

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

## Acil Serviste Gerçekleştirilen Konsültasyon Sürecinin İncelenmesi

Serdar Süha DÖNMEZ<sup>1</sup>, Vahide Aslıhan DURAK<sup>2</sup>, Gökhan TORUN<sup>3</sup>,  
Özlem KÖKSAL<sup>2</sup>, Şule AYDIN<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Kırşehir.

<sup>2</sup> Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa.

<sup>3</sup> Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, İstanbul.

### ÖZET

Çalışmamızda Acil Servise başvuran ve herhangi bir bölüme konsültasyonu yapılan hastaların epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi ve konsültasyon sürecinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 2013 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, ön tanı/tanıları, hastaneye yatış veya sevk ve mortalite oranları gibi epidemiyolojik özellikleri ile konsülte edildiği bölümler, acil serviste kalış süreleri ve konsültasyon süreçleri araştırıldı. Hastaların 521 (%25.9)'i 16:00-19:59 saatleri arasında başvurmuş olup, en sık başvuru saatlerinin de bu saatler arasında olduğu saptandı. Acil serviste en sık konsültasyon isteme nedenleri; basit travma(%33.5) ve kardiyovasküler hastalıklardı (%9.5). Hastaların %58.6'sı acil servisten taburcu edilirken, %27.9'u değişik kliniklere yatırıldı ve %9.1'i başka bir sağlık kuruluşuna sevk edildi. Acil serviste 8 saatten uzun süre kalan hasta sayısı 407(%20.21) idi. Konsültasyon süresini uzatan nedenler arasında; en sık herhangi bir bölüm tarafınca uygulanan ek tedavi veya tanınal girişimlerin (%2.8) olduğu görüldü. Hastaların yaşı ile konsültasyon istenme sayısı ve hastaların acil servise başvurduğu saat ile konsültasyon istenme sayısı arasında anlamlı ilişki saptandı ( $p<0.05$ ). Acil servislerin işleyişinde konsültasyonlar önemli yer tutmaktadır. Hızlı ve etkin bir konsültasyon işleyiş sistemi için acil servis hekimi ve konsültan hekimin işbirliği gerekli olup, bu süreç içerisinde rol alan tüm etkenlerin hasta yararına odaklı olması sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis. Konsültasyon. Hasta karakteristikleri.

### Analysis of the Process of Consultations in the Emergency Department

### ABSTRACT

In this study, we aimed to evaluate the epidemiological characteristics of the patients who are admitted to Emergency Department (ED) and the process of consultations. 2013 patients were included in the study. The epidemiological characteristics of patients such as age and gender, prediagnosis/diagnosis, hospitalization or referring to other hospital and mortality rates and the consulted departments, stay length in ED and process of consultation were investigated. 521 (25.9%) of patients applied to hospital between 16:00-19:59 hours and these were the most common appeal hours. The most frequent reasons of consultation requests were,not-complicated traumas (33.5%), cardio-vascular diseases (9.5%) in ED.58.6% of patients were discharged from ED, 27.9% of the patients were hospitalized to different clinics, %9.1 of the patients were referred to another health center. 407 (20.21%) patients stayed in the ED longer than 8 hours. Additional therapies or diagnostic interventions (2.8%) which were performed by any department increased the length of consultation. There was a significant relationship between the number of consultation request and the patients age and time of the admission to the ED ( $p<0.05$ ). Consultations in the emergency department is very important. The emergency physician and the consultant physician cooperation is necessary for a fast and effective consultation system, and all factors involved in process should work for the benefit of the patient.

**Key Words:** Emergency Department. Consultation. Patient characteristics.

Geliş Tarihi: 17 Şubat 2017

Kabul Tarihi: 07 Mart 2017

Dr. Vahide Aslıhan DURAK  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Acil Tıp Anabilim Dalı,  
Bursa.  
Tel: 0224 295 32 39  
E-posta: aslidurakis@hotmail.com

Acil servisler, hastanelerde her türlü acil hastanın bakıldığı, günün 24 saati kesintisiz hizmet veren birimlerdir. Acil Servis'e (AS) gelen hastaların bakımı, ilk değerlendirmenin ardından yapılan tedavi ve girişimle akut sorununun çözümlenip taburcu edilmesi veya tedavisinin devamı için hastalığı ile ilgili bölüme yatırılması ya da başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi ile sonuçlanır. Bu döngünün hızlı olması, hasta mağduriyetine yol açmaması için hem hastane öncesi Acil Tıp Hizmetleri Sisteminin hem de hastane içinde AS akışının iyi organize edilmesi gerekir. Bu yüzden AS'ler ideal hizmeti her an verebilecek konfo-

ra sahip olmalı ve profesyonel bir ekiple hizmet vermelidir<sup>1-4</sup>.

Son yıllarda AS'lerdeki önemli sorunlardan birisi hasta yoğunluğunun artmasıdır<sup>2,5,6</sup>. Yapılan çalışmalarda AS'lerdeki aşırı yoğunluğun nedenleri arasında; hastanede yatak bulma sıkıntısı, ağır hastalığı olan hasta sayısındaki artış, AS'lerdeki yaşlı hasta sayısında artış, AS'de alan sınırlılığı, personel yetersizliği, tanısal tetkiklerdeki gecikmeler ve konsültan hekimlerin AS'e geç gelmeleri yer almaktadır<sup>7-10</sup>. Bu nedenlere ek olarak, AS hastalarının önemli bir kısmında tanı ve tedavide disiplinler arası yaklaşımın, yani konsültasyon isteminin artması da sayılabilir. Acil Servis hekimi değerlendirdiği hastanın yatırılması gerektiğini düşünüyorsa, bilgi ve teknik destek ihtiyacı varsa ya da aldığı eğitimi dışında herhangi bir girişim yapması gerekiyorsa, hasta için ilgili branş hekiminden konsültasyon ister ve konsültan hekim de tanı ve tedaviyle ilgili önerilerde bulunur veya uygun girişimsel işlemi yapar ya da yatış/sevk/taburculuk kararını bildirir<sup>11-13</sup>.

Hastanemizde 15 Mart 2006 tarihinde yayınlanan ve 5 Nisan 2010 tarihinde revize edilen Acil Servis Prosedürü' ne göre AS'e başvuran her hastanın triyajdaki görevli hekim tarafından başvuru anında "Triyaj Skalası"na göre triyaj kodu belirlenir. Triyaj kodu yeşil olan hastaların (ayaktan başvuran, genel durumu stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar) tetkik ve tedavileri triyajda bulunan hızlı bakı birimlerinde gerçekleştirilir. Triyaj kodu kırmızı veya sarı olan hastalar mevcut klinik durumlarına göre hemen AS içindeki acil müdahale/travma odasına veya gözlem odasına alınır. Daha sonra hasta için uygun tanısal girişimler ve tedavi uygulamaları yapılır. Acil Tıp Araştırma Görevlisi gerekli gördüğü hastalar için "Hasta Konsültasyon Talimatı" doğrultusunda ilgili kliniklerden konsültasyon ister.

Hasta Konsültasyon Talimatı'na göre konsültasyonun amacı; faaliyette bulunan tüm birimler arasındaki konsültasyon taleplerinin zamanında, standart ve etkin bir şekilde karşılanmasını sağlamak olup; poliklinikler arasındaki rutin konsültasyonlar 3 işgünü içinde, klinikler arası rutin konsültasyonlar 48 saat içinde, poliklinik ve kliniklerden istenen acil konsültasyonlar aynı gün içinde, ameliyathane konsültasyonları hemen ve AS'den istenen konsültasyonlar ise 0-30 dk. içinde karşılanmak zorundadır.

Çalışmamızın amacı; AS'e başvuran ve her hangi bir bölüme konsültasyonu yapılan hastaların epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi ve konsültasyon sürecinin irdelenmesi, eksikliklerin giderilerek ileriye dönük planlamaların yapılması ve böylece daha etkin, daha hızlı çalışan bir AS ve konsültasyon işleyiş sistemi oluşturulmasına katkıda bulunmaktır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlanmış olup, Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 13 Ekim 2015 tarihli ve 2015-18/267 numaralı karar ile onay alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır.

Çalışmaya 01.11.2015 - 30.11.2015 tarihleri arasındaki bir aylık süreçte erişkin AS'ine başvuran ve herhangi bir bölümden konsültasyon istenen 2013 hasta alınmıştır. Hastanemiz acil servisine 0-17 yaş grubu travma ve yanık hastaları da başvurmaktadır ve bu grup da dahil edilmiştir. Hastaların verileri prospektif olarak kaydedilmiştir. Hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, tanı/ön tanıları, hospitalizasyon ve mortalite oranları gibi epidemiyolojik özellikleri ve konsültasyon süreçleri irdelenmiştir.

Çalışma için öncelikle literatür taraması gerçekleştirilmiş ve daha sonra 1 haftalık süreyle bir ön çalışma yapılarak toplanacak veriler belirlenmiştir. Takiben oluşturulan veri giriş formu AS'de görevli Araştırma Görevlilerine tanıtılmış ve veri girişiyle ilgili olarak bilgilendirme toplantıları düzenlenmiştir. Çalışma süresince her hasta için AS'de görevli Acil Tıp Araştırma Görevlisi tarafından veri girişleri yapılmıştır. Veri formuna; hastanın adı, soyadı, protokol numarası, yaş, cinsiyet, başvuru tanısı, konsültasyon istenme saati, konsültasyon sonuçlanma saati, konsülte edildiği bölümler, AS'de kalış süreleri, yatırıldıkları klinikler, konsültasyonla ilişkili sorunlar kaydedilmiştir. Hastalarla ilgili eksik veriler günlük olarak yerel ağ sisteminden (Avicenna) taranarak tamamlanmıştır.

Tüm veriler bilgisayar ortamına aktararak tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Nitel verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmış olup, istatistiksel analizler SPSS 22.0 programına girilerek yapılmıştır.

## Bulgular

1 aylık süre içinde erişkin AS'ine 9294 kişi başvurmuş, bunlardan 2013'üne (%21.6) konsültasyon istendi. Çalışmaya alınan hastaların 1287'si (%63.9) erkek, 726'sı (%36.1) kadın olup, yaş ortalaması ( $\pm$  standart sapma);  $45 \pm 21.7$ , medyan yaş; 43 ve yaş aralığı; min: 0-maks: 98 idi. Hastaların geliş saatlerine göre dağılımına bakıldığında; 16:00-19:59 arası 521 (%25.9) hasta ile en fazla başvurunun olduğu, 04:00-07:59 arası 83 (%4.1) hasta ile en az başvurunun olduğu görüldü

Hastaların yaş guruplarına göre konsültasyon sayıları değerlendirildiğinde; 0-17 yaş arası 168 (%8.34) hastaya, 18-64 yaş arası 1373 (%68.2) hastaya, 65 yaş

## Acil Servis Konsültasyonları

üstü ise 472 (%23.44) hastaya konsültasyon istendi. Konsültasyon isteme oranları ile hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0.05$ ).

Acil servise başvuran ve herhangi bir bölümden konsültasyonu istenen hastalar ön tanı/tanı'larına göre 19 gruba ayrıldı. Konsültasyon nedeni olan en sık ön tanı/tanıları; basit travma (tendon kesileri, organ veya uzuvda yabancı cisimler, tek kemik kırıkları, eklem çıkıkları, %10'dan küçük yanıklar, cerrahi gerektirmeyen trafik kazaları ve yüksekten düşmeler, vb) (%33.5), kardiyovasküler hastalıklar (akut koroner sendrom, kalp kapak hastalıkları, aort diseksiyonu ve anevrizması, arteriyel-venöz tromboemboli, vb) (%9.5), nörolojik hastalıklar (tıkayıcı veya kanayıcı beyin damar hastalıkları, intrakranial yer kaplayıcı lezyonlar, medulla spinalis ile ilgili hastalıklar, vb) (%7.5) olarak saptandı.

Acil servisten toplam 2013 hastadan konsültasyon istenmiş olup, hasta başına istenilen konsültasyon ortalaması ( $\pm$  standart sapma);  $1.2\pm 0.6$ , medyan; 1.0, min=0 ve max=7, toplam konsültasyon sayısı ise 2513 idi. Hastaların AS'e geliş saatleriyle AS'de kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ( $p<0.05$ ) (Tablo-I).

**Tablo I.** Hastaların acil servise geliş saati ile kalış süresinin karşılaştırılması.

Geliş saati	Acil Serviste Kalış Süresi					Toplam	P değeri
	0-4 saat	4-8 saat	8-24 saat	24-48 saat	>48 saat		
08:00-11:59	131	92	56	11	2	292	0.001
12:00-15:59	246	120	79	25	4	474	
16:00-19:59	310	128	62	17	4	521	
20:00-23:59	334	71	64	11	2	482	
00:00-03:59	96	25	38	2	0	161	
04:00-07:59	32	21	25	4	1	83	
Toplam	1149	457	324	70	13	2013	

Hastaların 1666'sından (%82.8) bir konsültasyon, 242'sinden (%12.0) iki konsültasyon, 72'sinden (%3.6) üç konsültasyon istendi. Hastaların yaş dağılımı ile konsültasyon sayısı değerlendirildiğinde, hasta yaşı ile konsültasyon sayısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Ayrıca hastaların AS'de kalış süresiyle istenen konsültasyon sayısı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $p<0.05$ ).

Acil servisten istenen cerrahi branş konsültasyonları sıklıklarına göre incelendiğinde; göz hastalıkları 329 (%22.84), ortopedi 299 (%20.76), plastik cerrahi 193 (%13.40) olarak saptandı .

Acil servisten istenen cerrahi branş konsültasyonları sonuçlanma sürelerine göre incelendiğinde; göğüs cerrahisi ortalama  $222\pm 233$  dk, genel cerrahi ortalama  $196\pm 192$  dk, üroloji ortalama  $124\pm 137$  dk olarak saptandı .

Acil servisten istenen dahili branş konsültasyonları sıklıklarına göre incelendiğinde; kardiyoloji 221 (%20.57), göğüs hastalıkları 147 (%13.68), nöroloji 127 (%11.82) den istenmiş olarak saptandı.

Acil servisten istenen dahili branş konsültasyonları sonuçlanma sürelerine göre incelendiğinde; nefroloji ortalama  $306\pm 393$  dk, gastroenteroloji ortalama  $289\pm 273$  dk, nöroloji ortalama  $234\pm 273$  dk şeklinde bulundu.

Hastaların 1180 (%58.6)'i taburcu olurken, 76 (%3.8) hasta tedavi red ile ayrıldığı, 13 (%0.6) hastanın AS'de öldüğü, 568 (%28.2) hastanın kliniğe yatış veya sevk olduğu, 176 (%8.7) hastanın yoğun bakıma yatış veya sevk olduğu saptandı .

Yatış yapılan veya sevk edilen hastalarda AS'de kalış süresi yatış yapılmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0.05$ ). Kliniğe ve yoğun bakıma yatış yapılan veya sevk edilen hastalar arasında AS'de kalış süresi açısından anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık saptanmadı .

Hastalar yattığı bölümlere göre değerlendirildiğinde; onkoloji kliniğine 61 (%8.19) yatış, kadın doğum ve hastalıkları kliniğine 60 (%8.06) yatış, 2 (%0.26) klinik sevk olmak üzere 62 (%8.33), göğüs hastalıkları kliniğine 49 (%6.58) yatış, 4 (%0.53) klinik sevk, 1 (%0.13) yoğun bakım ünitesine sevk olmak üzere 54 (%7.25) hasta olarak saptandı (Tablo-II).

**Tablo II.** Yatan hastaların bölümlere göre dağılımı.

Bölümler	Klinik		Yoğun Bakım		Toplam
	Yatış	Sevk	Yatış	Sevk	
Gastroenteroloji	43	1	1	0	45
Onkoloji	61	0	0	0	61
Nefroloji	22	2	0	1	25
Endokrinoloji	5	0	0	0	5
Hematoloji	11	0	0	0	11
Romatoloji	9	0	0	0	9
Göğüs Hastalıkları	49	4	0	1	54
Nöroloji	35	12	2	4	53
Kadın doğum	60	2	0	0	62
Ortopedi	29	49	0	1	79
Plastik Cerrahi	23	11	6	2	42
Nöroşirurji	25	1	8	2	36
Göz Hastalıkları	17	0	0	0	17
Kalp Damar Cerrahisi	6	0	6	0	12
Genel Cerrahi	40	4	8	0	52
Enfeksiyon Hastalıkları	12	1	0	0	13
Üroloji	5	0	1	0	6
Psikiyatri	1	11	0	0	12
Çocuk Cerrahisi	2	0	1	0	3
Dermatoloji	3	0	0	0	3
Kulak Burun Boğaz	9	0	0	0	9
Göğüs Cerrahisi	3	0	5	0	8
Anestezi	0	0	8	37	45
Kardiyoloji	0	0	45	37	82
TOPLAM	470	98	91	85	744

## Tartışma ve Sonuç

Acil servislere başvuran hasta sayısı yıllar içinde giderek artmaktadır<sup>14,15</sup>. Hastanemiz acil servisine başvuran hasta sayısı 2015 yılında 110049 olarak saptanmıştır. AS'e başvuran hasta sayısının son 12 yılda 5 kat arttığı, son 2 yılda 1.3 kat arttığı görülmüştür<sup>16,17</sup>. İl nüfusunun iç ve dış göçlerle artması, ayrıca ülke sağlık politikalarındaki değişikliklerle eskiden üniversite hastanelerine direkt başvurabilen Emekli Sandığına mensup memurlar ve bakmakla yükümlü oldukları aileleri yanı sıra ancak bir devlet hastanesinden sevk edildiği takdirde başvurabilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur kurumlarına mensup kişilerin de aynı çatı altına alınması (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile üniversite hastanelerine direkt başvurabilir hale gelmeleri dolayısıyla bu hastanelerin hem polikliniklerine ve hem de AS'lerine başvuru sayısını artırmıştır. Bunun yanı sıra yine Triyaj I (çok acil hastalar) ve Triyaj II (acil hastalar) grubu hastaların AS başvurularının ücretsiz olması, poliklinik randevusu alamama, sıra beklememe düşüncesi de AS başvurularının artmasının bir başka nedenidir.

Çalışmaya alınan hastalar cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde; 1287 erkek (%63.9) ve 726 kadın (%36.1) olmak üzere erkek hasta başvurusu daha fazla saptanmıştır. Edirne ve ark.'nın (18) yaptıkları çalışmada hastaların %43.2'si erkek, %56.8'i kadın, Köse ve ark.'nın<sup>19</sup> çalışmasında ise çalışmamıza benzer şekilde erkek hastaların (%54.8) oranını kadınlardan (%45.2) fazla olduğu görülmüştür.

Ülkemizde değişik şehirlerdeki üniversite hastanelerinde yapılan çeşitli çalışmalarda AS'lerde konsültasyon isteme oranları %19.6-39.1 arasında bulunmuştur<sup>25,30,38</sup>. Ay ve ark.'nın<sup>21</sup> 3609 hastayı kapsayan çalışmasında %29.12, Aydın ve ark.'nın<sup>20</sup> 3000 hastayı kapsayan çalışmasında %39.1 olarak saptanmıştır. 9294 hastanın değerlendirildiği çalışmamızda ise literatürle benzer şekilde %21.6 (n:2013) olarak, toplam konsültasyon sayısı ise 2513 bulunmuştur.

Acil serviste dahiliye konsültasyonları; birçok çalışmada gerek tüm konsültasyonlar içinde (%3.03-12.74) ve gerekse dahili bölüm konsültasyonları içinde ilk sırayı almaktadır<sup>11,12</sup>. Köse ve ark.'nın<sup>19</sup> yaptığı 32800 hastayı kapsayan çalışmada hastaların %4.5'inden konsültasyon istenmiş olup, en fazla konsültasyon istenen bölümler Ortopedi (%16.1), Genel Cerrahi (%15.5), Nöroloji (%12.5), Dahiliye (%12.2) ve Çocuk Cerrahisi (%8.4) olduğunu bildirmişlerdir. Aydın T ve ark.'nın<sup>20</sup> 3000 hastayı kapsayan çalışmasında hastaların %39.1'inden konsültasyon istenmiş olup en sık konsültasyon istemi sırasıyla; Dahiliye (%13.8), Kardiyoloji (%12.5) Ortopedi (%10.3) ve Plastik Cerrahi (%9.7) bölümlerinden olmuştur. Çalışmamızda ise en sık konsültasyon istemleri sırasıyla; Dahiliye (%19.57), Göz Hastalıkları (%16.3), Ortopedi (%14.9)

bölümlerinden olmuştur. Hastanemizin 3. basamak bir hastane olması, İl içerisinde Onkoloji, Hematoloji, Gastroenteroloji gibi özellikli hasta gruplarına hitap eden bölümlerin hastanemizde bulunması nedeniyle Dahiliye bölümünce yapılan konsültasyon sayısının fazlalığı açıklanabilir. Ayrıca Göz Hastalıkları konsültasyonunun fazla olmasının nedenleri arasında; 24 saat sürekli Göz doktorunun nöbetçi olması nedeni diğer hastanelerden sevk edilen hasta sayısının fazla olması ve AS'de biyomikroskop, tonometre gibi göz hastalıkları tanı ve tedavisinde kullanılan cihazların bulunmaması sayılabilir.

Hastanemiz AS'ine başvuran hastalarda da en çok konsültasyon dahiliye bölümünden istenmiştir. Hastanemizde yapılan çalışmalarda dahiliye konsültasyon oranları 2002-2003 yıllarında %12.7, 2005 yılında %10.81, 2008 yılında %6.3 2013 yılında %4.2 bulunmuştur<sup>17,20</sup>. Ayrıca AS'e ulaşılabilir olmanın kolaylaşmasıyla AS'lere göreceli olarak Triyaj III (acil olmayan hasta) hastalarca başvuruların daha çok artması nedeniyle dahiliye bölümünce yapılan konsültasyon oranlarında göreceli azalma olmuş olabilir.

Çalışmamızda dahili bilim dallarına göre konsültasyonların dağılımı incelendiğinde, en sık olarak Gastroenteroloji (%30.96), Onkoloji (%30.2), Nefroloji (%18.27) bilim dallarınca gerçekleştirildiği saptanmıştır. Gürsoy ve ark.'nın (17) yaptığı çalışmada benzer olarak en sık konsülte edilen bilim dalları sırayla; Gastroenteroloji (%27.5), Onkoloji (%25.3) ve Nefroloji (%22.5) bölümleri olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda konsültasyon sonlanma süreleri incelendiğinde, AS'den istenen dahili branş konsültasyonları sonuçlanma sürelerine göre; nefroloji ortalama 306±393 dk, gastroenteroloji ortalama 289±273 dk, nöroloji ortalama 234±273 dk olarak bulunmuştur. Hastalardan diyaliz, endoskopi gibi girişim ve zaman gerektiren işlemler gerektiğinden bu bölümlerin konsültasyon sonlandırma süreleri uzun olarak saptanmıştır. Nöroloji konsültasyon cevaplama süresinin uzama olası nedeni ise, hastalardan istenen ek görüntüleme yöntemlerinin sonuçlanmasındaki gecikmeler olabileceği söylenebilir. Cerrahi branş konsültasyonları sonuçlanma süreleri; Göğüs Cerrahisi için ortalama 222±233 dk, Genel Cerrahi için ortalama 196±192 dk ve Üroloji için ortalama 124±137 dk şeklinde bulunmuştur. Cerrahi branşlarda AS konsültasyonlarının uzama nedenleri ise; değerlendiren hekimlerin aynı zamanda ameliyat, poliklinik, klinik işlerini de yürütmesinin yanı sıra araştırma görevlisi sayısının yetersizliği ile açıklanabilir. Gürsoy ve ark.'nın<sup>17</sup> yaptığı çalışmada; dahiliye konsültasyonlarının %84.7'si ilk 3 saat içerisinde, %94.7'si ilk 6 saat içinde sonlandırıldığı belirtilmektedir. Sadece 3 hastada (%0.05) konsültasyon sonuçlanma süresi 24 saati aşmıştır. Konsültasyon sonuçlandırma süresi; medyan: 74 dk (min. 1-max. 2160 dk) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda, kliniğe

## Acil Servis Konsültasyonları

yatacak hastaların tetkik ve konsültasyonlarını AS'de tamamlama isteği, uzman veya öğretim üyesine ulaşmamak veya özellikle gece saatlerinde danışmaktan kaçınmak, kan ve kan ürünleri replasmanı, sıvı-elektrolit replasmanı sonrası kontrol değerlerin görülmek istenmesi süreyi uzatan nedenler arasında sayılabilir.

Çalışmaya aldığımız hastaların AS'de kalış sürelerine bakıldığında; 0-4 saat kalan hasta sayısı 1149 (%57.1), 4-8 saat kalan hasta sayısı 457 (%22.7), 8-24 saat kalan hasta sayısı 324 (%16.1), 24-48 saat kalan hasta sayısı 70 (%3.5), >48 saat bekleyen hasta sayısı ise 13 (%0.6) olarak bulundu. Gürsoy ve ark.'nın<sup>17</sup> yaptığı çalışmada Dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların AS'de kalış süreleri incelendiğinde; %32.8'si 3 saatten, %72.6'sı 8 saatten kısa iken sadece 33 hastada (%0.8) kalış süresi 24 saat olarak saptanmıştır. Dahiliye kliniklerine yatan hastaların ortalama AS'de kalış süreleri ise 416.6±354.3 dakika olarak bulunmuştur. 623 hastanın (%46.1) AS'de 6 saatten daha uzun süre kaldıktan sonra yatırıldığı bulunmuştur. Çalışmamıza göre hastaların AS'de kalış süresinin uzamasının en önemli nedeni, kliniklerde boş yatak bulunmamasıdır. Çoğu zaman hastalar için daha erken yatış kararı alınmakta ancak boş yatak bulunmadığından AS'de kalış süresi uzamaktadır. Multidisipliner yaklaşım gerektiren ancak hiçbir bölüm tarafından primer olarak sahiplenilmeyen, genel durumu kötü, çoğu geriyatrik yaş grubunda olan hastaların izlemi ve yatış sorumluluğu çoğu kez herhangi bir bölüm tarafından üstlenilmemekte ve bu hastalarda genel olarak çoklu konsültasyon gerektiğinden AS'de kalış süreleri uzamaktadır. Diğer bir neden ise, yatış endikasyonu olan ancak yatak yokluğundan dolayı başka hastanelere sevk edilmek istenen hastalar için yer aramak ve hatta bazı hastaların sevki reddedip hastanemize yatış için AS'de beklemek istemeleridir. AS'de kalış sürelerini azaltmak için Genel Dahiliye kliniğinin yatak sayısının artırılması, Geriatri kliniği açılması, AS'den yatırılacak hastalar için AS'de sık hasta yatırılan kliniklerde boş yatak ayrılması, mesai saatleri dışında rutin hastaların yatırılmaması kısmi bir çözüm olabilir. Ancak boş yatak sorunu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de AS'de kalış süresini uzatan ve giderek artan önemli bir faktör olmaya devam edecek gibi görünmektedir.

Çalışmamıza alınan hastaların %8'ine yatış kararı alınmış olup, bu hastaların %63.17'sinin kliniklere yatırıldığı, %13.17'sinin klinik sevkine yatırıldığı, %12.23'ünün yoğun bakımlara yatırıldığı, %11.42'sinin diğer hastanelerin yoğun bakım ünitelerine sevk edildiği saptanmıştır. Yatıldığı bölümlere göre değerlendirildiğinde en sık; Onkoloji (% 8.19), Kadın Doğum ve Hastalıkları (%8.06) ve Göğüs Hastalıkları (%6.58) şeklinde bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesine yatışlarda en sık Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi (%6.04) olarak saptanmıştır. Ayrıca hastaların %91.03'ü AS'den taburcu olmuştur. Aydın ve

ark.'nın<sup>20</sup> yaptığı çalışmada hastaların %12.2'si hastaneye yatırılmış ve %4.5'i sevk edilmiştir. Hastaların en sık yatırıldığı bölümlerin; Dahiliye, Plastik Cerrahi ve Kardiyoloji bölümleri olduğu görülmüştür. Köse ve ark.'nın<sup>19</sup> yaptığı çalışmada hastaneye yatırılan hasta oranı %1.4 iken, başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilen hasta oranının %0.3 olduğu, hastaların en fazla yatırıldığı bölümler ise Genel Cerrahi (%13.8), Nöroloji (%13.4), Ortopedi ve Travmatoloji (%12.0), Anestezi (Yoğun Bakım Ünitesi) (%11.8) ve Çocuk Cerrahisi (%7.8) bölümleri olduğu tespit edilmiştir. Gürsoy ve ark.'nın<sup>17</sup> 2013 yılında hastanemizde yaptığı çalışmada Dahiliye konsültasyonu istenen hastalardan %45.2'si farklı kliniklere yatırılmış olup, yatan hastalardan %37.5'u Dahiliye kliniklerine yatırılmış ve en sık yatış çalışmamızda olduğu gibi Onkoloji (%32) kliniğine olmuştur. Maligniteli hastaların genel durumunun daha kötü olduğu ve genellikle yatış endikasyonu olan acil bir durum ile AS'e başvurduğu için yatış oranının yüksek olduğu söylenebilir

Sonuç olarak, gün geçtikçe hasta yoğunluğunun katlanarak arttığı, hasta sirkülasyonunun daha olanaksız hale geldiği ve bu yüzden işleyişte ciddi sıkıntılar yaşanan acil servislerde; konsültan hekimlerin işlevselliğinin önemi belirgin bir şekilde artmaktadır. Acil servislerde konsültasyon istenen hasta profillerinin belirlenmesi, konsültasyon işleyiş sistemi ve konsültasyonla ilişkili sorunların değerlendirilmesi uzman hekim yetiştiren kurumlarda eğitim programlarının şekillenmesinde, yatak kapasitesinin belirlenmesinde ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında yararlı olacaktır. Konsültasyon sürecinde, kaliteli bir acil sağlık hizmeti ve etkin işleyiş sistemi için, ilgili tüm sağlık personelinin üzerine düşen görevi yerine getirmesi ve konsültan hekimlerin hastaları sahiplenip sonuçlanana kadar takipçisi olması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Mengert TJ. General care of the emergency department patient. Mengert TJ, Eisenberg MS, Copass MK (eds). In: Emergency Medical Therapy. 4th ed. W.B. Saunders Company, St. Louis. 1996:1-28
2. Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: Results of the national ED overcrowding study (NEDOCS). Acad Emerg Med 2004;11:38-50.
3. Ersoy G, Ayrik C, Karcıoğlu Ö ve ark. Acil servis nedir? Nasıl olmalıdır? In: Acil Servis ve Akademik Acil Tıp. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2002;1-33.
4. Cander B. Acil servis ve sorunları. Yeni Türkiye 2001;39:652-6.
5. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, et al. Emergency department crowding, part 1-concept, causes, and moral consequences. Ann Emerg Med 2009;53:605-11.
6. Emergency Department Crowding: high-impact solutions. The American college of emergency physicians (ACEP) task force report on boarding. April 2008. www.ACEP.org. Erişim Tarihi: 07.04.2014.

7. Liu S, Hobgood C, Brice JH. Impact of critical bed status on emergency department patient flow and overcrowding. *Acad Emerg Med* 2003;10:382-5.
8. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003;20:402-5.
9. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical Care* 2005; 9:291-5.
10. Andrulis DP, Kellermann A, Hintz EA, et al. Emergency department and crowding in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1991;20:980-6.
11. Woods RA, Lee R, Ospina MB, et al. Consultation outcomes in the emergency department; exploring rates and complexity. *Can J Emerg Med* 2008;10:25-31.
12. Holliman CJ. The art of dealing with consultants. *J Emerg Med* 1993;11: 633-4.
13. Atilla R, Çımrın AH. Konsültasyon önerileri. In: *Acil Servis ve Akademik Acil Tıp*. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2002;184-7.
14. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med* 2000;7: 637-46.
15. Gail M, O'Brien GM, Shapiro MJ, et al. Inappropriate emergency department use: the eye of the beholder. *Acad Emerg Med* 1995;2:349-52.
16. Demircan C, Çekiç C, Akgül N, ve ark. Acil Dahiliye Ünitesi hasta profili: 1 yıllık deneyim. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;31:39-43.
17. Gürsoy V. Acil serviste dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların epidemiyolojik özellikleri ve konsültasyonla ilişkili sorunların irdelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, uzmanlık tezi, Bursa, 2014.*
18. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, ve ark. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi* 2008;15(4):107-11.
19. Köse A, Köse B, Öncü MR, ve ark. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Tıp Derg* 2011;17:57-62.
20. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal O, ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2010;9:163- 8.
21. Ay D, Akkas M, Sivri B. Patient population and factors determining length of stay in adult ED of Turkish University Medical Center.