



**T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

# **ACİL SERVİSE AYNI YAKINMA İLE TEKRAR BAŞVURAN HASTALARIN KARAKTERİSTİKLERİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Can BİLAL**

**Antalya, 2017**



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI

# ACİL SERVİSE AYNI YAKINMA İLE TEKRAR BAŞVURAN HASTALARIN KARAKTERİSTİKLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Can BİLAL

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mutlu KARTAL

*“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”*

Antalya, 2017

## TEŐEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐmesindeki yoğun emek ve katkılarından dolayı saygıdeğer hocam Doç. Dr. Mutlu Kartal'a içtenlikle teŐekkür ederim.



# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>Kısaltmalar Dizini</b>	<b>iv</b>
<b>Çizelgeler Dizini</b>	<b>v</b>
<b>Şekiller Dizini</b>	<b>vi</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
2.1. Uygunsuz Kullanım	4
2.2. Tekrar Başvuru Nedenleri	7
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>9</b>
<b>4. BULGULAR</b>	<b>10</b>
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>15</b>
<b>6. SONUÇLAR</b>	<b>25</b>
<b>7. ÖZET</b>	<b>26</b>
<b>8. ABSTRACT</b>	<b>28</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>30</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>34</b>
<b>Ek-1. Acil Servise Aynı Şikayet İle Yapılan Tekrar Başvurularının Değerlendirilmesi</b>	<b>34</b>

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ACEP</b>	American College of Emergency Physicians



## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b><u>Çizelge</u></b>		<b><u>Sayfa</u></b>
<b>4.1.</b>	Tekrar başvuru yapan hastaların şikayet sayıları ve yüzdeleri	<b>10</b>
<b>4.2.</b>	Tekrar başvuru sıklığı ve yüzdeleri	<b>11</b>
<b>4.3.</b>	Taburculuk sırasında hastaların bilgilendirilme yüzdeleri	<b>11</b>
<b>4.4.</b>	Tekrar başvuru nedenleri	<b>12</b>
<b>4.5.</b>	Revizitlerdeki kronik hastalıkların ve hastaların yüzdeleri	<b>13</b>
<b>4.6.</b>	Başvuru sayıları ve sonuç ilişkisi	<b>14</b>
<b>4.7.</b>	Yeniden başvuru süresi ve sonuç ilişkisi	<b>14</b>

# 1. GİRİŞ

Acil servisler hasta akışının yoğun olduğu birimlerdir. Buna karşın, doğası gereği acil servislerde hızla ve etkin karar verme zorunluluğu vardır. Bu yoğun ve kalabalık ortam hem hasta bakımını aksatmakta, hem de uygunsuz tedavi ve bakım hizmeti verilmesine neden olabilmektedir. Özellikle kimi taburcu edilen hastaların yeniden acil servise başvurusu zaman, mekan ve bedel etkinlik açısından ciddi sorun yaratabilmektedir. Bunun ötesinde kimi zaman yeniden aynı yakınma ile başvuran hastalarda istenmeyen komplikasyonlar, yetersiz tedaviye bağlı kayıplar tespit edilebilmektedir. İstenmeyen yeniden başvuruları önlemek için bu alanda yapılacak araştırmalar yol gösterici olacaktır. Daha da ötesi yıllar içerisinde değişen nüfus ve sağlık dinamikleri nedeniyle yeniden başvuruların tekrar tekrar değerlendirilmesi de, önlem alınması konusunda ciddi bilgiler verebilir.

Tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de acil servisler ani başlayan sağlık sorunu durumunda ilk başvuru sağlık birimleridir. Acil servislerde sağlık hizmeti veren sağlık çalışanları kısa sürede etkin bir tanı, tedavi ve yönlendirme çalışması içerisinde girmek durumundadırlar. Özellikle gerçek acil durumları ayırt ederek gecikme olmaksızın tedavilerine başlayabilmek son derece önemlidir. Bunun yanında diğer tüm hastalar için uygun yaklaşım sağlayarak uygun tedavileri almalarını sağlamak, komplikasyonlardan mümkün olduğunca uzak durmalarını sağlamak da acil servis hekiminin görevlerinden birisidir. Buna karşın kimi hastalar ilk başvuru yakınmalarıyla acil servise tekrar başvurumaktadırlar. Pek çok araştırmaya konu olan ve acil servislerdeki hasta bakım kalitesinin ölçülmesindeki en önemli parametrelerden birisi de bu istenmeyen yeniden başvurulardır (revizit).

Önceki yıllarda yapılan araştırmalarda istenmeyen revizitlerin temel olarak dört nedenden kaynaklandığı tespit edilmiştir: hastalığa bağlı, hastaya bağlı, hizmet verilen yere bağlı ve hizmet verene bağlı. Keith ve ark. revizitlerin %32,3 oranla engellenebilir başvurular olduğunu bildirmişlerdir (1). Bu engellenebilir başvuruların sebebi olarak tıbbi hatalar (%39,6), yetersiz eğitim (%20,8) ve hasta uyumsuzluğu (%36,5) belirtilmiştir. Oldwyer ve ark. ise hasta eğitiminin yeniden

başvuruyu engellemede önemli bir unsur oluşunu belirtmişlerdir (2). Daha güncel çalışmalarda ise farklı bulgulara yer verilmiştir. Debra White ve ark yaptıkları araştırmada tedaviye bağlı gastrointestinal semptomların revizit nedeni olduğuna vurgu yaparken aynı zamanda kronik hastalığı olanların da daha çok revizit yaptığını belirtmişlerdir (3). Lisa Calder ve ark ise yaptıkları araştırmada hastaların önemli oranda istenmeyen yan etkilere bağlı olarak başvurduklarını ve bunların önlenabilir olduğunu belirtmişlerdir (4).

Pakistan’da yapılan bir araştırmada Nadeem Ullah Khan ve ark. en sık revizit nedeni olarak ateşi bildirirken yeniden başvuran hastaların %55’inin hastaneye yatırıldığını belirtmişlerdir (5).

Ülkemizde bu konuda en son 2011-2013 yıllarını kapsayan bir anket çalışması yapılmıştır (6). Bu araştırmaya göre 24 saat içerisinde acil servise yapılan istenmeyen revizit oranı %3,6 olarak tespit edilmiştir. Yeniden başvuruda temel nedenin tedaviye müdahil olma (serum, enjeksiyon vb. talebi) ile tedaviyi beğenmeme olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı araştırmada lokal devlet hastanesine toplam 1 milyon 75 bin hasta başvurusunun 312 bin tanesinin acil servislere yapıldığı tespit edilmiştir. Can Akyol ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada revizitlerde en önemli etken olarak tedavi uyumsuzluğu (%19) tespit edilirken ikinci sırada ise ilk tanının yetersizliği/tanı değişikliği (%17) yer almıştır (7).

Bu araştırmalara bakıldığında acil servis revizitlerinde pek çok farklı özellik tespit edildiği görülmektedir. Özellikle coğrafi farklılıklar ve yıllar içerisinde değişen toplum ve nüfus dinamikleriyle sağlık hizmetlerindeki değişiklikler bu konuda yeniden ve periyodik değerlendirmelerin de yararlı olacağını ortaya koymaktadır. Ülkemizde son yıllarda nüfus ve sağlık hizmetlerindeki değişim de revizitlerin araştırılması konusunu sürekli gündemde tutmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2014 yılında toplam acil servis başvuru sayısı 114 milyondur. Bu sayı acil servislere olağanüstü bir kalabalığa işaret etmektedir. Pek çok sebebi olmakla birlikte bu durumu kötüleştiren faktörlerden birisi de revizitlerdir.

Acil servise ilk başvuru sonrası hastaların hem ilk başvurdukları kuruma, hem de diğer sağlık kuruluşlarına yaptıkları istenmeyen revizitler hasta

yoğunluğunun gereksiz yere artmasına, zaman, mekan ve bedel etkinlik adına ciddi sorunlar doğmasına yol açmaktadır. Bu durumun araştırılarak genel ve varsa bölgesel ve ülkemize özgü sebeplerin ortaya konabilmesi, durumun düzeltilebilmesi açısından önemli görünmektedir.

Bu noktalardan hareketle acil servise aynı yakınmayla yeniden başvuran hastaların değerlendirilmesine yönelik bu araştırmayı tasarladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

Acil servisler herhangi bir yaralanma ya da ani başlayan rahatsızlık durumunda ilk akla gelen sağlık birimleridir. Acının dindirilmesi, hızla tedavi ihtiyacı algısı kişileri acil servislere yönlendirmektedir. Ayaktan başvurularda hangi hastalık durumunda acil servise başvurulması gerektiğine ilişkin çok sayıda fikir, temenni olmasına rağmen hali hazırda en gerçekçi yaklaşım 'kendisini acil hisseden' kişinin acil servise başvurması gibi görünmektedir.

Amerikan Acil Hekimleri Birliği de hastanın aciliyetini kendisinin belirlemesini önermektedir. Bu durum örneğin basit bir göğüs ağrısının miyokard infarktüsü olması ya da karın ağrısından mezenter iskemisi çıkması ya da baş ağrısından subaraknoid kanama çıkması gibi yaygın ya da seyrek rastlanabilecek ve kısa sürede tanısı konması gereken hastalıkların zamanında tanınabilmesi gerekliliğiyle açıklanabilir. Ancak diğer yandan bu yaklaşım acil servislere çok sayıda hasta başvurusuna neden olabilmektedir. Böylece hasta bakımıyla ilgili ciddi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Sürekli felsefe ve realite açısından sorun konuşulmaktaysa da henüz bu paradigma çözülebilmemiş değildir.

Ülkemizde 2015 yılında acil servislere toplam 120 milyon civarı başvuru olmuştur (8). Nüfusumuzun 79 milyon olduğu düşünüldüğünde ülkemizde yaşayan her kişi başına 1,5 acil servis başvurusu düşmektedir. Diğer yandan sağlıkta verimlilik raporuna göre 2013-2014 yıllarında devlet hastanelerine başvuran tüm hastaların %28-31'i ve üniversite hastanelerine başvuran hastaların da %10-13'ü acil servislere başvurmaktadır (8). Gelişmiş ülkelerde bu oran %5-8 arasında değişmektedir (9). Tabii olarak bu ağır hasta yükü beraberinde ekipman, fiziksel alan ve personel yetersizliğiyle beraber hasta bakım kalitesinde düşmeye neden olmaktadır.

Acil servislere yeniden başvuru bu paradigmanın parçalarından birisidir. Yeniden başvurular çoğu zaman ilk başvurudan daha çok zaman almakta, bu durum diğer acil servis hastalarına ayrılan sürenin azalmasına yol açmaktadır. Diğer yandan tanıdaki gecikmeler tedavi sürecini de zorlaştırabilmekte ve kolayca yapılabilecek bir tedavi daha zor hale gelebilmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri halen, tam anlamıyla ilk kurulduğu zamanki gibi olmasa da, basamak sistemine göre çalışmaktadır. Buna göre aile sağlığı merkezleri birinci basamak, devlet hastaneleri ikinci basamak ve eğitim araştırma hastaneleriyle üniversiteler ise üçüncü basamak olarak konumlanmaktadır. Özel hastaneler ağırlıklı olarak ikinci basamak hizmeti vermekle beraber kimi özel sağlık kuruluşları üçüncü basamak seviyesinde hizmet vermektedir. Bu organizasyonun işleminde önemli bir rolü olabilecek sevk zinciri sistemi ise 2007 yılından itibaren pilot bölge uygulamalarıyla kaldırılmaya başlanmıştır. 2009 yılında sağlık ocaklarının yerini aile sağlığı merkezlerinin almasıyla beraber sevk zinciri uygulaması sona ermiştir.

Sevk zinciri uygulamasının sona ermesi ve aile hekimliği uygulamalarının henüz tam anlamıyla ne sayısal ne de teknik anlamda yeterliliğinin oluşmaması hastaların önemli oranda ikinci ve üçüncü basamak hastanelerine yönelmesine yol açmıştır. Ancak bu kurumlara başvuru hasta bakım kapasitesini aşmaya başladığında randevular oluşmuş, özellikle üçüncü basamak hastanelerde günler, haftalar sonrasına randevu verilmeye başlanmıştır. Bu durumda önemli sayıda hasta sorunlarının hızla çözülebileceğini düşündüğü hasta acil servislere yönelmiş ve acil servis iş yükü ciddi anlamda artmaya başlamıştır.

Ülkemize özgü bir diğer faktör de hastane polikliniklerine yapılan başvurularda katkı payı alınması uygulamasıdır. Her ne kadar miktar küçük olsa da (5-8 TL), hastaların bir kısmı katkı payı alınmayan acil servislere yönelmektedir. Bu durum kalabalığın artmasında rol oynamaktadır.

## **2.1. Uygunsuz Kullanım**

Literatüre bakıldığında, acil servislerin yoğunluk sebepleri değerlendirildiğinde acil olmayan hasta başvuruları ilk sıralarda yer almaktadır (9). Ancak acil servise başvuru konusunda, hastalar açısından bakıldığında, bir araç olmaması başvuru sayısını artırmaktadır. Kapasite sorunu nedeniyle acil servislere her başvuran hastanın aynı anda bakılması mümkün olmayabilir. Bu nedenle bu hastalardan derhal bakılması gerekenleri ayırabilmek için 'triyaj' sistemi kurulmuştur. Buna göre hastalar yakınma ve o andaki klinik durumlarına göre acil servise başvuruda değerlendirilmekte, gerçek acil veya acilimsi durumda

olanlar derhal alınmakta, bekleyebilecek durumda olanlar ise makul bekleme süreleri sonrası acil servis alınmaktadır. Burada esas nokta, tüm başvuruların acil servise alınması durumudur. Kimi çalışmalara bu hastaların triyaj alanından güvenle gönderilebileceğini söylese de bazı çalışmalar tam tersini belirtmektedir.

Trijaj, seçmek ayıklamak anlamında kullanılan Fransızca bir sözcüktür. Acil servis triyaj sisteminde çoğunlukla hemşireler başta olmak üzere sağlık personelleri çalışmaktadır. Bu personeller çalışmalarından önce konuyla ilgili eğitim almaktadır. Bu kişiler hastaları çok acil, acil ya da az acil şeklinde tanımlamaktadır. Buna göre hastalar acil servislerde uygun alanlara alınmaktadır. Örneğin solunum sıkıntısı olan bir hasta gerekirse resüsitasyon odasına alınmakta ve tedavisi orada devam etmektedir. Diğer yandan daha az acil olan hastalar acil servisin diğer alanlarına yönlendirilmektedir.

Buradaki en önemli sorun acil servislerin kalabalığıdır. Acil servisler sürekli yoğun olduğundan kritik ve derhal muayene edilmesi gereken hastayı ayırt etmek gereklidir (10). Buna karşın triyaj uygulamaları hastaların acil servislere tekrar başvurularını gözetmez. Çünkü yeniden başvuruda da hastanın yeni durumu gerçek bir acil durum olabilir. Ancak diğer yandan triyaj sistemi gerçek acil olmayan, süreyle ilgili kısıtları olmayan hastaları daha sonra değerlendirmek konusunda yardımcı olacaktır. Özellikle kalabalık ve personel sayısının yetersiz olduğu acil servislerde bu kritiktir.

Literatürde acil servis yoğunluğunu azaltabilmek için hekimlerin triyajda kısa öykü ve değerlendirme yapmasının uygun olabileceğini belirten yayınlar vardır (11,12,13). Ancak bu uygulamanın zararlı sonuçlarının olabileceğini belirten yayınlar da vardır (14,15,16). Bu durum hasta ayıklamanın gerçek amacına uygun olmamaktadır. Triyaj için en uygun yöntem hastaların eğitimli sağlık personeli tarafından uygun kurallar silsilesi ile girişte değerlendirilmesidir.

Bir diğer acil servis yoğunluk sebebi ise acil servise yeniden başvurulardır. Çeşitli araştırmalarda bu konuda %1 ile %11 arasında oran belirtilmiştir (3, 17). Bu konu uzun yıllardır araştırılmaktadır. Son 30 yılda yapılan araştırmalar daha çok demografik veriler, tahminsel veriler ve acil servisi çok kullanan hastalara yönelik olarak yapılmıştır (7,17-21,23,24). Acil servis istenmeyen yeniden başvurularına ilişkin olarak çözüm önerileri ise yıllar içerisinde pek

değişmemiştir. Sosyal hizmet örgütleriyle bağlantıların arttırılması sevk sistemi oluşturulması ve uygun alanlara sevk evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi çözümler önerilmektedir (20,23,24,25). Bu hastalarla ilgili bir diğer sıkıntılı durum ise yeniden başvuru sırasında ciddi komplikasyonların gelişmiş olabileceği ve yatış oranının son derece yüksek olmasıdır (26,27). Bu konuda yapılan araştırmalarda yaş ve yakınmaya bağlı olarak yeniden triyajın yararlı olabileceği belirtilmektedir (28).

En önemli noktalardan birisi de istenmeyen yeniden başvuruların ne kadar önlenebilir olduğudur. Literatürde bu başvuruların %14,5 ile %39,6'sının önlenebilir olduğu tespit edilmiştir (29,30). Bu durumlara yönelik alınabilecek tedbirler yeniden başvuru sayılarını azaltabilecektir.

## **2.2. Tekrar Başvuru Nedenleri**

Yeniden başvuruların literatürde tespit edilen çeşitli sebepleri vardır. Bunlar:

1. Hastalıkların yetersiz tedavisi (12,17,27),
2. Kronik hastalıkların uygun olmayan tedavileri (18),
3. Kronik hastalıkların alevlenme dönemleri (18),
4. İlk bakım birimindeki hizmet kalitesinin düşüklüğü (12,15,17),
5. Yaşlılar (20),
6. Sigortası olanlar (18),
7. İlk başvuruda tespit edilemeyen durumlar (sepsis, karın ağrısının çeşitli sebepleri, dehidratasyon) (15,19),
8. Yaşlı nüfus artış (18),
9. Hastaların psikososyal özellikleri (18,20) olarak sayılabilir.

İstenmeyen yeniden başvuruların diğer olumsuz etkileri hasta memnuniyetinin azalması, maliyet artışı ile tanısal süreç sorunları nedeniyle komplikasyon ve sakatlıkların artmasıdır.

Dünya üzerinde her geçen yıl nüfus dinamikleri değişmekte, sosyokültürel ve ekonomik evrim gerçekleşmekte, bu durumdan sağlıkla ilgili genel parametreler de etkilenmektedir. Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla beraber sağlık sorunlarının da artarak devam edeceği, bu insanların acil servislere de sık

başvuracağı ön görüsüne dayanak oluşmaktadı. Diğer yandan bizim ÷lkemiz gibi genç nüfusun fazla olduğu ÷lkelerde sağlık ile ilgili parametrelerin genel geğer kuralların ötesinde bir değişiklik olabileceği de bir gerçektir. Sağlık sisteminde ciddi bir yeri bulunan acil servislerin de bu parametrelerden ne kadar etkilendiğinin ölç÷lmesi, sorunlara çözümlenecek parametrelerin de tespiti önem taşımaktadır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu ileriye dönük kesitsel araştırma, 7 Ocak 2016 – 5 Mart 2016 tarihleri arasında, yıllık 95.000 hastanın başvurusu olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde gerçekleştirildi. Araştırma öncesi Etik Komite onayı alındı.

Çalışmaya bir hafta içinde aynı şikayet ile başka bir doktor veya kuruma başvuran tüm hastalar dahil edildi. Ancak 18 yaş altı olup, travma dışı bir nedenle başvuran hastalar Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne yönlendirildikleri için çalışmaya dahil edilmedi. Yanık, kesi, trafik kazası gibi travma hastalarının tümü yaş gözetmeksizin erişkin acil servis bölümünde bakıldığı için, 18 yaş altındaki travma hastaları da çalışmaya dahil edildi.

Tüm erişkin acil servis araştırma görevlileri, triyaj çalışanları ve sağlık memurlarına araştırmayla ilgili ayrıntılı bilgi verildi.

Trijaj birimine ayaktan veya ambulans ile başvuran her hastaya veya hasta bilgi veremeyecek durumda ise hasta yakınlarına hem triyaj alanında hem de muayene eden araştırma görevlisi tarafından anamnez alınırken, bir hafta içinde aynı şikayet ile başka bir kurum veya doktora başvurusu olup olmadığı soruldu. 'Evet' yanıtı alınan her hasta için önceden hazırlanmış tek sayfalık araştırma formu, hastadan sorumlu araştırma görevlisi tarafından dolduruldu.

Araştırma sonunda hastane otomasyon sisteminden tüm hastaların tanıları, yatış-taburculuk-ölüm ve sevk durumları sorgulanarak kayıt edildi. Tüm veriler SPSS 16.0 programına kaydedildi. İstatistiksel analiz için Mann Whitney U ve ki kare testi ile diğer tanımlayıcı testler kullanıldı. Alfa kritik değerinin 0.05'ten küçük olması anlamlı kabul edildi.

## 4. BULGULAR

Çalışmanın başlangıç ve bitiş tarihleri olan 07.01.2016 ve 05.03.2016 arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne yapılan toplam 15922 hasta başvurmuş ve 1066'sı (%6,69) çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların %52,3'ü (558) kadın, %47,7'si (508) erkekti ve yaş ortalaması 44,6±10 olarak tespit edildi.

En sık başvuru şikayeti toplam 141 (%13,2) hastayla, kesi / yanık / travma olarak tespit edildi. Bunu öksürük yakınması olan 123 hasta (%11,5) ve nefes darlığı olan 105 hasta (%9,8) izledi. Hastaların başvuru yakınmaları Çizelge 4.1.'de özetlenmiştir.

**Çizelge 4.1.** Tekrar başvuru yapan hastaların şikayet sayıları ve yüzdeleri.

Şikayet	Hasta Sayısı	Yüzde
Kesi / Yanık / Travma	141	13,2
Öksürük	123	11,5
Nefes darlığı	105	9,8
Karın ağrısı	104	9,8
Boğaz ağrısı	103	9,7
Halsizlik	63	5,9
Baş ağrısı / Baş dönmesi	54	5,1
Doğum sancısı / Vajinal kanama	44	4,1
Göğüs ağrısı	40	3,8
Bulantı / Kusma	38	3,6
Yan ağrısı	30	2,8
Kaşıntı	29	2,7
Uyuşma / Kuvvet kaybı	20	1,9
İshal	17	1,6
Diğer	155	14,5
<b>Toplam</b>	<b>1066</b>	<b>100</b>

Hastaların 810'u (%76) bir kez tekrar başvuru yaparken 256 (%24) hasta ise iki ya da daha fazla kez acil servislere yeniden başvurmuştur.

**Çizelge 4.2.** Tekrar başvuru sıklığı ve yüzdeleri.

<b>Tekrar Başvuru Sayısı</b>	<b>Sıklık</b>	<b>Yüzde</b>
<b>1</b>	810	76,0
<b>2</b>	201	18,9
<b>3</b>	33	3,1
<b>4</b>	14	1,3
<b>5</b>	3	0,3
<b>6</b>	3	0,3
<b>10</b>	2	0,2
<b>TOPLAM</b>	<b>1066</b>	<b>100,0</b>

Sevk ile gelen hasta sayısı 44 (%4,1) iken, uygunsuz sevk ile acil servise gönderilen hastaların sayısı 178 (%16,7) olarak tespit edilmiştir. 844 hastanın (%79) sevk olmaksızın, kendi istekleriyle acil servisimize başvurdukları tespit edilmiştir.

Hastaların bir önceki başvurusunda tanı söylenme oranı %67,5 iken (720 hasta), hastaların %32,5'inin (346) tanısı söylenmeden taburcu edildiği tespit edilmiştir. Hastaların %54,4'üne (580 hasta) tedavisinin anlatıldığı tespit edilmiştir. Hastaların %33,6'sına (358 hasta) uygulanan veya reçete edilen ilaçlar hakkında bilgi verilirken %44,3'üne (472 hasta) ilaçlar anlatılmamıştır. Hastalık süreci hakkında bilgilendirilen kişi sayısı 327'dir (%30,7 hasta). Hastaların %54,2'si (578 hasta) süreç hakkında bilgilendirilmemiştir.

**Çizelge 4.3.** Taburculuk sırasında hastaların bilgilendirilme yüzdeleri.

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Yanıtsız</b>
<b>Tanı Söylenildi mi?</b>	720 (%67,5)	346 (%32,5)	0 (%0)
<b>Tedavi Anlatıldı mı?</b>	580 (%54,4)	486 (%45,6)	0 (%0)
<b>İlaçlar Anlatıldı mı?</b>	358 (%33,6)	472 (%44,3)	236 (%22,1)
<b>Süreç Anlatıldı mı?</b>	327 (%30,7)	578 (%54,2)	161 (%15,1)

Tekrar başvuru nedenleri değerlendirildiğinde ‘şikayetlerin geçmemesi veya artmasının’ 429 hasta (%40,2) ilk sırada yer aldığı tespit edilmiştir. İkinci sırada 240 hasta (%22,5) ile ‘yetersiz olanaklar’ gelmektedir. Hastaların 198’inin (%18,5) önceki başvurusundan memnun olmadığı için geldiği tespit edilmiştir. Tekrar başvuru nedenleri Çizelge 4.4.’de belirtilmiştir.

**Çizelge 4.4.** Tekrar başvuru nedenleri.

<b>Şikayet</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Şikayetlerin geçmemesi veya artması	429	40,2
Yetersiz olanaklar	240	22,5
Hasta memnuniyetsizliği	198	18,5
Ek yakınma ortaya çıkması	112	10,5
Uygunsuz yönlendirme	109	10,2
Bilgilendirme eksikliği	107	10
Yetersiz tanı	103	9,6
Tedavi süresini beklememe	80	7,5
Hastanın acil veya hastanede tedavi isteği	60	5,6
Diğer	46	4,3
Yatak olmaması	37	3,4
Acil serviste tetkiklerin hızlı yapılması	28	2,6
Poliklinikten sıra alamama	22	2
Tedaviye bağlı komplikasyon	14	1,3
Planlanmış ziyaret	5	0,46

Yeniden başvurusu olan 1066 hastanın 522'sinde (%49) en az bir kronik hastalık bulunmakta olduğu ve kronik hastalıklar içerisinde hipertansiyonun (%29,6) ilk sırada yer aldığı tespit edildi (Çizelge 4.5).

**Çizelge 4.5.** Revizitlerdeki kronik hastalıkların ve hastaların yüzdeleri.

<b>Kronik hastalık</b>	<b>Hasta sayısı</b>	<b>Kronik hastalar içerisindeki oran %</b>	<b>Toplam hasta sayısına oran %</b>
<b>Yok</b>	544		51
<b>Hipertansiyon</b>	156	29,8	14,6
<b>DM</b>	138	26,4	12,9
<b>Diğer</b>	107	20,4	10
<b>Kalp hastalığı</b>	96	18,3	9
<b>Akciğer hastalığı</b>	87	16,6	8,1
<b>Kanser</b>	64	12,2	6
<b>Gebelik</b>	59	11,3	5,5
<b>Nörolojik hastalık</b>	38	7,2	3,5
<b>Romatolojik hastalık</b>	12	2,2	1,1
<b>Toplam</b>	<b>1066</b>		<b>100</b>

Tekrar başvuru yapan hastaların 375'inin (%35) daha önceki başvurusunu bir devlet hastanesi acil servisine, 307'sinin (%28,7) bir özel hastane acil servisine, 172'sinin (%16,1) ise çalışmamızın yapıldığı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne yaptığı tespit edildi. Toplamda hastaların 854'ünün (%79,8) önceki başvurusunu bir acil servise yaptığı tespit edildi.

İstenmeyen sonuç açısından değerlendirildiğinde toplam 279 hastanın (%26) tekrarlayan vizitlerinde hastaneye yatırıldığı tespit edildi. Normal hasta popülasyonu ile karşılaştırıldığında, revizitle başvuran hastaların belirgin olarak hastaneye daha fazla yatırıldığı tespit edildi (%12 vs. %26, p=0,01). Başvuru sayısı ile hastaneye yatış arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edilemedi. Diğer yandan bir önceki başvurusu üniversite hastanesi acil servisine başvuranlarda revizit sonrası yatış oranı %20 iken, başka bir sağlık kurumundan gelenlerde bu oran %29,5 olarak tespit edildi (p=0,033).

**Çizelge 4.6.** Başvuru sayıları ve sonuç ilişkisi.

<b>Başvuru sayısı</b>	<b>Taburcu</b>	<b>Yatış</b>	<b>Ölüm</b>	<b>Tedavi Red</b>	<b>Yatış Red</b>	<b>Toplam</b>
<b>1</b>	566	202	0	7	6	781
<b>2</b>	148	57	0	2	3	209
<b>3</b>	35	9	1	0	0	45
<b>4</b>	14	4	0	1	1	20
<b>5</b>	2	3	0	0	0	5
<b>6</b>	1	2	0	0	0	3
<b>10</b>	0	2	0	0	0	2
<b>Toplam</b>	<b>766</b>	<b>279</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1066</b>

Diğer yandan başka sağlık kurumlarından başvuran hastalarla üniversite acil servisinden taburcu edildikten sonra yapılan yeniden başvurular arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.976$ ).

Hastaların taburcu olduktan ne kadar süre sonra acil servise başvurduklarına ilişkin tablo ektedir. Buna göre aynı gün ve 1 gün sonra başvurup taburcu olan hasta sayısı 400 yatan hasta sayısı ise 209 olarak belirlenmiştir. İki gün ya da daha sonra tekrar başvuran hastaların 363'ünün taburcu edildiği ve 94'ünün yatırıldığı tespit edilmiştir. Aynı gün ve bir gün sonunda başvuran hastaların yatış oranıyla daha sonraki günlerde başvuran hastaların yatış oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.005$ ).

**Çizelge 4.7.** Yeniden başvuru süresi ve sonuç ilişkisi.

<b>Yeniden Başvuru</b>	<b>Taburcu</b>	<b>Yatış</b>	<b>Toplam</b>
<b>Aynı gün</b>	210	127	337
<b>Bir gün sonra</b>	190	82	272
<b>İki veya daha fazla gün sonra</b>	363	94	457
<b>Aynı gün ve birinci gün</b>	400	209	609

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçlarına göre beklenmeyen yeniden başvuru yapan hastalarda hastaneye yatış oranı (istenmeyen olaylar) normal hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bir diğer sonuç ise hastaların beklenmeyen yeniden başvurusunda en önemli etken ‘şikayetlerin geçmemesi ya da artması’ olarak tespit edilmiştir.

Acil serviste hasta bakımının zorluklarından birisi de hastaların taburculuk ve yatış kararlarını kısa sürede vermek durumunda olunmasıdır. Yatarak tedavi alması gereken bir hastanın taburcu edilmesi durumunda tedavi güçleşebilmekte, komplikasyon gelişebilmektedir. Diğer yandan bu hastaların tedavi süreçlerinin devamı için tekrar acil servislere başvurmaları gerekmekte ve bu durum hem zaman hem de parasal açıdan kayıplara yol açabilmektedir. Diğer yandan Reas RK ve arkadaşları istenmeyen revizitlerin kötü hasta sonlanımını başlatabilecek noktalardan birisi olduğunu belirtmişlerdir (31).

Lisa Calder ve ark. yaptıkları araştırmada acil servise yapılan istenmeyen yeniden başvuru durumunda yaşanan istenmeyen olayları (adverse events-yatış) araştırmışlardır (4). Buna göre üç gün içinde istenmeyen olay insidansı %12 tespit edilirken bunların yaklaşık yarısının önlenabilir olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise istenmeyen olay oranı %26 olarak tespit edilmiştir. Bizim araştırmamızdaki yüksek oranın en önemli sebebi hastanemizin referans üçüncü basamak hastane olması ve hastaların herhangi bir sevk denetimine tabi olmaksızın başvuru yapabilmesi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca ülkemiz koşullarında sosyal güvenlik kurumuna tabi kişiler (Nüfusun yaklaşık %85’i) acil servislere herhangi bir sınırlama olmaksızın başvurabilmektedir (33). Bu başvuru kolaylığı hastaların rahatça hastane hastane dolaşmasına imkan vermektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından uygulamaya konulan ‘yeşil alan’ hastalarından, katkı payı şeklinde ücret alınması uygulaması da ciddi bir bariyer oluşturmamıştır. Bunun sebeplerinden birisi hastalardan ücret tahsilatının hastanede doğrudan değil eczane başvurusunda yapılması olabilir. Bu durumda hasta farkında olmayarak ya da psikolojik olarak daha az etkilenecek ödeme yapmaktadır.

Miro ve arkadaşları acil servise yeniden başvuruların önemli oranda başvurudaki hastalıkları ve düzeyine bağlı olduğunu tespit etmişlerdir (34). Bizim araştırmamızda da benzer şekilde şikayetlerin devamı ve artması üst sıralarda yer almıştır. Gohn ve arkadaşlarıysa hastaların önemli oranda yakınmaları devam ettiği için başvurduklarını belirtmişlerdir (35). Bizim araştırmamızda yakınmalara bakıldığında en önemli revizit sebebinin kesiler/yaralanmalar olduğu görülmektedir. Bunun en önemli sebebiyse üçüncü basamak bir hastane olan kurumumuzda mikro cerrahi olanaklarının olması olabilir. Diğer yandan acil servisimize önemli sayıda çocuk hasta minör yaralanmalar nedeniyle sevk edilmektedir. Bunun da en önemli sebebi cerrahi olanaklarının yanı sıra acil servisimizde verilen sedoanaljezi hizmeti olarak gösterilebilir. Sedoanaljezi donanım gerektiren ve zaman alan bir prosedürdür. Bu tarz hastalar için yeterli donanımı ve personeli olmayan kurumların hastaları acil servisimize yönlendirmeleri sürpriz değildir. Bu konuda yapılacak merkezi bir planlama ile hastaların belirli merkezlerde uygun tedavileri almalarının sağlanması bu hastaların defalarca acil servislere uğramalarını engelleme konusunda yardımcı olabilecektir.

Diğer yeniden başvuru yapan hastaların yakınmaları değerlendirildiğinde öksürük, nefes darlığı ve karın ağrısının önemli yer tuttuğu anlaşılmaktadır. Bu grup hastaların bakımı ve tedavi sürecinde daha dikkatli olunursa tekrarlayan başvuruların önüne geçilebilecektir.

Özgeçmişinde bir ya da daha fazla hastalık bulunan hastaların acil servise yeniden başvurularının daha çok olması beklenen bir durumdur (34,35). Bizim araştırmamızda da hastaların yarısında en az bir kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların düzenli takiplerinin yapılması ve acil servis başvuruları sırasında komplikasyona açık olduklarının göz önünde bulundurulması revizit ve komplikasyonların engellenmesi açısından yararlı olabilir.

Diğer önemli nokta bu istenmeyen revizitlerin önlenebilir olup olmadığıdır. Calder ve arkadaşları yaptıkları araştırmada revizitlerde tespit edilen istenmeyen olayların önemli oranda önlenebilir olduğunu tespit etmişlerdir (4). Araştırmaya göre komplikasyon gibi önlenmesi pek mümkün olmayan istenmeyen olayların yanında hastalara uygun tedavi rejiminin anlatılmaması gibi yönetsel sorunların

da istenmeyen olaylara yol açabildiği tespit edilmiştir. Yine Keith ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre hastaların %32'sinin revizitinin engellenebilir olduğu tespit edilmiştir (1).

Bizim araştırmamızda yeniden başvuru sonrası yatırılan ve taburcu edilen hastaların oranına bakıldığında (303/763) pek çok hastanın yeniden başvurusunun engellenebileceği açıktır. Örneğin sadece uygun ilaç ve reçete bilgilendirmesiyle dahi bu oran aşağıya çekilebilir. Hastalarımızın %44'üne reçetelerinin anlatılmadığı düşünüldüğünde, uygun kullanılmayan ilaçların yararlılıkları da hastalar için değişken duruma gelebilir. Yine bir başka önlenebilir yeniden başvuru sebebi hastaların süreçle ilgili bilgilendirilmemesidir. Örneğin eksudatif tonsillit geçiren bir hastaya semptomlarının ilaçlara rağmen birkaç gün devam edebileceğinin anlatılmaması bu hastaların tekrar acil servise başvurusuyla sonuçlanmaktadır. Ya da optimal etkisi üç günde çıkacak bir antibiyotiğin bu özelliği anlatılmadığında hastalar birinci ya da ikinci günde tekrar başvurabilmektedir. Bu durumların hastalara anlayacağı biçimde anlatılması durumunda yeniden başvuruların bir kısmı engellenebilir

O'Dwyer ve ark.'nın çalışmasında da tekrar başvuruların asgariye indirilmesinde en önemli önerinin daha iyi hasta eğitimi olacağı vurgulanmış ve buna gerekçe olarak tekrar başvuran hastaların %50'sinin herhangi yeni bir tedavi verilmeden tekrar taburcu edildiğini göstermişlerdir (2). Eğer tekrar başvuruları engelleyecek eğitim önerisi hastalık ve ilaçlar hakkında ise, hasta faktörüne bağlı tekrar başvuruların hekim faktöründen ayrı tutulması doğru değildir.

Diğer yandan tüm hastalar göz önüne alındığında hastanemiz acil servisinden hastaneye yatış oranı yaklaşık %12'dir. Yeniden başvuran hastalarda bu oran %28 olarak tespit edilmiştir. Bu oranın yüksekliği yeniden başvuran hastalarda komplikasyon gelişme olasılığının artmış olduğunu düşündürmekle birlikte hastanemizin üçüncü basamak bir kurum olması ve daha başka gidecek nokta olmaması da açıklayıcı olabilir. Yeniden başvuran hastaların %64'ünün bir başka sağlık kurumundan geldiği düşünüldüğünde bu olasılık zayıf görünmemektedir. Ortalamada %28 olan yatış oranı bir önceki başvurusu üniversite hastanesine olanlarda diğer sağlık kuruluşlarına göre istatistiksel anlamlı düşük olmasını (%20'e karşın %29,5) bu durum açıklayabilir.

Acil tıp literatürüne göre acil servislere yeniden başvurular %2-11 arasında tespit edilmiştir. Bizim araştırmamızda ise yaklaşık %7 olarak tespit edilmiştir. Bu, acil servisin günlük sirkülasyonuna etki edecek bir oran değildir. Ancak Baer ve ark yaptıkları araştırmada revizitle acil servise başvuran hastaların acil serviste daha uzun süre kaldıklarını belirtmişlerdir (30). Bizim araştırmamızda da yeniden başvuru yapan hastaların oldukça yüksek oranda hastaneye yattıkları ve yatak bulmada sıkça yaşanan sorunlar da düşünüldüğünde acil serviste bu hastaların oldukça uzun süre kaldıklarını ve yoğunluğu ciddi anlamda artırdıkları da ortadadır.

2014 yılında Kristin Rising ve arkadaşları tarafından yayımlanmış bir başka makalede hastaların acil servise yeniden başvurularındaki en önemli etken olarak hastalıklarının progrese olabileceği korkusu yatmaktadır (36). Aynı araştırmada hastaların yeterince bilgilendirilse bile aynı kaygıyı taşıdıkları ve hastaneyi bu açıdan güvenli buldukları ifade edilmektedir. Araştırmamızda da benzer şekilde kimi hastaların özellikle hastalıklarının kötüye gidebileceği kaygısını güttükleri anlaşılmıştır. Ancak diğer yandan da hastaların memnuniyetsizliklerini ifade etmelerini de bu endişeye yol açabileceği düşünülebilir. Çünkü hastalar eğer kendilerine iyi hizmet verilmediğini düşünüyorlarsa aynı zamanda hastalıklarının iyileşmeyeceğini hatta kötüleşeceğini de düşüneceklerdir. Diğer yandan yeniden başvuran hastaların ilk başvuru birimlerinin de %79,8 oranında acil servis olması sadece memnuniyetsizlik ve hastaların kaygısından ötede bir problem olabileceğini düşündürmektedir.

Özellikle hasta memnuniyetsizliği ve tedavi süreciyle ilgili olarak yeniden başvuru yapanların zaman sorunu nedeniyle yeterince ilgilenilemediği düşünülebilir. Bir başka deyişle kalabalık acil servis içerisinde hastalara yeterince vakit ayırlamaması hasta bakım sürecinde eksikliklere yol açabilmektedir. Ülkemizde acil servis kalabalığı özel bir boyuttadır. 2014 yılında acil servislere toplam 100 milyonun üzerinde hasta başvurusu olduğu ifade edilmektedir (37). Aynı yıl içerisinde toplam poliklinik başvuru sayısının 370 milyon olduğu düşünüldüğünde hastaların %30'unun acil servislere başvurduğu anlaşılmaktadır. 2015 yılında ise toplam başvuru sayısı 115 milyon olmuştur (38). Tüm Türkiye nüfusunun yaklaşık 1,5 katı kadar sayıda acil servis başvurusu vardır. Bu sayı

2011’de ABD için 136 milyondur ve ABD’nin toplam 300 milyonluk nüfusunun 0,45 mislidir. ABD’de sağlık hizmetleri sunumunda en önemli birimlerden birinin acil servis olduğu ve tüm hastaneye yatışların yaklaşık yarsının acil servislerden olduğu göz önüne alınırsa, ülkemizdeki acil servis yükünün ağırlığı daha iyi anlaşılabilir. Oysa acil servisler toplam personelin %10’unu istihdam ederken hastane içerisinde kapladıkları yer çok daha küçüktür. Bu durum hasta bakımını doğrudan etkilemektedir.

Ülkemizde kimi hastanelere günde başvuran hasta sayısı binlerle ifade edilmektedir. Diğer taraftan Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan genelgeyle her bir hasta için muayene süresinin 10 dakika olması gerektiği bildirilmiştir. Bu durumda örneğin bir günde 1000 hasta başvuran bir acil polikliniğinde toplam en az 10.000 dakikaya ihtiyaç vardır. Bu, hiç boş zaman kalmaksızın en az yedi hekimin sürekli olarak hasta bakması anlamına gelmektedir. Diğer yandan bu sürenin poliklinik hastaları için ön görüldüğü düşünüldüğünde acil servislerde kritik hasta bakımında geçen süre de göz önüne alındığında daha az kritik hastalar için ayrılan süre sözü edilen 10 dakikanın çok altına inebilmektedir. Buna karşın Dünya Sağlık Örgütü hastalara optimal 20 dakika süre ayrılmasını önermektedir. Bu sürelerin altında yapılan değerlendirmeler hata olasılığını arttırmaktadır. Özellikle acil servislerde kısa sürede karar verip hastaları bir an önce sonlandırma ve bekleyen yeni hastaları da değerlendirme arzusu ve baskısı, değerlendirme sürelerinden ciddi fedakarlıklar yapılmasına neden olabilmektedir. Çok kalabalık acil servislerde hekim, öncelikli olarak hayatı tehdit eden bir sebebe ilişkin durumu taramaya çalışıp ardından bu durumun tespiti halinde ikinci bir değerlendirme için hastaların acil servisin diğer kısımlarına yönlendirilmesini sağlamaktadır. Bu durum ciddi kimi tanıların atlanmasına ve tedavi süreçlerinin uzamasına neden olmaktadır. Aynı zamanda aldığı bakım hizmetinden memnun olmayan hastaların diğer sağlık kuruluşlarına başvurarak yeniden değerlendirilme talebini ortaya çıkarmaktadır. Bu durum zaten kalabalık olan acil servislerin daha da kalabalık hale gelmesine neden olmaktadır. Böylece hasta değerlendirme sürecinde hekimin kendisini baskı altında hissetmesine neden olmaktadır.

Acil servise başvuran hastaların kategorik dağılımına bakıldığında %70’inden fazlasının yeşil alan diye tabir edilen ve Avustralya 5’li triyaj

skalasına göre kategori 5 hastaları ağırlıkla içeren hasta grubu olduğu anlaşılmaktadır (39). Bu hastaların hemen hepsi acil servis başvurusuna gerek olmaksızın birinci basamakta tedavi edilebilecek durumdadır. Tüm acil servis başvurularının yaklaşık %70'ine tekabül eden bu hasta grubu birinci basamak ya da ayaktan bakı birimleri yerine acil servisleri tercih etmektedirler. Sosyal Güvenlik Kurumu'nca 2012 yılında uygulamaya konan yeşil alan triyajı başlangıçta hasta sayısında az da olsa düşme sağlamasına rağmen kısa süre içerisinde ciddi artışların oluşmasını engelleyememiştir.

Hastanemiz Acil Servisi'nde 2013 yılında yapılan bir araştırmaya göre acil servisimize başvuran hastaların ancak %14'ünün kategori 5 diğer deyişle yeşil alan kategorisinde olduğu tespit edilmiştir. Hastanemiz acil servisinde Avustralya beşli triyaj kategorisi uygulanmaktadır. Özellikle yeşil alan ya da kategori 5 hastaların acil servisin yoğun olduğu saatlerde başvurularında bekleme olasılıklarının yüksekliği de bu hastaların hastanemiz acil servisine başvurularının az olmasındaki etkenlerden birisidir. Bu uygulama acil servis yeniden başvurularının dolaylı olarak önüne geçebilecek yöntemlerden birisidir. Acil servislerde doktoru görmek için beklemenin özellikle kategori 5 ve yeşil alan hastaları için caydırıcı olacağı düşünülürse hastaların bir kısmının polikliniklere başvurması gibi başka seçeneklere yönelmesi de olasıdır.

Çalışmamızda revizit yapan hastaların mortalitesinde belirgin artış olmadığı tespit edilmiştir. Bu literatürle uyumlu bir bulgu değildir. Ancak bunu açıklayabilecek en önemli veri yeniden başvuran hastaların minör travma, öksürük gibi basit nedenlerle başvurmaları olabilir.

Yeniden başvurular değerlendirildiğinde en önemli sorun hasta başına ayrılan zamanın kısıtlanması öne çıkmaktadır. Hastalara ayrılan zamanın kısıtlanması tanı ve tedavi problemlerini arttıran en önemli unsurlardan birisidir (17). Araştırmamıza göre pek çok yeniden başvuru, hastaya yeterince zaman ayrılarak çözülebilir. Ancak bu konudaki ciddi engellerden birisi acil servis kalabalığıdır. Bu konuda ACEP (American College of Emergency Physicians) tarafından yapılan tanım 'acil hastaların temel ihtiyaçlarını mevcut kurumsal kaynaklarla karşılamadaki yetersizlik' şeklindedir. Son derece kalabalık acil servislerde hastaların uygun sürelerde dinlenememesi, muayenelerinin gerektiği

gibi yapılamaması ve sonrasında hastalarla uygun sürelerde sürecin ve ilaçların anlatılamaması hem komplikasyonlara eğilimi arttırmakta hem de hasta memnuniyetsizliğine yol açmaktadır.

Diğer yandan yeniden başvurdukları sağlık biriminde de uzun süreler kalan bu hastalar hem yer işgal etmekte, hem zaman kaybına yol açmakta, hem de para kaybına yol açmaktadırlar. Bu konu için en önemli çözüm önerisi hastalara yeterince vakit ayrılacak bir ortam sağlanması olabilir. Bu konuda yapılacak en önemli reform ise ağırlığını yeşil alan ve kategori 5 hastaların oluşturduğu acil servis hasta yoğunluğunun azaltılması olabilir. Bu hasta grubunun birinci basamak sağlık kuruluşları olan aile hekimliği merkezlerinde tedavi ve takiplerinin yapılabilmesi olasıyken ağırlıklı olarak acil servislere başvurdukları görülmektedir. Bu hastaların acil servis yerine birinci basamak kuruluşlarına yönlendirilmesi çözüme ciddi katkı verecektir. Diğer yandan bu hasta grubu acil serviste kolaylıkla halledebileceği ve günlük mesai saatleri dışında ulaşabileceği bir hekim varken kolaylıkla aile hekimine gitmeyecektir. Bu nedenle hastaların birinci basamağa yönlendirilmesini sağlayacak eğitim çalışmalarının yararlı olabileceği düşünülebilir. Ancak dünden bugüne oluşmamış bir sorununun çözümü de bu kadar kısa sürede olmayacaktır. Bu nedenle ilk ve orta öğrenim müfredatlarında acil durumlar, acil servisler ve sağlık sistemi konusunda programlar eklenmesi uzun vadeli çözüm için yararlı olabilir.

Çalışma hastalarımızın önemli bir kısmının herhangi bir sevk evrakı olmaksızın başvurduğu tespit edilmiştir. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesine İlişkin Kanunla beraber yürürlüğe giren basamaklı sağlık sistemi ve sevki zinciri kuralı artık uygulanmamaktadır. Hastaların istediği sağlık kurumuna gidebilmesi üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında dahi yığılmaya yol açmaktadır. Diğer yandan sevk evrakının zorunlu olmaması hastaların doktor tarafından bir üst kuruma sevk edilmesi durumunda herhangi bir evrak gönderilmesinin yanı sıra gerçek gereklilik durumlarının ötesinde de sevklerin olmasına yol açmaktadır. Diğer yandan sevki gereken hastaların da uygun koşullar araştırılmadan ‘bir üst sağlık kuruluşuna gitmek üzere’ sözlü olarak yönlendirilmelerine yol açabilmektedir. Özellikle mesai saatleri dışında gelen hastalar için sıklıkla bu başvuru yeri acil servisler olmaktadır. Bu durum yoğunluk

ve kalabalığa neden olduğu gibi, kaynakların etkin olarak kullanılmamasına yol açmaktadır. Ayrıca hastaların kimi zaman acil servis önünde beklemesine yol açmaktadır.

Bu veriler ışığında acil servislere revizitlerin önlenmesi için çeşitli öneriler yapılabilir. Öncelikle revizitin önlenir sebeplerinden olan memnuniyetsizlik giderilebilir. Hastaların acil servise başvurduklarında en önemli beklentilerinin başında doğru tanı gelmektedir. Doğru tanı için uygun mekan, uygun araç gerecin yanı sıra hastalara uygun sürelerde bakılması da gereklidir. Acil servislerimizin hasta yükünün fazlalığı ve özellikle yeşil alan tabir edilen triyaj kategorisi 5'e tekabül eden hastaların yaklaşık %70'i bulması, gerekli sürelerin ayrılmasını zorlaştıran bir faktördür. Aynı kalabalık hasta bakımında fiziki koşulların da uygunsuz duruma gelmesine neden olmaktadır.

Yakın tarihli bir araştırmada hastaların acil serviste en çok doğru tanı konmasını bekledikleri ortaya çıkmıştır (41). Bu kalabalık ortam tanısal zorluklara da yol açmaktadır. Mevcut sağlık hizmeti sunum sisteminde hastalar herhangi bir tehdit olmaksızın istediği kurumlara başvurabilmektedir. Poliklinik başvurularında ücret kesintisi olabilse de acil servis başvurularında, eğer yeşil alan tanısı yoksa, herhangi kesinti olmamaktadır. Bu durumda hastaların iki, üç ya da dört kez diğer sağlık kurumlarına başvurmaları da kolaylaşmaktadır.

Aile hekimliği sisteminin daha aktif olarak kullanılması ve sayısal yeterliliğin sağlanması çözüme katkıda bulunabilir. Yeşil alan tabir edilen bölüme başvuran triyaj kategorisi 5 olan (ve hatta 4) hastaların aile hekimliği bölümlerinde etkin değerlendirilmesi ve tedavi süreçlerinin bu birimlerde düzenlenerek takiplerinin yapılması önemli oranda çözüme katkı sağlayacaktır. Benzer şekilde semt polikliniği organizasyonları da çözüme katkı yapabilir.

Hastalardan gereksiz görünen acil servis başvuruları için para istenmesi bir çözüm olarak ortaya konmuş ve yeşil alan kategorisine giren hastalardan 2009 yılından sonra para alınmaya başlanmıştır. Ancak bu süreçte hasta sayısı azalmadığı gibi özellikle yeşil alan hastaları her yıl giderek artmıştır. Burada bir paradigma var gibi görünse de acil servise başvuruya sağlanan kazanımın verilecek paraya yeğ tutulduğu ortadadır. Ücretle ilgili etkisizliğin diğer bir sebebi ise hastalardan ücret tahsilatının hastanede doğrudan değil eczane başvurusunda

yapılması olabilir. Bu durumda hasta farkında olmayarak ya da psikolojik olarak daha az etkilenecek ödeme yapmaktadır. Finansal zorlamanın daha ileri götürülmesi diğer deyişle daha fazla para alınması durumuysa çeşitli gerçek acil durumlardaki kimi hastaların acil servise başvurmamasıyla sonuçlanabilir. Bu nedenle finansal çözümlerin çok iyi hesaplanarak yürürlüğe konması gereklidir.

Diğer yandan evrensel olarak acil servislere hastaların başvurusunu belirleyen en önemli kriter hastaların kendisini acil hissetmesidir. Bu durumda en kritik hastalıktan en kronik hastalığa kadar pek çok durum acil servise başvuru nedeni olmaktadır. Bu hastaların acil servise başvurusunda uygulanacak aktif ve etkin triyaj sistemi acil servis hasta bakım alanlarındaki baskıyı azaltabilir. Diğer yandan önemli sayıda hastanın da beklemesine yol açabilecek bu sistem şikayetleri de beraberinde getirebilir. Fakat uzun vadede hastaların özellikle kritik olmayanları ayırt edildiğinde diğerlerinin poliklinik başvurusu ya da aile hekimi başvurusu gibi alternatif yollara başvurmaları söz konusu olabilecektir. Acil tıp ve triyaj sistemimizin benzerinin uygulandığı Avustralya’da bekleme süreleri kategori 5 hastalar için 2-24 saat arasında değişmektedir (40). Buna uygun triyaj ve bekleme alanlarının oluşturulması gereklidir. Diğer yandan böyle bir sistemin uygulanması özellikle beklemeden sağlık hizmeti almayı isteyen hastalar için hoş olmayabilir ve bu hastaların şikayetlerine yol açabilir. Bu durumun sistemi kurgulayacaklar tarafından ön görülmesi gereklidir.

Tekrarlayan başvuruların önemli sebeplerinden olan yakınmaların geçmemesi durumu için de en önemli düzeltici etkinlik hastalara yeterince vakit ayırmak olabilir. Hastalığın süreci, olası komplikasyonlar, hastaneye gelmesi gereken durumlar ve ilaçların düzgün kullanımının anlatılması bu durumun ortadan kalkmasına yardımcı olabilir.

Son yıllarda medyada toplumsal farkındalık yaratabilmek amacıyla ‘kamu spotu’ adı altında çeşitli kısa filmler gösterilmektedir. Bu konuda sağlıkla ilgili uygulamalara yönelik spotlar başı çekmektedir. Ancak bu spotların etkinliğini ölçen kapsamlı herhangi bir araştırma yoktur. Sadece bir araştırmada sigara üzerine yapılan bir kamu spotu değerlendirilmiştir (56). Bu araştırmada da kamu spotunun etkinliğine ilişkin bir veri yoktur. Acil servis kullanımına ilişkin yapılacak bir kamu spotunun etkinliği tartışma konusudur.

Acil servislere istenmeyen yeniden başvuruların önlenmesinin tek bir bileşeni yoktur. Hastayla ilgili faktörlerin yanında hekimle ilgili faktörler, kurumla ilgili faktörler, sistemin getirdiği durumlar ve finansal koşulların bu konuda önemli bileşenler olduğu açıktır. Bu nedenle tekrarlayan revizitlerin önlenmesi konusunda tüm paydaşların bir arada çözüm üretmeleri durumunda etkili yöntemler bulunabilir.

## 6. SONUÇLAR

1. Acil Servis'e aynı yakınmayla tekrar başvuran hastaların hastaneye yatış oranı daha yüksektir.
2. Revizitlerde hastanın ilk yakınmasının geçmemesi/artması ve ilk başvurudan memnun kalmama durumu en önemli sebepler olarak görünmektedir.
3. Hekimlerin hastalarına gerekli bakım hizmetini verebilmesi ve mekan kaynaklı sorunların çözümü revizitlerin önlenmesinde önemlidir. Bu açıdan bakıldığında acil servislerin kalabalığı çok önemli bir sorun olarak görünmektedir.
4. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının etkin çalışması hem revizitler hem de acil servis kalabalığı açısından önemlidir.
5. Dış merkezlerden teknik yetersizlik nedeniyle üçüncü basamak olan kurumumuza, herhangi bir sevk prosedürü uygulanmaksızın gönderilen hastalar revizitlerde önemli bir orandadır. Bu durumun gözden geçirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması hasta ve kurumlar açısından gerekli görünmektedir.

## 7. ÖZET

### **Acil Servise Aynı Yakınma İle Tekrar Başvuran Hastaların Karakteristikleri**

Acil servisler hasta akışının yoğun olduğu ve hızla karar verilmesi gereken birimlerdir. Buna karşın zaman zaman çeşitli nedenlerden ötürü taburcu edilen kimi hastalar aynı yakınmayla yeniden başvuruda bulunabilmektedir. Bu durum hasta ve acil servisler açısından arzu edilmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Biz de bu çalışmamızda acil servisteki istenmeyen yeniden başvuru nedenlerini ve bu hastaların özelliklerini tanımlamayı hedefledik.

Çalışmamız yıllık yaklaşık 100 bin erişkin hasta başvurusu olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde 7 Ocak 2016 - 5 Mart 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışma öncesi etik kurul onayı alındı. 18 yaş üzerinde ve son bir hafta içerisinde acil servise başvuru yakınmasıyla aynı nedenle başka bir sağlık kuruluşuna başvuranlarla herhangi bir yaş grubundaki travma hastaları araştırmaya dahil edildi. Araştırmaya katılan hastalardan onam alındı. Araştırma için epidemiyolojik ve hasta seyir bilgilerini içeren bir form dolduruldu. Veriler SPSS 16.0 programına kaydedildi. İstatistiksel analiz için Mann Whitney U ve ki kare testleri kullanıldı.

Araştırmaya toplam 1066 hasta dahil edildi. Toplam 15922 erişkin acil servis başvurusu olurken 1066 başvurunun (%6.69) tekrarlayan başvuru olduğu tespit edildi. En sık yeniden başvuru sebebi olarak 141 hastayla (%13,2) kesi / yanık / travma olarak tespit edilirken nefes darlığı ve öksürük onu izledi. Hastaların yeniden başvuru nedenleri değerlendirildiğinde ilk sırada şikayetlerin geçmemesi %40,2 (429 hasta) ikinci sırada %22,5 (240 hasta) yetersiz olanaklar ve üçüncü sırada %18,5 (197 hasta) ile ilk bakımdan duyulan memnuniyetsizlik yer aldı. İlk başvurudaki yatış oranlarıyla tekrarlayan başvuru yatış oranları arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edildi (%13 vs %26, p=0.03). İlk başvurusu başka bir sağlık kuruluşuna olanlarla ilk başvurusu üniversite hastanesine olanlar arasında hastaneye yatış açısından anlamlı fark tespit edildi

(%29,5 %20, p=0,033). Hastaların yalnızca %4,1'inin uygun sevk prosedürüyle geldiği tespit edildi.

Acil servisler için istenmeyen yeniden başvuru ihmal edilemeyecek bir durumdadır. Yeniden başvuru sebepleri irdelendiğinde daha dikkatli bir bakım hizmetine ek olarak olanakları yetersiz olan birimler için oluşturulacak sevk prosedürleri, tekrarlayan gereksiz başvuruların azalmasına, hasta bakım kalitesinin artmasına ve karışıklığın önlenmesine yardımcı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** Acil servis, istenmeyen yeniden başvuru, kalabalık.

## **8. ABSTRACT**

### **Characteristics Of The Patients With Unexpected Emergency Department Revisits**

Emergency departments are busy units with an intense patient circulation and rushed decisions has to be made. Thus some patients, from time to time can revisit for different reasons. This situation might cause unfavorable consequences for the patient and ED. So in this study we aimed to find out the common causes of these revisits and patient characteristics.

This study took place between January 7<sup>th</sup> - March 5<sup>th</sup> 2016 in Akdeniz University Hospital Emergency Department, where annually approximately 95.000 patients visit. We enrolled all the patients over 18 years old and all the trauma patients regardless of their age who had any other doctor or health institution visit with the same complaint in last seven days. We took informed consent from the patients or their relatives. The collected data were put into SPSS 16.0 and for statistical analysis chi square and Mann Whitney U tests we used.

We enrolled 1066 patients. Among 15922 total ED visits, these 1066 (6,69%) were return visits. Main patient complaint for revisit was lacerations/burns/trauma, followed by dyspnea and cough. Top reason for revisit was with a percentage of 40,2% (429 patients) "continuing complaints / symptoms", at the second place was "insufficient utilities" with 240 patients (22,5%) and the third reason was dissatisfaction by the initial visit with 197 patients (18,5%). We determined a statistical significance between first visit admission rates and revisit admission rates (13% vs 26%,  $p=0,033$ ). Another statistically significant data we obtained was the admission rates were higher in patients whose initial visit wasn't to the University Hospital (29,5% to 20%,  $p=0,033$ ). Only 4,1% of patients were transferred to our ED with an appropriate transfer procedure.

These unexpected return visits to ED's can't be neglected. When we take a close look at the revisit reasons, providing a more careful healthcare plus better

transfer procedures for institutions with insufficient utilities might decrease unexpected revisits, increase healthcare quality and help prevent overcrowding in ED's.

**Key words:** Emergency department, unexpected revisits, overcrowding.

## 9. KAYNAKLAR

1. Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, Krome RL, Ross MA. Emergency department revisits. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 964-8.
2. O'Dwyer F, Bodiwala GG. Unscheduled return visits by patients to the accident and emergency department. *Arch Emerg Med* 1991; 8: 196-200.
3. White D, Kaplan L, Eddy L. Characteristics of patients who return to the emergency department within 72 hours in one community hospital. *Advanced Emergency Nursing Journal* 2011; 33(4): 344-53.
4. Calder L, Pozgay A, Riff S, Rothwell D, Youngson E, Mojaverian N, Cwinn A, Forster A. Adverse events in patients with return emergency department visits. *BMJ Qual Saf* 2015; 24: 142-8.
5. Khan NU, Razzak JA, Saleem AF, Khan UR, Mir MU, Aashiq B. Unplanned return visit to emergency department: a descriptive study from a tertiary care hospital in a low-income country. *European Journal of Emergency Medicine* 18: 276-78.
6. <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-aciller-bu-yuzden-yogun-676-678-12325.html>
7. Akyol C, Oktay C, Hakbilir O, Janitzky A, Çalışkan TF. Evaluation of revisits to an emergency department. *Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med* 2006; 6(3): 108-16.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. [http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015.pdf](http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf)
9. Forster AJ, Rose NGW, Walraven C, Stiell I. Adverse events following an emergency department visit. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 17-22.
10. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: Appropriate or not? *Ann Emerg Medicine* 1994; 24: 953-7.
11. Berner AR. Triage. In Harwood-Nuss AL, Linden CH, Luten RC, Sheperd SM, Wolfson AB (eds). *The Clinical Practice of Emergency Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven 1996; 1525-7.
12. Derlet RW, Nishio D, Cole LM, Silva J. Triage of the patients out of the emergency department: Three year experience. *Am J Emerg Med* 1992; 17: 198-202.

13. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 215-23.
14. Derlet RW, Nishio DA. Refusing care to patients who present to an emergency department. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 262-7.
15. Gail M, O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolar RH, O'Sullivan P, Connolly EM, Stein MD. Inappropriate emergency department use: The eye of the beholder. *Acad Emerg Med* 1995; 2: 349-52.
16. Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D, Washington D, Grumbach K. refusing care to emergency department patients: Evaluation of published guidelines. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 286-93.
17. Cardin S, Afilalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A. Intervention to decrease emergency crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003; 41: 173-84.
18. McCusker J, Cardin S, Bellevance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emer Med* 2000; 7: 249-59.
19. Gordon JA, Lawrance CA, Hayward RA, Williams BC. Initial emergency department diagnosis and return visits: risk versus perception. *Ann Emerg Med* 1998; 32:569-73.
20. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban public emergency departments frequent users. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 637-46.
21. Geller J, Janson P, McGovern E, Valdini A. Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *J Fam Pract* 1999; 48: 801-4.
22. Okuyemi KS, Frey B. Describing and predicting frequent users of an emergency department. *J Assoc Acad Minor Phys* 2001; 12: 119-23.
23. Oktay C. Acil servis başvurularının aciliyet yönünden değerlendirilmesi ve acil servisin kullanım özellikleri. Uzmanlık Tezi; T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı, İzmir 1999.
24. Miro O, Jimenez S, Alsina C, Javier Tovillas-Moran F, Sanchez M, Borrás A, Milla J. Unscheduled revisits in medical emergency units at the hospital: incidence and related factors. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 610-5.

25. American College of Emergency Physicians Board of Directors. Definition of emergency medicine and emergency physician. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 1240-1.
26. Lerman B, Kobernick MS. Return visits to the emergency department. *J Emerg Med* 1987; 5: 359-62.
27. Nunez S, Aguirre-Jaime A, HexDall A. Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? *Qual Saf Health Care* 2006; 15(2): 102-8.
28. Sauvin G, Freund Y, Saidi K, Riou B, Hausfater P. Unscheduled Return Visits to the Emergency Department: Consequences for Triage. *Acad Emerg Med* 2013; 20(1): 33-9.
29. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35: 287-92.
30. Baer RB, Pasternack JS, Zwemer FL Jr. Recently discharged inpatient as a source of emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med*. 2001; 8: 1091-4.
31. Resar RK, Rozich JD, Classen D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(Suppl 2): ii39–45.
32. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave hospital emergency department without being seen by a physician: causes and consequences. *JAMA* 1991 Aug 28; 266(8): 1085-90.
33. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Madde 24. 11.05.2000 Resmi Gazete Sayı: 24046
34. Miro O, Antonio MT, Jimenez S, De Dios A, Sanchez M, Borrás A, Milla J. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med Jun*; 6(2): 105-7.
35. 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.

36. Rising KL, Hudgins A, Reigle M, Hollander JE, Carr BG. "I'm Just a Patient": Fear and uncertainty as drivers of emergency department use in patients with chronic disease. *Ann Emerg Med.* 2016 Nov; 68(5): 536-43.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. <http://www.saglik.gov.tr/Eklenti/5119,yilliktrpdf.pdf?0>
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. <http://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-53329.htm>
39. Broadbent M, Moxham L, Dwyer T. The development and use of mental health triage scales in Australia *International Journal of Mental Health Nursing* 2007; 16(4): 413–21.
40. Health Services Series Number 65 Australian Institute of Health and Welfare Canberra Cat. no. HSE 168 Emergency department care 2014–15 Australian Hospital Statistics.
41. Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi KAÜ İİBF Dergisi Cilt 6, Sayı 11, 2015 Makale Gönderim Tarihi : 16.04.2015 Yayına Kabul Tarihi: 28.07.2015 ISSN : 1309 – 4289

## 10. EKLER

**Ek 1.** Acil Servise Aynı Şikayet İle Yapılan Tekrar Başvurularının Değerlendirilmesi.

### ACİL SERVİSE AYNI ŞİKAYET İLE YAPILAN TEKRAR BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Hastanın adı** (sadece baş harfler):

**DOSYA NO:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:** Erkek

Bayan

**İlk başvuru tarihi:**

**Şikayeti:**

**Aynı şikayet ile başvuru sayısı:**

**Kronik hastalıklar:**

**Önceki başvurduğu kurum:**

- Devlet hastanesi acil
- Özel hastane acil
- Hastane içi poliklinik
- Devlet hastanesi poliklinik
- Özel poliklinik
- İş yeri hekimi
- Aile hekimi
- Üniversite acil

**Sevk evrakı:** Var

Yok

Uygunsuz Sevk

**Başvuru/sevk nedeni:**

Yetersiz tanı

Yetersiz tedavi

Yetersiz olanaklar

Yatak olmaması

Bilgilendirme eksikliği

Hasta memnuniyetsizliği

Hastanın acil ya da hastanede tedavi isteği

Tedavi süresini beklememe

Poliklinikten sıra alamama

Uygunsuz yönlendirme

Acil serviste tetkiklerin hızlı yapılması

Ek yakınma ortaya çıkması

Varsa....

Planlanmış ziyaret

Diğer (açıklama):

Tedaviye bağlı komplikasyon:

İlk başvuruda:

Tanı söylendi mi	Evet	Hayır
Tedavi anlatıldı mı	Evet	Hayır
İlaçlar anlatıldı mı	Evet	Hayır
Hastalık süreci anlatıldı mı?	Evet	Hayır