

Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi

Emergency Department utilization characteristics and evaluation for patient visit appropriateness from the patients' and physicians' point of view

Türkiye Acil Tıp Dergisi - *Turk J Emerg Med* 2006;6(1):25-35

Murat ERSEL,¹ Özgür KARCIOĞLU,² Sedat YANTURALI,² Aslıhan YÜRÜKTÜMEN,³ Mustafa SEVER,⁴ M. Aziz TUNÇ⁵

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

³Kent Hastanesi Acil Servisi

⁴Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

⁵Marmaris Devlet Hastanesi Acil Servisi

ÖZET

Giriş: Kesintisiz hizmet veren acil servislere herhangi bir yakınma ile çok sayıda hasta başvurmaktadır. Bu hastalar incelendiğinde başvuru nedeni acil olmayanların bulunduğu görülmektedir. Acil olmayan başvurular yoğun olan acil servislerin işleyişini olumsuz etkilemektedirler. Bu çalışma ile amaçlanan başvuruların aciliyetini irdelemek olduğu kadar başvuruların aciliyetinin hasta ve hekim bakış açısıyla nasıl algılandığını ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma bir analitik kesitsel çalışmadır. Yirmi sekiz günlük zaman dilimi içinde acil servise başvuran tüm hastaların demografik bilgileri, sosyoekonomik durumları yakınmaları ve yapılan inceleme ve girişimler hakkında bilgi toplandı. Ayrıca her hastadan aciliyetlerine yönelik olarak kendi düşüncelerini yansıtan puanları NRS (Numeric Rating Scale) ölçeği üzerinde belirtmeleri istendi. Hastadan sorumlu kıdemli ve kıdemsiz asistanlar da hastanın aciliyetine yönelik görüşlerini NRS ölçeği üzerinde bildirdiler. Çalışma sonunda her hasta için doldurulan formlar kategorilere göre değerlendirilerek incelendi. Hastaların başvurularının aciliyet yönünden uygunluğu, bir Acil Tıp Uzmanı tarafından belirlendi.

Bulgular: Çalışma dönemi boyunca acil servise başvuran 2.533 hastanın 2.351'inden (%92,8) yeterli veri edinildi. Kullanılan kategori sınıflaması ve uzman kararı sonrasında başvuruların %67,8'i aciliyet açısından uygun bulundu. Gençlerin (17-39 yaş), kadınların, bekarların, eğitim düzeyi yüksek olanların ve acil servise güvendiği için başvuran hastaların aciliyet uygunluğunun daha düşük olduğu saptandı. Sosyal güvence grupları arasında ve gelir grupları arasında aciliyetin uygunluğu açısından anlamlı fark saptanmadı. Acil servisin en çok tercih sebebi güvenilirdir bulunmasıdır. Hastaların aciliyet algıları ile hekimlerinin değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Sonuç: Uygun olmayan başvurular incelendiğinde genelde sosyoekonomik düzeyi yüksek olan hastaların acil servisi uygunsuz kullanımı gözlemlendi. Bu grup hastalar daha hızlı ve kaliteli hizmet talep etmeleriyle ilişkili olabilir. Acil servis hizmetlerinin güvenle sürdürülebilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gereklidir. Ülkemizde hastaların acil servisleri kullanımı konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Acil servis, hastane/acil servis kullanımı; aciliyet uygunluğu; hasta algısı; hastasınıflama; aşırı hasta yoğunluğu.

SUMMARY

Objectives: Many patients present to emergency departments (ED) with nonurgent complaints. Inappropriate visits may contribute to emergency department overcrowding. This study aims to investigate the causes of inappropriate visits and to assess urgency from the patient and physician point of view.

Materials and Methods: All consecutive adult patients referred to the ED during a 28-day period were enrolled in this cross sectional study. Demographic and socioeconomic variables and reasons for the visits were recorded. NRS (Numeric Rating Scale) was used to rate perceptions regarding urgency of the current visit. Resident physicians taking care of the patients also rated their opinions of appropriateness of ED utilization on NRS. All patients were categorized as to their appropriateness for ED care.

Results: 2.351 (92,8%) out of 2.533 patients provided complete data sets. 67.8% of visits were categorized as appropriate for ED care by the resident. Lower NRS scores were encountered younger patients, women, single, with higher levels of educated and those who visited the ED for institutional reputation. Availability of health insurance did not contribute to a statistically significant difference with regarding appropriateness of visits. Patient and physician perceptions of appropriateness were significantly correlated.

İletişim (Correspondence)

Dr. Murat ERSEL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 35340 İzmir, Turkey
Tel: +90 - 232 - 390 33 33 / 2319
e-posta (e-mail): murat.ersel@ege.edu.tr

Conclusion: *Our results show that there is agreement between patient and physician perception of urgency regarding ED visits. Availability of health insurance was not associated with less "inappropriate" ED utilization. Single, female, educated patients with a higher socioeconomic standing visited the ED inappropriately more frequently.. Future studies are required to further investigate issues related to inappropriate visits.*

Key words: *Emergency service, hospital utilization; appropriateness; patients classification; patients perception; overcrowding.*

Giriş

Acil servislerin en büyük özelliği kesintisiz hizmet vermesidir. Bu hizmeti ihtiyacı olan hastalara en kısa süre içinde vermek ve en acil olana öncelik tanımak esastır. Ancak herhangi bir acil yakınması olmayan hastalar da sıklıkla acil servise başvururlar.

Bu hastaların acil servislere başvuruları birçok acil servisin özellikle büyük şehirlerdeki eğitim hastanelerinde aşırı hasta yoğunluğuna (overcrowding) yol açmaktadır. Böylece bekleme süreleri uzayabilmekte, ciddi hastalığı olan hastaların tedavileri gecikmekte, hasta memnuniyetsizliği artmakta, acil serviste genel bir karmaşa ve yetersizlik durumu ortaya çıkmaktadır.

Acil servislere ortaya çıkan aşırı hasta yoğunluğu olgusunun çok çeşitli ve karmaşık nedenleri olduğu açıktır. Aşırı hasta yoğunluğunu etkileyen faktörleri bilimsel olarak ortaya koymak oldukça güçtür. Acil servislere yapılan acil olmayan başvuruların nedenleri hakkında net bir fikir birliği bulunmamaktadır. Hastaların düzenli izlem ve tedavilerinin yapılabilirdiği birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı, üzerinde durulması gereken bir neden olarak düşünülmekte ve acil olmayan başvuruların azaltılmasına yönelik olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi bir alternatif olarak önerilmektedir.^[1,2]

Yurdumuzda, acil servis başvurularını monitörize ederek kullanım özelliklerini ve bu süreçteki değişimi izleyebilecek istatistiksel veri tabanları yeterli sayıda yoktur. Bu çalışmanın amacı bu veri tabanının oluşturulmasına zemin hazırlayabilecek, acil servisin kullanım özelliklerini ortaya koyarak, acil servisin olası yoğun saatlerini belirlemek ve çalışma saatleri ve insan gücünü planlayabilmek için bilgi sahibi olmak, başvuruların aciliyet ve uygunluğunu, hasta ve hekim bakış açısından karşılaştırmak, uygun olmayan başvuruların nedenlerini ve alınabilecek önlemleri ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel ve analitik bir çalışma olan bu araştırma, 9 Ekim - 5 Kasım 2000 tarihleri arasında 752 yatak kapasitesi olan Do-

kuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı bünyesindeki Acil Servis'te yapıldı. Çalışmaya 17 yaşından büyük olan hastaların kabul edildiği Erişkin Acil'e başvuran hastalar dahil edildi. 1998 yılı hastane bilgi işlem kayıtlarına göre 1998 yılı boyunca Büyük Acil bölümüne 35.119 erişkin hasta başvurmuştur.

Çalışmanın haftanın günlerine göre dağılımının eşit olması açısından 28 günden oluşan bir zaman dilimini kapsamı planlandı. Bu zaman diliminde acil servis yoğunluğunu özellikle etkilediği bilinen uzun tatillerin olmamasına dikkat edildi.

Triaj ve bilgisayar kayıtlarına alındığı halde formları eksik doldurulan, kendi isteği ile muayene olmadan ayrıldığı için veya muayene olduğu halde hiçbir soruya yanıt vermeyen, bilinç durumu ve rahatsızlığı olması sebebiyle kooperasyon kurulamayan, yakınları olmaması nedeni ile bilgilerine hiçbir şekilde ulaşılamayan hastalar ve ankete katılmayı reddeden hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Her hasta için hazırlanan anket formlarında, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim ve gelir düzeyi, sosyal güvencesi ve medeni durumu, geldiği yer, geliş şekli sorulmuş, ayrıca hakem uzman hekimin hasta aciliyetini değerlendirmesine yardımcı olacak, hastanın yakınması, yakınma süresi, özgeçmiş, vital bulguları, istenen tetkikler ve konsültasyonlar, aldığı tanı ve sonucu da formlara kaydedilmiştir. Anket formları hastayı değerlendiren Acil Tıp Anabilim Dalı'nda görevli uzmanlık öğrencileri tarafından doldurulmuştur.

Genel durumu uygun olan her hastaya acil servisi neden tercih ettiği, genelde sağlık sorunları için ilk başvuru yeri soruldu. İlk muayenesi tamamlanan hastalara şikayetinin aciliyeti hakkındaki görüşü soruldu. Hastalar bu soruya üzerinde 0 ile 100 arasında puanlar bulunan 'Numerical Rating Scale' (NRS) ölçeği bazında cevap verdiler. Ölçeğin 0 puanla tanımlı ucunda 'Acil Değil', 100 puanla tanımlanmış ucunda ise 100 'Çok Acil' şeklinde iki ifade yer alıyordu.

Her hasta için kendisinden sorumlu bulunan hekim ve günün kıdemli hekim aciliyetlerine yönelik olarak kendi düşüncelerini yansıtan puanları yine NRS'den yararlanarak kaydettiler. Hastalar anket formundaki tüm sorulara cevap vermek konusunda, ayrıca 'Acil servisi neden tercih ettiniz?' şeklindeki soruya da birden çok neden göstermekte serbest bırakıldılar. Her hasta için doldurulmuş olan formlar Tablo 1'de yer alan kriterler göre incelenerek kategorilere ayrıldı.

Kategori I hastaların tümü 'aciliyeti uygun' hastalar olarak kabul edildi. Kategori II ve III hastaların aciliyet açısından değerlendirilmeleri çalışma sonrası geriye dönük olarak bir

Tablo 1. Aciliyet kategorileri kriterleri.**Kategori 1 (Aşağıdakilerden herhangi biri varsa)****1.** Triaaj kodu 1 veya 2:

Kod 1. Çok hızlı biçimde bakımı gerekli hastalar. Hastalık veya yaralanma çok kısa sürede hayatı ya da bir ekstremitayı tehdit ediyor.

Kod 2. 20 dakika içinde bakımı gereken hastalar. Hastalık ya da yaralanma akut ve ciddi olup hastanın hayatını veya bir ekstremitayı tehdit edebilir.

2. Acil servise gönderilen hastalar: Acil servise sevkle gelenler ya da bir hekim, hemşire ve ya hastane öncesi sağlık hizmetleri tarafından gönderilen hastalar.

3. Acil serviste acil olarak araştırılan hastalar: TKS (Tam Kan Sayımı), Biyokimya (Na, K, Cl, CO₂, glukoz, üre, kreatinin) gibi kan testlerinden en az ikisinin istenmesi ve buna ek olarak tam idrar tahlili, radyolojik tetkik, EKG gibi testlerden en az birinin istenmesi.

4. Acil serviste acil tedavi uygulanan hastalar: Acil servis dışında hizmet veren diğer ayaktan tedavi veren kuruluşlarda uygulanması mümkün olmayan, İ.V. sıvı uygulanması, Foley kateter takılması, hızlı sedasyon, gastrik lavaj veya mide dekompresyon yapılması gibi girişimler uygulanan hastalar.

5. Acil serviste gözlem ve yeniden değerlendirme: Acil serviste 4 saatten uzun süreyle kalarak izlenen hastalar. Acil Serviste geçen süre hastanın muayene olacağı yere alınması ile çıkış kararı verilinceye kadar geçen süredir.

6. Yatan ya da konsültasyon istenen hastalar**Kategori 2 (Aşağıdakilerden herhangi biri varsa)****1.** Akut ve ciddi rahatsızlık**2.** Akut ve ciddi psikolojik stres**3.** Ayrırcı tanılar içinde potansiyel acil olabilecek tanı varlığı**Kategori 3 (Yukarıdaki kriterlerin hiçbirinin bulunmaması)**

Acil Tıp uzmanı tarafından 'aciliyeti uygun' ve 'uygun olmayan' olarak yapıldı.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 9.0 (Statistical Package for Social Science) programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama, standart sapma, frekans tabloları, istatistiksel analizde oranlar arasındaki farkın anlamlılığını saptamak için Ki-kare analizi, ortalamalar arasındaki farkın anlamlılığını saptamak için Student's t- testi; varyans analizi, puanlar arasında doğrusal ilişkiyi saptamak için Pearson korelasyon analizi testleri kullanıldı. %95 güven aralığında $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi. Ortalamalar \pm standart hata olarak verildi.

Bulgular

Çalışmanın yapıldığı dönemde, 9 Ekim 2000, saat 00:00 ve 5 Kasım 2000 saat 23:59 arasında acil servise toplam 2.533 hasta başvurdu. Triaaj ve bilgisayar kayıtlarına alındığı halde formları eksik doldurulan, kendi isteği ile muayene olmadan ayrıldığı için veya muayene olduğu halde hiçbir soruya yanıt vermeyen, bilinç durumu ve rahatsızlığı olması sebebiyle kooperasyon kurulamayan, yakınları olmaması nedeni ile bilgilerine hiçbir şekilde ulaşılamayan hastalar ve ankete katılmayı reddeden toplam 182 hasta (%7,1) çalışma dışı bırakıldı. Veriler çalışmaya dahil edilen hastaların üzerinden yapıldı. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik verileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çalışmaya, 17-101 yaşları arasında, yaş ortalamaları $44,57 \pm 18,32$ olan 997'si erkek (%42,4) ve 1.354'ü kadın

(%57,6) olmak üzere toplam 2.351 hasta katıldı. Bu hastaların 1.020'sinin (%43,4) 17-39 yaş arasında, 917'sinin (%39,0) 40-64 yaş arasında, 414'ünün (%17,6) ise 65 yaş ve üzerinde olduğu görüldü.

Triaaj kategorilerine göre hastaların değerlendirilmesi sonucunda, 1.197 hasta (%50,9) Kategori I, 380 hasta (%16,2) Kategori II ve 774 hasta da (%32,9) Kategori III'de yer aldılar. Hastaların medeni hali konusunda bilgi sahibi olunabilen 2.219'unun (%94,3), 1.430'u (%64,4) evli, 502'si (%22,6) bekar, 287'si (%12,9) ise duldu.

Eğitim düzeyi hakkında bilgi sahibi olunan 2.179 hastanın gruplara göre dağılımı incelendiğinde buna göre başvuran hastaların 86'sı (%3,9) okur yazar değil, 61'i okur-yazar (%2,8), 509'u (%23,4) ilköğretim mezunu, 315'i (%14,5) orta-öğretim mezunu, 616'sı (%28,3) lise mezunu, 592'si (%27,2) ise üniversite mezunu idi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 2.154'ü gelir düzeyleri ile ilgili bilgi vermişlerdir. Bilgi edinilen bu hastaların 704'ü (%32,7) aylık kazançlarını 0-200 milyon TL, 832'si (%38,6) aylık kazançlarını 200-400 milyon TL, 420'si (%19) aylık kazançlarını 400-600 milyon TL, 198'i (%9,2) ise aylık kazançlarını 600 milyon TL üzerinde olarak bildirdiler.

2.268 hastanın sosyal güvence gruplarına göre dağılımları incelendi. Emekli sandığına mensup 1.413 (%62,3), SSK'ya kayıtlı 361 (%15,9), Bağkur'a kayıtlı ise 139 hastanın (%6,1) başvurduğu görüldü. Hiçbir sosyal güvencesi olmayan hastalar 280 kişi (%12,3) ile üçüncü büyük başvuru grubunu oluş-

turdular. Özel sigortalı 57 (%2,5) ve Yeşil Kart sahibi 18 hasta (%0,8) çalışma sırasında acil servise başvuruda bulundu.

Geldiği yer hakkında bilgi sahibi olunan 2.288 hastadan (%97,3) 1.800'ü (%78,7) evinden acil servise başvurmuştur. 42 hasta (%1,8) sağlık ocağından, 166'sı (%7,3) ise başka bir hastaneden acil servise gelmiştir. Üç hasta (%0,1) özel hekimden, 15 hasta (%0,7) ise karakoldan gelmiştir. 262 hastanın ise (%11,5) olay veya kaza yeri, okul, işyeri, sokak gibi yerlerden acil servise ulaştığı belirlenmiştir.

Acil servise geliş şekli ile ilgili olarak bilgi edinilen 2.279 hastanın 145'i (%6,4) acil servise ambulans ile ulaştı. En sık kullanılan geliş şekli özel araç oldu, 1.361 hasta (%59,7) acil servise özel aracı ile geldi. 438 hasta (%19,2) taksiyi tercih ederken, 26 hasta (%1,1) polis tarafından ya da yardımı ile,

197 hasta (%8,6) ise otobüs ve benzeri toplu ulaşımı seçti. 91 hasta (%4,0) acil servise yürüyerek ulaştı, 21 hasta (%0,9) diğer şekillerde acil servise başvurdu.

En çok başvuru toplam 371 hasta (%15,9) ile cumartesi günlerinde, en az başvuru ise toplam 300 hasta (%12,8) ile cuma günlerinde gerçekleşmiştir. En yoğun hasta başvurusu 348 hasta ile (%14,8) 20:00-21:59, en düşük sayıda başvuru ise 59 hasta ile (%2,5) 04:00-05:59 saatleri arasında gerçekleşmiştir.

Hafta içi saat 08:00-18:00 arası gündüz vardiyası saatleri olup bu saatler dışında başvuran hastalar mesai dışı saatlerde başvuru yapmış olarak kabul edildi. Mesai saatleri içerisinde acil servise 740 hasta (%31,5) başvurmuştur. Mesai saatleri dışında acil servise toplam 1.611 hasta (%68,5) hasta başvurmuştur.

Tablo 2. Hastaların demografik özellikleri ve aciliyet uygunluk oranları.

Demografik özellikler	Hasta sayısı	Yüzde	Aciliyet uygunluk yüzdesi	p
Yaş grupları (yaş)	(n=2.351)			0.000
17-39	1.020	43,3	63,8	
40-64	917	39,0	67,8	
65+	414	17,7	77,3	
Cinsiyet	(n=2.351)			0.000
Erkek	997	42,4	73,2	
Kadın	1354	57,6	63,7	
Medeni durum	(n=2.219)			0.003
Evlü	1.430	64,4	68,7	
Bekar	502	22,6	61,6	
Dul	287	13,0	72,1	
Eğitim durumu	(n=2.179)			0.005
Yok	86	4,0	74,4	
Okur-Yazar	61	2,8	73,8	
İlkokul	509	23,4	71,7	
Ortaokul	315	14,4	68,9	
Lise	616	28,3	67,2	
Üniversite	592	27,1	61,7	
Sosyal güvence	(n=2.268)			p>0.05
Emekli Sandığı	1.413	62,4	67,0	
SSK	361	15,9	70,9	
Bağkur	139	6,1	71,2	
Yeşil Kart	18	0,8	66,7	
Özel Sigorta	57	2,5	63,2	
Hiçbiri	280	12,3	66,4	
Gelir düzeyi (milyon TL)	(n=2.154)			p>0.05
0-200	704	32,7	69,5	
200-400	832	38,6	67,1	
400-600	420	19,5	62,4	
600+	198	9,2	70,7	

Tablo 3. Hastaların başvuru özelliklerine göre aciliyet uygunluk oranları.

Başvuru özelliği	Hasta sayısı	Yüzde	Aciliyet uygunluk yüzdesi	p
Başvuru saati	(n=2.351)			0.569
Mesai içi	1611	68,5	68,2	
Mesai dışı	740	31,5	66,9	
Geldiği yer	(n=2.288)			0.000
Ev	1800	78,7	65,3	
Hastane	166	7,2	81,0	
Sağlık ocağı	42	1,8	100,0	
Karakol	15	0,7	93,3	
Özel hekim	3	0,1	80,7	
Diğer	262	11,5	71,4	
Geliş şekli	(n=2.279)			0.000
Özel Araç	908	39,7	66,7	
Taksi	314	13,7	71,7	
Ambulans	134	5,8	92,4	
Otobüs	101	44,2	51,3	
Yürüyerek	50	2,1	54,9	
Polis	20	0,9	76,9	
Diğer	15	0,6	71,4	

Çalışmaya alınan hastalara sorulan “Genelde sağlık sorunlarınız için ilk başvuru yeriniz neresidir?” sorusuna toplam 2.064 (%87,8) hasta yanıt vermiştir. Hastalar bu soruya da birden çok yanıt verebilmişlerdir. Sağlık Ocağını ilk başvuru yeri olarak gösterenlerin sayısı 299 (%14,5) olmuştur. İlk başvuru yerini özel hekim olarak belirtenler 197 (%9,5) kişidir. Bu soruya 302 hasta (%12,8) acil servis, 123 hasta (%6,0) SSK’ya bağlı sağlık kuruluşları olarak yanıt vermişlerdir. 233 hasta (%11,3) sağlık sorunlarıyla ilgili ilk başvuru yeri olarak Devlet Hastanelerine bağlı poliklinikleri, 980 hasta (%47,5) ise ilk başvuru yeri olarak Üniversite Hastanelerine bağlı poliklinikleri kullandıklarını ifade etmişlerdir. 24 hasta (%1,2) ise, kamu bünyesindeki hastanelerde çalışan ve mesai saatleri dışında prim alma yöntemi ile hasta bakan hekimlere başvurduklarını belirtti. 56 hasta da (%2,7), ilk başvuru yeri olarak kurum hekimi, işyeri hekimi, askeri hastaneler ve mediko-sosyal üniteleri gibi sağlık kuruluşlarına başvurduğunu bildirmiştir.

Hastalara sorulan, “Acil servisi neden tercih ettiniz?” sorusuna hastalar birden çok yanıt vermekte serbest bırakılmışlardır. Buna göre bu soruya bir ya da daha fazla neden göstererek cevap veren 2.114 hastanın verdikleri yanıtların dağılımları çıkarılmıştır. En sık belirtilen altı tercih nedeni şu şekilde belirtilmiştir. 1.033 hasta (%48,9) acil servisi güvenilir olduğu için tercih ettiğini ifade etmiştir. Hastaların yakın olduğu için acil servise başvurduğunu belirten hasta sayısı

821’dir (%38,8). 383 hasta (%18,1) sosyal güvencesi kapsadığı için acil servisi tercih etmiştir. Başkasının önerisi ile acil servise başvurduğunu belirtmiş olan hasta sayısı ise 136’dır (%6,4). 72 hasta (%3,4) durumunu acil veya ciddi bulduğu için başvurduğunu belirtmiş, 59 hasta (%2,8) ise poliklinikten gönderilmiştir.

Acil servise çalışma döneminde başvuru yapmış olan hastaların 1.921’i (%81,7) taburcu edilmiş, 281’i (%12) herhangi bir servise yatmış, 38’i (%1,6) başka bir hastaneye sevk edilmiş, 105’i (%4,5) tedaviyi red ederek acil servisten ayrılmış, 6 hasta (%0,3) hayatını kaybetmiştir.

Yapılan başvuruların demografik özelliklere göre aciliyet uygunluk oranları Tablo 2’de, başvuru özelliklerine göre dağılımı ise Tablo 3’de gösterilmiştir.

Kategorilendirmeler baz alındıktan sonra, hekim kararı sonucunda belirlenen aciliyete göre, Kategori II ve III’de yer alan hastaları aciliyetleri yönünden değerlendiren Acil Tıp uzmanı Kategori II’de yer alan 187 hastanın (%49,2), Kategori III’de yer alan 209 hastanın (%27,0) aciliyetinin uygun olduğunu bildirmiştir. Başvuruların 1.593’ü (%67,8) uygun bulunmuştur. 758 hastanın (%32,2) başvurusu ise aciliyet açısından uygun kabul edilmemiştir.

Hastaların cinsiyetlerine göre aciliyetlerinin uygunluğunun incelenmesi sonucunda, kadın hastaların acil servis başvurularının daha fazla uygunsuz olduğu görüldü (%36,3). Yapılan

istatistiksel analizde yaşlı hastaların başvurularının (%77,3) aciliyet yönünden daha uygun olduğu gösterilmiştir. Medeni hale göre aciliyet incelendiğinde, bekarların (%61,6) ile aciliyet uygunluğu en düşük grup olduğu bulunmuştur.

Eğitim ile aciliyetin uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır, buna göre eğitim düzeyi arttıkça aciliyetin uygunsuzluğu artmaktadır. Gelir düzeyi ile aciliyetin uygunluğu açısından yapılan istatistiksel analizde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Acil servise yapılan başvurular arasında evden acil servise gelen hastaların aciliyet uygunluğu en düşük oranda bulunmuştur.

Sosyal güvence grupları aciliyetin uygunluğu açısından incelendiğinde aralarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Hastanemizdeki tüm masrafları karşılanan ve doğrudan başvuru kolaylığı bulunan Emekli Sandığı hastaları ($n=1413$; %62,3) ile diğer hastalar ($n=855$; %37,7) aciliyet uygunluğu açısından ayrı bir grupta incelendi, ancak aciliyetlerinin uygunluğu açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Bir diğer inceleme herhangi bir sosyal güvencesi olan hasta grubu ($n=1347$; %67,7) ile hiçbir sosyal güvencesi bulunmayan hastalar ($n=280$; %12,3) arasında yapıldı. Sosyal güvence sahibi olmak ile aciliyetin uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Geliş saatleri ve aciliyetin uygunluğu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki gösterilememiştir, fakat aciliyetin en uygun olduğu saat dilimi %79,7 ile 04:00-05:59 saatleri arası olmuştur. Aciliyet uygunluğunun en düşük olduğu saat dilimi ise %63,7 ile 12:00-13:59 saatleri arası olmuştur. En yoğun saat dilimi olan 20:00-21:59'da aciliyet uygunluğu %67,8, en sakin saat dilimi olan 04:00-05:59 saat diliminde başvuruların aciliyet açısından uygunluğu %79,7 olarak gerçekleşmiştir (Şekil 1).

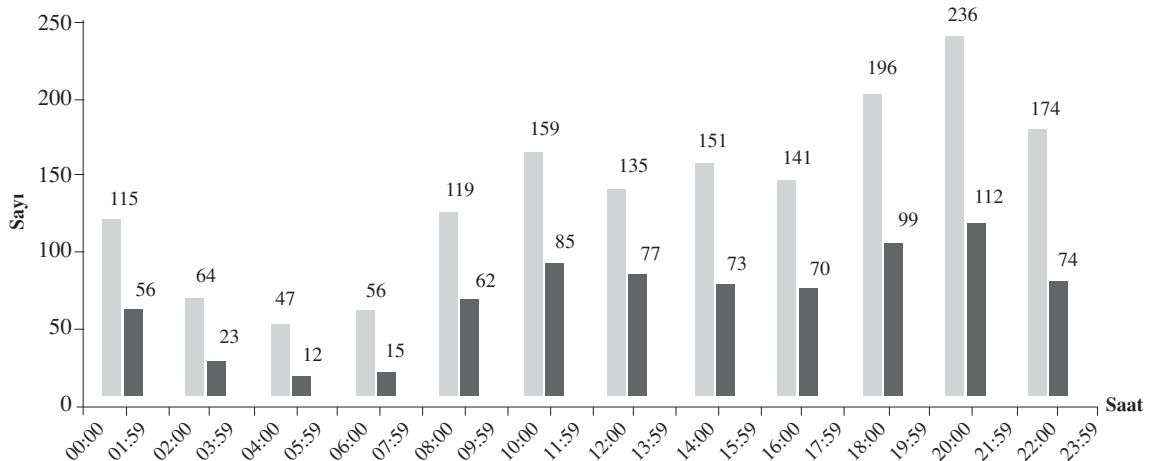
Hastaların acil servise başvuru şekli ile aciliyet uygunlukları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.000$). Ambulans ile yapılan başvuruların aciliyet açısından uygunluğu (%92,4) olarak saptanmıştır. Otobüs (%51,3) ile gelen ve yürüyerek gelen hastalar (%54,9) ile en düşük aciliyete sahip olarak saptandılar.

Haftanın günleri ile aciliyetin uygunluğu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamış olup, en yüksek aciliyet uygunluğu %74,5 ile Perşembe gününde gösterilmiştir. En az oranda aciliyeti uygun başvuru ise %64,8 ile Salı gününde gerçekleşmiştir.

Yapılan istatistiksel analizde geliş saatleri ve aciliyetin uygunluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Aciliyetin en uygun olduğu saat dilimi %79,7 ile 04:00-05:59 saatleri arası olmuştur. Aciliyet uygunluğunun en düşük olduğu saat dilimi ise %63,7 ile 12:00-13:59 saatleri arası olmuştur. En yoğun saat dilimi olan 20:00-21:59'da aciliyet uygunluğu %67,8, en sakin saat dilimi olan 04:00-05:59 saat diliminde başvuruların aciliyet açısından uygunluğu %79,7 olarak gerçekleşmiştir. Mesai içi ve dışı saatler ile aciliyetin uygunluğu arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.569$).

Bu sonuçlara göre sadece sağlık sorunları için ilk başvuru yeri olarak devlet hastanesi polikliniklerini kullanan hastaların aciliyeti uygunluk oranının diğerlerine oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir ($p=0.004$).

Acil servise güvenilir olduğu için başvuran hastaların aciliyet uygunluklarının diğer gruplara oranla daha az olduğu görülmektedir. Aciliyet uygunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösteren bir diğer grup da acil servise başkasının önerisi ile yönelmiş olan hastalardır.



Şekil 1. Başvurularının aciliyetleri uygun olan ve olmayan hastaların geliş saatlerine göre dağılımı.

Tablo 4. Hastalar ve hekimlerin algıladıkları aciliyete yönelik puanlar.

	Aciliyeti uygun						Toplam		
	Olan			Olmayan			Sayı	Ort.	Std. sapma
	Sayı	Ort.	Std. sapma	Sayı	Ort.	Std. sapma			
Hasta puanı	1.343	73.90	23.68	689	64.40	24.54	2.032	70.68	24.39
ATA puanı	1.373	63.41	26.64	691	41.9	24.25	2.064	55.93	27.92
Kıdemli puanı	1.356	61.57	28.28	683	38.74	24.19	2.039	53.92	29.05

ATA: Acil tıp asistanı.

Tamı gruplarına göre aciliyet oranları incelendiğinde, en fazla aciliyet uygunluğu %92,6 ile metabolizma, elektrolit, endokrin ve hematolojik bozukluklar grubunda gözlenmiştir. Bu grubu ikinci sırada %91,1 ile kardiyovasküler hastalıklar izlemekte iken cilt hastalıkları %51,7 ile en düşük aciliyet uygunluğuna sahip grup olmuştur.

Hastalar kendi aciliyetlerine yönelik olarak 70,68±24,39 puan, hastadan sorumlu acil tıp asistanları 55,93±27,92 puan, kıdemli acil tıp asistanları ise 53,92±29,05 puan vermişlerdir.

Hastaların kendi aciliyet algıları ile kendilerini muayene eden hekimlerin hasta aciliyetini belirlemeye yönelik NRS ile verdikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hastaların algıladıkları aciliyet düzeyi hekimlerinkine oranla daha yüksektir (p=0.000). Bu ilişki Pearson korelasyon metodu ile irdelendiğinde anlamlı bir korelasyon gösterilmiştir. Ancak, hasta aciliyet algı düzeyi ile hekimlerin aciliyet algıları arasındaki korelasyon orta düzeyde iken (r=0.411), kıdemli Acil Tıp Asistanı ve hastadan primer sorumlu Acil Tıp Asistanının hastaya yönelik aciliyet puanları arasındaki pozitif yönlü doğrusal ilişki oldukça güçlüdür (r=0.843) (Tablo 4).

Çalışmamızda yer alan bağımsız değişkenlere göre aciliyet algıları incelendiğinde, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, ve yaşın hastaların aciliyet algısını etkilediği saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların demografik özelliklerine göre algıladıkları aciliyet düzeyleri.*

Demografik özellikler	Sayı	Yüzde	Aciliyet puan ortalaması	p
Yaş grupları (yaş)	(n=2.032)			0.000
17-39	909	44,7	66,94±26,53	
40-64	797	39,3	72,99±22,56	
65+	326	16,0	75,46±20,71	
Cinsiyet	(n=2.032)			0.004
Erkek	833	41,0	68,76±25,89	
Kadın	1199	59,0	72,01±23,20	
Eğitim durumu	(n=1.989)			0.000
Yok	72	3,6	77,63±21,60	
Okur-Yazar	48	2,4	76,77±23,44	
İlkokul	464	23,4	74,21±22,38	
Ortaokul	271	13,6	72,38±24,55	
Lise	570	28,6	68,01±25,13	
Üniversite	564	28,4	67,80±24,94	
Gelir düzeyi (milyon TL)	(n=1.977)			0.004
0-200	647	32,7	73,29±23,75	
200-400	769	38,9	69,16±24,02	
400-600	381	19,3	69,04±25,38	
600+	180	9,1	68,52±25,84	

*İstatistiksel anlamlı fark bulunanlar (p<0.05).

Hastaların cinsiyetlerine göre algıladıkları aciliyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.004$). Buna göre kadın hastalar durumlarını daha yüksek aciliyette tanımlamaktadırlar. Ayrıca gerek Acil Tıp uzmanlık öğrencilerinin, gerekse kıdemli sorumlu Acil Tıp Asistanının hastalara verdikleri puanlar incelendiğinde kadın hastalara erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksek puanlar verdikleri görülmüştür ($p=0.001$). Aynı verilerin analizi ile kıdemli Acil Tıp Asistanının da erkek ve kadın hastalara verdiği puanların ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p=0.000$).

Hastaların gelir gruplarına göre dağılımları ile kendi aciliyet algılarını yansıtan aciliyet puanları arasında anlamlı farklılık olduğu gösterildi ($p=0.004$). Buna göre aciliyet algısı gelir düzeyi azaldıkça artmaktadır.

Eğitim durumu ile kendi aciliyet algılarını yansıtan aciliyet puanlarının ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup, aciliyet algısının eğitim düzeyi azaldığı saptanmıştır ($p=0.000$).

Yaş grupları ile aciliyet algılarını yansıtan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gösterilmiştir ($p=0.000$). Yaş gruplarına göre puan ortalamaları incelendiğinde daha genç hastaların daha düşük, daha yaşlı hastaların ise daha yüksek puanlar verdikleri görülmüştür.

Tartışma

Acil servislerin acil olmayan yakınmalar sebebi ile uygun olmayan kullanımının, acil servislerin aşırı yoğunluğunda ve sağlık harcamalarının artışında önemli bir payı olduğu düşünülmektedir.^[3] Literatür incelendiğinde, acil servise uygun olmayan başvurulara yönelik çalışmalarda saptanan yüzdeler arasında çok büyük farklılıklar olduğu gözlenir (%7-94).^[4] Bu farklılığın nedeni, aciliyeti ölçebilecek standart bir yöntemin bulunmamasıdır.^[5]

Aciliyetin araştırılması ile ilgili bir diğer sorunda sağlık profesyonellerinin yaklaşımıdır. Hekimlerin aciliyet yaklaşımının daha çok hastanın hangi semptomlar ile acil servise başvurduğuna ve çıkış tanısına odaklanmış olması sebebi ile aciliyet tanımlaması üzerine görüş birliği sağlanamamıştır. Bir diğer unsur da aciliyete hekimin yanı sıra hastaların ne gözle baktığı, yani kendi aciliyet algılarıdır. Sonuç olarak aciliyeti ölçmek oldukça karmaşıktır ve bu ölçümü gerçekleştirebilecek sınanmış geçerlilik ve güvenlikte bir yöntem yoktur.^[5]

Çalışmamızda saptanan aciliyet yönünden uygun olmayan başvuru oranı %32,2'dir. Benzeri triaj kategorileri ile yapılan iki çalışmada bu oran Afilalo ve ark.^[4] tarafından %31,0, has-

tanemizde 1998 yılında Oktay ve ark.^[6] tarafından yapılan çalışmada ise %31,2 olarak bulunmuştur. Avrupa'da yapılan iki çalışmada birbirine yakın sonuçlar ortaya çıkmıştır.^[1,3]

Araştırmamızda, kadın hastaların daha fazla oranda uygun-suz başvuruda bulunduğu ortaya konulmuştur. Benzer çalışmalarda da kadın hastaların uygun olmayan başvuruları daha yüksek oranda saptanmıştır.^[3,6,7] ABD'de yapılan çalışmalarda, iki cinsiyet arasında aciliyet açısından anlamlı bir fark izlenmemiştir.^[8,9] Kadın hastaların acil servisi uygunsuz kullanımının altında Türk toplumuna has bazı kültürel farklılıklar yatabilir. Birçok kadın mesai saatlerinde eşi veya bir yakını bulunmadığı için poliklinik hizmeti veren kuruluşlara gitmemekte, ancak eşi ya da yakınları ile birlikte başvuru yapmaktadır. Cinsiyet konusunda farklılığın net ortaya konabilmesi için poliklinik ve hastane kullanımları da araştırılmalıdır.

Daha yaşlı hastaların başvuruları anlamlı şekilde aciliyet yönünden daha uygun olarak bulunmuştur. Bu sonuç, çeşitli araştırmalarda da ortaya konmuştur.^[1,3,8] Singal ve ark.,^[8] acil servise yapılan geriatrik başvuruları incelemişler, bu hastaların gençlere oranla daha fazla komorbid hastalığı olduğunu, acil servise daha fazla kaldıklarını, yatış ve aciliyet oranlarının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Yaşlı hastaları acil servislere yöneltecek daha akut ve ciddi hastalıklar, komorbid hastalıklar sonucu aciliyeti uygun başvuru oranı artışı açıklanabilir. Ayrıca hastaların aciliyet algıları irdelendiğinde, yaşlı hastaların durumlarına paralellik gösteren bir şekilde kendi aciliyetlerine daha yüksek puanlarla değerlendirildikleri görülmüştür.

Minör yakınmalarla acil servislere başvuran hastaların daha çok iyi eğitilmiş, iyi sosyal statüde ve kronik bir sağlık problemi olmayan hastalardan oluştuğu gösterilmiştir.^[10] Bir başka araştırma, gelir düzeyi artışı ile başvuranların uygunluğunun azaldığı göstermiştir.^[9] Eğitim düzeyi arttıkça ve gelir düzeyi azaldıkça aciliyetin uygunluğunun azaldığı gösterilmiştir.^[6,11] Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça aciliyetin uygunsuzluğunun arttığı saptanmıştır. Ancak hastaların aciliyet algı puanlarına bakıldığında, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin verdikleri puanların ortalaması daha düşüktür. Bu durum acil bakım arayan eğitilmiş hastaların, yakınmalarının acil olmadığının farkında olsalar da, acil servisleri kullanmaya eğilimli oldukları yönünde yorumlanabilir. Bizim çalışmamızda gelir düzeyi ile aciliyetin uygunluğu arasında istatistiksel anlamlı bir fark ortaya konamamıştır. Ancak hastaların aciliyet algılarına yönelik puanlar incelendiğinde, gelir düzeyi düşük hastaların aciliyet algıları daha yüksek bulunmuştur. Bu da bir anlamda daha yüksek sosyoekonomik seviyedeki kişilerin aciliyet konusundaki algılarının daha düşük olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızın hareket noktasında acil servislere yapılan uygunsuz başvurular ve aşırı yoğunluğuna yol açan faktörlerden en önde gelenlerinden birinin sosyal güvence ve birinci basamak hizmetlerin kullanımını olabileceği düşünülmüştür. Acil servislerin kullanımına yönelik çoğu çalışma ABD’de yapılmıştır. Bu ülkede acil servislere Acil Tıp Uzmanları çalışmakta, teknik donanım, organizasyon ve altyapı imkanları çok yüksek düzeydedir. Ancak birinci basamak sağlık ağı, sosyal güvence sistemi İngiltere, Hollanda gibi ülkeler kadar köklü ve yaygın değildir. Ayrıca bazı sigorta şirketlerinin sözleşmeleri kısıtlılıklarla doludur. Tüm bu engeller karşısında hastalar her koşulda sigorta kapsamına giren ya da çok acil durumlarda ücretsiz sunulabilen acil tıbbi bakım hizmetlerine yönelmektedirler. Bu durum yapılmış olan birçok çalışmada acil servise uygunsuz başvurulara neden olan bir faktör olarak gösterilmiştir.^[12-16] Öte yandan, araştırmalar, uygun olmayan acil servis başvurularının azaltılabilmesi için kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmesinin sağlanması gerekliliğine işaret etseler de,^[2,17,18] İngiltere gibi yaygın birinci basamak hizmeti sunulan ülkelerde acil servise başvuru yoğunluğu azalmamış, hastaların %46’sının birinci basamak hekimlerine danışmadan acil servise yöneldiği saptanmıştır.^[14] Hastaneye birinci basamaktan daha fazla güvenme ve birinci basamaktan yapılan yanlış yönlendirme servisin uygun olmayan kullanımına yol açan en sık sebepler olarak gösterilmiştir.^[1] Demek ki, sadece sağlık hizmetine kolay ulaşılabilirlik değil, bu hizmetin etkin ve yaygın oluşu da önemli bir öğedir. Sağlık hizmetlerine ulaşamama ve duyulan güven eksikliği, görülüyor ki hastaları acil servise yönlendiren önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bazı araştırmalarda, sosyal güvence yokluğu acil servislerin uygunsuz kullanımına yol açabilen bir faktör olarak tanımlanmış olmasına karşın,^[10] çalışmamızda, sosyal güvence sahibi olmak, özellikle de üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilme kolaylığına sahip ve hiç bir ek ödeme gerektirmeyen Emekli Sandığı’ndan sosyal güvencesi bulunmak, ile acil servisin uygunsuz kullanımını arasında hiçbir anlamlı ilişki gösterilememiştir.

Bazı çalışmalarda bir fark gösterilememiş olsa da,^[10] çalışmamızda bekar hastaların aciliyet uygunluğu diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Bu durum bekar hastaların çoğunluğunun daha genç olmaları gençlerin ortalama sağlık düzeylerinin, yaşlılardan daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Başvuru sıklıkları incelendiğinde kişilerin çalışma ve yaşam akışları ile uyumlu olduğu gözlenir. Hastalar uyku ve dinlenme saatlerinde gerçek acil bir sorun olmaksızın acil servise başvurmamaktadır. En yoğun acil servis başvurusunun Cu-

Tablo 6. Hastaların acil servisi tercih nedenleri.

Tercih nedenleri	Sayı	Yüzde*
Acil servise güvendiği için	1.033	48,9
Yakın olduğu için	821	38,8
Sosyal güvencesi kapsadığı için	383	18,1
Başkasının önerisi ile	136	6,4
Hasta durumunu acil veya ciddi bulduğu için	72	3,4
Poliklinikten gönderilenler	59	2,8

*Hastalar birden fazla neden belirtmişlerdir.

martesi günleri olduğu görülmüştür. Bu günün hafta sonu olması, birçok çalışmada anlamlı bir faktör olarak bulunmuş olan diğer sağlık hizmetlerine ulaşamama unsuru ile ilişkilendirilebilir.^[4,5] Çalıştığı için iş saatlerinde sağlık hizmetine ulaşamayan kişilerin acil olsun ya da olmasın çeşitli yakınmalarının çözümü için, her zaman açık ve ulaşılması kolay acil servislere yönelmeleri söz konusudur.

Acil servislerin kullanımı ile ilgili çalışmalarda hastalar, daha çabuk şekilde sağlık hizmetine ulaşabileceğini düşündükleri ya da sağlık hizmetine ulaşamadıkları için acil servisleri tercih etme nedenleri arasında göstermişlerdir.^[4,10,13] Yaptığımız çalışmada, acil servisi en çok tercih nedeni (%48,9) ile hastaların acil servisi güvenilir bulmalarındır. Diğer önemli bir unsur da (%38,8) hastaların acil servisi yakın olduğu için tercih etmiş olmalarıdır (Tablo 6). Acil servisi güvenilir bulunduğu için acil servise başvuran hastaların aciliyetinin uygunluklarının diğer gruplara oranla anlamlı derecede az olduğu gösterilmiştir. Bu hastaların güven duydukları gelişmiş sağlık kuruluşu arayışında olduklarını gösterir, aciliyetin uygunsuzluğu hastaları diğer sağlık kuruluşlarına güvenmedikleri için acil servise yönlendirmiş olabilir. Bu uygunsuz başvuruların altında, başka çalışmalarda da gösterildiği gibi, genel sağlık hizmetlerine güven duyulmaması yatabilir.^[1]

Yaptığımız çalışmada, Devlet Hastanelerine başvuran hastaların aciliyet uygunluğu anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Devlet Hastaneleri tüm sosyal güvence gruplarına, hatta güvencesi olmayan hastalara hizmet vermektedir. Ülkemizde, bu hastanelerin acil servisleri yoğunluk sebebiyle hizmet vermekte güçlük çekebilmektedirler. Bu sonuç, Devlet Hastanesine düzenli başvuran hastaların, yeterli hizmeti almakta uzak oldukları ve acil tıbbi sorunları için hastanemiz aciline yöneldikleri anlamına gelebilir.

Çeşitli çalışmalarda hastaların aciliyet algıları sorgulanmıştır.^[13,19] Caterino ve ark.^[19] yaptıkları çalışmada yakınmalarının acil olmadığını belirten hastaların (%28), %35’inin başvurusu değerlendirilmelerinden sonra aciliyet açısından uy-

gun olarak kabul edilmiş, %5'i ise hastaneye yatırılmıştır. Bu çalışma sonucunda, hastanın kendi algısı göz önünde bulundurularak yapılacak olan değerlendirmelerin yeterince güvenli olmadığı sonucuna varılmıştır.^[19]

Çalışmamızda, hastaların kendi aciliyetlerini kendilerini değerlendiren hekimlerden daha yüksek olarak algıladıkları saptanmıştır. Acil tıp asistanlarının hastalara verdikleri puanlar birbirleri ile uyumludur, ancak, kıdemli asistanlar, kıdemsiz asistanlara oranla daha düşük puanlar vermişlerdir. Acil servis ortamına yabancı olan, acıyı ve rahatsızlığı bizzat yaşayan, durumu için endişelenen kişi hastadır ve algıladığı aciliyet doğal olarak daha yüksek olacaktır. Oysa hekimler her gün onlarca hasta görmekte, oldukça kritik durumdaki hastalarla karşılaşmaktadırlar. Rutin çalışma koşulları nedeniyle potansiyel acil durumlar ya da hastaya acı veren ancak hayatı tehlike arz etmeyen yakınmalar hekimler tarafından daha az acil olarak algılanabilir. Diğer yandan, aciliyeti uygun olmayan hasta grubunun kendilerine daha düşük puanlar vermiş olması hastaların aciliyet algısının bulunduğu işaret olarak kabul edilebilir. Fakat, gösterilmiştir ki, hastaların aciliyet algıları güvenli değildir.^[20] Başvuran tüm hastalar acil servise kabul edilmeli, hekim tarafından tam anlamıyla muayene edildikten ve değerlendirildikten sonra yönlendirilmelidir. Acil hekimleri her şeyden önce daha fazla empatide bulunarak hastalarına yaklaşmak zorundadırlar.

Acil servis yöneticileri aşırı yoğunluk kavramını başvuruların aciliyetinin uygun olmamasıyla ilişkilendirme eğiliminde olabilirler, oysa aşırı yoğunluğun sebebi yalnızca uygun olmayan başvurular değildir. Acil Tıp hizmeti hasta talebi esasına dayalı, sürekli ulaşılabilir ve hiçbir hasta grubu için kullanımı engellenmemiş olmalıdır.^[20]

Acil servislerin aşırı yoğunluğu da son yıllar da ön plan çıkan bir olgu olmuştur.^[21,22] Acil servislere yapılan başvuruların yoğunluğunu net tanımlayabilen bilimsel bir yöntem bulunamamıştır. Aciliyetin saptanması çok faktörlü, değişken ve güçtür.^[5] Acil servisler yoğunluk nedeni ile işlemez hale gelmekte, akut ve ciddi tıbbi bakım gerektiren hastaların bakımı aksamaktadır. Sağlık hizmetlerinin son derece yaygın ve erişilebilir olması sadece acil servis hizmetlerini değil tüm sağlık hizmetlerini olumlu yönde etkileyecek bir kavramdır. Acil servislere hasta başvurusunu sınırlandırmak ne kadar yanlış ise, acil servisleri de kötü kullanıma açık, her türlü hizmetin, her koşulda sağlandığı yerler haline getirmek de bir o kadar yanlış olacaktır.

Çalışmamız sonuçlarına yansıdığı gibi bir çok araştırmada acil servise başvuran hastaların kolay ulaşılabilir ve güvenilir bir tıbbi bakım aradıkları ortaya konulmuştur.^[1] Birinci ba-

samak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin adeta kesişme noktasında yer alan acil servisler, ivedi ve güvenilir bir hizmeti çok geniş bir hasta grubuna sunmak zorunda olsalar da, unutulmaması gereken önemli bir öğe de acil servis hizmetinin epizodik olduğu, devamlılık arz etmediğidir. Bir başka ifade ile acil servislerdeki hizmet o an ki sorunu çözmeye yöneliktir ve acil patolojiler üzerine yoğunlaşmıştır. Hastaların sağlık sorunlarının uzun süreli takip ve tedavisi sağlık hizmetlerinin birinci ve ikinci basamağında yataklı ya da ayakta hasta bakımı sağlayarak sürdürülmelidir. Bu noktada, acil servislere uygun olmayan başvuruların azaltılması amacına yönelik olarak, öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, bu alandaki personelin mezuniyet sonrası eğitim ile desteklenmesi, bağlı olan sağlık kurumlarının altyapı, donanım ve örgütsel bazda modernizasyonu, birinci ve ikinci basamak hizmetlerinin uygun sevk ve işleyiş protokolleri ile ilişkilendirilmesi, son olarak da, acil servisler ile karşılıklı geribildirim artırılması yararlı olacaktır.

Acil servislerin işleyişlerini kolaylaştırmak amacıyla, hastane servis ve yoğun bakım yatak sayısının uygun oranda belirlenmesi, acil servis yatak sayısının bu yatak sayılarının oranına dikkat edilerek belirlenmesi, hastane yatak doluluk oranlarının ve hastaların yatak işgal sürelerinin optimumda tutulması oldukça önemlidir. Acil servislerin personel sayının yeterli düzeye yükseltilmesi, donanımın işleyişi kolaylaştıracak, hızlandıracak şekilde modernize edilmesi, çalışma düzeyinin yoğun saatlere göre planlanması ve özellikle nitelikli ve deneyimli sağlık personelinin acil servislerde görevlendirilmeleri acil servis işleyişini kolaylaştıracak temel unsurlardan bazılarıdır.^[23]

Aciliyetin belirlenmesi hiç kuşkusuz hastaların algılarına yönelik olarak saptanamaz. Ancak hastaların algı düzeyleri hekimlere hastaların nasıl bir beklenti ve stres içinde oldukları yönünde bilgi verebilir. Aciliyeti belirleyen temel unsurun hastanın talebi olduğu düşünülürse, acil başvuru kavramının her zaman tıbbi bulgularla örtüşmediği aynı zamanda işin önemli bir psikososyal yönünün de olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001;37:568-79.
2. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993;83:372-8.
3. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001;37:580-6.
4. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, et al.

- Emergency department use and misuse. *J Emerg Med* 1995;13:259-64.
5. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? *Ann Emerg Med* 1994;24:953-7.
 6. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J* 2003;44:585-91.
 7. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005;5:5-13.
 8. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, et al. Geriatric patient emergency visits. Part I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med* 1992;21:802-7.
 9. Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group. *JAMA* 1996;276:460-5.
 10. Shesser R, Kirsch T, Smith J, Hirsch R. An analysis of emergency department use by patients with minor illness. *Ann Emerg Med* 1991;20:743-8.
 11. Murphy AW, Leonard C, Plunkett PK, Brazier H, Conroy R, Lynam F, et al. Characteristics of attenders and their attendances at an urban accident and emergency department over a one year period. *J Accid Emerg Med* 1999;16:425-7.
 12. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation’s emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000;35:63-8.
 13. Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998;32:563-8.
 14. Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med* 2000;17:18-21.
 15. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *JAMA* 1994;271:1909-12.
 16. Liu T, Sayre MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. *Acad Emerg Med* 1999;6:1147-52.
 17. 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.
 18. Halfon N, Newacheck PW, Wood DL, St Peter RF. Routine emergency department use for sick care by children in the United States. *Pediatrics* 1996;98:28-34.
 19. Caterino JM, Holliman CJ, Kunselman AR. Underestimation of case severity by emergency department patients: implications for managed care. *Am J Emerg Med* 2000;18:254-6.
 20. Meggs WJ, Czaplinski T, Benson N. Trends in emergency department utilization, 1988-1997. *Acad Emerg Med* 1999;6:1030-5.
 21. Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, King R, Bair A, Nick TG. Relationship between the National ED Overcrowding Scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. *Am J Emerg Med* 2005;23:288-94.
 22. Hwang U, Concato J. Care in the emergency department: how crowded is overcrowded? *Acad Emerg Med* 2004;11:1097-101.
 23. Gürsoy ŞT, Çiçekçioğlu M, Türk M, Sözbilen M, E.Ü.T.F. Acil servisine bir yıl içinde başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve başvuru zamanlarının değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 38;2:109-12.