

The Effects of Patient Evaluation Times on Diagnosis in Crowded Emergency Services

Kalabalık Acil Servislerde Hasta Değerlendirme Sürelerinin Tanıya Etkisi

Ahu Özkaya Karsandı¹, Seda Özkan², Kadir Dibek³, Engin Deniz Arslan⁴

1 - Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği Ankara, Turkey. 2 - İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey. 3 - Bandırma Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Bandırma, Turkey. 4 - Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Antalya, Turkey.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to compare the duration of limited physical examination with detailed physical examination in patients admitted to the emergency department and the accuracy rate of pre-diagnoses after these examinations. In addition, it is to evaluate the effectiveness of the complaints, physical examination and tests at the diagnosis stage of the patients.

Material and Method: 500 yellow field patients who applied to the emergency department were included in the study. The demographic characteristics, complaints and physical examination findings of the patients were recorded. Preliminary diagnoses considered based on complaints, limited and detailed physical examination findings were recorded. Definitive diagnosis and other diagnoses were compared statistically.

Results: The average age of the patients was 48.76 ±18.66 and 44% were male. Accuracy of preliminary diagnoses intended for complaint (Group 1), limited examination for complaint (Group 2) and detailed examination (Group 3) rates were respectively 64.6%, 76% and 89.2%. There was a statistically significant difference between the 3 groups (p<0.001). Limited examination for complaint and detailed examination time averages were respectively 2.53 ± 0.87 min and 7.00 ± 1.80 min. Both physical examination times were statistically compared with each other and a significant difference was found between them (p<0.001). 15.4% of the patients were hospitalized. Constitute a large majority of the admissions to the hospital 405 (81%) has been discharged from the hospital.

Conclusion: In patients admitted to the emergency department, the rate of correct diagnosis increases as the duration of patient evaluation and examination increases.

ÖZET

Amaç: Acil servise başvuran hastalarda şikayete yönelik kısıtlı muayene ile ayrıntılı fizik muayene sürelerini ve bu muayeneler sonrasında oluşan ön tanıların doğruluk oranını karşılaştırmak ve hastaların tanı koyma aşamasında şikayet, fizik muayene ve tetkiklerin ne düzeyde etkili olduğunu değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Acil servise başvuran 500 sarı alan hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, şikayetleri, fizik muayene bulguları kaydedildi. Şikayet, kısıtlı ve ayrıntılı fizik muayene bulgularına göre düşünülen ön tanıların kaydedildi. Kesin tanı ile diğer tanıların istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 48.76 ±18.66 ve %44'ü erkekti. Hastanın şikayetine göre (Grup 1), şikayete yönelik yapılan kısıtlı fizik muayene (Grup 2) ve ayrıntılı fizik muayeneye göre ön tanıların (Grup 3) doğruluk oranı sırasıyla %64.6, %76 ve %89.2 saptandı. Her 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.001). Hastaların şikayete yönelik kısıtlı fizik muayene zamanı ortalaması 2.53 ± 0.87 dakika, ayrıntılı fizik muayene zamanı ortalaması ise 7.00 ± 1.80 dakika tespit edildi. Her iki fizik muayene zamanı aralarında anlamlı fark vardı (p<0.001). Hastaların kliniklere yatış oranı % 15.4 olarak saptandı. Hastaların %81'i (n=405) acil servisten taburcu edildi.

Sonuç: Acil servise başvuran hastalarda, hasta değerlendirme ve muayene süresi arttıkça doğru tanı konma oranları artmaktadır.

Keywords:

Crowded emergency, Triage, Anamnesis, Physical examination

Anahtar Kelimeler:

Kalabalık acil, Triyaj, Anamnez, Fizik muayene

GİRİŞ

Acil servis kalabalığı ülkemizde ve dünyada sağlık bakım kalitesini etkileyen, mortalite ve morbiditeyi arttıran ciddi bir halk sağlığı sorunudur (1, 2). Son yıllarda acil servis kalabalığı acil servislerin yeni hastalığı olarak adlandırılmaktadır (3). Acil servislere başvuran hastaların önemli bir kısmının gerçekten acil sağlık hizmeti almasını gerektiren bir durumu olmadığı ve bu hastaların oluşturduğu kalabalık nedeni ile acil tedavisi gereken hastalara sunulan

hizmetin kalitesinin düştüğü için bu durum hem hizmet sunan acil servis çalışanını hem de hizmet alan hastayı olumsuz etkilemektedir (4).

2011 WHO istatistiklerine göre ABD'de 1000 kişi başına düşen doktor sayısı 2.7 iken İngiltere'de 2.1 ve Türkiye'de 1.5, dünya ortalaması ise 3.03 olarak bulunmuştur. Acil servislerde hasta başına düşen doktor sayısının az olması, giderek artan hasta sayıları ve kalifiye eleman eksikliği hasta değerlendirilme süresini kısaltmaktadır (4).

Received: 26.01.2021

Accepted: 12.02.2021

Correspondence: Seda Özkan, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Fatih, İstanbul, Türkiye. E-mail: sedacil@gmail.com

Cite this article as: Karsandı AO, Ozkan S, Dibek K, Arslan ED. The Effects of patient evaluation times on diagnosis in crowded emergency services. Phnx Med J. 2021;3(1):5-10.



GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, "Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi" esaslarına uyularak, Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Tarih:17.04.2017, Sayı:37/19) alınarak araştırma kuralları doğrultusunda yapıldı. 10 ay süresince acil servise travma dışı medikal nedenlerle başvuran 18 yaş ve üzeri hastalar çalışmaya alındı. Çalışma için gerekli veriler hastaların dosyaları ile bilgisayar tabanlı hasta kayıtları incelenerek ve hasta veya hasta yakını ile görüşülerek elde edildi. Acil Servis'e başvuran 266610 hasta içerisinde randomize olarak seçilen 500 sarı alan hastası çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların demografik özellikleri, şikayetleri, fizik muayene bulguları incelendi. Hastaların ayrıca öykü, ko-morbid hastalıklar, kullandığı ilaçlar, istenen laboratuvar ve görüntüleme bulguları da kaydedildi. Hastaların sonuç-anması ve 24 saat sonrasındaki durumu, hastanın şikayet tekrarı, başka şikayetinin olması, aynı merkeze tekrar başvuru yapıp yapmadığı, komplikasyon gelişip gelişmediği ve mortalite durumu analiz edildi.

Dışlama kriterleri:

1. 18 yaşın altı hastalar
 2. Travma hastaları
 3. Kesin tanı almayan hastalar
 4. Acil servise ölü veya arrest olarak getirilen hastalar
 5. Hemodinamisi stabil olmayan hastalar
- Değerlendirme aşamasında hastalar 4 gruba ayrıldı.

1. Grup; hastanın şikayetine yönelik ön tanı
 2. Grup; hastanın şikayeti ve şikayete yönelik kısıtlı fizik muayenesine göre oluşan ön tanı
 3. Grup; hastanın şikayeti ve ayrıntılı fizik muayenesine göre oluşan ön tanı
 4. Grup; hastanın şikayeti, fizik muayenesi ve tetkiklerinin sonucuna göre aldığı kesin tanı
- Hastanın acil serviste yapılan tetkikler sonucunda aldığı kesin tanı belirlendikten sonra bu 4 grubun ön tanıları istatistiksel olarak birbirleriyle karşılaştırıldı. Hastalar 3 yıllık deneyimi olan tek acil tıp asistanı tarafından değerlendirildi.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS (Statistics Program for Social Scientists, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 17.0 programı ile yapıldı. Sayısal değişkenler ortanca (minimum-maksimum) veya ortalama \pm standart sapma şeklinde ifade edildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile gösterildi. Kolmogorov-Smirnov testi ile normallik analizi yapıldı. Tanı grupları normal dağılıma uydukları yukarıda belirtilen ilk 3 grubun karşılaştırılmasında Friedman testi kullanıldı. Daha sonra verilerin post hoc analizinde Wilcoxon testi uygulandı. Fizik muayene zamanlarının değerlendirilmesinde gruplar normal dağılıma uydukları ve bağımlı oldukları için iki grubun karşılaştırılmasında eşleştirilmiş t testi uygulandı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışma süresi boyunca Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Acil Servisine toplam 266.610 hasta başvurmuştur. Çalışmaya alınan 500 hastanın yaş ortalaması 48.76 ± 18.66 (18-91) olarak saptandı. Vakaların % 44'ü erkek (n=220), %56'sı (n=280) ise kadındı (Tablo 1). Hastaların genel durumu iyi, orta ve kötü olarak gruplandırıldığında %71.4'ünün genel durumu iyi (n=357), %25.8'inin genel durumu orta (n:129) ve %2.8'inin genel durumu kötü (n=14) olarak bulundu. Hastaların alışkanlıkları sorgulandığında %40.4 oranında sigara (n=202), %1.6 alkol (n=8) ve %1.4 oranında uyuşturucu madde (n=7) kullanım öyküsü mevcuttu. Hastaların % 56.6'nın ise (n=283) herhangi bir alışkanlık öyküsü yoktu. Hastaların %23'ünde (n=119) Hipertansiyon (HT), % 16.6'sında (n=83) Koroner Arter Hastalığı (KAH), % 2.2'sinde (n=11) Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), % 16.4'ünde (n=82) Diabetes Mellitus (DM), %5.5'inde (n=28) Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOA), % 4'ünde (n=20) geçirilmiş Serebrovasküler Hastalık (SVO) öyküsü, %18.2'inde (n=91) diğer hastalıklar mevcut idi (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri ve vital bulguları

Değişkenler	
Kadın; n (%)	280 (56)
Erkek; n (%)	220 (44)
Yaş; yıl, ortalama \pm SD (min-max)	48.76 \pm 18.66 (
Sistolik KB; mmHg, ortalama \pm SD (min-max)	18-91) 127.51 \pm 21.35
Diastolik KB; mmHg, ortalama \pm SD (min-max)	(70-240) 73.43 \pm 12
Nabız / dk, ortalama \pm SD (min-max)	(40-160) 83.4 \pm 12.08 (
Oksijen saturasyonu, ortalama \pm SD (min-max)	37-156) 95.4 \pm 2.46 (74-100)
Kronik Hastalıklar	
Hipertansiyon	119 (23)
Diabet	82 (16.4)
KAH	83 (16.6)
KOA	28 (5.5)
KBY	11 (2.2)
SVO	20 (4)
Diğer	91 (18.2)

Hastaların %21.8'inde (n=109) kronik hastalıklar ve malignite açısından aile öyküsü pozitif. Hastalarda başvuru nedeni, %44'ünde (n=220) kronik hastalıklarından bağımsız yeni bir hastalık tanısına, %27.6'sında (n=138) kronik hastalıklarının sık görülen bir komplikasyonuna, %6.6'sında (n=33) kronik hastalıklarının nadir görülen bir komplikasyonuna bağlı idi. Hastaların en fazla %29.8 ile kardiyovasküler sistem ile ilgili şikayetleri olduğu görüldü (Tablo 2). Hastaların tam sistemik muayenesi yapıldığında ise; hastaların %7.4'ünde KBB (n=37), %1.6 baş-boyun (n=8), %0.6 göz (n=3), %9.2 solunum sistemi (n=46), %4.3 kardiyovasküler sistem (n=21), %31.4 gastrointestinal sistem (n=157), %5.6 sinir sistemi (n=28), %0.2 genital sistem (n=1), %2.6 üst ekstremitte (n=13) ve %3.6 alt ekstremitte (n=18)'de pozitif muayene bulgusu saptandı. Hastalara en fazla %72.4 oranında tam kan tetkiki istenmiştir bunun da %46'sı normal sonuçlanmıştır. Diğer tetkiklerin istenme ve normal çıkma oranları tablo 3'de gösterilmiştir.

Hastaların %11.4'ü (n=57) ambulans ile getirildi. Ambulans ile gelen hastaların %28.7'si (n=16) kırmızı alana alınırken %64.9'u (n=37) sarı alana alındı. Hastaların %7.02'si ise (n=4) ayaktan takip edilerek taburcu edildi (Tablo 4). Triyaj yapıldıktan sonra hastaların doktorla temas süreleri ortalama 3.5 dakika olarak bulundu (1-10 dk). Ön tanı konulduktan sonra hastaların acil serviste kalış süreleri ortalama 8.17 (0.5-72) saat tespit edildi.

Hastaların %81'i (n=405) acil serviste tektik ve tedavileri yapılarak taburcu edildi. Hastaların %15.4'ü (n=77) yatış endikasyonu olup hastaneye yatırıldı. Acil servisten taburcu edilen hastaların içinde %5.9'u (n=24) yatış endikasyonu olmakla birlikte hastaneye yatırılmayan hastalardı. Geriye kalan %94'ü (n=381) acil yatış endikasyonu olmayıp, acil serviste tedavisi tamamlandıktan sonra taburcu edildi (Tablo 5).

Çalışmaya aldığımız hastaların şikayete yönelik kısıtlı fizik muayene zamanı ortalaması 2.53 ± 0.87 dakika (1-6) fizik muayene zamanı ortalaması 2.53 ± 0.87 dakika (1-6) olarak tespit edildi. Ayrıntılı fizik muayene zamanı ortalaması ise 7.00 ± 1.80 dakika (4-14) olarak tespit edildi. Her iki fizik muayene zamanı birbiri ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı, aralarında anlamlı fark tespit edildi ($p<0.001$) (Şekil 1).

Hastanın şikayeti, anamnez ve vital bulgularına göre yapılan ön tanının doğruluk oranı %64.6 (n=323) idi. Hastanın şikayeti ve şikayetine yönelik kısıtlı fizik muayene sonrası ön tanının doğruluk oranı %76 (n=380) idi. Hastanın şikayeti göz önüne alınarak ve tam sistemik muayenesi yapılarak konulan ön tanılarının doğruluk oranına bakıldığında ise %89.2 (n=446) oranında doğru tanı konulduğu görüldü. Her 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Tüm ikili gruplar arasında anlamlı fark tespit edildi (Tablo 6).

Tablo 2: Hastaların başvuru şikayetleri ve şikayetlerin sistemlere göre dağılımı

Başvuru Şikayetleri	n (%)
Ataksi	2 (0.4)
Ateş	12 (2.4)
Baş ağrısı	9 (1.8)
Baş dönmesi	21 (4.2)
Bel ağrısı	1 (0.2)
Boğaz ağrısı	2 (0.4)
Bulantı	13 (2.6)
Çarpıntı	7 (1.4)
Diş ağrısı	1 (0.2)
Dispne	17 (3.4)
Dizüri	10 (2)
Eklem ağrısı	14 (2.8)
Göğüs ağrısı	79 (15.8)
Görme bozukluğu	2 (0.4)
Halsizlik	11 (2.2)
Hematemez	2 (0.4)
Hematokezya	1 (0.2)
Hemiparezi	12 (2.4)
Hemoptizi	2 (0.4)
İshal	4 (0.8)
Kabızlık	1 (0.2)
Karın ağrısı	125 (25)
Kasık ağrısı	2 (0.4)
Konuşma bozukluğu	6 (1.2)
Kusma	40 (8)
Öksürük	24 (4.8)
Senkop	22 (4.4)
Sırt ağrısı	17 (3.4)
Yan ağrısı	39 (7.8)
Yüzde uyuşma	2 (0.4)
Sistemler	n (%)
Kulak burun boğaz	59 (11.8)
Baş boyun	55 (11)
Göz	3 (0.6)
Solunum Sistemi	126 (25.2)
KVS	149 (29.8)
GİS	267 (53.4)
Sinir sistemi	57 (11.4)
Ürogenital	21 (4.2)
Ekstremiteler	62 (12.4)

Tablo 3: Hastalarda Tetkiklerin İstenme Oranı

Tetkik	İstem Yapılan Hasta		Normal Sonuçlanma	
	n	%	n	%
Hemogram	362	72.4	230	46
Biyokimya	313	62.6	231	46.2
Kardiyak enzim	224	54.8	186	37.2
Tam idrar tetkiki	205	51	71	14.2
Direk grafi	306	61.2	227	45.4
USG	77	15.4	43	8.6
BT	87	17.4	43	8.6
MR	41	8.2	22	4.4
EKG	315	73	281	56.2

Tablo 4: Hastaların ambulans kullanım oranı

	AMBULANSLA GETİRİLEN HASTA			AYAKTAN GELEN HASTA			TOPLAM
n	57			443			500
%	11.4			88.6			100
	KIRMIZI	SARI	YEŞİL	KIRMIZI	SARI	YEŞİL	TOPLAM
n	16	37	4	28	365	50	500
%	28.07	64.91	7.02	6.32	82.39	11.29	100

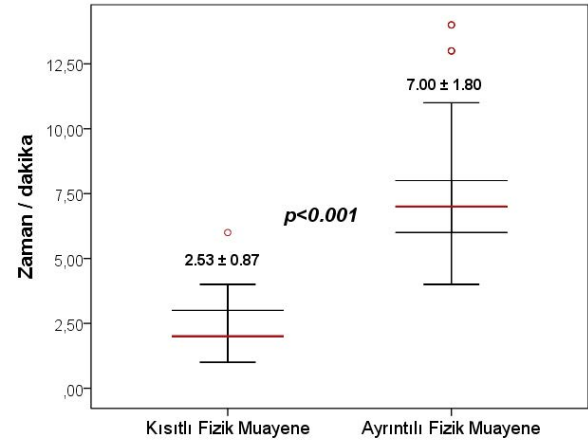
Tablo 5: Hastaların hastaneye yatış, sevk ve taburculuk oranları

Sonuçlanma		n	%
Sarı alanda tedavi ile taburcu	Yatış endikasyonu olan	24	5.93
	Yatış endikasyonu olmayan	381	94.07
Servis yatış		61	12.20
Yoğun bakım yatış		16	3.20
Personel eksikliği sevk		4	0.80
Donanım eksikliği sevk		1	0.20
Yoğun bakım yatak yokluğu sevk		13	2.60
Total		500	100.00

Tablo 6: Kesin tanıya göre tanıların karşılaştırılması

	Birinci tanı	İkinci tanı	Üçüncü tanı	p
Doğru tanı %	64.6 ^{b,c}	76 ^{a,c}	89.2 ^{a,b}	<0.001

a: Birinci tanıya olan farkı gösterir. b: İkinci tanıya olan farkı gösterir. c: Üçüncü tanıya olan farkı gösterir.

**Şekil 1:** Kısıtlı ve ayrıntılı fizik muayene zamanları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Acil servisler, hastane içerisinde oldukça önemli bir yere sahiptirler (8). Amerika Akademik Acil Tıp Birliği'nin önerilerine göre, kritik hastalar için 1:1 oranında, tüm rutin acil hastalar için ise 4:1 oranında hemşire bakımı gereklidir (9). Düşük ve orta aciliyetteki hastaların bulunduğu acil servislerde her hekim için 8-10 yatak bulunmalıdır. Kritik hastalar için ise her hekim için 1-3 yatak bulunmalıdır. En az yatak sayısı ise; = (1.5 x 24 saatte hasta sayısı x acilde ort.kalış süresi)/(24 saat) şeklinde hesaplanmaktadır (9). Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Acil Servis'inin hasta bakım kapasitesi değerlendirildiğinde acil servisteki bir yatak başına günlük 32 hasta düşmektedir. Bununla beraber acil servisimize başvuran hasta sayısı edinilen veriler ışığında her geçen yıl artmaktadır. Hasta başına düşen hemşire sayısı 0.018 olup, doktor sayısı 0.012'dir. 2011 WHO istatistiklerine göre ABD'de 1000 kişi başına düşen doktor sayısı 2.7 iken İngiltere'de 2.1 ve Türkiye'de 1.5, dünya ortalaması ise 3.03 olarak bulunmuş, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ise ABD ve İngiltere'de 3.1 iken Türkiye'de 2.8 olduğu görülmüştür (5,10). Acil servisimizde bir hastaya ayrılan ortalama süre ise 4.3 dk olarak tespit edilmiştir. Bu süre içerisinde hastaya ön tanı konulmakta ve bu ön tanıya göre ileri tetkik ve tedavi uygulanmaktadır. Giderek artan hasta sayıları ve kalifiye eleman eksikliği, hasta değerlendirilme süresini kısaltmaktadır (4). Sağlık ocağı hekimlerine yapılan bir çalışmada, hekimlerin %68.9'u ilk başvuru yapan hastaların muayenesi için gerekli sürenin 20 dakika, %18.8'i ise 30 dakika olduğunu bildirmişlerdir. Buna karşın hekimlerin sadece %16'sı bu süreyi ayırabildiklerini belirtirken %73'ü 10 dakika ayırdıklarını söylemişlerdir. Gözlem yapıldığında hekimlerin %81.9'u ilk değerlendirme için hastalara 5 dakikadan daha az süre ayırmışlardır. Hekimlerin %50'si geçmiş ve şimdiki şikayete ait tıbbi öyküyü sormamıştır. Hekimlerin %80'i aile öyküsünü almamış ve sistemik muayeneyi yapmamışlardır (11). ABD'de yapılan başka bir çalışmada, hastalara göre birinci basamakta optimal muayene süresinin 15.4 dakika olduğu bildirilmiştir (12).

Almanya, İngiltere ve ABD’de hekimlerin ilk değerlendirme ve muayene için sırasıyla 6/10/18 dakika ve tam bir fizik muayene için ise sırasıyla 12/20/36 dakika ayırdıkları görülmüştür (13). Çalışmamızda şikayete yönelik kısıtlı fizik muayenenin ortalama zamanı 2.5 dakika tespit edilirken, ayrıntılı fizik muayene ile hastaya ayrılan zaman ortalaması 7 dakika olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda ilk değerlendirme ve muayene süreleri diğer çalışmalara kıyasla kısadır. Yukarıdaki çalışmaların acil servis harici kliniklerde yapılmış olması ve buna karşın çalışmamızın hasta kalabalığının fazla olduğu bir acil serviste yapılması muayene sürelerinin kısa çıkmasında en önemli etkidir. Bizim çalışmamızda şikayete yönelik ön tanı ve kesin tanı arasında %35.4 oranında bir fark tespit edildi. Bunun nedenleri arasında hastaların kendini ifade edememesi, hastaya ayrılan sürenin yetersiz olması, hastayı değerlendiren kişinin deneyimi ve bilgi birikimi, hastanın başvuru saati ve triyaj için kullanılan sistemler öne çıkmaktadır. Şikayete göre sağlık personeline yapılan ön tanının doğruluğuna bakıldığında Akküçük ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; paramediklerin %67.1, hemşirelerin %71.2, intörnlerin %65, kıdemsiz asistanların %73, kıdemli asistanların %80.8, uzmanların %84 oranında doğru tanı koydukları görüldü (14). Bizim çalışmamızda ise bu oran % 64.6 olarak bulundu. Burada şikayetin ve anamnezin alınma süresi de tanılarının doğruluğunu etkilemiştir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde hasta yoğunluğundan dolayı şikayet ve anamnez alma süreleri de maalesef kısa tutulmaktadır. Oysa Akküçük ve arkadaşlarının çalışması bir üniversite hastanesinde yapılmıştır ve hasta başvuru sayıları daha düşüktür.

Acil servise başvuran hastaların %52.2’inin kronik hastalığı mevcuttu. Kronik hastalıklara bağlı komplikasyonlar acil servis başvurularında önemli bir yere sahiptir (15). Acil servise başvuru esnasında hastaların kronik hastalarını sorgulamak hastanın değerlendirilmesinde ve tanısında hekime kolaylık sağlayacaktır. Çalışmamızda kısıtlı fizik muayene sonrası oluşan tanı ile ayrıntılı fizik muayene

sonrası oluşan tanı arasında %13.2 fark var idi. Acil servise başvuran hastalarda, hasta değerlendirme ve muayene süresi arttıkça doğru tanı konma oranları artmaktadır.

Kalabalık acil servislerde şikayete yönelik kısıtlı fizik muayene yanlış hasta tanılarına neden olmaktadır. Ambulans ile gelen ve acil servise kabul edilen hastalar ise tüm hastaların %11.4’ü idi. Üstelik kırmızı alan acil hasta grubunun yalnızca %39.86’sı ambulans ile Acil Servisimize getirildi. Çalışmamız süresince acil servise gelen hastaların ambulans kullanma oranı binde 67 idi. Bu oranın 2016 yılında hastanemiz istatistiklerine göre binde 79 olduğu görülmüştür. Ambulans kullanma oranları; İngiltere’de yılda binde 140, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yılda binde 139 olarak bildirilmiştir (5, 16). Bu iki ülkeye göre ambulans kullanma oranımızın halen düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca hastalık ciddiyeti yüksek olan hastalar ambulansı beklemeden özel araçları ile acil servislere başvurabilmektedir.

Çalışmamıza alınan hastaların yatış oranı %15.4 idi. Acil servise başvuran hastaların % 81’i acil servisten taburcu edildi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda acil servisten taburculuk oranları %82 ile %86 arasında tespit edilmiştir ve bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumludur (17-19).

Acil servis taburculuk oranlarının yüksek olması ülkemizde acil servislere uygunsuz başvuru oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ülkemizde acil servis kalabalığı sağlık sistemimizin önemli problemlerinden biridir ve bu durum acil serviste hastaların muayene sürelerinin optimum zamanda yapılmasına engel olmaktadır. **Sonuç olarak;** Kesin tanıya göre, doğru ön tanı oranlarını belirlediğimizde, hastadan alınan anamnez sonrası, yapılan ayrıntılı muayene ve tetkikler sonucunda doğru tanı oranının arttığını gördük. Acil servisin uygunsuz kullanımına yönelik alınacak tedbirler; gerçek acil hastalarının daha ayrıntılı değerlendirilmesi, tanı ve tedavilerinin gecikmeden yapılması ve dolayısı ile hizmet kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

Ek: “14. Ulusal Acil Tıp Kongresi 5th Intercontinental Emergency Medicine Congress, International Critical Care and Emergency Medicine Congress, Antalya, Turkey (19-22 April 2018).” Kongresinde poster bildiri şeklinde sunulmuştur.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etti.

KAYNAKLAR

1. Cakmak F, İkizceli I, Ozturk D, Altınbilek E, Yılmaz BK, Biberoglu S, et al. Emergency department length of stay for critically III patients followed up in red zone. *Signa Vitae* 2021; vol.17(1): 63-68.
2. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions *Ann Emerg Med* 2008;52(2):126-136.
3. Viccellio P, Schneider SM, Asplin B, Blum F, Broida RI, Bukara WR, et al. Emergency department crowding: High impact solutions. ACEP Task Force Report on Boarding 2008.
4. Gill, J. and Riley, A.W. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient’s perspective. *The Journal of Family Practice* 1996;42(5):491-496.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015.
6. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJ, Morris RW, Morrell DC. The "five minute" consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292(6524):874-876.
7. “Kamu Hastaneleri Kurumu: Kaliteli Bir Muayene Süresi En Az 10 dk’dır” Available: <http://doktorlarsitesi.net/2016/11/26/kamu-hastane-leri-kurumu-kaliteli-bir-muayene-suresi-en-az-10-dk-dir/>
8. American College of Emergency Physicians Board of Directors 1986. Definition of emergency medicine and emergency physician. *Ann Emerg Med*. 1986;15:1240-1241 (Revised and approved by the ACEP Board of Directors June 2015)

9. Tandberg D and Qualls C. Time series forecasts of emergency department patient volume, length of stay, and acuity. *Ann Emerg Med*, 1994; 23(2): 299-306.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı, Kamu Hastaneleri İstatistikleri Yıllığı, 2014 Sağlık Bakanlığı Yayın tarihi: Ankara 2015, Yayın No: 1000.
11. Guldal D, Ulusel B, Ozcakar N, Yeniceri N, Dontlu C. The challenge of clinical interviewing and physical examination performance for general practitioners in Turkey. *Fam Med*. 2005;37(5):354-359.
12. Landau DA, Bachner YG, Elishkevitz K, Goldstein L, Barneboim E. Patients' views on optimal visit length in primary care. *J Med Pract Manage*. 2007;23(1):12-15.
13. Haroon Siddique. GP appointments should be five minutes longer, says BMA. 2016; <https://www.theguardian.com/society/2016/aug/28/doctor-appointments-15-minutes-bma-overweight-population>.
14. Akkücü M.H. Kalabalık acil servisler için hasta ve sağlık personeli triyajı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Uzmanlık Tezi. Ankara, 2010.
15. Derlet RW, Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med*. 2002;39(4): 430-432.
16. Schneider SM. Emergency department crowding. *Emergency Medicine Reports*. 2009;30(3):13-22.
17. Ersel M, Karcioğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA. Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. *Turk J Emerg Med*.2006;6(1):25-35.
18. 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.
19. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal O, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*. 2010;9(4):163-168.