR

ESKİŞEHİR
2014

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Mine TÜRKÖZÜ' ne ait "Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Servisi' ne 10 Gün İçerisinde Tekrar Başvuran Hastaların Sıklığı, Tekrar Başvuru Nedenlerinin İncelenmesi: 1Yıllık İnceleme" adlı çalışma jürimiz tarafından Acil Tıp Anabilim Dalı' nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 20.10.2014

Jüri Başkanı	Yrd. Doç. Dr. Nurdan ACAR Acil Tıp Anabilim Dalı
Üye	Doç. Dr. Ayfer KELEŞ Acil Tıp Anabilim Dalı
Üye	Yrd. Doç. Dr. Engin ÖZAKIN Acil Tıp Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu' nun
.....Tarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr. Enver İHTİYAR
Dekan Vekili

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve gelecekte Türkiye Acil Tıp'ına yön verebilmek amacıyla her türlü desteği veren değerli hocalarım Prof. Dr. Arif Alper ÇEVİK, Yrd. Doç. Dr. Nurdan ACAR, Yrd. Doç. Dr. Engin ÖZAKIN ve Öğr. Gör. Dr. Filiz BALOĞLU KAYA'ya, tezin istatistiklerinin hazırlanmasında yardımlarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Didem ARSLANTAŞ' a tez aşamasında yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

ÖZET

Türküzü,M. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Acil servisi'ne 10 gün içerisinde tekrar başvuran hastaların sıklığı, tekrar başvuru nedenlerinin incelenmesi: 1 yıllık inceleme. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2014. Acil servise(AS) 10 gün içerisinde tekrar başvuran hastaların sıklığını ve tekrar başvuru nedenlerini değerlendirip, AS hizmetlerinin ileriye dönük planlanmasının yapılmasına ve böylece daha hızlı, daha etkili, daha verimli AS hizmetlerinin sunulmasına katkıda bulunmak amacıyla 01.11.2012-30.10.2013 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Servisi'ne 10 gün içerisinde tekrar başvuran 18 yaş ve üstü hastalar değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, ilk ve tekrar başvuru nedenleri, tekrar başvuru sayıları, ilk ve tekrar başvuru sonrası sonuçları belirlendi. Çalışmaya 1832 hasta alındı. Başvuran hastaların ortalama yaşı 43.54 ± 19.43 idi(18-91). Tekrar başvuru yapan hastaların çoğunluğunu genç yaş grubu (18-25, %25.8) oluşturmaktaydı. Hastaların 1029'u(%56.2) erkek, 803'ü(%43.8) kadındı.Bir defa tekrar başvuran hasta sayısı (1627,%88.8) belirgin olarak yüksekti. Hastaların ilk başvuru nedenleri en sık kas-iskelet sistemi (288, %15.7) ile ilgili tanılardı. Hastaların büyük çoğunluğunun (1668, %91) ilk başvuru sonrası taburcu edildi. AS'e tekrar başvuru nedenlerinden poliklinik hizmetine ulaşamama-geç ulaşma (993, %54.2) en sık neden olarak bulundu. Çalışmaya alınan 1832 hastanın 1599'u(%87.3) tekrar başvuru sonrası taburcu edilirken 114'ünün(%6.2) servise, 80'inin (%4.4) yoğun bakıma yatırıldı. Hastaların 8'i(%0.4) kaybedildi. Hastaların 29'u (%1.6) kendi isteği ile tedaviyi kabul etmedi. 2'si (%0.1) sevk edildi. Tekrar başvurular AS yoğunluğunu ve AS çalışanlarının iş yükünü artırmaktadır. Poliklinik hizmetine ulaşımını kolaylaştırma gibi önlemler alınarak AS'e yapılan tekrar başvuru sayısı azaltılabilir. Tekrar başvurularda dikkatli olunup yanlış tanı ve hastaneye yatış gerektiren durumlar açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Tekrar Başvuru

ABSTRACT

Türküzü, M. Rates and Reasons of Re-Referral Within 10 Days of Patients in the Department of Emergency Medicine of Eskişehir Osmangazi University Hospital: A 1- Year Study. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Medical Speciality Thesis in Department of Emergency Medicine, Eskişehir, 2014. In order to plan the future emergency services and to render them faster, more efficient, and more productive, we studied the rates and reasons of patients aged ≥ 18 re-referring within 10 days to the Department of Emergency Medicine (EM) of Eskişehir Osmangazi University Hospital between dates 01 November 2012 and 30 October 2013. We determined the patients' demographic characteristics, reasons of referral and re-referral, number of re-referrals, and results of first referral and re-referrals. The study included 1832 patients with a mean age of 43.54 ± 19.43 (18-91). Most of the patients re-referring were in the young age group (18-25, 25.8%). Of the patients, 1029 (56.2%) were males and 803 (43.8%) females. The number of patients re-referring once was markedly high (1627, 88.8%). The most frequent reason of the first referrals was associated with musculoskeletal system (288, 15.7%). Most of the patients (1668, 91%) were discharged after their first referral. The most frequent reason of re-referral was outpatient services formerly not received or late received (993, 54.2%). Of the 1832 patients, 1599 (87.3%) were discharged after re-referral, and 114 (6.2%) were hospitalized in the emergency clinic and 80 (4.4%) hospitalized in the intensive care unit. Eight patients (0.4%) were lost. Twenty-nine patients did not accept treatment (1.6%). Two patients (0.1%) were sent to other clinics. Re-referrals increase the intensity in EM as well as work-load of the staff. Taking the necessary measures such as facilitating the outpatient services may decrease the number of re-referrals. In case of re-referrals, care should be taken not to misdiagnose and to evaluate well the cases requiring hospitalization.

Keywords: Emergency Department, re-referral

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Tıp ve Tanımı	3
2.2. Dünyada Acil Tıp Tarihi ve Hizmetlerinin Kullanımı	4
2.3. Türkiyede Acil Tıp Tarihi	6
2.4. Gerçek Acil	7
2.5. TriaJ Tanımı ve Acil Servislerde TriaJ	8
2.6. TriaJ Kategorileri ve Tanımları	9
2.7. Hızlı Acil	10
2.8. Acil Serviste Hastaların Sonuçlanması	12
2.9. Acil Servise Tekrar Başvuru	13
2.10. Acil Servise Tekrar Başvuru Nedenleri	13
2.10.1. Yaş ve Cinsiyet	13
2.10.2. Poliklinik Hizmetine Ulaşamama- Geç Ulaşma	14
2.10.3. Başvuru Nedeni	15
2.10.4. Yaşamsal Bulgular	15
2.10.5. Ek Hastalıklar ve Kronik İlaç Kullanımı	16
2.11. Acil Servis Yıllık Hasta Sayısı ve Acil Servis Çalışanları	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Çalışma Tasarımı, Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi	17
3.2. Verilerin İstatiksel İncelenmesi	18

	Sayfa
4. BULGULAR	19
4.1. Hastaların Demografik Özellikleri ve Tekrar Başvuru Oranları	19
4.2. Hastaların Triaaj Kategorilerinin İncelenmesi	23
4.3. Hastaların Yaşamsal Bulgularının İncelenmesi	24
4.4. Hastaların Ek Hastalıklarının Değerlendirilmesi	25
4.5. Hastaların Tekrar Başvuru Sıklığının Değerlendirilmesi	26
4.6. Hastaların Acil Servise İlk Başvuru Nedenlerinin Değerlendirilmesi	33
4.7. Hastaların Acil Servise İlk Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi	35
4.8. Hastalara Acil Servise Tekrar Başvuru Nedenlerinin Dağılımı	36
4.9. Hastaların Acil Servise Tekrar Başvuru Sonuçlarının Dağılımı	38
4.10. Hastaların İlk Başvuru sonucu İle Tekrar Başvuru Sonucunun Karşılaştırılması	41
5. TARTIŞMA	43
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	53

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACEP	American College of Emergency Physicians
AS	Acil Servis
ATA	Acil Tıp Asistanı
ATH	Acil Tıp Hizmetleri
A dk	Dakika
TU	Acil Tıp Uzmanı
°C	Santigrad derece
DM	Diyabetes Mellitus
ESOGÜTF	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KKY	Konjestif Kalp Yetmezliği
mmHg	Milimetre civa
PTB	Proglanmamış Tekrar Başvuru
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği

ŞEKİLLER

	Sayfa
4.1. Hastaların yaş gruplarına göre dağılım grafiği	20
4.2. Hastaların medeni durumuna göre dağılım grafiği	21
4.3. Hastaların meslek durumlarına göre dağılımı	22
4.4. Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı	23
4.5. Hastaların triaj kategorilerine göre dağılımı	24
4.6. Hastaların tekrar başvuru sıklığı	26
4.7. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının cinsiyete göre dağılımı	28
4.8. Hastaların tekrar başvuru sıklığının triaj kategorilerine göre dağılımı	32
4.9. Hastaların tekrar başvuru sıklığının öyküde 'diğer' durumuna göre dağılımı	33
4.10. Acil servise tekrar başvuran hastaların sistemlere göre ilk geliş nedenleri ve tekrar başvuru oranları	35
4.19. Hastaların tekrar başvuru nedenlerine göre dağılımı	37
4.14. Hastaların tekrar başvuru sonucuna göre dağılımı	39

TABLolar

	Sayfa
2.1. TriaJ kategorilerinin tanımı ve bu durumlara uyan örnekler	11
2.2. Hızlı acil kriterleri	12
4.2. Tekrar başvuran hastaların yaş gruplarına göre dağılımı	19
4.2. Tekrar başvuran hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı	20
4.3. Başvuran hastaların medeni durumuna göre dağılımı	21
4.4. Başvuran hastaların meslek durumuna göre dağılımı	22
4.5. Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı	23
4.6. Hastaların triaj kategorilerine göre dağılımı	24
4.7. Acil servise tekrar başvuran hastaların yaşamsal bulguları ortalaması	25
4.8. Acil servise tekrar başvuran hastaların ek hastalıklarının değerlendirilmesi	25
4.9. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığı	26
4.10. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının yaşa göre dağılımı	27
4.11. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının cinsiyete göre dağılımı	28
4.12. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının hastaların medeni durumuna göre dağılımı	29
4.13. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının hastaların meslek gruplarına göre dağılımı	30
4.14. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının hastaların eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımı	31
4.15. Hastaların tekrar başvuru sıklığının hastaların triaj kategorilerine göre dağılımı	32

	Sayfa
4.16. Hastaların tekrar başvuru sıklığının öyküde 'diğer hastalıklar' durumuna göre dağılımı	33
4.17. Acil servise tekrar başvuran hastaların sistemlere göre ilk geliş nedenleri ve tekrar başvuru oranları	34
4.18. Acil servise tekrar başvuran hastaların ilk başvuru sonuçlarının karşılaştırılması	36
4.19. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru nedenlerine göre dağılımı	37
4.20. Hastaların tekrar başvuru sonucuna göre dağılımı	38
4.21. Hastaların tekrar başvuru sıklığı ile tekrar başvuru sonuçlarının karşılaştırılması	40
4.22. Hastaların ilk başvuru sonucu ile tekrar başvuru sonucunun karşılaştırılması	41

GİRİŞ

Acil servisler kazalar ve beklenmedik şekilde ortaya çıkan sağlık sorunlarında başvuru yapılan kurumlardır⁽¹⁾. Gelişmiş ülkelerde acil servis başvuru oranları sağlık başvurularının % 5-8'i iken Türkiye'de bu oran %28-30 civarındadır⁽²⁾.

Dünyada Acil Tıp Hizmetlerinin (ATH) diğer branşlardan ayrı bir klinik tıp uygulaması olması 1970'li yıllara dayanır⁽²⁾. Ülkemizde ise ATH 1993 yılından beri ülke genelinde yapılmakta ve gelişme çalışmaları devam etmektedir^(3,4).

Acil Tıp, hastaların yaş, cinsiyet, başvuru şekli, ödeme gücüne bakmaksızın, acil bir hastalık ve yaralanma durumunun tanısı, tedavisi ve gerektiğinde ileri destek ve tedavi için yönlendirilmesi yanında acil durumlarında önlenmesi için çalışan bir klinik tıp uygulamasıdır⁽¹⁾. Toplumdaki insanların ATH aldıkları başlıca yerler de hastanelerin genellikle AS'leridir.

Son zamanlarda tüm dünyada birçok hastanenin acil servisinde aşırı hasta yoğunluğu yaşanmaktadır. Bu yoğunluk nedeni ile Acil Tıp hekimlerinin daha kısa zamanda daha fazla hastaya bakması zorunlu hale gelmekte ve hayati kararları verirken daha hızlı olmak zorunda kalmaktadırlar^(1,2). Aynı zamanda, yoğunluk artıkça hasta bakım kalitesi düşmekte ve acil servislerin bekleme salonlarında hasta bekleme süreleri uzamaktadır. Son yıllarda yapılan birçok araştırma ve uygulamalarla hasta yoğunluğunu ve hasta bekleme sürelerini azaltmak hedeflenmektedir.

Türkiye'de de acil servislere yapılan başvuru sayısı hızla artmaktadır⁽⁵⁾. Bu artışın nedenleri arasında acil servise başvuran her hastanın sosyal güvenceleri ne olursa olsun kabul edilmesi, mesai saatleri dışında acil servislere başvuru yapılabilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yeterince güven duyulmaması, bu nedenle hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan tedavi ve konulan tanılarını bir üst kuruluşa onaylatma isteği, polikliniklerdeki hasta yoğunluğu, poliklinik sistemine randevu ile ulaşılması veya geç ulaşılması düşünülmektedir.

Türkiye’de çoğu zaman acil servislere ideal tanıma uygun şekilde hasta başvurusu yapılmamaktadır. Hastalar tarafından çoğu zaman acil servisler poliklinik ve birinci basamak sağlık birimleri gibi kullanılmaktadır⁽⁵⁾.

Günümüzde uygulanmakta olan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ’ne göre; Hastanın aynı sağlık kurumunda aynı branşa, ayaktan ilk müracaatını takip eden 10 gün içinde ikinci defa ayaktan başvurması halinde; ikinci müracaatıyla ilgili sadece birinci fıkranın (a), (b), (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen işlem bedelleri faturalandırılabilir olup SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutar faturalandırılmaz (Madde:4.2.1.B.1). Bu nedenle hastalar 10 gün içerisinde tekrar poliklinik birimlerine başvuramazlar. Bu da poliklinik birimlerine ulaşmayı güçleştiren nedenlerden biridir.

Acil servise başvuran tüm hastaların ilk başvuruda acil olarak değerlendirilmesi ve acil servise kabul edilmesi şarttır. Acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliği (Resmi Gazete: 25 Mart 2010) Madde 9’a göre; Acil servise başvuran tüm hastaların triyaj işlemleri en kısa sürede tamamlanır. Bunu takiben tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulur ve triyaj koduna uygun olan alana alınırlar⁽⁶⁾. Acil servise başvuran her hastanın kabulünün zorunlu olması da hasta yoğunluğunu artıran bir diğer nedendir.

Acil servise (AS) başvuran hastaların %2-11’ini kısa süreler içerisinde tekrar başvuran hastalar oluşturmaktadır. Bu başvuruların %40’ı ise engellenebilir başvurulardır⁽⁷⁾. Sadece ilk üç gün içerisinde aynı şikayetle tekrar başvuru oranları %1 ile %5.7 arasında saptanmıştır^(8,9). Yedi günlük takibin yapıldığı bir başka çalışmada bu oran %11’lere çıkmaktadır⁽¹⁰⁾. Ayrıca acil servislerin aynı şikayetle başvuran hastalar tarafından kullanılması ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda, bu başvuruların diğer hastaların bakım kalitesini de kötü yönde etkilediği gösterilmiştir^(11,12).

Bu çalışmanın amacı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi AS’ine 10 gün içerisinde tekrar başvuran hastaların sıklığını ve tekrar başvuru nedenlerini değerlendirilip, AS hizmetlerinin ileriye dönük planlanmasının yapılmasına ve böylece daha hızlı, daha etkili, daha verimli acil sağlık hizmetlerinin sunulmasına katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Tıp ve Tanımı

Acil tıbbi durum; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda gereken tıbbi müdahalenin hemen yapılmadığı veya geciktiği durumlarda ciddi sağlık sorunlarının oluşma ve/veya beden bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı durumlardır. Bu durumların değerlendirilmesi, tedavi edilmesi, yönlendirilmesi ve oluşmasının önlenmesini amaçlayan uzmanlık dalı Acil Tıp'tır⁽¹³⁾.

Acil Tıp, hastaların, yaş, cinsiyet, başvuru şekli, ödeme gücüne bakmaksızın, acil bir hastalık ve yaralanma durumunun tanısı, tedavisi ve gerektiğinde ileri destek ve tedavi için yönlendirilmesi yanında acil durumların önlenmesi için çalışan bir klinik tıp uygulamasıdır. Aslında Acil Tıp Hizmeti (ATH) hastalanma veya yaralanmanın olduğu zaman ve çevreden başlayıp, hastaların nakli, AS içindeki yaklaşım ve sonrasında hastanın taburcu edilmesi veya ilgili bölüme devredilmesine kadar olan süreçteki hizmetlerin tamamını kapsamaktadır. Tüm bu uygulamalar ancak iyi eğitilmiş ve yeterli sayıda tıbbi personel ile mümkündür.^(14,15)

ATH'nin kalitesini arttırmak, daha iyi hizmet verebilmek ve tüm dünyada ortak bir tutum içinde olabilmek için Acil Tıp'ın öncülüğünü yapan ABD gibi ülkelerde çeşitli kılavuzlar hazırlanmıştır.

American College of Emergency Physicians (ACEP)'e göre ATH:

1. Toplumun her bireyi için ulaşılabilir olmalı,
2. Hastane öncesi, AS ve diğer yataklı tedavi bölümlerindeki hizmetler arasında tam ve kesintisiz bir işbirliği olmalı,
3. Hasta değerlendirilmesi ve tedavisi en uygun ve en kısa yoldan yapılmalı,
4. Hastaların tanı ve tedavileri için gerekli tüm ekipmanlar AS içinde bulunmalı,
5. Acil bakım hizmetlerinin asıl öğelerinden olan hekim, hemşire ve yardımcı tıbbi personelin birbirini ile ve diğer bölüm personeli

arasında uyumlu bir iş bölümü olmalıdır.

6. AS doktorları; günde 24 saat haftada 7 gün hizmet sağlamalıdır
7. Zaman çok önemli bir öge olup, zamanı uygun kullanmak acil bir durumu önleyebilir ve hayat kurtarabilir.
8. Her tıbbi acil; önleme, hazırlık, tanı koyma ve uygulama olmak üzere 4 ana ögeyi içerir.
9. Bir yaralanma veya herhangi bir tıbbi problemden sonraki ilk dakikalar en önemli zaman dilimidir ve buradaki anahtar nokta; ne yapacağını bilmek, sakin kalmak ve gerekli olanı uygulamaktır.
10. Özellikle hastane öncesi dönemde ciddi acil hastalık veya travmalı hastaların yönetiminde acil tıbbi yardım hattını (112) aramak en önemli işlerden biridir⁽¹⁶⁾.

Acil Tıp doktorları AS'ler ve diğer sağlık bakım sektörlerine değerli klinik hizmetlerin yanında, hastane dışı Acil Tıp Sistemlerinin koordinasyonu, AS ekipman ve fiziki şartlarının düzenlenmesi gibi idari hizmetler de sunmaktadır⁽¹⁷⁾.

2.2. Dünyada Acil Tıp Tarihi ve Hizmetlerinin Kullanımı

Acil Tıp, 20. yüzyılın değişen şartlarından doğmuş bir klinik daldır. Yüzyılın iki büyük savaşı ile birlikte savaş alanındaki yaralanmalarda kazanılan tecrübeler sivil hayata aktarılmaya başlandı. Yine savaşlar sonrasında toplumlarda oluşan iyimser hava ile nüfusun artması, kentlerin nüfusunun artmasına yol açtı. Bu artışa savaş için tank, uçak, vb. savaş aracı üreten fabrikaların sivil hayat için otomobiller üretmeye başlaması ile yollarda dolaşan otomobil sayısının artması da eklendi. Yollarda dolaşan otomobil trafiği de artmaya başladı.

İkinci Dünya Savaşı sonrası 1945 yılında başlayan ve "baby boom" olarak anılan nüfus patlamasında doğan bebeklerin 18 yaşında aldıkları ehliyetleri ile trafiğe çıkmalarının 1960'lı yıllar olması ve trafik kazalarında o

yıllarda görülen müthiş artışın acil sağlık hizmetlerindeki yetersizliği gözler önüne koyması da doğal bir sonuç mu idi yoksa bir tesadüf müydü belki hiç bilemeyeceğiz. Bildiğimiz ise bunun etkilerinden birinin Acil Tıp Uzmanlığı'nı doğurmasıdır.

Ancak bu toplumsal değişime ne sağlık sistemleri, ne hastaneler, ne de doktorlar hazır değildi. 1960 yılların ortalarına kadar gelişmiş ülkelerde hastanelerin AS'leri sadece birer odadan oluşmakta ve personel olarak genellikle tek bir doktor yada hemşire bulunmaktaydı. İngilizce acil servis kelimesinin anlamı olan "Acil Odası (Emergency Room)" terimi de buradan gelmektedir. Bu durum 1965 yılında ABD'de yayınlanan ve Vietnam'da yaralanan bir askerin herhangi bir kentin sokaklarında kaza geçiren bir kişiden daha yüksek yaşam şansı olduğunu ortaya koyan ve "Beyaz Kağıt" olarak bilinen "Kazalara bağlı Ölüm ve Sakatlık- Modern Toplumun ihmal edilen hastalığı" adlı rapor ile toplum şok olana kadar sürdü. Bu rapor ile ABD'de hastane öncesi ve hastane AS hizmetlerinin iyileştirilmesi için yaptırımlar ve yasalar uygulamaya konmaya başladı.

Acil sağlık hizmetlerinin 1970'li yıllarda ayrı bir uzmanlık dalı olması gerekliliği iyiden iyiye ortaya çıktı. İlk uzmanlık programları ABD'de açıldı ve Acil Tıp Uzmanları yetiştirilmeye başlandı.

Dünyada Acil Tıp Hizmetleri 1990'lı yıllarda bu iki sistemin etkisindeki farklı ülkelerde etkin bir şekilde verilmekte idi. Acil bakım talep eden hastaların sayısı 1960'lı yıllardan beri katlanarak arttı ve geçtiğimiz yüzyılın sonunda sağlık hizmet sunucularının en büyük alıcısı oldular. Bu artan hasta sayısına yerinde hizmet götürmek teknik ve ekonomik olarak daha zor olmaya başladı ve bu durum Franko-German sisteminde zaman zaman tıkanıklıklara yol açtı. Bunun yanında Acil Tıp hizmetlerinin standardizasyonu ve kalite artırma çalışmaları ile Anglo-Amerikan sistemi kamuoyunda öne çıkmaya başladı. Toplu kazalar, afetler ve terörizm faaliyetlerindeki artış gelişmiş AS'lerin hastaneler için zorunlu birer tedavi alanı olmasına yol açmıştır^(13,18).

2.3. Türkiye’de Acil Tıp Tarihi

Dünyada Acil Tıp alanında gelişmeler olurken, Türkiye 2. Dünya Savaşı’na girmemiş ve ‘baby boom’ yaşamamıştı. Savaşta yıkıma uğrayan Avrupa ülkelerine ekonomik yardımı öngören ve “Marshall Planı” adı ile anılan yardım programına dahil olmuştu. Bu yardım planının en belirgin yansıması 1950-1960 arasındaki 10 yıl içinde Türkiye’nin karayollarına yapılan yatırımlar olmuştu. Bu süreç 1960 yıllarından itibaren Türkiye’nin trafik kazaları olguları ile daha sık tanışmasına aracı olmuştur. Bu dönemde Türkiye’de bu konuya neredeyse tek başına, ilk eğilen ve İlk ve Acil Yardımın önemini o yıllarda ülkemizde yaymaya çalışan Prof. Dr. Rıdvan Ege’dir. Ancak ne yazık ki 60’lı ve 70’li yıllarda Türkiye’nin gündemindeki birçok ulusal ve uluslar arası ciddi sorunlar nedeniyle İlk ve Acil Yardım’a gereken destek verilmedi hatta 80’li yılların ortalarına kadar bu konuda toplumsal anlamda bir gelişme de olmadı.

Ülkemizde ekonomide ve siyasette köklü değişimlerin yaşandığı yıllar 1980’li yıllardı. Türkiye klasik bir tarım ülkesi görünümünden, sanayi ve hizmet sektörüne doğru bir yönelişe geçmiş ve bunun en erken belirtisi olarak kente göç ve kent nüfusunun hızla artmaya başlaması kendini göstermişti. Doğal olarak kentlerin alt yapısı, yolları ve sağlık hizmetleri de bu değişime hazır değildi. Artan trafik kazalarına bağlı yaralanma ve ölümler bir dönem Türkiye’nin en yüksek ölüm nedeni olarak kaldı. Bu dönemde yapılan ilk gelişme 1983 yılında çıkarılan Trafik Kanununun 2918. maddesi ile karayollarında ve şehirlerde ambulans hizmetlerinin tanımlanması oldu. Karayollarında ambulansların sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilirken, kentlerde belediye hizmetleri altında tanımlandı. Acil Yardım’a telefonla ulaşmak için ambulans çağrı hızır acil servis numaraları belirlendi. İlk belirlenen numara 077 iken 1994 yılında günümüze 112 numarası, acil yardım için ambulans çağrı numarası olarak kabul edildi. Sonraki yıllarda acil sağlık hizmetlerine talep giderek arttı, AS’lere başvuran hasta ve yaralı sayısı arttı ancak ne yazık ki bu dönemde ne Sağlık Bakanlığı ne de Belediyeler konuya gereken önemi vermediler^(1,13).

Türkiye’de ilk olarak 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurumu Acil Tıp Uzmanlığı’nı İlk ve Acil Yardım Uzmanlığı adı ile ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul etmiştir⁽¹³⁾.

Dünyadaki acil sağlık hizmetlerini inceleyen birçok bilimsel yayında, 21. yüzyıla girerken Türkiye gelişmekte olan ülkeler içerisinde gösterilmekte idi. Dünyadaki Acil Tıp Sistemleri ile karşılaştırıldığında, günümüzde Türkiye neredeyse gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmış durumdadır. Türkiye Acil Tıp Uzmanlığını temsil eden dernekler ve yapılan bilimsel çalışmalar ile hali hazırda Avrupa Birliği ülkelerinin hemen birçoğundan daha iyi bir konuma yükselmiştir^(1,13).

2.4. Gerçek Acil

Kişinin olmasını beklemediği bir rahatsızlığının gelişmesi sonucu kendisine hızlı şekilde tıbbi bakım gerektiğine karar vererek, bir AS’e başvurması durumu gerçek acil olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre hastanın aciliyet durumu hastanın kendisi tarafından belirlenmektedir^(18,19).

AS’ye başvuran tüm hastalar bir hekim tarafından değerlendirilmelidir. AS’de değerlendirme hastaların tıbbi önceliklerinin belirlenmesi anlamına gelen triaj işlemi ile başlar. Triaj ile gerçek acil bir problem olduğu belirlenen hastaların AS’den taburcu oluncaya, yatırılıncaya veya başka bir hekimin sorumluluğuna devredilinceye kadar uygun tedaviye başlanması zorunluluğu vardır. Sorun gerçek acil bir sağlık problemi değilse, hekim uygun tedavi ile veya başka bir hekime yönlendirerek hastaya karşı yükümlülüğünü yerine getirmelidir⁽²⁰⁾.

ACEP’e göre, gerçek tıbbi acil aşağıdaki durumlarda oluşmaktadır⁽¹⁹⁾:

1. Hastanın 24 saat içinde bir hastane veya hemşire bakım evine yatmasını gerektiren herhangi bir durum,
2. Akut travmalar (72 saatten daha az),
3. Akut ve ciddi ağrılar,
4. Akut enfeksiyonlar,
5. Halk sağlığını tehdit eden durumlar,
6. Doğumla ilgili sorunlar veya doğum,

7. Kanama veya kanama tehdidi,
8. Şok veya olası şok tehdidi,
9. Önlenmediği durumda kalıcı veya geçici fiziki veya psikolojik zarara yol açabilecek şüpheli kötüye kullanım veya ihmal durumları,
10. Uygun girişimle düzelebilecek doğumsal defektler ve anormallikler,
11. Bilinç, solunum, dolaşım, boşaltım, hareket veya duyu organları gibi hayati işlevlerin kötüleşmesi veya kötüleşmesi tehdidi,
12. Kişinin kendisi veya başkalarının güvenliği için belirgin tehlike oluşturan mental hastalıkları,
13. Olası kötüleşmeden, sakatlıktan veya ölümden korunmak için hızlı ve dikkatli tıbbi yaklaşım gerektiren her türlü ani ve/veya ciddi belirtiler.

2.5. Triaj Tanımı ve Acil Servislerde Triaj

Acil tıbbi bakım hizmeti talep eden hastaların tıbbi durumlarının aciliyetine göre sınıflanması için yapılan uygulama 'Acil Tıbbi Triaj'dır ve kısaca 'traj' olarak adlandırılır. Fransızca'daki 'trier' kelimesinden köken alan 'Triaj', seçmek, ayıklamak, sınıflandırmak anlamına gelmektedir^(21,22).

AS'lerde triaj tanım olarak, yakınma ve başvuru şekillerine göre aciliyetin önceliğini belirleme işlemidir. Hastaların aciliyet ve dolayısıyla bakım öncelikleri bu aşamada belirlenir. AS'de hasta bakımının en önemli basamağıdır. AS'lere başvuran hastaların tıbbi bakımları triajla başlar⁽¹⁾. Triaj basamağı belli olan hasta AS içinde uygun yere alınarak tıbbi bakımlarına devam edilir. Acil Tıbbi Bakım; acil tıbbi durum kapsamında tanımlanan hallerde yapılması gereken her türlü tıbbi uygulamalardır.

Ülkemizdeki ve dünyadaki AS'lerde değişik triaj sistemleri kullanılmaktadır. Triaj sistemlerinin amacı, başvuru anında hastaları yakınmalarına ve başvuru şekillerine göre, aciliyetin önceliğini belirlemek ve sınıflandırmak, hastaların güvenliğini ve acil serviste daha hızlı bir şekilde değerlendirilmelerini sağlamaktır. Etkili triaj sistemi hastanın bekleme süresini kısaltmaya ve hekim tarafından değerlendirilmeden ayrılan hastaların sayısını azaltmaya yönelik olmalıdır⁽²²⁾.

Türkiye’ de Sağlık Bakanlığı tarafından en son yayınlanan tebliğe göre kabul edilmiş triaj sistemi Tablo 2.1’ de kısaca tanımlanmış olup bu sınıflamaya uyan durumlar için bazı örnekler verilmiştir⁽²³⁾.

Hastanemiz AS’inde de 3 basamaklı triaj sistemi kullanılmaktadır. Buna göre, çok acil problemler acil olarak hayatı tehdit eden durumları, acil problemler oldukça kısa süre içinde tedavisi gereken durumları, acil olmayan durumlar ise tedavide gecikme olması halinde dahi zararlı olmayacak durumları içermektedir. Triaj sınıflandırmalarına bağlı olarak hastalar acil bakım için uygun alanlara alınırlar veya bekletilebilirler⁽²²⁾.

Triaj sistemi kullanılması zorunludur. AS’lerin yoğunluğu nedeni ile birçok hastanede yapılan triaj değerlendirmesi sonrası, acil olmadığı belirtilen hastalar, hekim değerlendirmesi sonrası hastane içindeki veya dışındaki diğer ayaktan tedavi veren bölümlere yönlendirilmektedir. Böylelikle AS’lerin hasta yoğunluğu azaltılmaya çalışılmaktadır. Son zamanlarda ülkemizde de AS’lerin gereksiz hasta yoğunluğunu azaltmaya yönelik çalışmalara başlanmıştır.

2.6. Triaj Kategorileri ve Tanımları

Hastanemiz AS’inde kullanılan 3’lü triaj sistemine göre hastalar kategori 1, 2 ve 3 olmak üzere ayrılırlar.

Kategori 1= Çok acil: Akut veya potansiyel olarak hayatı ve/veya ekstremitayı tehdit eden, hastanın mortalite ve morbiditeden korunması için acil değerlendirme ve/veya tedavi gerektiren, yakınma, vital bozukluk, hastalık veya yaralanmalardır. Bu hastalar hiç bekletilmeden AS’ye alınır ve hemen tıbbi bakımlarına başlanır.

Kategori 2= Acil: Akut veya potansiyel olarak hayatı ve ekstremitayı tehdit eden, hastayı mortalite ve morbiditeden korumak için birkaç saat içinde değerlendirilmesi ve/veya tedavisini gerektiren yakınma, vital bozukluk, hastalık veya yaralanmalardır. Bu hastalar mümkünse bekletilmeden, AS hasta yoğunluğunun fazla olduğu dönemlerde de en fazla 10 dakika bekleme süresinden sonra hemen AS içine alınmalıdırlar.

Kategori 3= Acil değil: Subakut veya kronik, hayatı ve ekstremiteleri tehdit etmeyen, hastanın morbiditeden korunması için 24 saat içinde değerlendirilmesi ve/veya tedavisi gerekmeyen yakınma, vital bozukluk, hastalık veya yaralanmalardır.

2.7. Hızlı Acil

AS'ler ciddi yakınmaları olmayan hastaların başvuruları nedeni ile bu tip hastalara yeterli sağlık hizmeti veremediğinden dolayı baskı altındadırlar. Uzun bekleme süreleri ABD'de acil olmayan hastalar için bir engeldir⁽²⁴⁾. Birçok hastane minör yakınması olan hastalar için hızlı acil (*fast track*) veya acil bakım (*urgent care*) denilen ve genellikle 4-10 odadan oluşan, AS'ten farklı bir alanda hastalara hizmet vermektedirler⁽²⁵⁾. Bu birimlerin kuruluş amacı hafif olgulara da öncelik tanımak, hasta memnuniyetini arttırmak ve AS içindeki hasta yoğunluğunu azaltmaktır. Bu gruptaki hastaların yakınmaları için örnekleri içeren bir liste Tablo 2.2' de sunulmuştur. ESOGÜTF Hastanesi AS'sinde de hızlı bakım alanı birimi oluşturulmuştur.

Tablo 2.1. Triaaj kategorilerinin tanımı ve bu durumlara uyan örnekler

Triaaj	Tanım	Örnek
Kategori 1 (Çok Acil)	<p>Sınıf 1: Yaşamı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar.</p> <p>Sınıf 2: Yaşamı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.</p>	<p>Kardiyak arrest Solunumsal arrest Havayolu tıkanıklığı riski Major çoklu travma Genel durumu bozuk çocuk veya infantlar Devam eden veya uzamış nöbet</p> <p>Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı Akut hemiparazi/disfazi Letarji ile birlikte ateş (her yaş) Major fraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalize travma Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı Davranışsal/Psikiyatrik şiddet içeren agresif davranışlar Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar</p>
Kategori 2 (Acil)	<p>Sınıf 1: Yaşamı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar</p> <p>Sınıf 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar.</p>	<p>Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta İnatçı kusma Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta Şiddetli karın ağrısı olan hasta Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk</p> <p>Basit kanamalar Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu Bilinç kaybı olmayan minör kafa travması Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular</p>
Kategori 3 (Acil Olmayan)	Ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar	<p>Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar</p>

Tablo 2.2. Hızlı acil kriterleri

1. Kulak ağrısı ve kulak akıntısı
2. Diş ağrısı
3. Boğaz ağrısı (yüksek ateş ile beraber)
4. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, konjestif kalp yetmezliği bulguları olmayan öksürük
5. Bulantı, kusma ve diare (dehidratasyon bulguları olmayan)
6. Erkeklerde üretral akıntı
7. Bel ağrısı (ateş, direkt travma ve belirgin nörolojik defisiti olmayan)
8. Nörovasküler yaralanması olmayan ekstremiteler yaralanmaları
9. Sütür alımı ve yara bakımı
10. Basit yara enfeksiyonları
11. Ateşli çocuk (38.5°C' nin üzerinde ateşi olan 6 aydan küçük bebek veya 39.5°C' nin üstünde ateşi olan 6-24 ay arası çocuklar hariç)
12. Major yaralanması olmayan kesiler
13. Cinsel yolla hastalık hikayesi olan erkekler
14. Birinci derece veya %5' ten daha az olan ikinci derece yanıklar
15. Batma yaralanmaları
16. Tetanoz aşısı isteyen hastalar
17. Minör kontüzyon ve sıyrıklar
18. Sistemik semptomları olmayan böcek ısırıkları
19. Daha önceden de olan ve tekrarlayan baş ağrıları
20. Minör yabancı cisim çıkarılması
21. Konjoktivit / yabancı cisim dahil minör göz yaralanmaları

2.8. Acil Serviste Hastaların Sonuçlanması

Hastanın sonuçlanması; hastanın AS'teki tıbbi bakımından sonra taburcu olması yada yatış endikasyonu bulunan hastalar için ilgili bölüme yatırılması, hastanın AS'de uygulanan yada uygulanmak istenen tedaviyi ve tıbbi takibi reddetmesi, çeşitli nedenlerle hastanın başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilmesi, hastanın AS'teki tıbbi bakımı sırasında ölümü ve hastanın AS'i izinsiz terk etmesi olarak tanımlanır⁽¹⁾.

Hastanemiz AS'ine başvuran hastalar tanısı konduktan sonra hastalar yatış ve taburculuk açısından değerlendirilir. Hastaneye yatması gerekmeyen hastalar belli süre AS takip ve tedavisinden sonra gerekli tedavi önerileri ve yönlendirmelerle AS'den taburcu edilirler. Hastaneye

yatması gereken hastalar için ise ilgili bölüm/ bölümlerin konsültan hekimleriyle bağlantıya geçilir. Hastaların AS'den yatış işlemleri yapılır. Bazı durumlarda da hastaneye yatması gereken yada AS içinde belli bir süre takip edilmesi gereken hastalar, kendi yada yakınlarının isteği ile yatış işlemi yada AS takibini ve tedavisini kabul etmemekte, kendi istekleriyle AS'den ayrılmaktadırlar. Sık olmayarak, hastemizin yerel imkansızlıklarından dolayı(yoğun bakımlarda yer olmaması) bazı hastalar başka sağlık kuruluşlarına sevk edilmektedir. Bazı hastalar da AS'deki tıbbi bakımları sürmekteyken ölmektedirler.

2.9. Acil Servise Tekrar Başvuru

Hastaların acil servise ilk başvurusunu takiben aynı veya farklı nedenlerle sıklıkla kısa süreler içerisinde AS'e yapılan başvurular 'tekrar başvuru' olarak adlandırılır. Tekrar başvuru denilebilmesi için belirlenmiş bir süre yoktur. 1 gün gibi kısa sürelerle yapılan çalışmalarla birlikte sürenin 30 günün olduğu çalışmalarda bulunmaktadır. Çalışmamızda acil servisimize ilk başvurudan itibaren 10 gün içerisinde aynı veya farklı nedenlerle tekrar başvuru yapan tüm hastalar 'tekrar başvuru' olarak nitelendirilmiştir.

2.10. Acil Servise Tekrar Başvuru Nedenleri

Acil servise başvuran hastaların %2-11'ini kısa süreler içerisinde tekrar başvuran hastalar oluşturmaktadır⁽⁷⁾. Acil servise tekrar başvuran hastaların sıklığını ve tekrar başvuru nedenlerini değerlendirilip belirlemek, AS hizmetlerinin ileriye dönük planlanmasının yapılmasına ve böylece daha hızlı, daha etkili, daha verimli acil sağlık hizmetlerinin sunulmasına katkıda bulunacaktır.

2.10.1. Yaş ve Cinsiyet

Yaşlanmayla birlikte insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelmektedir. Organ fonksiyonları gerilemeye ve vücut

rezervleri zamanla azalmaya başlamaktadır. İnsanlarda görülen kronik hastalıklar (HT, DM, KOAH, KAH gibi) ve buna bağlı olarak kullanılan ilaç sayıları da yaşla birlikte artmaktadır^(1,2).

AS'e 65 yaş üstü hasta başvuruları her geçen gün artış göstermektedir. Yaşlı hastalar daha kompleks problemlerle AS'e başvurdukları gibi, daha yoğun bir hizmete gereksinim duyarlar ve diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda hastane ve yoğun bakım yataklarına yatırılırlar⁽²⁶⁾.

AS'e başvuran triaj kategorisi 1 olan hastaların büyük çoğunluğunun 50 yaş ve üzeri hastalar olduğu daha önce yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Singal ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, yaşlıların AS'lere daha az oranda acil olmayan nedenlerle başvurduklarını tespit etmişlerdir. Yine bu çalışmada yaşlıların yakınmalarının daha akut ve ciddi olduğu, AS'de hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir^(1,26).

Cinsiyete göre triaj kategorileri incelendiğinde ise çok acil başvurularda erkek hastaların, acil olmayan başvurularda ise kadın hastaların daha fazla başvurdukları yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Bu fark erkeklerin daha fazla iş hayatında yer almaları ve zaman kısıtlılığı problemi nedeni ile daha acil olan durumlarda tıbbi bakım aramalarına bağlı olabilir^(27,28).

2.10.2. Poliklinik Hizmetine Ulaşamama/Geç Ulaşma

Hastanemiz poliklinikleri hafta içi saat 08:00-17:00 arasında hizmet vermektedir. AS'e ise haftanın her günü ve her saati hastalar başvurumaktadırlar. Polikliniklerin hizmet vermediği zamanlarda AS başvurularının ve dolayısıyla AS hasta yoğunluğunun arttığı görülmektedir.

Hastalar AS'lerden taburcu edilirken mutlaka ilgili poliklinik önerilerinin yapılması gerekmektedir. Ancak, AS doktorları tarafından yapılan poliklinik önerilerine rağmen; polikliniklerden günler, haftalar bazen aylar sonrasına randevu verilmesi nedeni ile hastalar bu önerilere

uyamamaktadır. Acil servis doktorlarının poliklinik kontrolü öneri oranı %75 civarlarında iken hastaların polikliniğe kontrole gitme oranı % 30 saptanmıştır⁽⁷⁾.

Hastanemiz AS'inde yapılan bir çalışmada AS'e en fazla başvurunun olduğu saat diliminin 20:00-22:00 arasında olduğu, en fazla başvuru olan günün ise Pazar günü olduğu gösterilmiştir ^(1,2). Tekrar başvuran hastaların yarısı 16:00-23:59 saatleri arasında AS'e başvurmaktadır. Bu saatler insanların genel olarak günlük işlerinin bittiği, çocukların okuldan döndüğü ve AS'lerin hizmet verdiği saatler olması nedeniyle acil servislerin en kalabalık olduğu saatlerdir ⁽³⁾. Saptanan saat ve gün dilimi poliklinik hizmetinin verilemediği zamanlardır.

2.10.3. Başvuru Nedeni

Hastalar çeşitli yakınmalarla AS'ye başvururlar. Triaaj kategorisi 1 olan, göğüs ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, bilinç değişikliği, çoklu travma gibi yakınmalarla AS'ye başvuran hastalar ile birlikte kategori 2 ve 3 hasta yoğunluğu da azımsanmıyacak düzeydedir^(2,3). Triaaj kategorisinden bağımsız olarak hastaların çoğunun kendini çok acil olarak değerlendirmesi acil servis başvuru sıklığını ve yoğunluğunu artırmaktadır.

2.10.4. Yaşamsal Bulgular

Vital bulgularında anormallik olan hastaların poliklinik şartlarında değerlendirilmeye uygun olmaması, sıklıkla acil müdahale gerektirmesi nedeni ile ilk başvuruları acil servislere olmaktadır. Bununla birlikte polikliniklerde vital bulgu anormalliği saptanan hastalarda AS'e yönlendirilmektedir.

2.10.5. Ek Hastalıklar ve Kronik İlaç Kullanımı

Hastalardaki ek hastalıklar arttıkça, kullanılan ilaç sayıları da orantılı olarak artmaktadır. Her kullanılan ilacın yan etki/ etkileri olabileceği gibi, çoklu ilaç kullanımına bağlı da istenmeyen ilaç etkileşimleri görülebilmektedir. Bu etkiler de hastaların şikayetlerini artırabilir ve hastaların AS'e başvuru sıklığını artırabilmektedir

2.11. AS Yıllık Hasta Sayısı ve AS Çalışanları

2005 yılı verilerine göre erişkin AS'ye başvuran toplam hasta sayısı 19780, 2007 yılında ise bu rakam 22307 olarak saptanmıştır. AS'ye başvuran hasta sayısı giderek artmaktadır. 2010 yılı sonunda bu sayı 35000' in üzerine çıkmıştır. 2013 yılında ise bu sayı 40.000 'in üzerindedir.

Çalışmanın yapıldığı zaman diliminde; Acil Tıp uzmanları tatil günleri dışında 08:00 – 18:00 saatleri arasında AS'de aktif olarak, tatil günleri ve 18:00 – 08:00 saatleri arasında da icap nöbeti şeklinde çalışmaktadır. Araştırma görevlileri ve intern nöbetleri ise hızlı bakı alanı dışında çalışanlar için 08:00 – 18:00, 18:00 – 08:00 saatleri arasında , hızlı bakı alanında çalışanlar için ise 13:30 – 22:30 saatleri arasındadır. Hemşire ve sağlık memurlarının nöbetleri ise 08:00 – 20:00 ve 20:00 – 08:00 saatleri arasındadır. Her nöbet çalışma aralığında mesai saatleri dahilinde 1 acil tıp uzmanı, 2 veya 3 acil tıp araştırma görevlisi, 2 veya 3 hemşire / sağlık memuru, 3 veya 4 intern doktor, 2 veya 3 hasta bakıcı çalışmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu ileriye dönük, gözlemsel çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 01.11.2012- 30.10.2013 tarihleri arasındaki 12 aylık zaman diliminde acil servisimize başvuran 18 yaş ve üstü hastalarda yapılmıştır.

Etik Kurul onay tarihi ve sayısı: 07 Mart 2013- 04

3.1. Çalışma Tasarımı, Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışmaya AS'imize başvuran 18 yaş ve üstü tüm hastalar alınmıştır. 18 yaşından küçük ve 10 gün içerisinde AS'e tekrar başvurusu olmayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmaya katılan hastalara 'Hasta Bilgilendirme Formu' ve 'Hasta Onam Formu' okutulmuş ve imzalı onamları alınmıştır.

Her hasta için aşağıdaki veriler kayıt edilmiştir:

- Ad- soyad
- Dosya numarası
- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durumu
- Meslek
- Başvuru tarihi
- Kategorisi
- Vital bulgular(arteriyel tansiyon, nabız sayısı, solunum sayısı, vücut sıcaklığı)
- 10 gün içerisinde yapılan acil servis başvurusunun kaç defa olduğu
- 10 gün içerisinde yapılan acil servis başvurusunun kaçınıcı gün/günlerde olduğu
- Ek hastalıklar (DM, HT, KKY,KOAH, KBY, KAH, Malignite, diğer)

- İlk başvuru nedenleri
- İlk başvuru sonucu (taburculuk, yoğun bakım ya da servis yatış, tedavi reddi, sevk)
- Tekrar başvuru nedeni/ nedenleri (şikayetlerin tekrar başlaması, tedaviyi kullanmasına rağmen geçmemesi, farklı şikayet, poliklinik hizmetine ulaşamama/geç ulaşma, ilaca ulaşamama, kontrol, tedaviye güvensizlik, memnuniyet, komplikasyon, evsiz, diğer)
- Tekrar başvuru sonucu (taburculuk, yoğun bakım ya da servis yatış, ex, tedavi reddi, sevk)

3.2. Verilerin İstatistiksel İncelenmesi

İstatistiksel Analiz Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare ve Marginal Homogeneity Test analizleri kullanılmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri % 95'lik güven aralığında kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

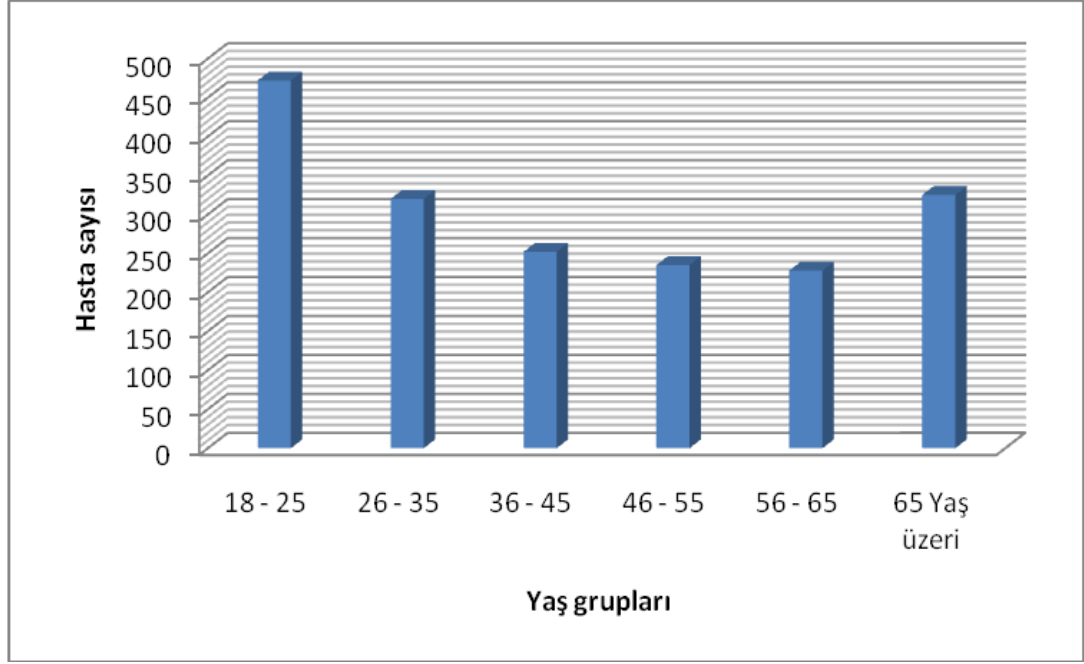
Çalışmaya 01.11.2012- 30.10.2013 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne 10 gün içerisinde tekrar başvuran 18 yaş ve üstü 1832 hasta alındı.

4.1 Hastaların Demografik Özellikleri ve Tekrar Başvuru Oranları

Başvuran hastaların ortalama yaşı 43.54 ± 19.43 idi (18-91). Tekrar başvuran hastalar altı gruba ayrıldı. Bu altı grup AS'e tekrar başvuru sıklığı bakımından karşılaştırıldı. Tekrar başvuru yapan hastaların çoğunluğunu genç yaş grubu(18-25,%25.8) oluşturmaktaydı(Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Tekrar başvuran hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş	Hasta Sayısı	Yüzde
18 - 25	472	25.8
26 - 35	320	17.5
36 - 45	252	13.8
46 - 55	235	12.8
56 - 65	228	12.4
65 Yaş üzeri	325	17.7
Toplam	1832	100



Şekil 4.1. Hastaların yaş gruplarına göre dağılım grafiği

Yaş gruplarına göre tekrar başvuru oranı göz önüne alındığında, tekrar başvuru oranının en sık 18-25 yaş (%25.8) ikici sıklıkla 65 yaş üstü (%17.7) yaş gruplarında olduğu görüldü (Şekil 4.1).

Cinsiyete göre tekrar başvuru oranları incelendiğinde başvuran hastaların 1029'u (%56.2) erkek, 803'ü (%43.8) kadın idi (Tablo 4.2).

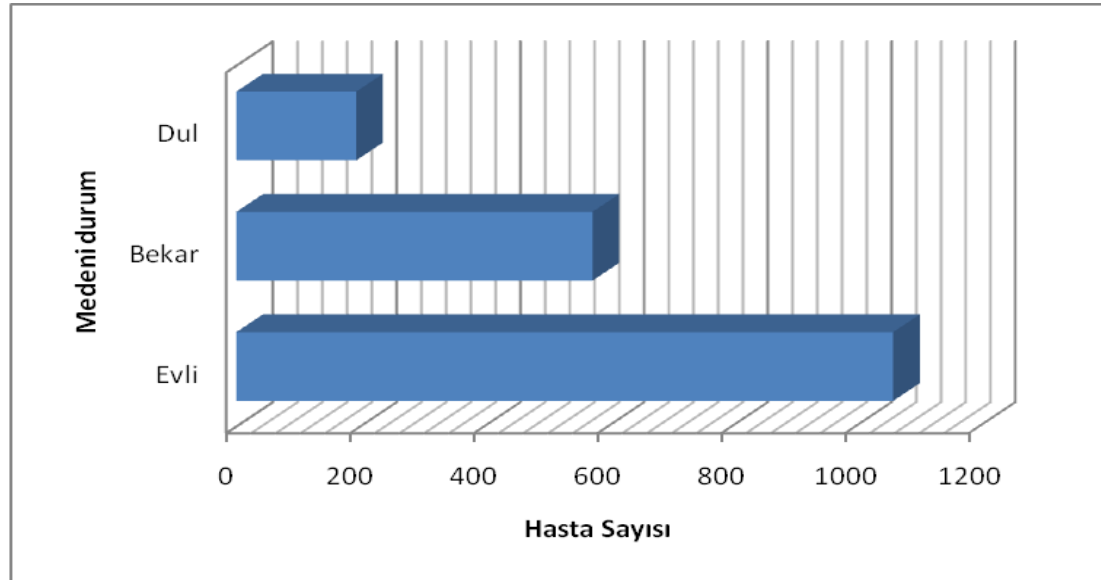
Tablo 4.2. Tekrar başvuran hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

Cinsiyet	Hasta sayısı	Yüzde
Erkek	1029	56.2
Kadın	803	43.8
Toplam	1832	100

Hastaların medeni durumuna göre tekrar başvuru oranları incelendi. Hastalar, evli, bekar, dul olarak gruplandırıldı. Tekrar başvuru yapan hasta çoğunluğu evli gruptu (1062,%58) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Başvuran hastaların medeni durumuna göre dağılımı

Medeni Durum	Hasta sayısı	Yüzde
Evli	1062	58
Bekar	576	31,4
Dul	194	10,6
Toplam	1832	100

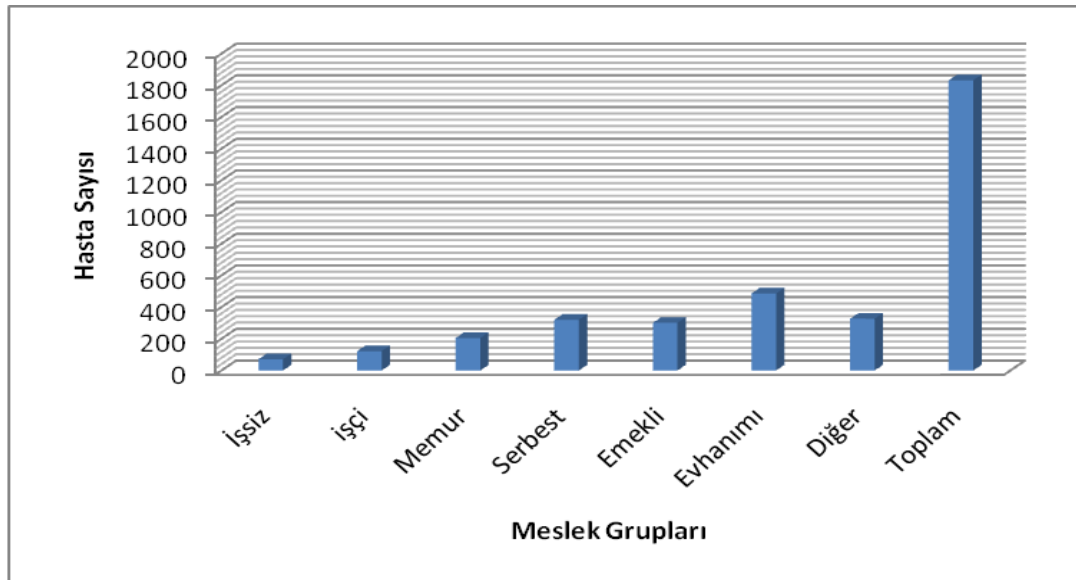


Şekil 4.2. Hastaların medeni durumuna göre dağılım grafiği

Hastaların meslek durumuna göre tekrar başvuru oranları incelendi. Hastalar 7 gruba ayrıldı. Tekrar başvuru yapan hasta çoğunluğu ev hanımı (486,%26.5) grubunda idi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Başvuran hastaların meslek durumuna göre dağılımı

Meslek	Hasta sayısı	Yüzde
Ev hanımı	486	26.5
Diğer	327	17.8
Serbest	320	17.5
Emekli	301	16.4
Memur	205	11.2
İşçi	122	6.7
İşsiz	71	3.9
Toplam	1832	100

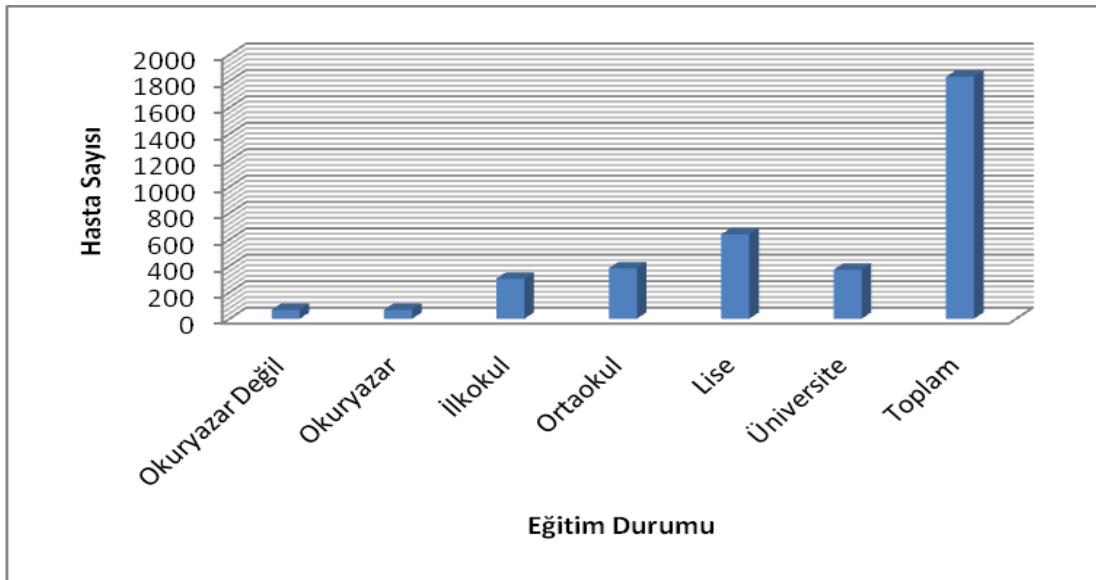


Şekil 4.3. Hastaların meslek durumlarına göre dağılımı

Tekrar başvuru yapan hastalar eğitim düzeyine göre incelendi. Hasta çoğunluğu lise mezunu (639,%34.9) grubunda idi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı

Öğrenim Durumu	Hasta Sayısı	Yüzde
Lise	639	34.9
Ortaokul	382	20.9
Üniversite	371	20.3
İlkokul	304	16.6
Okuryazar	68	3.7
Okuryazar Değil	68	3.7
Toplam	1832	100



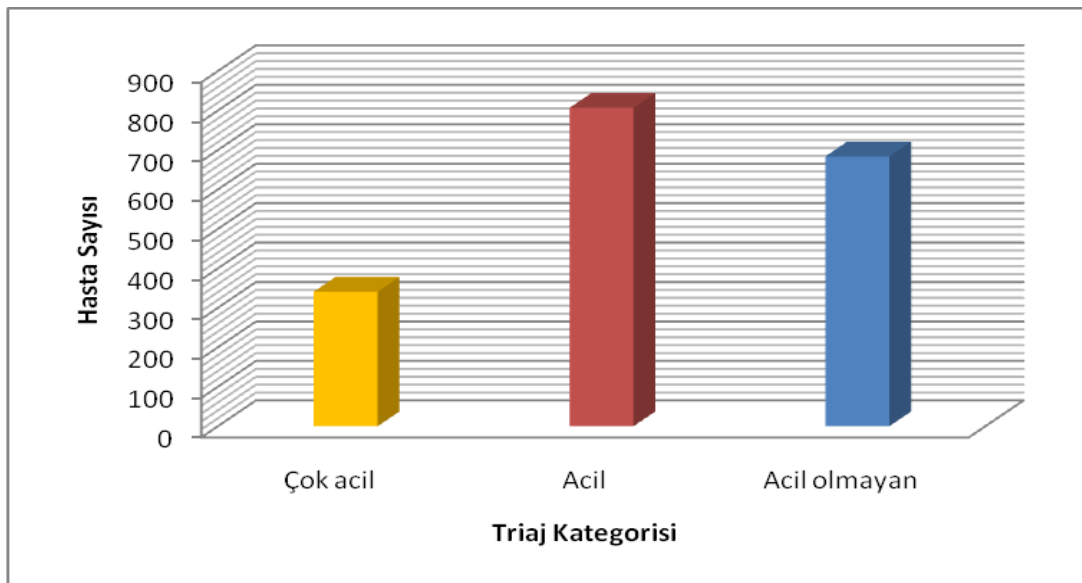
Şekil 4.4. Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı

4.2 Hastaların Triage Kategorilerinin İncelenmesi

Hastalar klinik durumları ve başvuru şikayetlerine göre çok acil, acil, acil olmayan olmak üzere 3 gruba ayrıldı (Şekil 4.5). Hastaların 341'i (%18.6) triaj 1 (çok acil), 807'si (44.1) triaj 2 (acil), 684'ü (%37.3) ise triaj 3 (acil olmayan) kategorisinde idi (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hastaların triaj kategorilerine göre dağılımı

Triaj	Hasta sayısı	Yüzde
Acil	807	44.1
Acil olmayan	684	37.3
Çok acil	341	18.6
Toplam	1832	100



Şekil 4.5. Hastaların triaj kategorilerine göre dağılımı

4.3 Hastaların Yaşamsal Bulgularının İncelenmesi

Çalışmaya alınan hastalarda yaşamsal bulgu olarak arterial tansiyon, dakikada nabız sayısı, dakikada solunum sayısı ve vücut sıcaklığı değerlerine bakıldı (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Acil servise tekrar başvuran hastaların yaşamsal bulguları ortalaması

	En Düşük	En Yüksek	Ort	Ss
Sistolik kan basıncı(mmHg)	50	190	123.56	13.1
Diastolik kan basıncı(mmHg)	30	100	74.35	8.02
Nabız Sayısı (dakikada)	35	180	81.36	15.02
Solunum Sayısı (dakikada)	15	40	20.05	3.57
Ateş(°C)	36	39.4	36.58	0.53

4.4 Hastaların Ek Hastalıklarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya alınan hastaların özgeçmişlerinde bulunan ek hastalıklar olarak DM, HT, KY, KOAH, KRY, KAH, Malignite ve diğer hastalıklara bakıldı. Ek hastalık olarak HT (526,%28.7) en sık bulunurken ikinci sıklıkla 'Diğer hastalıklar' (454,%24.8) bulundu (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Acil servise tekrar başvuran hastaların ek hastalıklarının değerlendirilmesi

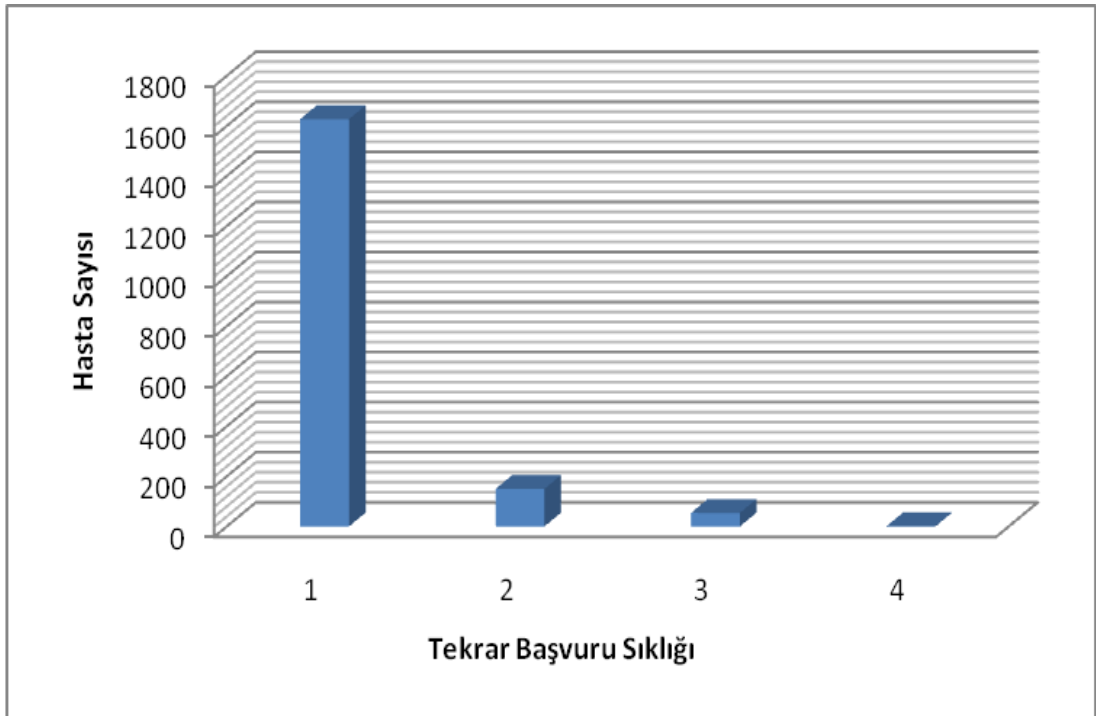
Ek Hastalık	Hasta Sayısı	Yüzde
HT	526	28.7
Diğer	454	24.8
Malignite	212	11.6
KAH	175	9.6
DM	153	8.4
KOAH	68	3.7
KY	48	2.6
KRY	39	2.1
Toplam	1832	100

4.5 Hastaların Tekrar Başvuru Sıklığının Değerlendirilmesi

Acil servise 10 gün içerisinde tekrar başvuran hastalar , başvuru sıklığı 1, 2, 3, 4 defa olmak üzere sınıflandırıldı. Acil servise 10 gün içerisinde tekrar başvuru sıklığı sayısı bir defa olan hasta sayısı (1627, %88.8) belirgin olarak yüksekti (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığı

Tekrar başvuru sıklığı	Hasta Sayısı	Yüzde
1	1627	88,8
2	150	8,2
3	54	2,9
4	1	1
Toplam	1832	100



Şekil 4.6. Hastaların tekrar başvuru sıklığı

Hastaların acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile yaşları kıyaslandığında, tüm yaş gruplarında tekrar başvuru sıklığı bir defa olan hastalar belirgin olarak yüksek saptanmıştır (Tablo 4.10). Yaş ile tekrar başvuru sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,04$).

Tablo 4.10. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının yaşa göre dağılımı

Yaş Grupları	Başvuru Sıklığı			
	1	2	3	4
18 - 26	403	53	16	0
26 - 35	289	16	15	0
36 - 45	233	16	3	0
46 - 55	197	28	9	1
56 - 65	207	16	5	0
65 yaş üstü	298	21	6	0
Toplam	1627	150	54	1

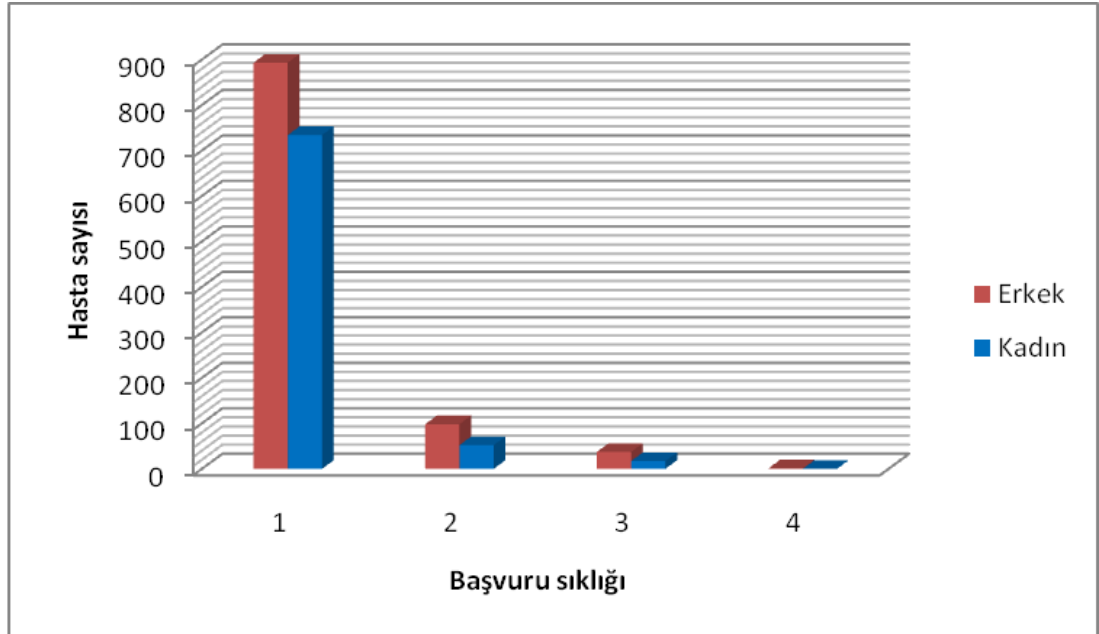
Acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı 2 defa olan hastalar 18-24 (53,%11.2) ve 46-55 (28,%11.9) yaş gruplarında daha yüksek bulundu (Tablo 4.10).

Hastaların acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile cinsiyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde, her iki cinsiyette bir defa başvuru sıklığı (E,893,%86.3), (K,734,%91.4) belirgin olarak yüksek bulundu (Tablo 4.11). Acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,009$).

Tablo 4.11. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının cinsiyete göre dağılımı

	Başvuru Sıklığı								Toplam	
	1		2		3		4			
Cinsiyet	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	893	86.8	98	9.5	37	3.6	1	0.1	1029	100
Kadın	734	91.4	52	6.5	17	2.1	0	0	803	100
Toplam	1627	88.8	150	8.2	54	2.9	1	0.1	1832	100

Acil servise tekrar başvuru sıklığı bir defa olan hastalar kadınlarda 734 (%91.4) daha yüksek oranda iken; iki ve üç defa tekrar başvuru sıklığı sırasıyla erkeklerde 98 (%9.5), 37 (%3.6) daha yüksek bulundu (Tablo 4.11).



Şekil 4.7. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının cinsiyete göre dağılımı

Hastaların acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile medeni durumları karşılaştırıldığında; tüm gruplarda (evli, bekar, dul) tekrar başvuru sıklığı bir defa olan hastaların oranı belirgin olarak yüksek bulundu (Tablo 4.12). Acil servise tekrar başvuru sıklığı ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,139$).

Tablo 4.12. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının hastaların medeni durumuna göre dağılımı

Medeni Durum	Başvuru Sıklığı								Toplam	
	1		2		3		4			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Evli	959	90.3	77	7.3	25	2.4	1	0.1	1062	100
Bekar	494	85.8	57	9.9	25	4.3	0	0	576	100
Dul	174	89.7	16	8.2	4	2.1	0	0	194	100
Toplam	1627	88.8	150	8.2	54	2.9	1	0.1	1832	100

Hastaların acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile meslekleri karşılaştırıldığında; tüm meslek gruplarında tekrar başvuru sıklığı bir defa olanlar belirgin olarak yüksek bulundu (Tablo 4.13). Tekrar başvuru sıklığı ile meslek grupları arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,035$).

Tablo 4.13. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının hastaların meslek gruplarına göre dağılımı

Meslek	Başvuru Sıklığı				Toplam
	1	2	3	4	
	n	N	n	n	n
İşsiz	60	9	2	0	71
İşçi	101	14	7	0	122
Memur	181	20	3	1	205
Serbest	277	30	13	0	320
Emekli	273	22	6	0	301
Evhanımı	454	23	9	0	486
Diğer	281	32	14	0	327
Toplam	1627	150	54	1	1832

Hastaların acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında; tüm gruplarda (okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite) bir defa başvuru oranı belirgin olarak yüksekti (Tablo 4.14). Acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,456$).

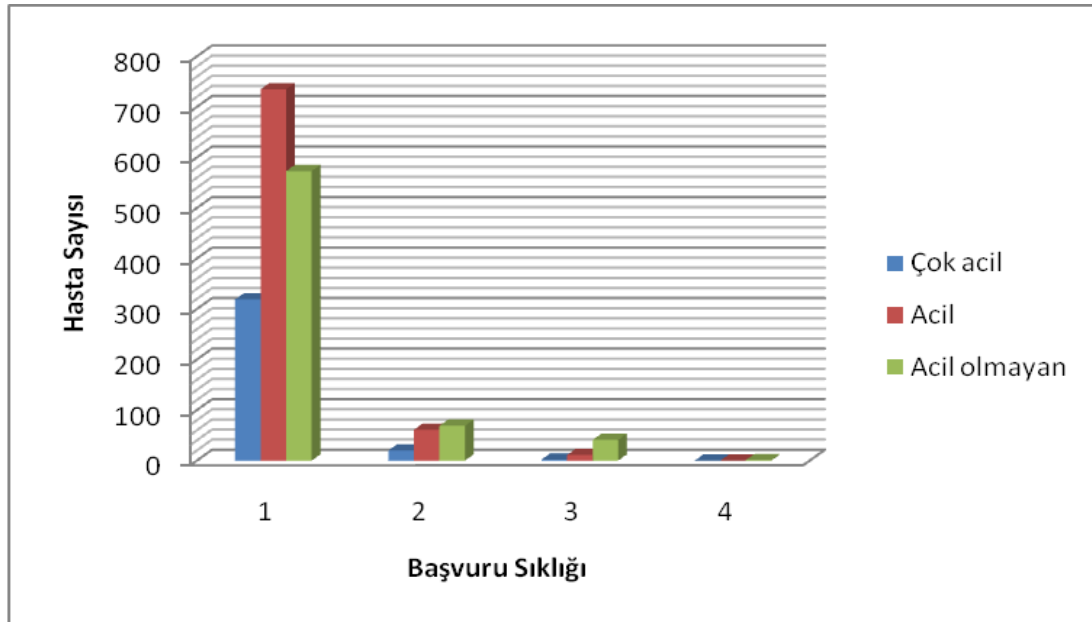
Tablo 4.14. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığının hastaların eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımı

Eğitim Düzeyi	Başvuru Sıklığı								Toplam	
	1		2		3		4			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuryazar Değil	65	95.6	2	2.9	1	1.5	0	0	68	100
Okuryazar	62	91.2	5	7.4	1	1.5	0	0	68	100
İlkokul	268	88.2	29	9.5	7	2.3	0	0	304	100
Ortaokul	342	89.5	30	7.9	10	2.6	0	0	382	100
Lise	572	89.5	43	6.7	23	3.6	1	0.2	639	100
Üniversite	318	85.7	41	11.1	12	3.2	0	0	371	100
Toplam	1627	88.8	150	8.2	54	2.9	1	0.1	1832	100

Hastaların acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile triaj kategorileri karşılaştırıldığında; bir defa başvuru sıklığı tüm kategorilerde en yüksek düzeyde bulundu (Tablo 4.15). Acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile triaj kategorisi arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,001$).

Tablo 4.15. Hastaların tekrar başvuru sıklığının hastaların triaj kategorilerine göre dağılımı

Triaj	Başvuru Sıklığı				Toplam
	1	2	3	4	
	n	N	n	n	n
Çok acil	319	20	2	0	341
Acil	735	61	11	0	807
Acil olmayan	573	69	41	1	684
Toplam	1627	150	54	1	1832



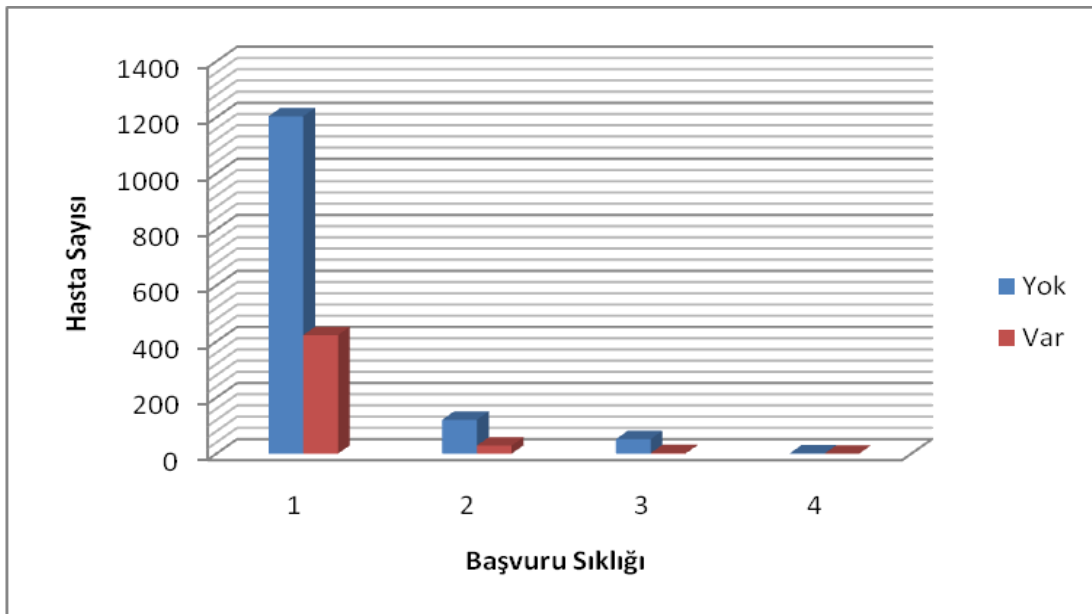
Şekil 4.8. Hastaların tekrar başvuru sıklığının triaj kategorilerine göre dağılımı

Hastaların acil servise bir defa olan tekrar başvurularında kategori 1 (%93.5) oranı en fazla iken iki ve üçüncü defa olan başvurularında kategori 3 yoğunluğu daha fazla idi (Şekil 4.8).

Hastaların ek hastalıklarının (DM, HT, KY, KOAH, KRY, KAH, Malignite ve diğer hastalıklar) tekrar başvuru sıklığına etkisine bakıldı (Tablo 4.16). Sadece 'diğer hastalıklar' varlığı tekrar başvuru sıklığı ile ilişkili bulundu ($p<0,001$).

Tablo 4.16. Hastaların tekrar başvuru sıklığının öyküde 'diğer hastalıklar' durumuna göre dağılımı

Diğer Hastalıklar	Başvuru Sıklığı			
	1	2	3	4
Yok	1204	121	52	1
Var	423	29	2	0
Toplam	1627	150	54	1



Şekil 4.9. Hastaların tekrar başvuru sıklığının öyküde 'diğer' durumuna göre dağılımı

4.6 Hastaların Acil Servise İlk Başvuru Nedenlerinin Değerlendirilmesi

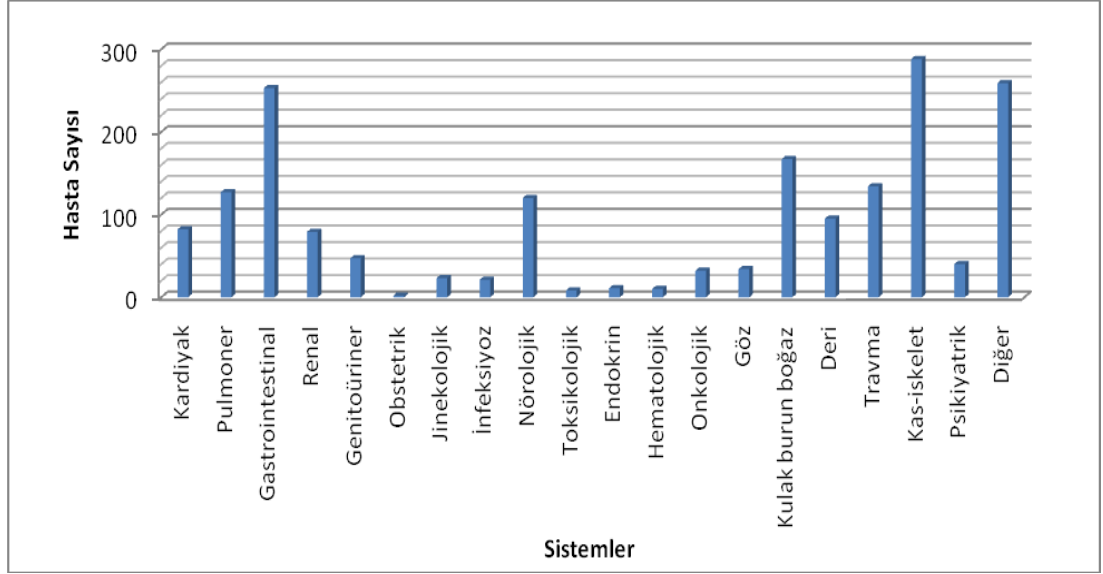
Acil servise başvuran hastaların ilk başvuru nedenleri (kardiyak, pulmoner, gastrointestinal, renal, genitoüriner, obstetrik, jinekolojik, infeksiyöz, nörolojik, toksikolojik, endokrin, hematolojik, onkolojik, göz, KBB, deri, travma, kas-iskelet, psikiyatrik ve diğer) yirmi gruba ayrıldı (Şekil 4.10).

Bu gruplar acil servise tekrar başvuru oranları bakımından karşılaştırıldı (Tablo 4.17).

Acil servise tekrar başvuran hastalar kas-iskelet (288,%15.7), diğer (254,%14.1), gastrointestinal (253,%13.8) sistemleri ile ilgili tanı alan hastalar daha fazla bulundu (Tablo4.17).

Tablo 4.17. Acil servise tekrar başvuran hastaların sistemlere göre ilk geliş nedenleri ve tekrar başvuru oranları

İlk Başvuru Nedeni	Hasta Sayısı	Yüzde
Kas-iskelet	288	15.7
Diğer	259	14.1
Gastrointestinal	253	13.8
Kulak burun boğaz	167	9.1
Travma	134	7.3
Pulmoner	127	6.9
Nörolojik	120	6.6
Deri	95	5.2
Kardiyak	82	4.5
Renal	79	4.3
Genitoüriner	47	2.6
Psikiyatrik	40	2.2
Göz	34	1.9
Onkolojik	32	1.7
Jinekolojik	23	1.3
İnfeksiyöz	21	1.1
Endokrin	11	0.6
Hematolojik	10	0.5
Toksikolojik	8	0.4
Obstetrik	2	0.1
Total	1832	100,0



Şekil 4.10. Acil servise tekrar başvuran hastaların sistemlere göre ilk geliş nedenleri ve tekrar başvuru oranları

4.7 Hastaların Acil Servise İlk Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Acil servise tekrar başvuran hastaların ilk başvuru sonrası sonuçları taburculuk, servis yatış, yoğun bakım yatış, tedavi reddi ve başka kuruma sevk olmak üzere 5 gruba ayrıldı (Tablo 4.18). Bu grupların tekrar başvuru ile ilişkisi incelendi. Hastaların büyük çoğunluğunun (1668,%91) ilk başvuru sonrası taburcu olduğu bulundu.

Tablo 4.18. Acil servise tekrar başvuran hastaların ilk başvuru sonuçlarının karşılaştırılması

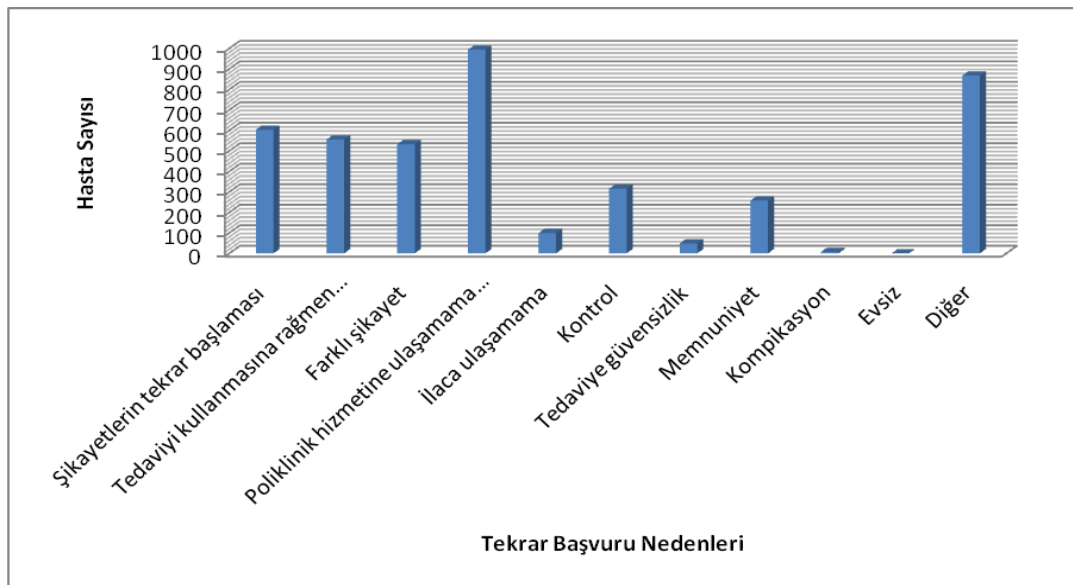
İlk Başvuru Sonucu	Hasta Sayısı	Yüzde
Taburculuk	1668	91
Servis yatış	151	2.8
Tedavi retti	69	3.8
Yoğun bakım yatış	43	2.3
Sevk	1	0.1
Toplam	1832	100

4.8 Hastaların Acil Servise Tekrar Başvuru Nedenlerinin Dağılımı

Hastaların acil servise tekrar başvuru nedenleri; hastaların şikayetlerinin tekrar başlaması, tedaviyi kullanmasına rağmen şikayetlerinin geçmemesi, farklı şikayet, poliklinik hizmetine ulaşamama-geç ulaşma, ilaca ulaşamama, kontrol, bir başka hekimin verdiği tedaviye güvensizlik, daha önceki başvurusundaki AS hizmetinden dolayı memnuniyet, komplikasyon, evsiz olma ve diğer nedenler olmak üzere belirlendi (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru nedenlerine göre dağılımı

Tekrar Başvuru Nedeni	Hasta Sayısı	Yüzde
Poliklinik hizmetine ulaşamama / geç ulaşma	993	54.2
Diğer nedenler	867	47.3
Şikayetlerin tekrar başlaması	603	32.9
Tedaviyi kullanmasına rağmen şikayetlerin geçmemesi	555	30.3
Farklı şikayet	532	29
Kontrol	315	17.2
Memnuniyet	257	14
İlaca ulaşamama	99	5.4
Tedaviye güvensizlik	48	2.6
Kompikasyon	7	0.4
Evsiz	0	0



Şekil 4.11. Hastaların tekrar başvuru nedenlerine göre dağılımı

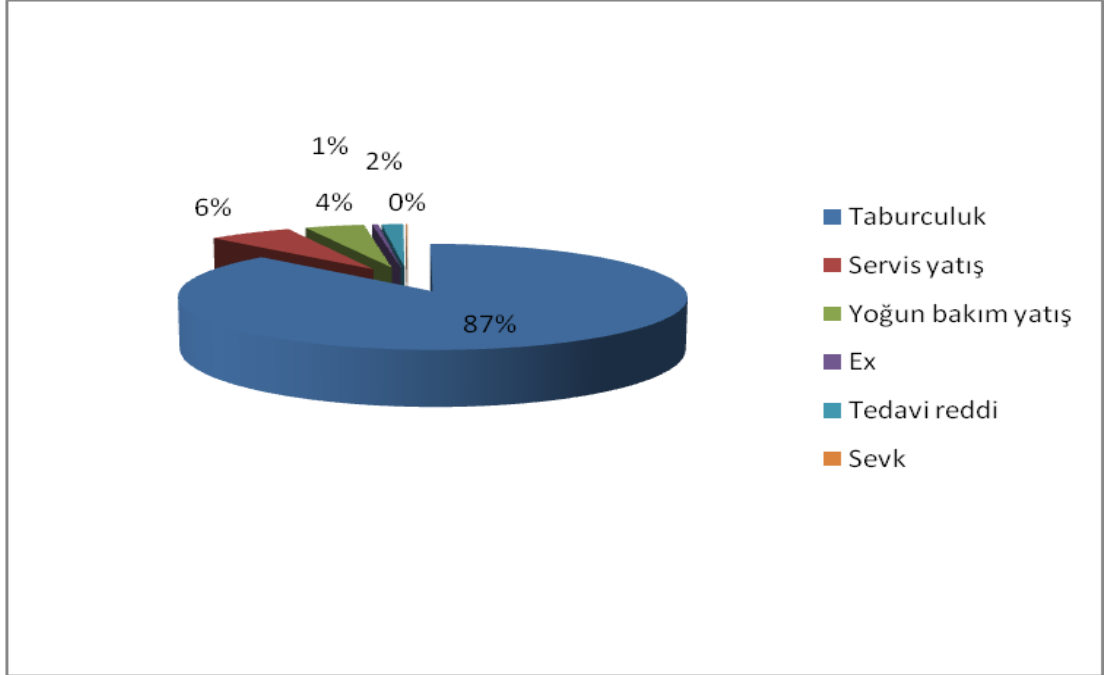
Acil servise tekrar başvuru nedenlerinden poliklinik hizmetine ulaşamama-geç ulaşma (993,%54.2) en sık neden olarak gözlemlenmiştir. Diğer sık nedenler sırasıyla; diğer nedenler (867,%47.3), hastaların şikayetlerinin tekrar başlaması (603,%32,9), tedaviyi kullanmasına rağmen şikayetlerinin gerilememesi-geçmemesi (555,%30.3) ve ilk başvurusundan bağımsız olarak farklı bir şikayeti bulunması (532,%29) olarak saptanmıştır.

4.9 Hastaların Acil Servise Tekrar Başvuru Sonrası Sonuçlarının Dağılımı

Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuruları sonrası klinik sonuçları değerlendirildi (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Hastaların tekrar başvuru sonucuna göre dağılımı

Sonuç	Hasta Sayısı	Yüzde
Taburculuk	1599	87,3
Servis yatış	114	6,2
Yoğun bakım yatış	80	4,4
Tedavi reddi	29	1,6
Ex	8	0,4
Sevk	2	0,1
Toplam	1832	100



Şekil 4.12. Hastaların tekrar başvuru sonucuna göre dağılımı

Çalışmaya alınan 1832 hastadan 1599'unun (%87.3) sonucu taburculuk şeklindedir. Kalan hastaların 114'ünün (%6.2) servise yatışı yapılırken 80'i (%4.4) yoğun bakıma yatırılmıştır. Hastaların 8'i (%0.4) ex olmuştur. 29'u (1.6) acil servise giriş yapıldıktan sonra değerlendirme öncesinde ya da sonrasında herhangi bir nedenle kendi isteği ile tedaviyi kabul etmemiştir. Başka sağlık kuruma sevk edilen hasta sayısı ise 2'dir (%0.1) (Tablo 4.20).

Acil servise tekrar başvuran hastaların tekrar başvuru sıklığı ile tekrar başvuruları sonrası klinik sonuçları karşılaştırıldı (Tablo 4.21). Acil servise tekrar başvuru sıklığı sayısı ile tekrar başvuru sonucu arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$)

Tablo 4.21. Hastaların tekrar başvuru sıklığı ile tekrar başvuru sonuçlarının karşılaştırılması

Tekrar Başvuru Sıklığı	Tekrar Başvuru Sonucu						Toplam
	Taburcu	Servis Yatış	YB Yatış	Eks	Tedavi Reddi	Sevk	
1	1405	107	77	7	29	2	1627
	%76.69	%5.84	%4.20	%0.38	%1.58	%0.11	%88.81
2	139	7	3	1	0	0	150
	%7.59	%0.38	%0.16	%0.05	%0	%0	%8.19
3	54	0	0	0	0	0	54
	%2.95	%0	%0	%0	%0	%0	%2.95
4	1	0	0	0	0	0	1
	%0.05	%0	%0	%0	%0	%0	%0.05
Toplam	1599	114	80	8	29	2	1832
	%87.3	%6.2	%4.4	%0.44	%1.6	%0.11	%100

4.10 Hastaların İlk Başvuru Sonucu ile Tekrar Başvuru Sonucunun Karşılaştırılması

Tablo 4.22. Hastaların ilk başvuru sonucu ile tekrar başvuru sonucunun karşılaştırılması

	Tekrar Başvuru Sonucu													
	Taburculuk		Servis Yatış		Yoğun Bakım Yatış		Ex		Tedavi Reddi		Sevk		Toplam	
İlk Başvuru Sonucu	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Taburculuk	1484	81	87	4,7	65	3,5	6	0,3	24	1,3	2	0,1	1668	91
Servis yatış	37	2	8	0,4	4	0,2	2	0,1	0	0	0	0	51	2,8
Yoğun bakım yatış	34	1,9	4	0,2	5	0,3	0	0	0	0	0	0	43	2,3
Tedavi reddi	43	2,3	15	0,8	6	0,3	0	0	5	5	0	0	69	3,8
Sevk	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1
Toplam	1599	87,3	114	6,2	80	4,4	8	0,4	29	1,6	2	0,1	1832	100

Acil servise ilk başvuru sonrasında taburcu edilen (1668,%91) hastanın, 1484'ü (%81) tekrar başvuru sonrasında taburcu edilirken, 87'si (%4.7) servise, 65'i (%3.5) yoğun bakıma yatırılmıştır. 6'sı (%0.3) ex olmuştur. 24'ü (%1.3) tedaviyi herhangi bir nedenle kendi isteği ile kabul etmemiş, 2'si (%0.1) başka bir kuruma sevk edilmiştir (Tablo 4.22).

Acil servise ilk başvuru sonrasında servise yatışı yapılan 51 hastanın; tekrar başvuru sonrasında 37'si (%2) taburcu edilmiş, 8'inin (%0.4) tekrar servise yatışı yapılmıştır. 4'ünün (%0.2) yoğun bakıma yatışı yapılmıştır. 2 (%0.1) hasta ex olmuştur (Tablo 4.22) .

Acil servise ilk başvuru sonrasında yoğun bakıma yatırılan 43 hastanın, tekrar başvuru sonrasında 34'ü (%1.9) taburcu edilirken, 4'ü (%0.2) servise, 5'i (%0.3) yoğun bakıma yatırılmıştır (Tablo 4.22).

Acil servise ilk başvurusunda herhangi bir nedenle tedaviyi kabul etmeyen 69 hastanın, tekrar başvuru sonrasında 43'ü (%2.3) taburcu edilirken, 15'i (%0.8) servise, 6'sı (%0.3) yoğun bakıma yatırılmıştır. Bu hastaların 5'i (%0.3) herhangi bir nedenle tekrar tedaviyi kabul etmemişlerdir (Tablo 4.22).

Acil servise ilk başvurusunda sevk edilen 1 hasta (%0,1), tekrar başvurusunda acil servisten taburcu edilmiştir (Tablo 4.22).

Acil servise ilk başvuru sonucu ile tekrar başvuru sonucu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($p=0,003$).

5. TARTIŞMA

Hastaların acil tıbbi gereksinimlerinde ilk başvuru noktaları hastanelerin AS'leridir^(1,2). Literatüre bakıldığında; AS'e kısa sürelerde yapılan tekrar başvurular dört temel nedene dayandırılabilir:Hastalığa bağlı, hastaya bağlı, hekime bağlı ve tedavi verilen kurumun özelliklerine bağlı nedenler⁽⁷⁾.

Keith ve ark. tekrar başvurular ile ilgili çalışmalarında 297 hastanın 96'sının (%32.3) engellenilebilir başvurular olduğunu saptamışlar ve bu hastalardan 38'inin (%39.6) tıbbi hatalara, 20'sinin(%20.8) yetersiz eğitime ve 35 başvurunun(%36.5) hasta uyumsuzluğuna bağlı olarak oluştuğunu belirtmişlerdir⁽²⁹⁾.

O'Dwyer ve ark.'nın çalışmasında da tekrar başvuruların en aza indirilmesinde en önemli etkenin daha iyi hasta eğitimi olacağı belirtilmiştir. Acil servise tekrar başvuran hastaların %50'sinin herhangi yeni bir tedavi verilmeden tekrar taburcu edildiğini göstermişlerdir⁽³⁰⁾.

Verelst ve ark.acil servise 72 saat içerisinde yapılan proglamlanmamış tekrar başvuruları araştırdıkları çalışmada tekrar başvuru oranı %1.9 olarak saptamış, en sık neden olarak hastaların şikayetlerinin tekrarlaması ve artış göstermesini bulmuşlardır. Hastaların %85'i kronik hastalıkları, %12'si yanlış tanı, %2.9'su ise yan etki nedeni ile tekrar başvurdukları saptanmıştır.Tekrarlayan başvurular AS kalabalıklığı ile ilişkilendirilememiş olmakla birlikte tekrar başvuran hastaların acil serviste daha fazla kalış sürelerine sahip olması nedeni ile AS üzerine ek bir yük bindirdiği saptanmış⁽³¹⁾.

Hu ve ark.nın çalışmasında acil servise 3 gün içerisinde tekrar yapılan programlı ve programlanmamış tekrar başvurular(PTB) araştırılmıştır. PTB hastanın ilk başvurusu ile ilgisi olmayan tekrar başvuruları tanımlamak için kullanılmıştır. %4 oranında tekrar başvuru saptamışlardır. Tekrar başvuru yapan hastaların %64.4'ü PTB olarak bulunmuştur. Tekrar başvuruların %47.9'unun hastalık kaynaklı nedenler, %33.2'sinin hasta kaynaklı, %18.9'unun ise hekim kaynaklı nedenlerden kaynaklandığını belirtmişlerdir⁽³²⁾.

Miro ve ark.'ı tarafından yapılan çalışmada 406 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup tekrar başvuru oranı %1,42 olarak saptanmıştır. Hastaya bağlı nedenler %10, hastalığa bağlı nedenler %34 , hekime bağlı nedenler ise %33 oranında saptanmıştır⁽⁹⁾. Kelly ve ark.'ı tarafında benzer bir çalışma yapılmış hastaya bağlı nedenler %27, hastalığa bağlı nedenler %61 ve hekime bağlı nedenler %11 oranında saptanmıştır⁽³³⁾. Her iki çalışmanın sonuçlarında da daha iyi hasta eğitimi ile tekrar başvuru oranlarının azaltılabileceği belirtilmiştir^(9,33).

Akyol ve ark.'nın çalışmasında aynı şikayetle tekrar başvuru yapan ve tanı ve tedavi değişikliği yapılmayan hasta oranı %34.2 olarak saptanmıştır. Bu hastaların %93,6'sının aynı ilaçlarla tam olarak iyileştiği öğrenilmiştir. Aynı tanıyı alıp aynı tedavi ile iyileşen hastaların %20'sine hastalık ve reçete tarifinin ayrıntılı olarak hekim tarafından yapıldığı saptanmıştır. Bu tekrar başvuruların keyfi olarak yapıldığı düşünülebilir⁽⁷⁾.

Acil servise yapılan tekrar başvuruların tüm nedenlerini belirlemek oldukça zordur. Çalışmamıza dahil edilen hastaların %54.2'sinin tekrar başvuru nedeni olarak poliklinik hizmetine ulaşamama ya da geç ulaşma olarak saptanmıştır. Bunun nedeni ise poliklinik hizmetlerinin sadece hafta içi belirli saatlerde verilmesi ve polikliniklerden günler, haftalar bazen aylar sonrasına randevu alınabilmesi olabilir.

Yapılan bir çalışmada tekrar başvuran hastaların önceki başvurularında sadece üçte birine poliklinik kontrolü önerilmiş olup, hastaların çoğu şikayeti geçmediği durumda acil servislere başvurmak zorunda kalmışlardır. Tekrar değerlendirme sonrası poliklinik önerileri %75 düzeyine çıkmasına rağmen poliklinik hizmetlerinin işleyişindeki sıkıntılar nedeni ile %30 oranında poliklinik başvurusu olmuştur. Hastaların işleyişleri daha hızlı olan cerrahi bölüm polikliniklerine,daha uzak tarihe verilen randevularla çalışan dahili bölüm polikliniklerine başvurularından daha fazla uyum göstermeleri de bu durumun sonucudur⁽⁷⁾.

Tekrar başvuran hastaların yarısı 16:00-23:59 saatleri arasında acil servise başvurmaktadır. Bu saatler insanların genel olarak günlük rutin işlerinin bittiği ve acil servislerin alternatifsiz hizmet verdiği saatler olması

nedeniyle acil servislerin en kalabalık olduğu saatlerdir^(1,2). Oktay ve ark. acil servis kullanım özelliklerini arştırdıkları çalışmalarında, benzer olarak en yoğun hasta başvurularının bu saatlerde olduğunu saptamışlar ve bu başvuruların tahmin edilen nedeni ne olursa olsun gündüz saatlerine göre aciliyetlerinin daha uygun olduğunu göstermişlerdir. Bu açıdan bakıldığında bu saatlerde yapılan tekrar başvuruların titizlikle değerlendirilmesi gerektirdiğini ifade etmişlerdir⁽³⁴⁾.

Demografik özelliklerin araştırılması ile hastaya bağlı tekrar başvurular hakkında önemli bilgiler elde edilebilir. Akyol ve ark.'nın çalışmasında tekrar başvuran hastaların yaş dağılımlarının diğer hastalardan farklı olmadığı ve kadın hastaların anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır⁽⁷⁾. Çalışmamızda tekrar başvuru oranının en yüksek 18-25 yaş ve 65 yaş üstü grupta olduğu saptandı. Erkek hastaların anlamlı olarak daha fazla tekrar başvuru yaptığı görüldü. Verelst ve ark.'nın çalışmasında da tekrar başvuru yapan hastaların %53'ünün erkek hastalar olduğu saptanmış. Literatüre bakıldığında ise kadın cinsiyetin tekrar başvuru açısından risk oluşturduğunu destekleyen çalışmalar vardır⁽³¹⁾.

Sağlık Uygulama Tebliği'nin katılım payı alınmayacak sağlık hizmetleri ile ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerine ilişkin maddelerine göre Kurumla sözleşmeli veya sözleşmesiz sağlık hizmet sunucuları tarafından sunulan acil sağlık hizmetlerinden dolayı kişilerden katılım payı ve ilave ücret alınmamaktadır⁽⁶⁾. Tüm hastalar sosyal güvencelerinin ne olduğuna bakılmaksızın acil servise kabul edilir. Akyol ve ark.'nın çalışmasında aynı şikayetle tekrar başvuru yapan hastaların dörtte üçünün muayene, tetkik ve tedavi giderleri için herhangi bir ödeme yapmadıkları ve ödeme yapan hastalara göre sayılarının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmış⁽⁷⁾. Bizim çalışmamızda hastaların sosyal güvenceleri değerlendirmeye alınmadı.

Acil servis tekrar başvurularının hastalığa bağlı nedenleri daha objektif değerlendirilebilecek nedenlerdir. Liav ve ark.'nın tekrar başvuruların sıklığı ve ilişkili olduğu durumlarla ilgili yapılan en uzun araştırmalardan biri olan çalışmalarında tekrar başvuruların %79 oranında hastalığın seyrine

bağlı nedenlerden kaynaklandığı vurgulanmıştır⁽³⁵⁾. Pierce ve ark. çalışmalarında hastalıklara bağlı tekrar başvuru oranını %53 olarak saptamıştır⁽³⁶⁾.

Miro ve ark. çalışmalarında acil servislerine aynı şikayetle üç gün içerisinde tekrar başvuran hastaları incelemişlerdir. En sık neden olarak ilk başvurularındaki hastalıkları ve hastalığın düzeyine bağlı olduğunu saptamışlardır. Tekrar başvurularla en çok ilgili durumun nedeni saptanamayan karın ağrıları olduğu belirtilmiştir⁽³⁷⁾. Gordon ve ark'nın çalışmasında ise en sık nedenler olarak dehidratasyon, septisemi, pnömoni ve astım belirtilmiştir⁽⁸⁾.

Goh ve ark. tekrar başvuru en sık nedeni olarak hastaların %72.3 oranında ilk başvuru şikayetlerinin devam etmesi olarak saptamışlardır. Bu duruma en çok yol açan hastalıklar olarak astım, mide ağrısı, gastroenterit, renal kolik, minör kafa travmaları ve bel ağrılarını belirtmişlerdir. İkinci en sık neden olarak hatalı tanıları göstermişlerdir. En önemli tanı hatalarının ise akut apandisit ve gastrointestinal kanamaların olduğunu belirtmişlerdir⁽³⁸⁾.

McCusker ve ark. yaşlı hastaların tekrar başvuru nedenlerini inceledikleri çalışmalarında, ilk başvurularında sindirim ve solunum sistemleri ile ilişkili şikayetleri olan hastaların sırası ile %29 , %24.7 oranında tekrar başvurduklarını saptamışlardır⁽³⁹⁾.

Akyol ve ark.'nın çalışmasında tekrar başvuru nedenlerinin en sık enfeksiyon kaynaklı (en sık üst solunum enfeksiyonu) nedenler olarak saptanmış. Tekrar başvuran hastalarda en sık ağrı yakınması olarak baş ağrısı bulunmuştur. Bu nedenle hastaların hastalıklarının doğru tanı ve tedavisi yanı sıra etkili ağrı tedavisi ve analjezinin devamının sağlanması ağrıya bağlı tekrar başvuruları azaltabileceğine değinilmiştir⁽⁷⁾.

Çalışmamızda tekrar başvuran hastaların AS'e ilk başvuru nedenleri incelendiğinde en sık neden olarak kas-iskelet sistemini ilgilendiren nedenler (%15.7) bulunmuştur. Diğer sık nedenler sırasıyla pansuman, aşı gibi özel bir sistemi ilgilendirmeyen nedenler (%14.1) ve gastrointestinal nedenler olarak saptanmıştır. Poliklinik hizmetine ulaşamama-geç ulaşma (%54.2) en sık tekrar başvuru nedeni olarak saptanmıştır. Bunun dışında

sırasıyla AS'imizin en yakındaki sağlık kurumu olması gibi diğer nedenler (%47.3), hastaların Şikayetlerinin tekrar başlaması (%32.9), mevcut tedaviyi kullanmalarına rağmen Şikayetlerinin devam etmesi (%30.3) diğer sık nedenler olarak saptanmıştır. Acil servisten taburcu edilen hastalara, önerilen poliklinikte ne zaman görölmesi gerektiğini belirten raporlar verilip, bu raporlara uygun tarihlerde randevu almalarının sağlanması tekrar başvuru oranının azaltılmasında yardımcı olabilir. Bununla birlikte AS hekimi tekrar başvurma potansiyeli yüksek olan hastalıkları tanımalı ve ilk değerlendirmede daha dikkatli olmalıdır.

Tekrar başvurular incelendiğinde hastaların özgeçmişleri dikkatle sorgulanmalıdır. Özgeçmişlerinde kronik bir hastalığa (epilepsi, böbrek yetmezliği gibi) olan hastaların aynı Şikayetle AS'e sağlıklı hastalardan daha fazla başvuru yapması beklenen bir durumdur. Bu hastaların primer olarak takip edildikleri bölüm tarafından daha yakın aralıklarla takipleri ve doğru tedavi önerileri ile tekrar başvuru oranları azalabilir^(38.39).

Akyol ve ark.'nın çalışmasında aynı Şikayetle tekrar başvuran hastaların %28.7'sinde özgeçmişlerinde bir veya birden fazla kronik hastalık hikayesi saptanmış. 34 hastada hipertansiyon, 30 hastada kronik obstruktif akciğer hastalığı olduğu belirtilmiŐ⁽⁷⁾. Verelst ve ark. çalışmasında AS'e en sık aralıklarla tekrar başvuru yapan hastaların kronik alkol kullanıcıları olduğunu belirtmişlerdir⁽³¹⁾. Çalışmamıza alınan tekrar başvuran hastalarda özgeçmişlerinde en sık hastalık olarak hipertansiyon (%28.7) bulundu.

Özgeçmişlerinde kronik bir hastalık olmayan tekrar başvuru hastalarının hastaneye yatış oranları diğer acil servis başvuruları ile benzer oranlarda olmasına rağmen eşlik eden kronik bir durumun olması hastaneye yatışları anlamlı oranlarda artırmaktadır⁽⁷⁾.

AS'e tekrar başvuran hastalarının %1-3'ünü sisteme bağlı engellenilebilecek başvurular oluşturmaktadır⁽⁷⁾. Oktay ve ark. acil servis baŐvurularını aciliyet yönünden inceledikleri çalışmalarında hastaların %11'inin polikliniklere ulaşamadıklarını ve bu sebeple acil servisi kullandıklarını saptamışlardır⁽³⁴⁾. Bizim çalışmamızda da bu oran çok daha

yüksek olarak %54.2 olarak saptanmıştır. Sevk zincirinin de kolaylıkla suistimal edilebilmesi nedeni ile sisteme bağlı tekrar başvurular önemlidir.

Verelst ve ark.nın çalışmasında AS'e tekrar başvuran hastaların çoğunluğu (527,%84.7) triaj 3, 4, 5 olarak değerlendirilmiş⁽³¹⁾. Hu Keng Wei ve ark'nın çalışmasında da yüksek triaja sahip olmak tekrar başvuru riskini artırdığı saptanmıştır⁽³²⁾. Bizim çalışmamızda ise tekrar başvuran hastaların 807'si (%44.1) acil (traj 2), 684'ü (37.3) acil olmayan(traj 3), 341'i (%18.6) sı ise çok acil(traj 1) olarak saptanmıştır.

Akyol ve ark.'nın çalışmasında tekrar başvuran hastalar acil servisten hastaneye yatırılan tüm hastalarla karşılaştırıldığında, hastaneye yatışları arasında her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmış ancak hastaların başvurma sayıları arttıkça yatış oranları da artmakta olup aynı şikayetle 3., 4. ve 5. başvuruda bu oran sırası ile %23, %42.8 ve %60 düzeylerinde bulunmuştur. Bu durumda aynı şikayetle başvuran hastalarda özellikle birden fazla başvuru olması durumunda yatış kriterleri açısından hastanın daha dikkatli araştırılması gerekmektedir⁽⁷⁾.

Liav ve ark. bir yıl boyunca AS'e aynı şikayetle başvuran hastaların özelliklerini araştırmışlar ve aylık tekrar başvuru oranını %1.32-2.38 olduğunu saptamışlardır. Bunların nedenlerini araştırdıklarında sadece %7.8'inin hekim hatalarından kaynaklandığını ancak bu hastaların tekrar başvurularında %73.7 gibi çok yüksek yatış oranları olduğunu göstermişlerdir. Ancak aynı şikayetle tekrar başvuran bütün hastaların yatış oranlarına baktıklarında bunun %36.5 olduğunu ve yatış oranlarının diğer AS hastaları ile benzer (%36.2) olduğunu belirtmişlerdir⁽³⁵⁾. Hastaların taburculuğu sonrası 72 saatlik dönemde tekrar başvuruları inceleyen Miro ve ark.ları tekrar başvuru oranını %1.42 olarak saptamışlardır. Bunun düşük bir oran olduğunu belirtmelerine rağmen, tekrar başvuran hastaların %76'sının hastaneye yatırıldığını belirtmişlerdir⁽⁹⁾. Çalışmamızda ilk başvuru sonrasında taburcu edilen hastaların %10.4'ü tekrar başvuruları sonrasında servis ya da yoğun bakıma yatırılmıştır.

Akyol ve ark.'nın çalışmasında ise tekrar başvuran hastaların %16.2'si ilk tanılarında farklı tanılar almışlardır.Bu hasta grubunda tekrar başvuru

nedenlerinin ilk bakı yetersizliklerine bağlı olduğu düşünülmüştür. Yatan hastalarda farklı tanı oranı %50 seviyesinde bulunmuştur. Hekime bağlı tekrar başvurular ve hastalara bağlı engellenilebilir tekrar başvurular, aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların yaklaşık üçte birini oluşturduğu, daha iyi bir ilk değerlendirme ve hastaların daha uygun bir şekilde yönlendirilmesi ile tekrar başvuruların çoğunun engellenebileceği belirtilmiştir⁽⁷⁾.

Çalışmamızda ilk başvuru sonrasında taburcu edilen 1668 hastanın 1484(%81)'ü tekrar başvuruları sonrasında yine taburculuk kararı alınırken, 87'si servise, 65'i yoğun bakıma yatırılmıştır. Acil servise taburculuk sonrası tekrar başvuran hastaların büyük çoğunluğunun tekrar taburcu edilmesine karşın, tekrar başvuru sonrasında hastaneye yatırılma kararı alınan %8.2'lik kısmın ilk bakı yetersizliğine bağlı olduğu düşünülebilir. Literatürdeki çalışmalarda özellikle hasta kayıtlarının iyi tutulduğu hastanelerde hekime bağlı tekrar başvurular tanı değişikliklerinden kolayca saptanabilir^(6,7). Önceki başvurularında tanı belirtilen hastalardan dörtte üçü daha önceki başvuruları ile aynı tanıyı alarak AS'ten taburcu edilmişlerdir.

O'Dwyer ve ark.çalışmalarında tekrar başvuran 235 hastadan 82'sinin (%35) tekrar başvurma sebebi olarak AS doktorlarının ilk başvurularında taburculuk sırasında 'herhangi bir ek şikayet durumunda tekrar gelin' Diye öneride bulunması olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Bu hastalara biraz daha bilgi verilmesinin tekrar başvuruları önemli oranda azaltacağını belirtmişlerdir⁽³⁰⁾.

Çalışmamızda AS tekrar başvuran 315 (%17.2) hastada tekrar başvuru nedeni olarak 'kontrol' saptanmıştır. Bu grupta AS doktorları tarafından kontrole çağırılan hastalar olmakla birlikte, başka bir doktor yada kurum tarafından kontrole çağırılan fakat çalışma saatleri dışı olması ya da kontrole çağırılan hekime ulaşılama gibi nedenlerle AS'e başvurmayı seçen hastaları kapsamaktadır. Hastalar AS'ten taburcu edilirken daha fazla bilgi verilerek ve AS dışında başka bir bölüm tarafından kontrolü uygun görülmüşse o bölüme ulaşımını kolaylaştırmak AS tekrar başvuru oranını azaltabilir. Bununla birlikte hastaları ve hastalıkları risk gruplarına ayırıp, düşük risk grubundaki hastaları kontrol için sağlık ocakları, aile hekimleri gibi

hastaların takip edilebilecekleri alanlara yöneltmek bu tarz başvuruların oranını azaltacaktır. Ancak hastalara şikayetlerinin artması yada ek şikayetleri olması durumunda AS'e başvurabileceklerini önermek AS'in taburculuk sırasındaki vazgeçilmez parçasıdır.

Hasta memnuniyetini etkileyen çok sayıda etken bulunmaktadır. Bunlar kurumsal özellikler, hasta ve hizmeti sunan kişiler şeklinde üç temel başlık altında toplanabilir⁽⁴⁰⁾. Hasta memnuniyetinin hastane tercihinde çok önemli etkisi mevcuttur. Hastaların AS'ten memnun olarak ayrılması hastanın gelecekte de aynı yeri tercih etmesine önemli katkı sağlamaktadır.

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada AS'i seçme nedeninin en yüksek oranda %21.1 ile önceki hizmetten memnuniyet olduğu belirlenmiş^(40,41). Çalışmamızda hastaların 257 (%14)'si AS'e tekrar başvurma nedenleri olarak 'Memnuniyet' olarak belirtmişlerdir. Hasta memnuniyeti AS tekrar başvuru nedenlerinden bir tanesi olmakla birlikte, hastaların sağlık kurumuna ve hekime duyulan güveni artıracığından hekim önerilerine daha fazla uyum göstermelerine böylece AS'e tekrar başvurulara neden olan diğer etkenlerin azalmasına katkı sağlayabilir.

5.1.Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın üniversitemiz 3. basamak seviyesindeki AS'inde yapılması şehirdeki ve/veya ülkedeki diğer hastanelerin 1. ve 2. basamak seviyesindeki AS'lerine başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmemesi hastaların demografik özelliklerinde, tekrar başvuru nedenlerinde, klinik sonuçlanmalarında bilgi vermeyip farklılıklar yaratabileceğinden çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edilebilir.

Bununla birlikte çalışmamızda AS'e tekrar başvuran hastaların sosyal güvencelerine ve bunun acil servise yapılan tekrar başvurular üzerine etkisine bakılmamıştır. Hastaların mevcut sosyal güvenceleri ile AS'e yapılan tekrar başvurular arasında ilişki olabileceğinden bu durum da çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edilebilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

1. AS'ler hastalar açısından birçok tetkik ve tedaviye kolaylıkla ulaşılabilecek yerlerdir. Hastalar sosyal güvencelerinin izin verdiği sürece hastane AS'lerini, birinci basamak sağlık hizmetlerine tercih etmektedir. Tecrübeli Acil Tıp uzmanlarının da yaygınlaşması ile daha hızlı tanı ve doğru tedavi sunulması AS'lerin hastalar açısından çekiciliğini daha da artıracaktır.
2. Yoğun hasta bakılan yerler olan AS'ler, zamanla daha da yoğunlaşacak, hasta başına ayrılan zaman azalacak ve hasta bakım kalitesi etkilenecektir. AS doktorları yaşamsal kararları daha kısa zaman içerisinde vermek zorunda kalacaklardır. Bu durum doktorların hata yapma olasılığını artıracaktır. Bu yüzden acil servis yoğunluklarını azaltmaya yönelik girişim ve çalışmalar yapılmalıdır.
3. Sevk zincirinin etkin hale getirilmesi, uygunsuz AS kullanımlarının azaltılması, hizmet içi eğitimin artırılması, hastaların ilk değerlendirilmesinde tanısal hataların azaltılması ve taburcu edilen hastalara, hastalıklarının tanı ve tedavileri hakkında yeterli bilgi verilmesi ve poliklinik kontrollerine ulaşma yöntemlerinin iyileştirilmesi AS'lerdeki hasta yoğunluğunu azaltabilir.
4. AS'e tekrar başvurular AS yoğunluğunu ve AS çalışanlarının iş yükünü artırmaktadır. AS'e kısa sürede yapılan tekrar başvuruların azaltılması da AS yoğunluğunu azaltmak açısından önemlidir.
5. Tekrar başvuru nedeni olarak hastaların belirttiği temel durumlar; poliklinik hizmetine ulaşamama yada geç ulaşılabilir olması ile birlikte hastaların şikayetlerinin devam etmesi veya artmasıdır. Önerilen tedavinin ayrıntılı olarak anlatılmaması ve hastaların tedavi süreçleri hakkında gerekli bilgi sahibi olmamaları nedeni ile hastaların tedavi uyumsuzlukları görülebilmektedir.
6. Bu nedenle hastalara ilk başvurularında hastalıkları ve tedavileri konusunda detaylı bilgi verilmesi gerekmektedir. Hastalığın seyri, verilen

tedavi, nasıl kullanılması gerektiği, beklenen potansiyel etki ve yan etkiler tekrar başvuruları önemli oranda azaltacaktır.

7. Bahsedilen tüm önerilerin doğru uygulanmasına rağmen acil servise tekrar başvurular olacaktır. Bu durumda hastalar çok dikkatli değerlendirilmelidir. Özellikle yanlış tanı ve yanlış tedavi olasılığı açısından dikkatli olunmalı, hastaneye yatmasını gerektirecek semptom ve bulgular açısından tekrar araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Özçelik H. Acil servise başvuran kategori 1 hastaların Acil Servis'te kalış süresini etkileyen faktörler Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi.Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, 2012
2. Zeytin A. Tuğrul, Çevik A.A, Acar N, Kaya Ş, Özçelik H. Orta Anadolu'da akademik bir Acil servise başvuran hastaların özellikleri. Türk J Emergency Medicine 2014;14(2):75-81
3. Bresnahan KA, Fowler J. Emergency medical care in Turkey: Current status and future directions. Ann Emerg Med.995;26:357-360.
4. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye'de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Turk J Emerg Med.2005;5(1):5-13.
5. Arslanhan S. Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor?,Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. Tepav Politika Notu, 2010
6. Sağlık Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği,Resmi Gazete: 25 Mart 2010
7. Akyol C, Oktay C, Hakbilir O, Akyol A.J, Çalışkan T.F. Acil servise aynı şikayet ile tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi, Türkiye Acil Tıp Dergisi 2006: 6(3) 108-116
8. Gordon JA, An LC, Hayward RA, Williams BC. Initial emergency department diagnosis and return visits: risk versus perception. Ann Emerg Med 1998; 32: 569- 73.
9. Miro O, Jimenez S, Alsina C, Javier Tovillas-Moran F, Sanchez M, Borrás A, et al. Unscheduled revisits in medical emergency units at the hospital: incidence and related factors. [Article in Spanish] Med Clin (Barc) 1999;112:610-5. [Abstract]
10. Cardin S, Afilalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A, Tselios C, et al. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have

- an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003;41:173-85.
11. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med* 2000;7:637-46.
 12. Gail M, O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RH, O'Sullivan P, Conolly EM, et al. Inappropriate emergency department use: the eye of the beholder. *Acad Emerg Med* 1995;2:349-352
 13. Kekeç Z. Tüm Yönleriyle Acil Tıp Tanı Tedavi ve Uygulama Kitabı. Nobel Kitabevi, 2010.
 14. American College of Emergency Physicians Board of Directors. Definition of emergency medicine and emergency physician. *Ann Emerg Med*. 1986;15:1240-1241.
 15. Schneider SM , Hamilton GC , Moyer P , Stapczynski JS . Definition of emergency medicine. *Acad Emerg Med*. 1998;5(4):348-51.
 16. What to do in an emergency. American College of Emergency Physicians. June 2003. <http://www.acep.org> [06/05/2010].
 17. American College of Emergency Physicians. Model of the clinical practice of emergency medicine [policy statement]; Approved August 2007. Revised 2008. <http://www.acep.org> [12/09/2010].
 18. Arnold JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Ann Emerg Med* 1999;33:97-103.
 19. American College of Emergency Physicians Board of Directors. Bona fide emergency. In *Policy Summaries*. 1994 ed. Dallas-Texas: ACEP, 1994:7-8.
 20. American College of Emergency Physicians Board of Directors. Duty of emergency physicians to patients. *Ann Emerg Med*. 1993;22:153.

21. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med.*2007;49(3):275-81.
22. Berner AR. Triage. In: Harwood-Nuss AL, Linden CH, Luten RC, Shepherd SM, Wolfson AB, editors. *The clinical practice of emergency medicine.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.p.1525-1527.
23. Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. T.C. Resmi Gazete.16 Ekim 2009-Sayı:27378.
24. Horwitz LI, Green J, Bradley EH. US emergency department performance on wait time and length of visit. *Ann Emerg Med.*2010;55(2):133-41.
25. Oktay C. Acil servis başvurularının aciliyet yönünden değerlendirilmesi ve acil servis kullanım özellikleri. Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 1999.
26. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: Appropriate or not? *Ann Emerg Med* 1994; 24: 953-957.
27. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, et al. Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med* 1985; 14: 672-676.
28. Unsal A, Cevik A.A, Metintas S, Arslantas S, Inan C.O. Emergency Department Visits by Elder Patients. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003; 6:83-88
29. Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, Krome RL, Ross MA. Emergency department revisits. *Ann Emerg Med* 1989;18:964-8.
30. O'Dwyer F, Bodiwala GG. Unscheduled return visits by patients to the accident and emergency department. *Arch Emerg Med* 1991;8:196-200.
31. VERELST S, Pierloot S, Desruelles, Gillet J.B, Bergs J. Short- Term unscheduled return visits of adult patients to the emergency department. *The J of Emerg Med.* 2014; 47(2):131-139.
32. HU Keng-wei, L uyu-hui, Lin Hung-Jung, Guo How- Ran. Unscheduled return visits with and without admission post emergency department .*The J of Emerg Med.* 2012; 43(6):1110-1118

33. Kelly AM, Chirnside AM, Curry CH. An analysis of unscheduled return visits to an urban emergency department. *N Z Med J* 1993;106(961):334-6.
34. Oktay C. Acil servis başvurularının aciliyet yönünden değerlendirilmesi ve acil servisin kullanım özellikleri. [Uzmanlık tezi] İzmir: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İlk Ve Acil Yardım Anabilim Dalı; 1999.
35. Liaw SJ, Bullard MJ, Hu PM, Chen JC, Liao HC. Rates and causes of emergency department revisits within 72 hours. *J Formos Med Assoc* 1999;98:422-5.
36. Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. "Bounces": an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19:752-7.
37. Miro O, Sanchez M, Ortega MM, Esteban MJ, Milla J. More data about patients who leave emergency department without being seen by a doctor in European hospitals. *Eur J Emerg Med* 2000;7:79-80.
38. Goh SH, Masayu MM, Teo PS, Tham AH, Low BY. Unplanned returns to the accident and emergency department--why do they come back? *Ann Acad Med Singapore* 1996;25:541-6.
39. McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med* 2000;7:249-59.
40. Williams RM. Triage and emergency department services. *Ann Emerg Med*.1996;27:506-508.
41. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA*1991;266:1085-90.

