

T1585



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

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

+

ACİL SERVİSE AYNI ŞİKAYET İLE TEKRAR BAŞVURAN
HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. K. Can AKYOL

T1585/1-1

Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı

Yard. Doç. Dr. Cem OKTAY

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

Antalya, 2004

Teşekkür

Bu tezin çalışma aşamasından, yazılım ve basım aşamasına kadar emek veren bütün acil servis çalışanlarına ve özellikle de bu uzun süreçte sürekli destek olan Dr. Angelika JANITZKY AKYOL'a ve sabırlı öğretmenim Dr. Cem OKTAY'a teşekkür ederim...

Dr. Can AKYOL

İÇİNDEKİLER

ÇİZELGELER DİZİNİ	: v
ŞEKİLLER DİZİNİ	: vi
GİRİŞ	: 1
GENEL BİLGİLER	: 3
2.1. Acil Servisin Uygunsuz Kullanımı	: 4
2.2. Tekrar Başvuruların Önemi	: 6
2.3. Tekrar Başvuruların Nedenleri	: 7
3. GEREÇ VE YÖNTEM	: 9
3.1. Örnek Seçimi	: 9
3.2. Veri Toplanması ve Değerlendirme	: 10
3.3. İstatiksel Analiz	: 10
4. BULGULAR	: 11
4.1. Çalışmanın 1. Fazı: Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hastaların Önceki Başvurularının Değerlendirilmesi	: 12
4.2. Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hastaların Acil Serviste Değerlendirilmesi	: 19
4.3. Çalışmanın 2. Fazı: Telefon Sorgulaması	: 23
5. TARTIŞMA	: 27
SONUÇLAR	: 36
ÖZET	: 37
KAYNAKLAR	: 39
EKLER	: 43
Ek 1	: 43
Ek 2	: 45

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge

2.1. Acil servis yoğunluğunu etkileyen faktörler	: 4
2.2. Tekrar başvurularda engellenilebilir başvuru oranları	: 7
2.3. Tekrar başvurularda hastaneye yatış oranları	: 7
4.1. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların demografik bilgileri ve sosyal güvencelerinin değerlendirilmesi ve çalışma dönemindeki diğer başvurularla karşılaştırılması	: 13
4.2. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların başvuru sayıları	: 14
4.3. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların başvuru yakınmaları	: 15
4.4. Aynı şikayetle bir önceki başvuru yeri	: 16
4.5. Bir önceki başvuru bilgileri	: 17
4.6. Önceki başvurularında reçete verilen hastaların tedavi uyumu	: 17
4.7. Son başvuruda söylenen tanımlar	: 18
4.8. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların acil serviste değerlendirilmesi	: 19
4.9. Eşlik eden kronik hastalıklar	: 20
4.10. Çalışma süresinde acil servise başvuran çalışma hastaları ve diğer bütün hastaların yatış oranları	: 20
4.11. Acil servisten yatırılan hastaların tanımları	: 21
4.12. Kronik bir hastalık olup olmamasına göre yatış oranları	: 22
4.13. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların başvuru sayıları ve başvuru sayılarına göre hastaneye yatış oranları	: 22
4.14. Taburcu olan hastaların telefon takibinde alınan bilgiler	: 24
4.15. Acil servisten taburcu edilen hastalara yapılan poliklinik önerileri ve telefon takibinde saptarılan öneri uyumları	: 25
4.16. Poliklinik önerilip reçete verilen ve verilmeyen hastaların poliklinik başvuruları	: 26
4.17. Acil servis önerilerinin telefon takibi ve uyumları	: 26
5.1. Tekrar başvuruların ilişkili olduğu durumlar	: 29

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil

- 4 1. Hasta akış şeması : 11
- 4.2. Hastaların bir önceki ve tekrar başvurularının zaman dağılımı..... : 14

1. GİRİŞ

Dünya genelinde bir çok hastanenin acil servislerinde aşırı yoğunluk yaşanmaktadır (1-4). Bu yoğunluk nedeni ile acil tıp hekimlerinin daha kısa zamanda daha fazla hastaya bakması zorunlu hale gelmekte ve hayati kararları verirken daha hızlı olmak zorunda kalmaktadırlar (5). Bu durumda da hekimlerin hata yapma olasılıkları artmaktadır. Aynı zamanda, yoğunluk arttıkça hasta bakım kalitesi düşmekte ve acil servislerde hasta bekleme süreleri uzamaktadır (2,4). Son yıllarda yapılan bir çok araştırma ve uygulamalarla hasta yoğunluğunu ve hasta bekleme sürelerini azaltmak hedeflenmektedir (2,4,6-8).

Acil servislerdeki yoğunluk özellikle büyük kent hastaneleri acil servislerinde dramatik durumlara ulaşmıştır. Kanada'daki bir hastanenin acil servisinde yapılan uygulamalar ile ortalama hasta bekleme süresinin 5.9 saate indirilmesinin büyük başarı olarak lanse edilmesi, yoğunluğun çarpıcı bir göstergesidir (1). Yakın gelecekte, ülkemizde de halen var olan benzer yoğunluk sorununun daha da artacağı kaçınılmaz bir durum olarak görülmektedir.

Acil servis hekimlerinin yoğunluğuna rağmen hasta reddetmek ya da seçmek gibi bir yetkisi yoktur (9). Acil servise başvuran her hastanın mutlaka bir hekim tarafından değerlendirilmesi gereklidir. Amerikan Acil Hekimleri Birliği'ne göre, "gerçek acil"; kişinin kendisinde daha önce beklenmedik bir rahatsızlık gelişmesi durumunda hızla tıbbi bakım alması gerektiği kararını alıp, bir acil servise başvurması olarak tanımlanmaktadır (10). Amerikan Acil Hekimleri Birliği'nin bu tanımında aciliyet hasta tarafından belirlenmektedir.

Bu tanım doğrultusunda acil servisler, planlanmamış hastaların gelmesi nedeni ile 24 saat kesintisiz ve aynı kalitede hizmet vermek zorundadır.

Aynı şikayetle tekrar başvuruların olması acil servislerin yoğunluğunu arttıran nedenlerden bir tanesidir (11). Sadece ilk 3 gün içerisinde aynı şikayetle tekrar başvuru oranları %1 ila %5.7 arasında saptanmıştır (11-13). Yedi günlük takibin yapıldığı bir başka çalışmada bu oran %11'lere çıkmaktadır (1). Yoğunluk arttıkça hastalara ayrılan zaman kısıtlanmakta olduğundan, "yoğunluk - hastaya ayrılan zamanın azalması - aynı şikayetle tekrar başvurular" arasında bir kısır döngü oluşmaktadır. Ayrıca acil servislerin aynı şikayetle başvuran hastalar

tarafından kullanılması ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda, bu başvuruların diğer hastaların bakım kalitesini de kötü yönde etkilediği gösterilmiştir (14,15)

Çalışmamızda; tekrar yapılan başvuruların nedenlerini, engellenebilecek başvuruları ve hastane yatışları açısından artmış risk durumlarının olup olmadığını, taburcu olurken verilen tedavilere ve önerilere hastaların uyumunu araştırmayı hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

Ülkemizde sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak düzenlenmiştir (16). Bu yapılanma içerisinde özellikle poliklinik hizmetleri için birinci basamak sağlık hizmetlerinden üçüncü basamak sağlık hizmetlerine doğru bir piramit modeli öngörülmüştür. Piramit modelinde zirve eğitim ve araştırma hastaneleridir ve daha karmaşık sağlık sorunlarının çözülmeğe çalışıldığı üçüncü basamak sağlık hizmetleri bu kurumlarda verilmektedir. Ancak günümüzde özellikle büyük şehirlerde olmak üzere birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri halkın poliklinik ve bazı durumlarda da acil bakım hizmetlerini almak için ilk tercihi olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin yapılanmasında üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerini oluşturuyor olsa da, hastaların tercihleri, sevk zincirinin suistimali ve hizmet basamaklarının sosyal güvencelerin getirdiği haklar doğrultusunda kolayca atlanılabilmesi ile üniversite hastaneleri acil servisleri ve polikliniklerinde birinci basamakta verilebilecek sağlık hizmetleri de yoğun bir şekilde verilmektedir. 2002 yılı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis başvurularına baktığımızda başvuruların %12'sinin üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı alması da bunun çarpıcı bir örneğidir (17). Yoğunluğun en temel nedenlerinden birisi olan bu durum karşısında, hasta hakları ve hekim sorumlulukları nedeniyle hekim olarak müdahalelerimiz, hasta eğitimi (18-20) ve sevk zincirinin doğru bir şekilde işlenmesini sağlamaya çalışmaktan ileriye gidememektedir (9,18,19).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'a göre, sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerine eşit düzeyde ulaştırılması planlanmış ve kurulan sağlık ocaklarında acil durumda sevk kararı hekimlere bırakılmıştır (16). Ancak, acil servise başvuran hastanın geri çevrilmesinin doğru olmaması ve acil servise başvuran hastaların tanı ve tedavi giderlerinin de yeterince araştırılmadan ödenmesi sevk zincirinin kolayca kırılmasına yol açmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 57. Maddesi ile ağır hastaların ve acil müdahaleyi gerektiren tıbbi, cerrahi olgu ve kaza, yaralanma hadiselerinin yaralılarının müracaatı halinde derhal yataklı tedavi kurumlarına kabul edilmesi, gereken ameliyat ve tedavileri zamanında yapılması zorunlu hale getirilmiştir. 63. Madde'de ise hastanın acil ve hemen müdahale gerektiren durumlarda kurumun

yazısı ya da sevki sonradan alınmak kaydıyla tedavisinin yapılacağı belirtilmiştir (21).

Bu maddeler yorumlandığında, kişilerin sosyal güvenceleri masraflarını karşıladığı sürece anlaşmalı oldukları tüm kurumlara ve özellikle de 24 saat açık olup hizmet veren acil servislere kolaylıkla başvurabildiğini görüyoruz. Bu sayede hastalar, daha sonradan kurumlarından kolaylıkla sevk belgesi alıp, istedikleri zaman acil servislere başvurabilmektedirler.

Bu durumda yoğunluk problemi yaşayan tıp birimleri yoğunluk nedenlerini ve engellenebilecek kısımlarını kendi içlerinde aldıkları tedbirler ile çözmeye çalışmakta, hasta yoğunluğuna rağmen acil servis imkanlarını zorlayarak hizmet sunmaya devam etmektedirler.

2.1. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı

Acil servislerin yoğunluk nedenlerine baktığımızda en önemli sorunun daha önce bahsedilen, acil olmayan hastaların yoğun başvuruları (%5 ila 82) olduğunu görüyoruz (Çizelge 2.1) (22).

Çizelge 2.1. Acil servis yoğunluğunu etkileyen faktörler

Acil Servis Başvuruları	Sıklık (%)
Acil olmayan durumlarda* acil servislerin kullanımı (22)	5-82
Aynı şikayetle kısa aralıklı tekrar başvurular (23)	1-11
Acil servisi çok sık** kullananlar (14)	3-9
Amerikan Acil Hekimleri Birliği kurallarına göre*** acil servisin uygunsuz kullanımı (24)	10-8
Aynı şikayetle tekrar başvurular (1)	1-11

* Triaaj kategorilerinden birisi olup Çizelge 2.2’de acil olmayan hastalıklar örneklendirilmiştir

** Çok sık kullanan hastalar terimi yapılan çalışmalarda yılda 4 ve üzeri acil servisi kullanan hastalar için kullanılmıştır.

*** Amerikan Acil Hekimleri Birliği kurallarına göre hasta aciliyetinin düzeyini kendisi belirlemektedir. Amerikan Acil Hekimleri Birliği’nin 1980’lerde acil olmayan hastalıklar, başvurular sınıflaması vardır (24).

Aciliyet düzeyini belirleyen hastanın kendisi olduğu için acil servislerde “uygunsuz” kullanımdan söz etmek doğru olmamaktadır. Başvuran her hasta hekim tarafından mutlaka değerlendirilmelidir. Yoğunluk nedeni ile hasta bakımında hata yapılmaması ve hasta bakım kalitesinin azalmaması için en önemli çözüm acil servislerde etkin bir “triaj” sistemini sağlamaktır (25). Ancak aciliyeti az olan hastalara acil servisler yerine hizmet alabilecekleri başka alanlara başvurmaları konusunda verilecek olan eğitim ile, uzun vadelere acil servislerin yoğunluğunun azaltılması sağlanacaktır (18).

Trij; seçmek, ayıklamak anlamında kullanılan Fransızca kökenli bir kelimedir. Acil servis triaj sisteminde, yoğunlukla hemşireler olmak üzere hastane politikalarına göre belirlenmiş özel eğitilmiş kişiler (sekreter, yazıcı, paramedik, hemşire, doktor) hastaları belirlenmiş kriterler doğrultusunda ‘çok acil’, ‘acil’, ‘az acil’ olarak sınıflamaktadırlar. Burada amaç; hayatı ve ekstremiteleri tehdit eden bir yakınması veya hastalığı olan hastaların bekleme sürelerini kısaltmak ve hekim tarafından değerlendirilmeden acil servisten ayrılan hastaların sayısını azaltmaktır (25). Triaj sistemi ile acil servise başvuran hastaların aciliyet ayırımı yapılmakta olup, uygunsuz acil servis kullanımını ya da gereksiz tekrar başvuruları engellemek gibi bir hedef gözetilmemektedir. Literatürde acil servislerin yoğunluklarını azaltma çalışmaları olarak triajı hedefleyen ve hastanın öyküsünün, muayenesinin ve diğer ayaktan tedavi ünitelerine yönlendirilmesinin hekim tarafından triajda güvenle yapılabileceğini öne süren çalışmalar (2,26,27) olsa da bu tartışmalı bir durum olup, bu durumun ciddi potansiyel tehlikeler taşıdığını (28) ve hastayı acil servise almadan göndermek için triajdaki değerlendirmenin yeterli olmayacağını gösteren çalışmalar da (15) mevcuttur. Bu tartışmalı durum karşısında hasta yararına olacak sonuç ise, triajın hedefi kelime anlamına uygun bir şekilde ‘seçmek’ olmalı ve daha acil hastanın daha çabuk acil servise alınması olmalıdır.

Acil olmayan hastaların acil servisi kullanmasına oranla yoğunluk nedenine daha az etkisi olan bir diğer durum ise çalışma konumuz olan aynı şikayetle kısa süreler içerisinde tekrar yapılan başvurulardır. Bu oranın %11’e varabildiğini gösteren çalışmalar olduğu düşünülürse yoğunluğun önemli nedenlerinden birisi olarak göze çarpmaktadır (1).

2.2. Tekrar Başvuruların Önemi

Literatürde tekrar başvurularla ilgili olarak son 20 yıldır yapılan çalışmalar, bu konudaki demografik göstergelere (29), tahminsel verilere (1,11-14), neden olan hastalıklara (11,30) ve acil servisi çok sık kullanan hastalara yönelik (14,31,32) olarak yapılmıştır. Ancak genel olarak uyuşturucu madde, ilaç ve alkol bağımlılığı olanlar, yalnız yaşayanlar, kronik hastalıkları olan hastalar ve ileri yaşlar gibi acil servise başvuru potansiyeli yüksek olan hastalar daha çok araştırılmıştır (14,24,29). Bu nedenle de sunulan çözüm önerileri genellikle bu hasta gruplarına yöneliktir. Bu çözüm önerilerine örnek olarak; acil servisler ile sosyal hizmet örgütleri arasındaki ilişkilerin artırılmasını (9,13), hastaların primer hekimleri tarafından geriatri konusunda uzman hekimlere yönlendirilmesini (10), bakım hemşireleri tarafından ev ziyaretleri yapılmasını (14) verebiliriz. Bununla beraber, acil servis hasta bakım kalitesinin artırılması da bir öneridir (2,12,33). Hastanın kısa süre sonra tekrar başvurma sıklığını arttıracak dehidratasyon, karın ağrısı gibi durumların varlığını ortaya koyan (11,34,35) çalışmalar da mevcut olup, bu hastaların bakımlarında daha titiz olunması uyarısı ile aynı şikayetle tekrar başvurularının azaltılmasının da sağlanacağı önerilmiştir.

Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların bir diğer önemli özelliği de %19-75 gibi yüksek yatış oranlarına sahip olmalarıdır (19,20,34,36-39). Ayrıca çalışmalara göre bu başvuruların %14.5 ile %39.6'sını engellenilebilir başvurular oluşturmaktadır (6,7,12,13,36,38). Bu son iki durum göz önünde bulundurulursa, 'aynı şikayetle tekrar başvuran hasta büyük olasılıkla hastaneye yatırılacak ya da büyük olasılıkla hiçbir müdahale olmaksızın taburcu olacak' şeklinde bir ikilem ortaya çıkmaktadır. Bu oranlar ayrıntılı olarak Çizelge 2.2 ve Çizelge 2.3'te görülmektedir.

Çizelge 2.2. Tekrar başvurularda engellenilebilir başvuru oranları

Çalışmayı yapanlar	Çalışmanın yapıldığı yer	Hasta sayısı (n)	Engellenilebilir tekrar başvuru oranları (%)
Lerman B et al.(19)	Michigan	255	32.5
Keith KD et al.(20)	Michigan	455	39.6
Kelly AM et al (39)	Christchurch	190	38
Pierce JM et al (36)	Memphis	569	22
O'Dwyer F et al (37)	Leicester	235	11
Goh SH et al.(34)	Singapore	166	14.5
Baer RB et al.(38)	Rochester	157	14

Çizelge 2.3. Tekrar başvurularda hastaneye yatış oranları

Çalışmayı yapanlar	Çalışmanın yapıldığı yer	Hasta sayısı (n)	Yatış oranı (%)
Miro O et al (13)	Barcelona	406	76.0
Liaw SJ et al.(12)	Taiwan	485	73.7
Pierce JM et al (36)	Memphis	569	19.0
Baer RB et al (38)	Rochester	157	65.4

2.3. Tekrar Başvuru Nedenleri

Hastalar hangi durumlarda aynı şikayet ile tekrar başvurumaktadırlar?

Bunun bir çok değişik etkeni olsa da genel olarak şu başlıklar altında toplayabiliriz:

1. Kronik hastalıkların alevlenme dönemleri (29)
2. Kronik hastalıkların yetersiz primer tedavileri (29)
3. Akut hastalıkların hekim ve hastaya bağlı nedenlerle yetersiz tedavisi (1,2,20)
4. Hastanın ilk görüldüğü yerdeki tanı ve tedavi kalitesinin düşük olması (1,2,15,17)
5. Hastaların sosyal ve psikolojik özellikleri (14,29)
6. Kronik ve sık olarak acili kullanan yaşlılar, evsizler, alkolikler (14)
7. İlk başvuruları gece saatlerinde olan hastalar (29)
8. Tedavi giderleri sigorta kurumları tarafından karşılanan hastalar (29)

9. İlk başvuruda nedeni saptanamayan karın ağrısı (15), dehidratasyon, sepsisemi (11) gibi bazı özel hastalık durumları
10. Yalnız yaşayanlar (31)
11. Yaşlı nüfus artışı (29)

Nüfus artışı ve özellikle de yaşlı nüfusun artışı bu yoğunluğu direkt ve dolaylı olarak arttırmaktadır. Acil servise yaşlı hasta başvurusunun artması acil serviste direkt olarak hasta döngüsünü yavaşlatmaktadır. Dolaylı olarak ise, yaşlı nüfus ile hastane doluluk oranları artmakta ve hastaneye yatış planlandığı halde boş yatak olmadığı için acil serviste bekleyen hastalar nedeni ile yoğunluk artmaktadır. Bu durum bazı büyük metropollerde dramatik hale gelmiş olup, acil servislerde acil hasta bakımından ayrı olarak; acil servise bağlı ancak farklı bir alanda akut bakım ünitelerinin kurulmasının bu yoğunluğu azaltabileceğini öneren çalışmalar da mevcuttur (40).

Aynı şikayetle kısa süreler içinde tekrar başvuruların nedeni, farklı yeni hastalık olma ihtimalini de düşündürse de; başvuruların nedenine yönelik yapılan çalışmalar %72-92 oranında ilk başvuruya neden olan hastalığın seyrine bağlı olduğunu göstermiştir (20,34).

Miro et al. tekrar başvurularla ilgili yaptıkları bir çalışmada, ilk başvuruda tecrübesiz hekimler tarafından değerlendirilen ve hastalıkları ile ilgili ikiden fazla semptomları olan hastaların anlamlı olarak daha fazla tekrar başvurduklarını saptamışlardır (30).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu prospektif kesitsel çalışma 4 aylık bir dönem boyunca yıllık 36,000 (2002 yılı) erişkin hasta kapasitesi olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde iki fazlı olarak yapıldı. İlk fazda çalışmaya alınan hastaların değerlendirme formu paramedikler ve acil servis asistanları tarafından dolduruldu. İkinci fazda ise çalışmaya alınan ve hastaneye yatırılmamış olan hastalar 7-10 gün içerisinde telefonla arandı. Hastanede yatan hastalar ise, çalışmaya yatan hasta olarak kaydedildi. Çalışmanın ikinci fazı, birinci fazda form dolduran asistan ve paramediklerden habersiz olarak yapıldı.

3.1. Örnek Seçimi

Çalışmamıza alınan hastalar acil servis triajında tüm hastalara sorulan iki sorunun yanıtına göre belirlendi. Çalışma formları paramediklerin triaj yaptıkları alanda bulunduruldu.

Acil servise başvuran tüm hastalara triaj alanında 2 soru soruldu. Bu sorular:

- Bu şikayetiniz nedeni ile son 5 gün içerisinde herhangi bir sağlık kurum ya da hekime başvurduğunuz mu?
- Başka bir sağlık kurumu ya da hekim sizi buraya sevk ederek mi gönderdi?

İlk sorunun yanıtı evet ve ikinci sorunun yanıtı hayır olan tüm hastaların dosyalarına çalışma formları eklenerek hastanın triajının yapıldığı asistana iletilti.

Aynı şikayetle kısa sürelerde tekrar başvuru yaptıkları halde çalışmaya alınmayacak hastalar hakkında paramedikler bilgilendirildi. Bu durumlar:

- 15 yaş altı hastalar
- Yakınları ya da 112 Acil Yardım ve Kurtarma Ambulansları ile getirilip şikayetlerini kendileri tarif edemeyen hastalar (demans, debilité, nörovasküler hastalıkları olan hastalar gibi),
- Kronik alkolizm, madde ve ilaç bağımlısı hastalar.

3.2. Veri Toplanması ve Değerlendirme

Çalışma öncesinde acil serviste çalışan araştırma görevlilerine ve acil servis triajında görevli paramediklere çalışmanın amacı ve nasıl yapılacağı hakkında bilgi verildi. Verilerinin toplanması ve hasta seçimi ile ilgili olarak ön çalışma 20 Aralık 2002 ve 10 Ocak 2003 tarihleri arasında yapıldı ve oluşan eksiklikler saptanarak düzeltmeler yapıldı. Ek 1 ve 2’de çalışma formları verildi.

Çalışmanın ilk faz formu (Ek 1) paramedikler ve acil servis araştırma görevlileri tarafından dolduruldu. Çalışmanın ikinci faz formu (Ek 2) ise, çalışma sorumlusu tarafından telefonla aranan hastalardan alınan bilgilere göre dolduruldu.

Çalışmaya alınan hastaların demografik verileri, aynı şikayet ile kaç defa başvurdukları, bir önceki ve tekrar başvuru saatleri, tedavi masraflarının nasıl ödendiği, başvuru yakınmaları, önceki ve tekrar başvurularında tedavi yapılıp yapılmadığı, varsa yapılan tetkikler hakkında ve verilen ilaçlar hakkında bilgi verilip verilmediği, yapılan poliklinik ve varsa diğer önerilerin ne olduğu ve hastaların bu önerilere uyumlulukları, kendilerine bir tanı söylenip, söylenmediği kaydedildi ve bu verilerin karşılaştırılması ve istatistiksel değerlendirmeleri yapıldı.

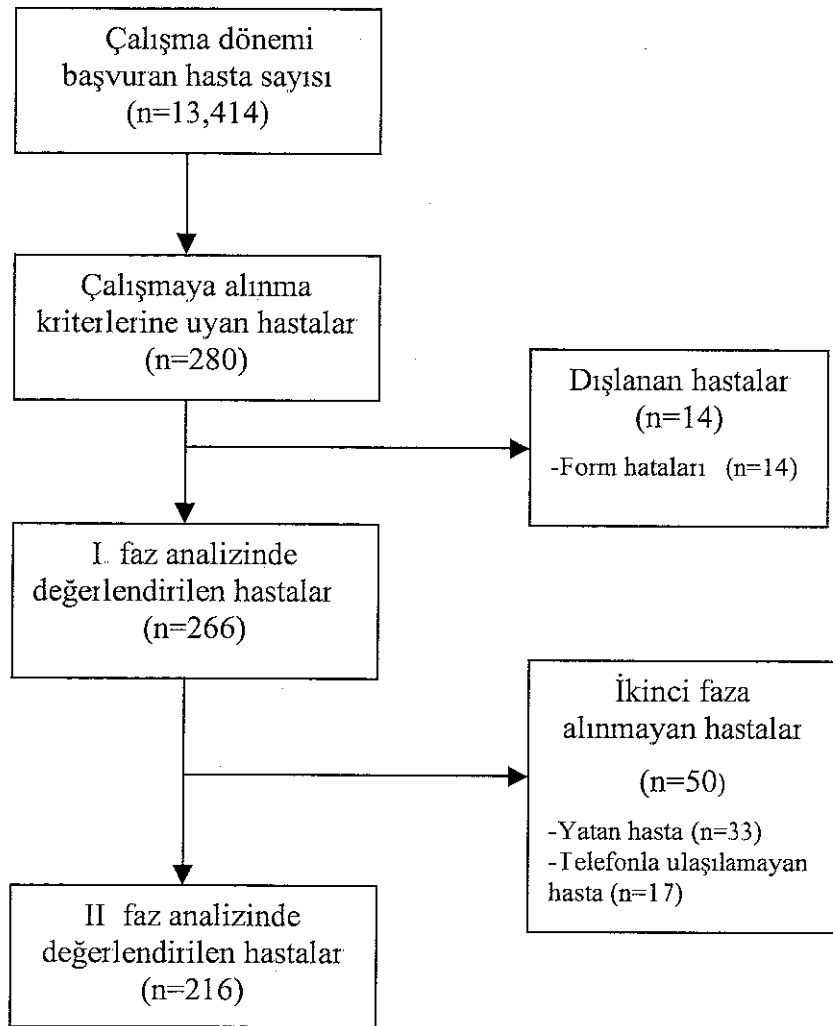
Çalışmaya dahil edilen hastaların formlarındaki demografik veriler ve başvuru ile ilgili eksiklikler hastane arşivinden ilgili hasta dosyaları taranarak giderildi. Çalışma süresinde karşılaştırılmak üzere acil servise başvuran tüm hastaların demografik özellikleri, sosyal güvenceleri ve taburculuk yatış oranları hastane bilgi işlem merkezinden, yetişkin ve çocuk acil kayıtlarından temin edildi.

3.3. İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri ‘Epi Info 5’ adlı standart program aracılığı ile Ki-kare testi ve diğer tanımlayıcı testler kullanılarak yapıldı ve p değerinin 0.05’ten küçük olması anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı 01 Şubat – 31 Mayıs 2003 tarihleri arasında acil servise toplam 13,414 hasta başvurdu. Kriterlere uyan 280 hasta çalışmaya alındı. Bu süre içinde, acil servise başvuran hasta sayısını etkileyecek salgın hastalık ya da doğal afetler gibi beklenmedik durumlar yaşanmadı. Formlarındaki kayıt hataları nedeniyle 14 hasta çalışmaya alınmadı. Birinci faz verileri 266 hasta üzerinden değerlendirildi. İkinci fazda telefonla aranan hastalardan 17'sine ulaşamadı ve 33 hasta da hastaneye yatırıldığı için ikinci faz verileri 216 hasta üzerinden değerlendirildi (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Hasta akış şeması

4.1. Çalışmanın 1. Fazı: Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların önceki başvurularının değerlendirilmesi

Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların tüm hastalara oranı %2.1 olarak belirlendi. Çalışmaya alınan 266 hastanın 155'i (%58.3) kadındı ve yaş ortalamaları 43.7 ± 18.0 olarak saptandı. Hastaların 111'i (%41.7) erkekti ve yaş ortalamaları 42.0 ± 17.3 olarak bulundu. Erkek hastalardan 16 (%14.4) ve kadın hastalardan 17'si (%11.0) olmak üzere toplam 33 hasta hastaneye yatırıldı. Çizelge 4.1'de cinsiyet açısından aynı dönem içerisinde başvuran diğer hastaların, çalışma hastaları ile karşılaştırılması yapıldı. Acil servise yapılan diğer başvuruların %51.1'ini erkekler oluşturduğu halde, aynı şikayetle tekrar başvurularda kadınların anlamlı olarak daha fazla başvurduğu saptandı ($p=0.0022$).

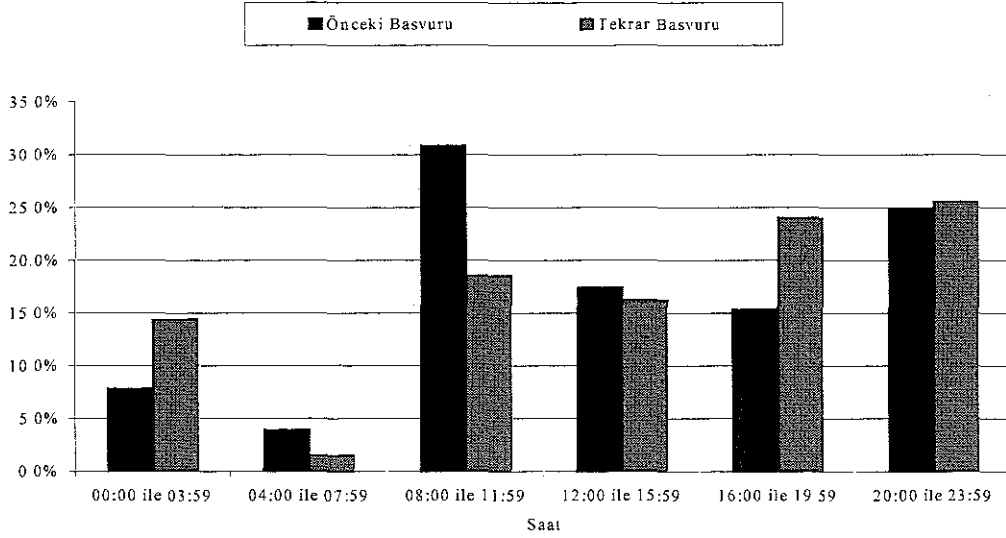
Kurumları emekli sandığı, resmi kurum ve özel sigorta olup hastaneye hiç bir ödeme yapmayan toplam 194 hasta (%72.9); ödemeleri kurumları tarafından sevk kanalı ile sonradan karşılanan SSK, Yeşil Kart ve Bağ-Kur'lu toplam 41 hasta (%15.4) ve ücretlerini kendileri ödeyen 31 hasta (%11.7) başvurusu olduğu tespit edildi. Çizelge 4.1'de çalışmaya dahil edilen ve tedavi giderlerini kendileri karşılayan ya da kurumları tarafından ödenen hastalarla, çalışma dönemi süresi içinde başvuran tüm hastaların sosyal güvenceleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı karşılaştırıldı. Her iki gruba bakıldığında güvencesi SSK ve Bağ-Kur olanlar dışında anlamlı farklar saptanmadı. SSK'lı olan hastaların diğer gruplara göre anlamlı olarak daha fazla aynı şikayetle tekrar başvurduğu görüldü. Bağ-Kur'lu hastaların ise anlamlı bir farkla daha az tekrar başvurdukları saptandı.

Aynı şikayetle kısa süreler içerisinde tekrar başvuran ve tedavi masraflarını kendileri karşılayan 72 hasta başvurusuna karşılık, tedavi harcamalarına ödeme yapmayan 194 hasta başvurusu olmasına rağmen çalışma dönemindeki diğer başvurular ile karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı saptandı. Aynı dönemde acil servise yapılan diğer başvurularda ise sosyal güvencesi olup tedavi harcamaları kurumlarca ödenilen hastaların oranı %62.2 olarak tespit edildi.

Çizelge 4.1. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların demografik bilgileri ve sosyal güvencelerinin değerlendirilmesi ve çalışma dönemindeki diğer başvurularla karşılaştırılması

Demografik bilgiler	Çalışma grubu sayı (%)	Diğer hastalar sayı (%)	p
Cinsiyet			0.0022
Erkek	111 (41.7)	6,730 (51.1)	
Kadın	155 (58.3)	6,418 (48.9)	
Yaş ortalaması			
Erkek	42.0		
Kadın	43.7		
Toplam	42.9		
Sosyal Güvence			
Emekli Sandığı ve Resmi Kurum	185 (69.5)	7,996 (60.8)	> .05
Bağ-Kur	15 (5.6)	2,802 (21.3)	.000
Sosyal Sigortalar Kurumu	25 (9.4)	246 (1.8)	.000
Yeşil kart	1 (0.4)	90 (0.6)	> .05
Yok	31 (11.7)	1,715 (13.0)	> .05
Özel	9 (3.4)	299 (2.2)	> .05
Toplam	266 (100)	1,3148 (100)	
Tedavi masraflarının ödenmesi			> .05
Ödenen	194 (72.9)	8,181 (62.2)	
Ödenmeyen	72 (27.1)	4,967 (37.8)	

Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların acil servise geliş saatlerini dörder saatlik 6 bölümde incelediğimizde (Şekil 4.2) yığılmanın en çok 68 hasta (%25.5) ile 20:00-23:59 saatleri arasında ve 64 hasta (%24.0) ile 16:00-19:59 saatleri arasında olduğu görüldü. Tekrar başvuruların yaklaşık yarısının (%49.5) 8 saatlik bu dilimde olduğu tespit edildi. 00:00-03:59 arasında 38 hastanın (%14.3), 04:00-07:59 arasında 4 hastanın (%1.5) ve 08:00-11:59 arasında 49 hastanın (%18.4) tekrar başvurduğu görüldü. Bu hastaların aynı şikayetle bir önceki başvurularına baktığımızda ise, en fazla başvuru saatinin (Şekil 4.2), 78 hasta (%30.7) ile 8:00-11:59 arası ve 63 hasta (%24.8) ile de 20:00-23:59 arası olduğu saptandı. Oniki hasta önceki başvuru saatlerini net olarak ifade edemediği için bir önceki başvuru saatine ait veriler 254 hasta üzerinden değerlendirildi.



Şekil 4.2. Hastaların bir önceki ve tekrar başvurularının zaman dağılımı

Çalışmaya alınan 228 hasta (%85.8) aynı şikayet nedeni ile 2 kez, 26 hasta (%9.7) 3 kez bir hekime başvuruyordu Aynı şikayetle dördüncü ve beşinci başvurularını yapan hasta sayısı ise sırası ile 7 (%2.6) ve 5 (%1.9) olarak tespit edildi (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların başvuru sayıları

Başvuru sayısı	Hasta sayısı n (%)
2	228 (85.8)
3	26 (9.7)
4	7 (2.6)
5	5 (1.9)
Toplam	266 (100)

Aynı şikayetle tekrar başvuran 266 hasta 293 farklı yakınma tarifledi. İkiyüzkırkçü hasta tek bir sisteme yönelik yakınma ile başvururken, kalan 23 hasta 2 veya 3 farklı sistemi ilgilendiren yakınmalarla başvurdu Hastaların geliş yakınmalarına bakıldığında 33 hasta (%11.3) ile en çok başvuru şikayetinin başağrısı olduğunu ve bunu takiben 24 hastanın da (%8.1) karın ağrısı şikayeti ile başvurduğunu görüyoruz (Çizelge 4.3)

Çizelge 4.3. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların başvuru yakınmaları

Başvuru Şikayetleri	Sayı (%)	Başvuru Şikayetleri	Sayı (%)
Baş ağrısı	33 (11.3)	Kasık ağrısı	8 (2.9)
Karın ağrısı	24 (8.1)	Uyuşma	7 (2.4)
Ateş	23 (7.8)	Kulak ağrısı	6 (2.0)
Kaşıntı ve kabarıklık	18 (6.1)	Üşüme	6 (2.0)
Nefes darlığı	17 (5.8)	Çarpıntı	4 (1.3)
Bulantı, kusma	17 (5.8)	Çenede ağrı	4 (1.3)
Boğaz ağrısı	15 (5.1)	Fenalaşma	4 (1.3)
Göğüs ağrısı	13 (4.5)	Ağız kuruluğu	3 (1.1)
Baş dönmesi	12 (4.1)	Burun kanaması	3 (1.1)
Öksürük	12 (4.1)	İdrar yapamama	3 (1.1)
Minör travma	11 (3.7)	Vajinal kanama	3 (1.1)
Yan ağrısı	11 (3.7)	Bayılma	3 (1.1)
Bel ağrısı	10 (3.4)	Akıntı	2 (0.6)
İshal	10 (3.4)	Arı sokması	1 (0.3)
Epigastrik ağrı	9 (3.2)	Konuşma bozukluğu	1 (0.3)
Toplam			293 (100)

Hastaların 97'si (%36.5) Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne, 74'si (%27.8) Antalya ve çevresi devlet hastanelerine ve 20 hasta da (%7.6) SSK Antalya Hastanesi'ne başvurduğunu belirtti. Son başvurusunu üniversite polikliniklerine yapan hasta sayısı ise 15 (%5.6) idi. Aynı şikayetle son başvurusunu özel muayenehane, özel poliklinik ve özel hastanelere yapan hasta sayısı sırası ile 18 (%6.7), 9 (%3.4), 7 (%2.7) olup toplam 34 hasta bir önceki başvurularında özel sağlık hizmetleri veren kurumlarda değerlendirilmişti. Aynı şikayetle tekrar acil servise başvuran hastalardan sadece 17'si önceki başvurusunu (%6.4) sağlık ocaklarına yapmıştı. Başvurularını Antalya Devlet Hastanesi

dışındaki diğer çevre devlet hastanelerine yapan 9 hasta vardı. Hastaların aynı şikayetle yaptıkları bir önceki başvurularının dağılımı Çizelge 4.4'te verildi.

Çizelge 4.4. Aynı şikayetle bir önceki başvuru yerleri

Başvuru Yeri	Sayı (%)
Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis	97 (36.5)
Antalya ve Devlet Hastaneleri	74 (27.8)
SSK Antalya Hastanesi	20 (7.6)
Özel muayenehaneler	18 (6.7)
Sağlık Ocakları	17 (6.4)
Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Poliklinikleri	15 (5.6)
Özel Poliklinikler	9 (3.4)
Özel Hastaneler	7 (2.7)
Semt Poliklinikleri	5 (1.8)
Kurum Hekimleri	4 (1.5)
Toplam	266 (100)

Çalışmaya alınan hastaların 135'i (%50.8) daha önceki başvurularında hastalıkları hakkında laboratuvar tetkikleri yapıldığını belirtti. Tetkik yapılan hastalardan 101'i (%74.8) tetkik sonuçlarının kendilerine açıklandığını ya da verildiğini bildirdi. Tetkik yapılan diğer 34 hasta (%25.2) ise sonuçların açıklanmadığını ya da kendilerine verilmediğini belirtti.

Tedavi uygulansın ya da uygulanmasın önceki başvurduğu yerden ayrılırken toplam 217 hastanın (%81.6) başvuru şikayetlerinin devam ettiği, 14 hastanın (%5.3) şikayetlerinde azalma olduğu ve 35 hastanın (%13.2) şikayetinın geçtiği öğrenildi (Çizelge 4.5).

Hastaların 74'üne (%27.8) daha önceki başvurularında ilaç önerisinde bulunulmamıştı. Reçete verilen 192 hastanın ise 136'sına (%70.1) reçete tarifi yapılmış olup, bu hastalardan 116'sı (%84.1) tariflenen şekilde ilaç kullanmışlardı (Çizelge 4.5). Reçete verildiği halde 56 hastaya (%29.9) reçete tarifi yapılmamış ve bu hastaların 34'ü (%63.0) yazılan ilaçları kullanmamışlardı.

Çizelge 4.5. Bir önceki başvuru bilgileri

Bir önceki başvuru bilgileri	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)
Tetkik yapılan	135 (50.7)	131 (49.3)
Tetkik sonuçları açıklanan	101 (74.8)	34 (25.2)
İlaç tedavisi uygulanan	158 (59.3)	108 (40.7)
Taburcu olurken şikayeti devam eden/ azalan	231 (86.8)	35 (13.2)
Taburcu olurken tanı söylenen	162 (61)	99 (37.2)
Taburcu olurken yapılan öneriler:		
Tekrar kontrol	21 (7.9)	245 (92.1)
Reçete	192 (72.1)	74 (27.9)
Poliklinik	85 (31.9)	181 (68.1)
Yatış	3 (1.1)	263 (98.9)
Öneri yapılmayan	8 (3.0)	258 (97.0)
Reçete verilenlerde:		
Kullanacağı ilaçlar anlatılan	136 (70.2)	56 (29.8)
İlaçları tariflenen şekilde kullanan	116 (85.3)	20 (14.7)
İlaçları almayan	11 (5.7)	181 (94.3)
Öneri dışı ilaç kullanan	44 (16.5)	222 (83.5)

İlaçları tarif edilen ve ilaçları tarif edilmeyen hastaların tedavi uyumuna baktığımızda ilaçları tarif edilmeyen hastaların anlamlı olarak daha az tedavi uyumu gösterdikleri saptandı (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Önceki başvurularında reçete verilen hastaların tedavi uyumu

	Reçete tarifi yapılmış	Reçete tarifi yapılmamış	Toplam*
İlaçları kullanmış	116 (84.1)	22 (15.9)	138 (100)
İlaçları kullanmamış	20 (37.0)	34 (63.0)	54 (100)
Toplam	136 (70.1)	56 (29.9)	192 (100)

$p < 0.000$

* yüzdeler satır yüzdeleridir

Çalışmada değerlendirilen 266 hastanın 99'u (%37.2) daha önceki başvurularında kendilerine herhangi bir tanı söylenmediğini, 5 hasta önceki

tanılarını hatırlamadıklarını belirttiler (Çizelge 4.5). Tanı söylenen 162 hastanın (%61.0) kendilerine söylenen tanılarının dağılımı Çizelge 4.7’de verildi. Tekrar başvuran hastalardan 75’inin grip, idrar yolu enfeksiyonu, enterit, bronşit ve sinüzit gibi enfeksiyon kaynaklı tanılar (%28.2) aldığı tespit edildi.

Çizelge 4.7 Son başvuruda söylenen tanılar

Tanı	Sayı (%)	Tanı	Sayı (%)
Grip	23 (14.2)	Ülser	4 (2.5)
Alerji	14 (8.6)	Safra kesesi	3 (1.9)
İdrar yolu enfeksiyonu	11 (6.8)	Kalp yetmezliği	3 (1.9)
İshal	11 (6.8)	Kist	3 (1.9)
Baş ağrıları	9 (5.6)	Doku travması	3 (1.9)
Bronşit	8 (4.7)	Vertigo	3 (1.9)
Karın ağrısı	7 (4.2)	Zona	3 (1.9)
Böbrek taşı	7 (4.2)	Damarlarla ilgili	3 (1.9)
Kas ağrısı	5 (3.1)	Göğüs ağrısı	3 (1.9)
Doku enfeksiyonu	5 (3.1)	Kulak iltihabı	3 (1.9)
Psikolojik	5 (3.1)	Kafa travması	2 (1.2)
Normal	5 (3.1)	Kadın hastalığı	2 (1.2)
Sinüzit	4 (2.5)	Apandisit	2 (1.2)
Akciğer enfeksiyonu	4 (2.5)	Şeker	2 (1.2)
Hipertansiyon	4 (2.5)	Aşıl kopması	1 (0.6)
TOPLAM	122 (75)	TOPLAM	40 (25)

4.2. Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hastaların Acil Serviste Değerlendirilmesi

Aynı şikayetle tekrar başvuran 266 hastanın 233'ü (%87.6) şikayetlerinde hiç bir azalma olmadığını belirtirken, 21 hasta (%7.9) şikayetlerinin arttığını, 12 hasta (%4.5) ise ek şikayetler geliştiğini belirterek tekrar başvuru yapmışlardır.

Araştırma görevlileri aynı şikayetle başvuran hastalara çalışma formundaki soruları sorduktan sonra, acil serviste yapılan işlemlerle ilgili kısımları doldurdu. Araştırma görevlileri tarafından hastaların 171'ine (%64.3) tetkik yapıldığı ve 175 hastaya (%65.8) acil servis değerlendirilmesi sırasında tedavi uygulandığı tespit edildi. Otuzüç hasta (%12.4) hastaneye yatırıldı. Taburcu olan 190 hastaya (%81.5) reçete verilirken, 177 (%75.9) hastaya poliklinik kontrolü önerildiği ve 14 (%6.0) hastanın ise tekrar kontrole çağrıldığı belirtildi. Acil serviste yapılan değerlendirmeler Çizelge 4.8'de verilmiştir.

Çizelge 4.8. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların acil serviste değerlendirilmesi

Acil Servisteki Değerlendirmelerin Sonuçları	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)
Tetkik istenen	171 (64.3)	95 (35.7)
Tedavi uygulanan	175 (65.8)	91 (34.2)
Taburcu edilen	233 (87.6)	33 (12.4)
Taburcu edilen hastaların çıkış önerileri		
Tekrar kontrol	14 (6.0)	219 (94.0)
Reçete verildi	190 (81.5)	43 (18.5)
Poliklinik kontrolü	177 (76.0)	56 (24.0)
Diğer (Elevasyon, istirahat, vb.)	7 (3.0)	226 (97.0)
Öneri yok	2 (0.8)	231 (99.2)

Aynı şikayetle başvuran hastaların 67'sinin (%28.7) özgeçmişlerinde bir veya birden fazla kronik hastalık hikayesi (diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı) olduğu öğrenildi. Bu hastalarda toplam 88 adet kronik hastalık mevcuttu. Bilinen kronik hastalık olarak 34 hastada (%12.7) hipertansiyon, 30 hastada kronik obstrüktif

akciğer hastalığı olduğu tespit edildi. Eşlik eden kronik hastalıklar Çizelge 4.9’da ayrıntılı olarak verildi.

Çizelge 4.9. Eşlik eden kronik hastalıklar

Eşlik eden kronik hastalıklar	Hasta sayıları
	n (%)
Hipertansiyon	34 (50.8)
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	30 (44.8)
Koroner Arter Hastalığı	11 (16.4)
Diabetes Mellitus	9 (13.4)
Kanser	4 (5.9)

Hastalardan 33’ü (%12.4) hastaneye yatırıldı. Aynı süre içerisinde acil servise yapılan diğer başvuruların hastane yatış oranlarına baktığımızda, tekrar başvuran hastalar ile ilk kez başvuran hastalar arasında hastaneye yatış bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı (Çizelge 4.10)

Çizelge 4.10. Çalışma süresinde acil servise başvuran çalışma hastaları ve diğer bütün hastaların yatış oranları

Hastalar	Taburcu	Yatış	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Çalışma hastaları	233 (87.6)	33 (12.4)	266 (100)
Diğer hastalar	11,440 (87.0)	1,708 (13.0)	13,148 (100)
Toplam	11,673 (87.0)	1,741 (13.0)	13,414 (100)

$p=0.008$ * yüzdeler satır yüzdeleridir

Yatırılan hastalardan 20’si (%60.7) önceki başvurularından farklı tanıyla, 13 hasta da (%39.3) aynı ya da benzer tanıyla yatırıldı. Aynı şikayetle başvuran hastalardan 43’ünde (%16.2) tanı değişikliği yapılmıştır.

Aynı şikayetle tekrar başvuran hastalardan hastaneye yatırılan hastaların yattıkları bölümlere baktığımızda 14 hastanın (%42.4) Cerrahi Bölümlere [Genel Cerrahi 5 hasta, Kadın Hastalıkları ve Doğum 4 hasta, Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları 3 hasta, Ortopedi ve Travmatoloji 1 hasta ve Göğüs Damar Cerrahisi 1 hasta] ve 19 hastanın (%57.6) Dahili Bölümlere [Kardiyoloji 6 hasta, Göğüs

Hastalıkları 6 hasta, Dahiliye 4 hasta, Nöroloji 3 hasta] yatırıldığı saptandı. Çizelge 4.11’de ise hastaların yatış tanıların dökümü görülmektedir.

Çizelge 4.11. Acil servisten yatırılan hastaların yatış tanıları

Farklı tanı ile yatırılanlar		Aynı tanı ile yatırılanlar
Kalkaneus fraktürü	Klavikula fraktürü	Epilepsi
Anaflaksi	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	Epistaksis
Akut karın	Kolesistit	Kolesistit
Anstabil angina pectoris	Myom dejenerasyonu	Kalp yetmezliği
Akut myokard enfarktüsü	Over kist rüptürü	Kronik obstrüktif Akciğer hastalığı (3)
Akciğer kanseri	Pankreatit	Pnömoni (2)
Ektopik gebelik	Peritonsiller abse	Üst solunum yolu enfeksiyonu
Febril nötropeni	Ramsey-Hunt Sendromu	Vertigo
İnkarsere herni	Serebral kitle	Yüksek ventrikül hızlı atrial
Kalp yetmezliği	Vertigo	fibrilasyon (2)

Hastaneye yatırılan 33 hastanın 15’inin (%45.5) özgeçmişinde başvuru şikayetine eşlik eden kronik hastalığı vardı. Kronik hastalıkları olan hastalar içerisinde en yüksek hastaneye yatış hipertansiyon gurubunda olup 5 (%22.7) hasta idi. Yatış oranlarında ise %60.0 ile en yüksek yatış oranını koroner arter hastalıkları olanlar oluşturdu. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan 30 hastadan ise 4’ü (%26.6) hastaneye yatırıldı. Kronik hastalıkları olan 67 hastada yatış oranı ise %22.3 (15 hasta) olarak saptandı. Kronik hastalıkları olmayan ve yatırılan 18 hastanın kronik hastalığı olmayan diğer hastalara göre yatış oranı ise %9.0 olarak belirlendi. Aynı şikayetle tekrar başvurup hastaneye yatırılan hastaların eşlik eden kronik bir hastalığının olup olmaması ile yatış oranları arasında kronik hastalıkları olanlar yönünde anlamlı bir fark saptandı (Çizelge 4.12).

Aynı şikayetle başvurup yatırılan hastalarda en dikkat çekici olan ise kısa sürelerde başvurma sıklığı arttıkça yatış oranlarının da artmasıydı. Hastaların başvurma sayıları arttıkça yatış oranları da artmakta olup aynı şikayetle 3., 4. ve 5 başvuruda bu oran sırası ile %23.1, %42.9 ve %60 düzeylerine çıkmaktadır. Çizelge 4.13’te başvuru sayısına göre yatış oranları verilmiştir.

Çizelge 4.12. Kronik bir hastalık olup olmamasına göre yatış oranları

Aynı şikayetle tekrar başvuran hastalar	Eşlik eden kronik hastalıkları		Toplam
	Olan Sayı (%)	Olmayan Sayı (%)	
Yatırılan	15 (45.5)	18 (54.5)	33 (100)
Taburcu olan	52 (22.4)	181 (77.6)	233 (100)
Toplam	67 (26.1)	199 (74.9)	266 (100)

$p=0.0041$

Çizelge 4.13. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların başvuru sayıları ve başvuru sayılarına göre hastaneye yatış oranları

Başvuru Sayısı	Hasta sayısı	Yatan Hasta Sayı (%)
1	13,414	1,708 (12.7)
2	228	21 (9.2)
3	26	6 (23.1)
4	7	3 (42.9)
5	5	3 (60.0)

4.3. Çalışmanın 2. Fazı: Telefon sorgulaması

Çalışmaya alınan hastalar, 7-10 gün içinde çalışma sorumlusu tarafından arandı. Hastaneye yatırılan 33 hasta dışında kalan 233 hastanın 216'sına telefon ile ulaşıldı. Telefonda sorulan sorulara verilen yanıtlar Çizelge 4.14'de verildi.

Telefon takibinde ulaşılamayan 17 hastaya tekrar başvurusu sırasında yapılan istemler ve öneriler şu şekilde idi; tetkik istenen 6, tedavi uygulanan 8 reçete verilen 8 ve poliklinik önerilen 4. Telefon sorgulamasından sonra hastaların acil servisten yapılan önerilere uyumları değerlendirilirken bu 17 hastaya yapılan öneriler çıkartıldı.

Ulaşılan 216 hastanın 163'ünün (%75.1) şikayetleri tamamen geçmişti. 24 hasta (%11.5) ise şikayetlerinin devam ettiğini ve 29 hasta (%13.4) şikayetlerinin azaldığını bildirdi.

Telefonla ulaşılan 143 hastaya tekrar başvurusu sırasında acil serviste tetkik yapılmıştı. Bu hastalara telefon sorusu olarak "Hastanemizde size herhangi bir tetkik yapıldı mı?" diye sorulduğunda, 134 hasta tetkik yapıldığını söylerken, 15 hasta (%10.5) tetkik yapıldığı halde yapılmadığını belirtti.

Telefon sorgulamasında acil serviste tetkik yapıldığını belirten 134 hastadan 127'si (%94.8) tetkik sonuçlarının kendilerine anlatıldığını bildirdi. Bu hastalardan 2'si kendilerinden kültür alındığını, 2 gün sonra almaları gerektiği söylendiğini ancak sonuçları bilmediklerini belirttiler.

Acil serviste tedavi yapılan 157 hastadan 83'ü (%55.7) acil servisten ayrılırken şikayetinin kalmadığını, 74 hasta ise şikayetinin devam ettiğini bildirdi. Acil serviste tedavi verilsin ya da verilmesin taburcu edilen hastaların 106'sının (%49.0) başvuru şikayeti geçmiş olup; acil serviste şikayeti geçen 11 hasta (%10.4) tekrarlayan şikayetlerle ve şikayetleri devam eden 19 hasta ise (%26.2) aynı şikayetlerle başka bir kuruma tekrar başvurduğunu belirtti.

Acil servisten taburcu edilen ve telefonla ulaşılabilen 216 hastanın 182'sine (reçete verilen 8 hastaya telefon ile ulaşılamadı) acil servisten taburcu edilirken reçete önerisinde bulunulmuştu. Reçete verilen 9 hasta (%4.7) kendisine reçete verilmediğini belirtti. Hastalardan 148'i (%80.4) önerilen tedaviyi uygulamışlardı. Aynı tanıyı alan hastalardan 91'i aynı ilaçlarına devam etmesi önerilmiş olup bu hastalardan 87'si (%95.6) tedaviye uymuştu. Tanısı aynı olan

diğer 16 hastanın ise tedavisinde değışiklik yapılmış olup, bu hastaların tedavi uyumunun %50 olduğu saptandı

Çizelge 4.14. Aynı şikayet ile tekrar başvuran hastaların telefon takibinde alınan bilgiler

Hasta Yanıtları	Evet	Hayır
	Sayı (%)	Sayı (%)
Ulaşılan	216 (92.7)	17 (7.2)
Şikayeti geçen	163 (75.4)	53 (24.6)
Tetkik yapılan	134 (62.0)	82 (38.0)
Sonuçları açıklanan	127 (79.9)	7 (5.2)
Acil serviste tedavi uygulanan	157 (72.7)	59 (27.3)
Taburcu olurken şikayeti geçen	106 (49.1)	110 (50.1)
Tanı söylenen	191 (88.4)	25 (11.6)
Öneri yapılan	356 (92.2)	2 (7.80)
Tekrar kontrol	14 (6.5)	202 (93.5)
Reçete verilen	173 (80.0)	17 (7.9)
Poliklinik önerilen	162 (75.0)	7 (25.0)
Yatış önerilen	0 (0)	216 (100)
Diğer (bandaj, istirahat...)	7 (3.20)	209 (96.8)
Reçete tarifi yapılan	151 (86.2)	22 (12.7)
Tekrar başvuran	30 (13.9)	186 (86.1)

Telefon ile ulaşılan 216 hastanın 173'üne ileri tetkik ve tedavi amaçlı olarak bir veya daha fazla poliklinik kontrolü önerilmişti. Ulaşılan hastalardan 11'i (%6.4) poliklinik önerilerini hatırlamadı. Bu 173 hastanın 52'si (%30.1) polikliniklere başvurduğunu belirtti. Bu hastalara toplam 192 farklı poliklinik kontrolü önerilmiş olup sadece 62 (%32.3) farklı poliklinik kontrolü önerisinin

gerçekleştirildiği tespit edildi (Çizelge 4.15). Poliklinik önerilerinden 126'sı dahili bölümlere, 66'sı cerrahi bölümlere yapılmıştı. Dahili bölüm poliklinik önerilerine uyum %27.7 bulunurken, cerrahi bölümlerin poliklinik önerilerine ise uyum %40.9 olarak saptandı.

Çizelge 4 15. Acil servisten taburcu edilen hastalara yapılan poliklinik önerileri ve telefon takibinde saptanılan öneri uyumları

Bölümler	Poliklinik	
	Öneri Sayı (%)	Başvuru Sayı (%)
Dahiliye	36 (18.8)	7 (19.4)
Göğüs Hastalıkları	28 (14.6)	6 (40.0)
Kardiyoloji	23 (12.0)	9 (39.1)
Üroloji	17 (8.9)	5 (29.4)
Enfeksiyon Hastalıkları	14 (7.3)	4 (28.5)
Kulak Burun Boğaz	12 (6.3)	3 (25.0)
Nöroloji	11 (5.7)	5 (45.4)
Ortopedi	9 (4.7)	5 (55.5)
Genel Cerrahi	8 (4.2)	5 (62.5)
Dermatoloji	7 (3.6)	2 (28.5)
Nöroşirürji	7 (3.6)	4 (57.0)
Psikiyatri	7 (3.6)	2 (28.5)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	6 (3.1)	3 (50.0)
Göz Hastalıkları	4 (2.0)	1 (25.0)
Diş Hekimi	3 (1.6)	1 (33.3)
Toplam	192 (100)	62 (32.3)

- Poliklinik başvurusu sütunundaki yüzdeler önerilere uyum olarak hesaplanmıştır

Reçete verilmeyen ve sadece poliklinik önerilen 30 hastanın 12'si (%40.0) poliklinik önerisine uyarken, reçete verilen ve poliklinik önerilen 143 hastadan 40'nın (%28.0) polikliniklere başvurduğu tespit edildi (Çizelge 4.16). Kontrole çağırılan 14 hastadan 4'üne reçete de verilmiş olup bu hastaların hiçbirisi kontrole gelmemiştir.

Çizelge 4.16. Poliklinik önerilip reçete verilen ve verilmeyen hastaların poliklinik başvuruları

Reçete	Poliklinik kontrolüne		Toplam
	Giden	Gitmeyen	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)*
Verilen	40 (27.9)	103 (72.1)	143 (100)
Verilmeyen	12 (40.0)	18 (60.0)	30 (100)
Toplam	52 (30.1)	121 (69.9)	173 (100)

$p=0.191$ *Sıra yüzdesi

Acil servisten taburcu edilirken hastalara yapılan tüm öneriler ile telefon takibinde hastalardan alınan bilgiler ve hasta uyumları Çizelge 4.17’de verilmiştir.

Çizelge 4.17. Acil servis önerilerinin telefon takibi ve hasta uyumu

Öneriler	Tekrar	Telefon	Önerilere uyum	Telefon ile ulaşılamayan
	başvuru	sorgulamasında		
	önerisi	alınan yanıt		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Reçete	190 (81.5)	173 (91.1)	148 (77.9)	8 (3.2)
Poliklinik	177 (76.0)	162 (91.2)	52 (29.4)	4 (2.3)
Tekrar kontrol	14 (6.0)	14 (100)	2 (14.3)	0 (0)
Diğer	7 (3.0)	5 (71.4)	5 (100)	2 (28.5)

5. TARTIŞMA

Acil Tıp literatüründe aynı şikayetle kısa sürelerde yapılan tekrar başvuruların sıklığı %2-11 arasında saptanmıştır. Aynı şikayetlerle tekrar başvuru yapan hastaların acil servislerin yoğunluğunu arttırdıkları düşünülse de, sayısal anlamda bu yoğunluğa neden olabilecekmış gibi görünmemektedir. Ancak Baer et al. (38) tekrar başvuruları retrospektif olarak incelediklerinde tekrar başvuru yapan hastaların, normal acil servis hasta popülasyonuna göre acil serviste kalış sürelerinin anlamlı olarak artmış olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmada tekrar başvuruların sıklığı %3 olarak saptanmış ve bunun çok fazla bir oran olmasa da, hastaların acil serviste kalış sürelerinin anlamlı olarak artmış olması nedeni ile acil servislerin yoğunluğunu arttırdığını vurgulamışlardır. Acil servislerde hasta bekleme süreleri arttıkça oluşan yoğunluk neden ile de hasta bakım kalitesi düşmektedir (1,6). Hasta bakım kalitesinin düşmesi ise tekrar başvuruların artmasıyla sonuçlanacaktır. Literatürde aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların hasta bakım kalitesinin direkt ölçütlerinden birisi olarak değerlendirildiği çalışmalar da vardır (1,30).

Cardin et al. (1) acil servis yoğunluğunu azaltmağa yönelik çalışmalarının erken tekrar başvuruları arttırıp arttırmayacağını araştırmışlar ve çalışmalarında tekrar başvuruları hasta bakım kalitesinin bir göstergesi olarak almışlardır. Yoğunluğu azaltmaya yönelik girişimleri; acil servis hasta bakım alanının genişletilmesi, laboratuvar, konsültasyonlar ve hastaneye yatışlar açısından yeni prosedürler uygulamak olup, çalışma yorumunda da acil servis yoğunluğunu azaltmaya yönelik bu uygulamalarının başarılı olduğunun göstergesi olarak tekrar başvuru sıklığının artmadığını belirtmişlerdir.

Miro et al. 2 yıl boyunca haftalık tekrar başvuruları ve haftalık mortalite oranlarını takip etmişler ve sonucunda da haftalık tekrar başvurular ve mortalite arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu göstermişlerdir. Çalışmanın önemli sonuçlarından birisi de mortalite oranları ile beraber tekrar başvuru oranlarının, iyi birer hasta bakım kalitesi göstergesi olduğunun görülmesidir (30).

Burada temel sorun hasta başına ayrılan zamanın kısıtlanmasıdır. Hastalara yeterince zaman ayrılamaması ise tanı ve tedavi problemlerini arttıran önemli unsurlardan birisidir (1). Birçok hastalıkta kısa sürelerde doğru tanı ve tedavi

yaklaşımını düzenlemek acil tıp hekimlerinin eğitimleri boyunca kazandıkları bir edininim olsa da, hasta yönetimi sadece tanı ve tedavi aşamasında sonlanmamaktadır. Eksudatif tonsillit tanısı sadece boğaz bakışı ile 10 saniye içerisinde konulabilir, 30 saniye içerisinde tedavisi düzenlenebilir. Hasta bu şekilde çok kısa süre içerisinde taburcu edilebilir. Ancak aynı hasta sorulmamış bir penisilin alerjisi nedeniyle anafaksiyle daha kötü olarak, 24 saat sonra “ben iyileşemedim” diyerek ya da birçok değişik ilk bakı ve eğitim yetersizliklerinden kaynaklanan problemlerle tekrar başvurabilir (1) Hastaya hastalığı ve hastalığının gidişatı ile ilgili bilgi vermek ve verilecekse kullanacağı ilaçları hastaya göre seçmek ve nasıl kullanacağını, ne kadar sürede etkisinin görüleceğini tariflemek yukarıda örneklenen tarzda bir tekrar başvuruyu büyük oranda azaltacaktır. Bunun için de hasta başına ayrılan zamanın artırılması kaçınılmazdır.

Aynı şikayetle kısa sürelerde tekrar başvuruların olması bu konuyla ilgili literatüre bakıldığında 4 temel nedene dayandırılabilir. Bu nedenleri; hastalığa bağlı, hastaya bağlı, hekime bağlı ve tedavi verilen alanların özelliklerine bağlı olarak sıralayabiliriz.

Keith et al (20) tekrar başvurularla ilgili çalışmalarında 297 hastanın 96'sının (%32.3) engellenilebilir başvurular olduğunu belirtmişler ve bu hastalardan 38'inin (%39.6) tıbbi hatalara, 20'sinin (%20.8) yetersiz eğitime ve 35 başvurunun (%36.5) hasta uyumsuzluğuna bağlı olarak oluştuğunu saptamışlardır.

O'Dwyer et al (37)'in çalışmasında da tekrar başvuruların asgariye indirilmesinde en önemli önerinin daha iyi hasta eğitimi olacağı vurgulanmış ve buna gerekçe olarak tekrar başvuran hastaların %50'sinin herhangi yeni bir tedavi verilmeden tekrar taburcu edilmesi olduğunu göstermişlerdir. Eğer tekrar başvuruları engelleyecek eğitim önerisi hastalık ve ilaçlar hakkında ise, hasta faktörüne bağlı tekrar başvuruların hekim faktöründen ayrı tutulması doğru değildir.

Bu temel nedenler tekrar başvurularla ilgili bir çok çalışmada olduğu gibi Miro et al.(13) ile Kelly et al.(39) tarafından da benzer şekillerde araştırılmış olup, örnek olarak Çizelge 5.1'de ayrıntıları ile verilmiştir. Hastaya bağlı nedenler %10-27, hekime bağlı nedenler ise %11-33 arasında saptanmıştır. Her iki çalışmanın sonuçlarında da daha iyi hasta eğitimi (hastalığın ve verilen ilaçların daha iyi tarif

edilmesi) ile tekrar başvuruların azaltılabileceği vurgulanmıştır. Bu eğitimi verecek kişi hekimdir ve hekim bu eğitimi yapmadığı için tekrar başvurular oluyorsa, bu aslında hastaya bağlı tekrar başvuruların hekime bağlı tekrar başvuruların bir alt grubu gibi değerlendirilmesi gerektiği fikrini de desteklemektedir.

Çizelge 5.1. Tekrar Başvuruların ilişkili olduğu durumlar

Çalışanlar	Hasta sayısı (n)	Tekrar başvuru oranı	Hastalığa bağlı nedenler	Hastaya bağlı nedenler	Hekime bağlı nedenler	Sistem Sorunları
Miro et al.(13)	406	% 1.42	% 34	% 10	% 33	% 3
Kelly et al (39)	286	% 2	% 61	% 27	% 11	% 1

Kelly et al. (39) engellenilebilir tekrar başvuruların %27 oranında hastalara, %11 oranında hekimlere bağımlı olduğunu göstermişlerdir. Hastalardan %4.4'ünde çok ciddi tanı hataları saptamışlar ve bunlardan 4'ünün hastaneye yatışı gerekmiş. Bunları engellemenin yolları olarak, daha sık hizmet içi eğitim ve hastalara hastalıkları ve tedavileri açısından daha fazla bilgi verilmesinin yararlı olacağını öne sürmüşlerdir.

Miro et al. (30) acil servise tekrar başvuruların ilişkili olduğu durumları araştırdıkları bir başka çalışmalarında da, özellikle ilk değerlendirmesi tecrübesiz asistanlar tarafından yapılan hastaların anlamlı olarak ($p=0.01$) daha fazla tekrar başvurduklarını göstermişlerdir. Bu çalışmayı yorumladığımızda daha fazla hasta eğitiminin başlangıç noktasının daha fazla hekim eğitimi olacağı açıktır.

Hastaya bağlı nedenleri ortaya koyabilmek en zor değerlendiren parametre olmaktadır. Çalışmamızda hasta faktörünü saptamak için tekrar başvurularda aynı tanıyı alan ve tedavi değişikliği yapılmayan hastaların telefon sorgusu ile değerlendirilmesi yapıldı. Aynı şikayetle tekrar başvurup tanısı değişmeyen ve tedavi değişikliği yapılmayan hastaların oranı %34.2 olup bu hastalardan %93.6'sı aynı ilaçlarla tam olarak iyileştiğini belirtmiştir. Aynı tanıyı alıp aynı tedavi ile iyileşen hastaların hastaya mı hekime mi bağlı tekrar başvurduğunu araştırdığımızda önceki başvurularında bu hastaların %20'sine hastalık ve reçete tarifi yapıldığı anlaşıldı. Bu %20 oranındaki tekrar başvuru hastaya bağlı

başvurular olup bir anlamda kontrol amaçlı keyfi acil servis kullanımı şeklinde de düşünülebilir. Çözüm yine eğitimidir, ancak hedef sadece hastanın eğitimi değil tüm toplumun acil servisleri uygunsuz kullanmamak konusunda eğitilmesi olup, acil servis hekimlerinin tek başlarına çözüm bulamayacağı bir durumdur.

Hastaya bağlı tekrar başvurular içerisinde değerlendirebileceğimiz bir grubu da acil servisi her türlü şikayetlerinde gerekli gereksiz kullanmayı alışkanlık haline getiren 'acil servise sık başvuranlar' oluşturmaktadır. Jack et al. çalışmalarında acil servisten taburcu edilen ve takip eden 72 saat içinde tekrar (*erken*) başvuran hastalar ile yılda 4 ve daha fazla acil servise başvuran (*sık başvuran*) hastalar arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu göstermişlerdir.

Demografik özelliklerin araştırılması, hastaların taburcu oldukları kurumlardan yapılan önerilere uyumlarının araştırılması ile hastaya bağlı tekrar başvuruları hekime bağlı tekrar başvurulardan ayırmada önemli bilgiler elde edilebilir. Çalışmamızda hastaların yaş dağılımlarının diğer hastalarla farklı olmadığı ve kadın hastaların anlamlı olarak daha fazla tekrar başvurduğu görüldü. Literatürde de kadın cinsiyetin tekrar başvuru açısından risk oluşturduğunu destekleyen çalışmalar vardır (11).

Aynı şikayetle tekrar başvuru yapan hastaların dörtte üçünün muayene, tetkik ve tedavi giderleri için herhangi bir ödeme yapmadıkları ve ödeme yapan hastalara göre sayılarının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı. Tedavi giderleri için ödeme yapmayan ve aynı şikayetle tekrar başvuru yapan hastaların acil servisin tüm hasta popülasyonu ile oranlanmasında ise anlamlı farklar saptanmadı. Normal hasta popülasyonuna göre Bağ-Kur'lu hastalar anlamlı olarak daha az başvurmaktadır. Bağ-Kur'lu hastalar tedavi giderlerini hastaneden ayrılırken kendileri ödemekte, acil servisten aldıkları raporla Bağ-Kur'a başvurup daha sonraki bir zamanda yaptıkları ödemelerin yaklaşık %80'ini geri almaktadırlar. Bu sürenin belirsizliği özellikle ekonomik durumu yetersiz olan ya da yaptıkları ödemeleri geri alamayacağını düşünen hastaların aynı şikayetle tekrar başvurularında engelleyici bir faktör olabilir. Ekonomik düzeyden bağımsız bir diğer caydırıcı etken de aşılması gereken bürokrasi ve tekrar hastaneye, tekrar Bağ-Kur'a gitmek şeklindeki uğraşlardan kaçınmak olabilir.

SSK'lı hastaların ise sevk getirme koşulu ile tedavileri ücretsiz olarak yapılmakta olup aynı şikayetle tekrar başvuran SSK'lı hastalar acil servisin diğer SSK'lı hasta başvurularına göre anlamlı olarak daha fazladır. Hasta daha önceden bu yakınması için sevk aldı ise tekrar kolaylıkla sevk alabileceğini düşünerek tekrar başvuru yapabilmektedir.

Sağlık harcamaları emekli sandığı, özel sigorta gibi bir kurum tarafından ücretsiz olarak sağlanan hastaların yaklaşık %88 oranında daha önceki başvurularındaki tanıları ile aynı tanıları alması, sağlık harcamalarını kendileri ödeyen hastaların ise aynı şikayetle tekrar başvurdıklarında sadece %20 oranında önceki tanıları ile aynı tanıları alması dikkat çekici olup, güvencesi olan hastaların olmayanlara göre tekrar başvurma kriterlerini daha geniş sınırlarla belirlediklerini söyleyebiliriz. Tekrar başvuran ve özellikle de güvencesi olmayan hastaların önceki tanıları ve tedavilerine daha şüpheli yaklaşmak yararlı olacaktır. Ayrıca sosyal güvencelerin suistimali ile acil servis yoğunluğun gereksiz arttığı düşünülürse sevk zincirinin tüm basamaklarıyla eksiksiz işlemlerini sağlamak da bir çözüm seçeneğidir.

Tekrar başvuran hastaların yarısı 16:00-23:59 saatleri arasında acil servise başvurmaktadır. Bu saatler insanların genel olarak günlük rutin işlerinin bittiği, çocukların okuldan döndüğü ve acil servislerin alternatifsiz hizmet verdiği saatler olması nedeniyle acil servislerin en kalabalık olduğu saatlerdir. Oktay C. ve ark. (9) acil servis kullanım özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında, benzer olarak en yoğun hasta başvurularının bu saatlerde olduğunu saptamışlar ve bu başvuruların tahmin edilen nedeni ne olursa olsun gündüz saatlerine göre aciliyetlerinin daha uygun olduğunu göstermişlerdir. Bu açıdan bakıldığında bu saatlerde yapılan tekrar başvuruların da titizlikle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların önceki başvurularında sadece üçte birine poliklinik kontrolü önerilmiş olup, hastaların çoğu şikayeti geçmediği durumda acil servislere başvurmak zorunda bırakılmıştır. Hastalar taburcu edilirken hastalıkları ile ilgili poliklinik önerilerinin mutlaka yapılması gerekmektedir. Tekrar değerlendirme sonrası ise poliklinik önerileri %75 düzeylerine çıkmasına rağmen %30 oranında poliklinik başvurusu olması, polikliniklerden haftalar, bazen aylar sonrasına randevu verildiği düşünülürse

şaşırtıcı değildir. Hastaların poliklinik işleyişleri daha hızlı olan cerrahi bölüm polikliniklerine, daha uzun süreler sonra verilen randevularla çalışan dahili bölüm polikliniklerine başvurularından daha fazla uyum göstermeleri de bu durumun bir sonucudur. Acil servisten taburcu olan hastalara, önerilen poliklinikte ne zaman görülmesi gerektiğini belirten raporlar verilip, bu rapora uygun tarihlerde randevu almalarının sağlanması bir çözüm olabilir.

Tekrar başvuruların hastalığa bağlı nedenleri ise daha objektif değerlendirilebilecek nedenlerdir. Acil Tıp Literatüründe tekrar başvuruların sıklığı ve ilişkili olduğu durumlarla ilgili yapılan en uzun süreli araştırmalardan biri olan Liaw et al (12)'ın çalışmasında tekrar başvuruların %79 oranında hastalığın seyrine bağlı nedenlerden kaynaklandığı vurgulanmıştır. Pierce et al. (36) çalışmalarında hastalıklara bağlı tekrar başvuru oranını %53 olarak saptamıştır.

Miro et al. (30) acil servislerine aynı şikayetle 3 gün içinde tekrar başvuran hastaları incelediklerinde en sık nedenin hastaların ilk başvurularındaki hastalıkları ve hastalığın düzeyine bağlı olduğunu saptamışlardır. Tekrar başvurularla en çok ilgili durumun nedeni saptanamayan karın ağrıları olduğu belirtilmiştir.

Goh et al. (34) hastaların %72.3 oranında ilk başvuru şikayetlerinin devam ettiği için başvurduklarını ve bu duruma en çok yol açan hastalıkların astım, mide ağrısı, gastroenterit, renal kolik, minör kafa travmaları ve bel ağrıları olduğunu belirtmişlerdir. Acil servis hekimi, tekrar başvurma potansiyeli yüksek olan hastalıkları tanımalı ve ilk değerlendirmede daha dikkatli olmalıdır. Çalışmalarında ikinci sık grubun (%14.5) hatalı tanıları olduğunu göstermişlerdir. En önemli tanı hatalarının ise akut apandisit ve gastrointestinal sistem kanamaları olduğunu belirtmişlerdir.

McCusker et al. (29) yaşlı hastaların tekrar başvuru nedenlerini incelediklerinde ilk başvurularında sindirim ve solunum sistemleri ile ilişkili şikayetleri olan hastaların sırası ile %29.0, %24.7 oranlarında tekrar başvurduklarını saptamışlardır.

Bizim çalışmamızda tekrar başvuru nedenlerinin en sık enfeksiyon kaynaklı (en sık üst solunum yolları enfeksiyonu) nedenler olduğu görüldü. Tekrar

başvuran hastaların dörtte üçünün bir sisteme yönelik ağrı yakınması mevcuttu. En sık ağrı yakınması olarak baş ağrısı tariflenmiştir. Hastaların primer hastalıklarının doğru tanı ve tedavisi yanı sıra etkili ağrı tedavisi ve analjezinin devamının sağlanması ağrıya bağlı tekrar başvuruları azaltacaktır.

Özgeçmişlerinde epilepsi, renal yetmezlik, astım ve kronik bronşit gibi hastalıkları olan hastaların aynı şikayetle acil servise sağlıklı hastalardan daha fazla başvuru yapması bir çok çalışmada vurgulanmış olup zaten beklenen bir durumdur. Bu hastaların primer olarak takip edildikleri bölümler tarafından daha yakın aralıklarla takipleri ve doğru tedavileri ile tekrar başvuruları önemli oranda azalacaktır (33, 34).

Hastalıklara bağlı tekrar başvurular içerisinde hastaların özgeçmişleri de dikkatle sorgulanmalıdır. Eşlik eden kronik bir hastalığın olması durumunda hastalar hastaneye yatış kriterleri açısından daha titiz değerlendirilmelidir. Özgeçmişlerinde kronik bir hastalık olmayan tekrar başvuru hastalarının hastaneye yatış oranları diğer acil servis başvuruları ile benzer oranlarda olmasına rağmen eşlik eden kronik bir durumun olması hastaneye yatışları anlamlı oranlarda arttırmaktadır.

Çalışmalar sisteme bağlı engellenilebilecek başvuruların toplam hasta başvurularının %1-3'ünü oluşturduğunu göstermektedir. Çalışmamızda tekrar başvuruların bu kısmı araştırılmamış olup, yoğunluk azaltmaya yönelik yeni çalışmalarda bu konunun da araştırılması gerekmektedir. Ancak Oktay C. ve ark. (9) acil servis başvurularını aciliyet yönünden inceledikleri çalışmalarında hastaların %11'inin polikliniklere ulaşamadıklarını ve bu sebeple acil servisi kullandıklarını saptamışlardır. Sevk zincirinin de kolaylıkla suistimal edilebildiği düşünülürse sisteme bağlı tekrar başvuruların, başvuru nedenleri arasında belirgin bir yer alacağı aşikardır.

Çalışmamızda tekrar başvuran hastaların acil servisten hastaneye yatırılan tüm hastalarla karşılaştırıldığında hastaneye yatışları arasında her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ancak hastaların başvurma sayıları arttıkça yatış oranları da artmakta olup Aynı şikayetle 3 , 4 ve 5. başvuruda bu oran sırası ile %23, %42.8 ve %60 düzeylerine çıkmaktadır. Bu durumda aynı

şikayetle başvuran hastalarda özellikle birden fazla başvuru olması durumunda yatış kriterleri açısından hasta daha dikkatli araştırılması gerekmektedir.

Liaw et al (12) 1 yıl boyunca acil servise aynı şikayetle başvuran hastaların özelliklerini araştırmışlar ve aylık tekrar başvuru oranını %1.32-2.38 olduğunu saptamışlar. Bunların nedenlerini araştırdıklarında sadece %7.8'inin hekim hatalarından kaynaklandığını ancak bu hastaların tekrar başvurularında %73.7 gibi çok yüksek yatış oranları olduğunu göstermişlerdir. Ancak aynı şikayetle tekrar başvuran bütün hastaların yatış oranlarına baktıklarında bunun %36.5 olduğunu ve yatış oranlarının diğer acil servis hastaları ile benzer (%36.2) olduğunu belirtmişlerdir.

Miro O. (13) et al hastaların taburculuğu takiben 72 saatlik dönemde tekrar başvurularının oranını %1.42 olarak saptadıklarını ve bunun düşük bir rakam olduğunu belirtmelerine rağmen, çalışmalarında tekrar başvuran hastaların %76'sı hastaneye yatırılmak zorunda kaldığı vurgulanmıştır.

Bizim çalışmamızda da tekrar başvuran hastaların 43'ü (%16.2) ilk tanılarından farklı tanı almıştır. Yatan hastalarda farklı tanı oranı %50 seviyesine ulaşmaktadır. İlk tanıdan farklı tanı alan bu hasta grubunun tekrar başvuru nedenlerinin ilk bakı yetersizliklerine bağlı olduğu düşünülürse hekime bağlı tekrar başvuruların %16.2 civarında olduğunu söyleyebiliriz. Literatürde ki çalışmalarda özellikle hasta kayıtlarının iyi tutulduğu hastanelerde hekime bağlı tekrar başvurular tanı değişikliklerinden kolayca saptanabilmektedir. Önceki başvurularında tanı söylenen hastalardan dörtte üçü daha önceki başvuruları ile aynı tanıyı alarak acil servisten taburcu edilmişlerdir.

Çalışmamızda hekime bağlı tekrar başvurular ve hastalara bağlı engellenilebilir tekrar başvurular, aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların yaklaşık üçte birini oluşturmakta olup daha iyi bir ilk değerlendirme ve hastaların daha uygun bir şekilde yönlendirilmesi ile tekrar başvuruların çoğunun engellenilebileceği söylenilebilir. Literatürde de bu konuda doktorların hasta bakımında tecrübe kazanması (20) ve hastaların bilinçlendirilmesi (18,22) şeklinde öneriler bulunmaktadır.

O'Dwyer et al. (37) tekrar başvuruları incelediklerinde tekrar başvuran 235 hastadan 82'sinin (%35) tekrar başvurma sebebi olarak acil servis doktorlarının

taburcu ederken “Herhangi bir ek şikayet olursa tekrar gelin” diye öneride bulunması olduğunu ortaya çıkartmışlardır. Bu hastalara biraz daha fazla bilgi verilmesinin tekrar başvuruları önemli ölçüde azaltacağını ve o sırada acilde bulunabilecek gerçek bir acile daha fazla zaman ayrılabilceğini belirtmişlerdir. Ancak bu öneri acil servisten taburculuk sırasındaki önerilerin vazgeçilmez bir parçasıdır. Aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesinde bu öneri doğrultusunda gelen hastaların kontrole çağrılan hastalar olarak değerlendirmesi tekrar başvuruların engellenilebilecek nedenleri açısından daha fazla bilgiler sağlayacaktır. Hastaları ve hastalıkları risk gruplarına ayırıp, düşük risk grubundaki hastaları kontrol için sağlık ocakları, kurum hekimleri ya da aile hekimleri gibi hastaların takip edilebilecekleri alanlara yönleltmek bu tarz başvuruları engelleyecektir. Triaaj kategorisi az acil olan hastalar bu şekilde taburcu edilebilir ya da telefon danışmanlığı gibi yeni yöntemler araştırılabilir.

Çalışmayı sınırlayan faktörler olarak daha önceki başvuru yerleri Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi harici yerler olan hastalar bu başvurularını çeşitli nedenler hekime söylemek istememiş olabilecekleri olarak düşünüldü. Günlük pratikte de sağlık karnelerinde daha önceden yazılan ilaçlar ve önceki başvuruları görüldüğünde hastaların bunu söylemesi bize bu olasılığı düşündürdü. Hastaların önceki başvurularını söylememe davranışı da bir araştırma konusu olmalıdır.

SONUÇLAR

Acil servisler hastalar açısından bir çok tetkik ve tedaviye kolaylıkla ulaşılabilir cazip yerlerdir. Hastalar sosyal güvencelerinin izin verdiği sürece hastane acil servislerini, birinci basamak sağlık hizmetlerine tercih etmektedir. Tecrübeli acil tıp uzmanlarının da yaygınlaşması ile daha hızlı tanı ve daha doğru tedavi sunulması acil servislerin hastalar açısından çekiciliğini daha da arttıracaktır.

Zaten yoğun hasta bakılan yerler olan acil servisler, zamanla daha da yoğunlaşacak, hasta başına ayrılan zaman azalacak ve hasta bakım kalitesi etkilenecektir. Bu kaçınılmaz durum karşısında şimdiden acil servis yoğunluklarını azaltmaya yönelik girişim ve çalışmalar yapılmalıdır. Sevk zincirinin etkin hale getirilmesi, uygunsuz acil servis kullanımlarının azaltılması, hizmet içi eğitimin artırılması, hastaların ilk değerlendirilmesinde tanısal hataların azaltılması ve taburcu edilen hastalara, hastalıklarının tanı ve tedavileri hakkında yeterli bilgi verilmesi ve poliklinik kontrollerine ulaşma yöntemlerinin iyileştirilmesi acil servislerdeki hasta yoğunluğunu azaltacaktır.

Aynı şikayetle kısa sürelerde olan tekrar başvuruların engellenmeye çalışılması da bu çabalardan biri olmalıdır. Bu hastaların başvurularının %36.2'sini hekime bağlı (yanlış tanı ve yetersiz hasta eğitimi) engellenilebilir başvurular oluşturmaktadır. Hastanın ilk değerlendirilmesinde tecrübeli hekimler olması ile hekim faktörüne bağlı; hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi, beklenen seyrinin anlatılması, kullanacağı ilaçlar varsa tarifi ve beklenen potansiyel etki ve yan etkilerinin anlatılması ile hasta faktörüne bağlı tekrar başvurular önemli ölçüde azalacaktır. Bütün bu anlatılanların doğru olarak uygulanmasına rağmen tekrar başvurular olacaktır. Bu durumda hastalar çok dikkatli değerlendirilmeli, hastaneye yatmasını gerektirecek semptom ve bulgular açısından araştırılmalıdır. Başvuru sayısı arttıkça yatış oranının artacağı unutulmamalıdır. Bu durum aynı şikayetle başvuran hastanın eşlik eden kronik hastalığı varsa daha da önem kazanmaktadır. Hastaneye yatması gerekmeyen hastaların ise ilk tanı ve tedavileri iyi sorgulanmalı, eğer tanı farklılığı yoksa ve ilk verilen ilaçlar uygunsa ilaç değişikliğinden kaçınılmalıdır. İlaç değişikliklerinde anlamlı olarak hasta uyumsuzluğu oluşmaktadır.

ÖZET

Acil servis hastalarının %2-11'ini aynı şikayetle kısa süreler içerisinde tekrar başvuran hastalar oluşturmaktadır. Bu başvuruların % 40'lara varan bölümü engellenilebilir başvurulardır. Bu çalışmada ki amacımız; aynı şikayetle başvuran hastaların sıklığını, başvuru yakınmalarının neler olduğunu, hastaneye yatış oranlarını, engellenilebilir olanlarını ve tekrar başvuran hastalarda hekim önerilerine uyumu saptamaktır.

Bu prospektif çalışmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne dört ay boyunca aynı şikayetle son 5 gün içerisinde bir hekime ya da sağlık kurumuna başvurmuş ve bir hekim tarafından sevk edilmemiş olan hastalar değerlendirilmeye alındı. Bu hastaların demografik bilgileri, başvuru nedenleri, daha önceki başvuru yerleri ve zamanları, uygulanan tedavileri, önceki başvurularında hastalıkları hakkında kendilerine söylenen tanıları ve tedavi bilgileri, tedavi uyumları sorgulandı. Acil servisten taburcu edilen hastalar 7-10 gün içerisinde telefonla aranılarak öneriler uyumları ve takip değerlendirilmeleri yapıldı. Elde edilen veriler önceki başvurusu ile ilgili verilerle karşılaştırıldı.

Çalışma döneminde acil servise toplam 13,414 hasta başvurdu. Kriterlerimize uyan 266 hasta (%2.0) çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan hastalardan %58.2'si kadındı ve bu oran toplam hasta başvurularının cinsiyet dağılımından anlamlı olarak farklıydı. Hastalardan 33'ü (%12.5) hastaneye yatırıldı. Acil servisten yapılan tüm yatışların oranıyla tekrar başvuran hastaların yatış oranları arasında anlamlı bir fark yoktu. Ancak 3., 4. ve 5. başvurularda bu oranın belirgin olarak arttığı saptandı. Eşlik eden kronik hastalığı olan hastalardan 15'i (%22.3) hastaneye yatırıldı. Tekrar başvuru yapan hastalar arasında, hastaneye yatırılma açısından kronik bir hastalık hikayesinin olup olmamasının anlamlı bir fark oluşturduğu görüldü. Aynı şikayetle başvuran hastalar özellikle eşlik eden kronik hastalıkların da olması durumunda çok dikkatli değerlendirilmelidir.

Hastaların tedavi uyumsuzluğuna bağlı olarak tekrar başvuru yapması %19.9 ve önceki tanıları ile farklı tanı alarak tedavi değişikliği yapılması ise %17.2 oranında saptandı. Hastalara daha fazla bilgi verilmesi, hekimlerin bu konuda hizmet içi eğitimin artırılması bu başvuruların %37.1 oranında azalmasını

sağlayacaktır. Sosyal güvencesi olmayan hastalar sosyal güvencesi olan hastalara oranla daha az tekrar başvuru yapmakta ve bu hastalarda daha fazla tanı değişikliği olmaktadır.

Acil servise aynı şikayetle tekrar başvurular iş yükünü arttırmakta ancak yoğunluğa etki etmemektedir. Daha fazla hizmet içi eğitim ve hasta eğitimi ile yeniden başvurular belirgin olarak azalacaktır. Tüm bunlara rağmen tekrar başvurular olursa bu hastalar yanlış tanı, yanlış tedavi ve hastaneye yatış gerektiren durumlar açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Cardin S, Afilalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A. Intervention to decrease emergency department crowding: Does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003;41:173-184
- 2- Derlet RW, Nishio D, Cole LM, Silva J. Triage of the patients out of the emergency department: Three-year experience *Am J Emerg Med* 1992;10:195-199
- 3- Shih FY, Ma MH, Chen SC, Wang HP, Fang CC, Shyu RS, Huang GT, Wang SM. ED overcrowding in Taiwan: Facts and Strategies. *Am J Emerg Med* 1999;17:198-202.
- 4- Pope D, Fernandes CM, Bouthillette F, Etherington J. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *CMAJ* 2000;162:1017-1020.
- 5- Rieffe C, Oosterveld P, Wijkkel D, Wiefferink C. Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. *Accid Emerg Nurs* 1999;7:217-225
- 6- Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000;35:63-68.
- 7- Lynn SG, Kellerman AL. Critical decisionmaking: managing the emergency department in an overcrowded hospital *Ann Emerg Med* 1991;20:287-292.
- 8- Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med* 2001;8:1095-1100.
- 9- Oktay C. Acil servis başvurularının aciliyet yönünden değerlendirilmesi ve acil servisin kullanım özellikleri. Uzmanlık tezi; T.C Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İlk Ve Acil Yardım Anabilim Dalı, İzmir 1999.

- 10- American College of Emergency Physicians Board of Directors. Definition of emergency medicine and emergency physician. *Ann Emerg Med* 1986;15:1240-1241.
- 11- James A Gordon, Lawrence C An, Rodney A Hayward, Brent C Williams. Initial emergency department diagnosis and return visits: risk versus perception. *Ann Emerg Med* 1998;32:569-573
- 12- Liaw SJ, Bullard MJ, Hu PM, Chen JC, Liao HC. Rates and causes of emergency department revisits within 72 hours. *J Formos Med Assoc* 1999;98:422-425.
- 13- Miro O, Jimenez S, Alsina C, Javier Tovillas-Moran F, Sanchez M, Borrás A, Milla J. Unscheduled revisits in medical emergency units at the hospital: incidence and related factors. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:610-615.
- 14- Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med* 2000;7:637-646.
- 15- Gail M, O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RH, O'Sullivan P, Conolly EM, Stein MD. Inappropriate emergency department use: The eye of the beholder. *Acad Emerg Med* 1995;2:349-352.
- 16- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun. Karakuzu İ. Türk Sağlık Mevzuatı. 1. Baskı Ankara 1996:71-77
- 17- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis Kayıtları Bilgi İşlem Mediacil Programı.
- 18- DeSalvo A, Rest SB, Nettleman M, Freer S, Knight T. Patient education emergency room visits. *Clin Perform Qual Health Care*. 2000;8:35-37.
- 19- Lerman B, Kobernick MS. Return visits to the emergency department. *J Emerg Med*. 1987;5:359-62
- 20- Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, Krome RL, Ross MA. Emergency department revisits. *Ann Emerg Med*. 1989;18:964-8.

- 21- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Karakuzu İ. Türk Sağlık Mevzuatı. 1. Baskı. Ankara 1996:579-603.
- 22- Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: Appropriate or not? *Ann Emerg Medicine* 1994;24:953-957.
- 23- Riggs JE, Davis SM, Hobbs GR, Paulson DJ, Chinnis AS, Heilman PL. Association between early returns and frequent ED visits at a rural academic medical center. *Am J Emerg Med* 2003;21:30-31.
- 24- Gifford MJ, Franaszek JB, Gibson G. Emergency physicians' and patients' assessments: Urgency of need for medical care. *Ann Emerg Med* 1980;9:502-507.
- 25- Berner AR. Triage. In Harwood-Nuss AL, Linden CH, Luten RC, Shepherd SM, Wolfson AB (eds). *The Clinical Practice of Emergency Medicine* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996:1525-1527.
- 26- 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: 215-223.
- 27- Derlet RW, Nishio DA. Refusing care to patients who present to an emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19: 262-267.
- 28- Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D, Washington D, Grumbach K. Refusing care to emergency department patients: Evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med* 1994;23:286-293.
- 29- McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emer Med* 2000;7:249-259.
- 30- Miro O, Antonio MT, Jimenez S, De Dios A, Sanchez M, Borrás A, Milla J. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med* 2000;7:79-80.
- 31- Geller J, Janson P, McGovern E, Valdin A. Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *J Fam Pract* 1999;48:801-804.

- 32- Okuyemi KS, Frey B. Describing and predicting frequent users of an emergency department. *J Assoc Acad Minor Phys* 2001;12:119-123.
- 33- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency room without being seen a physician. Causes and consequences. *JAMA* 1991;266:1085-1090.
- 34- Goh SH, Masayu MM, Teo PS, Tham AH, Low BY. Unplanned returns to the accident and emergency department--why do they come back? *Ann Acad Med Singapore* 1996;25:541-546.
- 35- Friedmann PD, Jin L, Karrison TG, Hayley DC, Mulliken R, Walter J, Chin M. Early revisit, hospitalization, or death among older persons discharged from the ED. *Am J Emerg Med* 2001;19:125-129.
- 36- Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. "Bounces": an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19:752-757.
- 37- O'Dwyer F, Bodiwala GG. Unscheduled return visits by patients to the accident and emergency department. *Arch Emerg Med* 1991;8:196-200.
- 38- Baer RB, Pasternack JS, Zwemer FL Jr. Recently discharged inpatients as a source of emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2001;8:1091-1094.
- 39- Kelly AM, Chirnside AM, Curry CH. An analysis of unscheduled return visits to an urban emergency department. *N Z Med J* 1993;106:334-336.
- 40- Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J, Porter R. Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med* 1985;14:672-676.

Ekler

Ek 1. Hasta Değerlendirme Formu

ACİL SERVİSE AYNI ŞİKAYET İLE TEKRAR BAŞVURU YAPAN

HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastanın Adı Soyadı: Yaşı:.....
Dosya No: Telefon No:.....
Sosyal Güvencesi: Memur ES SSK Bağ-kur
Yeşil Kart Özel Sigorta Yok (ücretli)
Geliş Tarihi:/...../200.. Geliş Saati: :

Paramedik tarafından sorulacaklar:

- Bu şikayetiniz nedeni ile son 5 günde herhangi bir sağlık kurumu ya da bir hekime başvurdunuz mu?
Evet
- Başka bir sağlık kurumu ya da bir hekim sizi buraya sevk ederek mi gönderdi? Hayır

Acil Tıp Asistanları tarafından doldurulacak: (Bir önceki başvurusu hakkında)

- Hastanın başvuru şikayeti nedir?
.....
- Bu şikayet nedeni ile kaç kez bir sağlık kurumu ve/veya bir hekime başvurdunuz?
1 2 3 4 5 ve daha fazla
- Son başvuru tarihi ve saati nedir? .../.../200... :
- Son başvurduğunuz kurum ya da hekim?
Akdeniz Ü Hastanesi Acil Servis Akdeniz Ü
Hastanesi polikliniği
Devlet Hastanesi SSK Hastanesi
Sağlık Ocağı Semt Polikliniği
Özel Hastanesi Özel Polikliniği
Özel Muayenehane Diğer
- Son başvurduğunuz yerde herhangi bir tetkik yapıldı mı?
Evet Hayır
- Tetkik sonuçları size açıklandı mı ya da verildi mi?
Evet Hayır
- Son başvurduğunuz yerde herhangi bir ilaç tedavisi uygulandı mı?
Evet Hayır
- Son başvurduğunuz yerden taburcu olurken şikayetiniz devam ediyor muydu?
Evet Hayır
- Son başvurduğunuz yerden taburcu olurken size hastalığınız hakkında her hangi bir tanı söylendi mi?
Evet Hayır
- Size söylenen tanı nedir? *—hastanın ifadesini yazınız*
.....

Acil Tıp Asistanları tarafından doldurulacak: (Şu andaki başvurusu

hakkında)

•BU GÜN ACİL SERVİSE TEKRAR BAŞVURMANIZIN NEDENİ

NEDİR?

(Hasta istediği cevabı vermekte serbesttir ve birden fazla cevap verebilir)

•Kronik hastalığı var mı?

Hayır

Evet : DM

HT

KAH

CA

Operasyon

Diğer

•Hasta için herhangi bir tetkik istendi mi?

Evet

Hayır

•Hastaya herhangi bir ilaç tedavisi uygulandı mı?

Evet

Hayır

•Hastanın acil servisteki tanısı nedir?

•Hastaya neler önerildi?

Tekrar kontrol

Reçete verildi

Poliklinik kontrolü önerildi

Yatış

Öneride bulunulmadı

Diğer

•Reçete verilen hastaya

Aynı ilaçlara devam etmesi önerildi

İlaçları değiştirildi

Ek ilaç verildi

İlaçları stoplandı

Formu Dolduran Araştırma Görevlisinin Kaşesi

**ACİL SERVİSE AYNI ŞİKAYET İLE TEKRAR BAŞVURU YAPAN
HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Çalışma sorumlusu tarafından hasta 7-10 gün içinde telefonla
aranacak.**

- Hastanın arandığı tarih ve saat : ... / ... / 2003 ... / ...
Ulaşıldı Ulaşılmadı
- Şikayetiniz geçti mi?
Evet Hayır
- Acil servisimizde herhangi bir tetkik yapıldı mı?
Evet Hayır
- Tetkik sonuçları size açıklandı mı ya da verildi mi?
Evet Hayır
- Acil servisimizde size herhangi bir ilaç tedavisi uygulandı mı?
Evet Hayır
- Acil servisimizden taburcu olurken şikayetleriniz devam ediyor muydu?
Evet Hayır
- Acil servisimizden taburcu olurken size hastalığınız hakkında bir tanı
söylendi mi?
Evet Hayır
- Size söylenen tanı nedir? ...
- Acil hekimimiz size ne önerilerde bulundu?
Tekrar kontrol Reçete verildi
Poliklinik kontrolü Yatış
Öneride bulunulmadı Diğer ...
- Reçete verildi ise kullanacağınız ilaçlar size anlatıldı mı?
Evet Hayır
- İlaçları tarif edildiği şekilde kullandınız mı?
Evet Hayır
- Bu şikayetiniz nedeni ile başka kurum ya da hekime başvurdunuz mu?
Evet, ... Hayır

GEÇMİŞ OLSUN

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ**