

Acil Tıp Anabilim Dalı'nda konsültasyon sisteminin işleyişi ve etkinliğinin değerlendirilmesi

Evaluation of the process and effectiveness of consultation system in the Department of Emergency Medicine

Zeynep KARAKAYA,¹ Yüksel GÖKEL,¹ Ayça AÇIKALIN,² Olcay KARAKAYA³

AMAÇ

Hasta ayırımı, konsültasyon, radyoloji ve laboratuvar incelemeleri gibi farklı süreçler acil serviste geçirilen toplam bekleme süresini belirlemektedir. Bu durum göz önüne alındığında, konsültasyon sistemi ve işleyişini değerlendirmenin önemi açıktır. Bu çalışmada, konsültasyon sisteminin işleyişi değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

İleriye dönük ve tanımlayıcı bu çalışma, acil servise başvuran ve konsültasyon istenen 276 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Bu hastalardan toplam 342 konsültasyon istendi; başvuru şikâyetleri, yaşamsal bulguları ve genel durumlarına göre çok acil, acil ve acil olmayan olarak sınıflandırıldı. Anket formları acil tıp araştırma görevlilerince dolduruldu.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastalardan en sık dahiliye konsültasyonu istendiği (%72) görüldü. Konsültasyona yanıt süresi 29±43 dk olarak hesaplandı. Konsültasyona en hızlı yanıt veren bölüm kardiyoloji iken, en geç gelen bölüm genel cerrahi idi. Hastaların aciliyet derecesi arttıkça, konsültasyon süresinde anlamlı azalma görüldü.

SONUÇ

Çalışmamızda, acil görevlilerince acil servise başvuran hastaların aciliyetlerinin belirlenmesinin, konsültasyon etkinliğini belirleyen en önemli etmen olduğu bulundu. Acil servislere hasta başvurularının gelecekte daha çok artacağı düşünüldüğünde, konsültasyon ile ilgili daha ayrıntılı ve ileriye dönük çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Acil servis; bekleme süresi; konsültasyon.

BACKGROUND

Triage, consultations, and radiological and laboratory test processes have different effects on the total waiting time in the emergency department (ED). Under these circumstances, the importance of the consultation system process and effectiveness of consultation becomes very clear. Our aim in this study was to verify the process of the consultation system.

METHODS

This prospective and defining study was performed with 276 patients admitted to the ED. A total of 342 consultations were requested. These patients were classified as very urgent, urgent and non-urgent according to their problems, and a survey form was completed by the ED resident.

RESULTS

The most frequently requested consultation was to the Department of Internal Medicine (72%). Mean time for reply to the consultation was 29±43 minutes. The earliest reply to the consultation was from Cardiology while the latest responders were the general surgeons. Timeline for replying to the consultation was shorter depending on the urgency of the case.

CONCLUSION

In our study, we determined that the most important factor for the effectiveness of consultation was the definition of the urgency of the patients by the residents in the ED. Since the number of patients admitting to the ED will continue to increase in the future, more detailed prospective studies are needed about the efficiency of consultation in the ED.

Key Words: Emergency department; waiting time; consultation.

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Adana;

²Gaziantep 25 Aralık Hastanesi, Acil Tıp Bölümü, Gaziantep;

³Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Adana.

¹Dept. of Emergency Medicine (EM), Çukurova University, Faculty of

Medicine, Adana; ²Dept. of EM, Gaziantep 25 Aralık Hospital, Gaziantep;

³Dept. of Radiology, Ekrem Tok Mental Health Hospital, Adana, Turkey.

Acil servise başvuran hasta sayıları kurum içi hizmet paylaşımında acil servislerin önemini ortaya koyacak düzeydedir.^[1] Kaliteli bir acil tıp hizmeti için uygun bir bina ve tıbbi donanım gibi fiziki koşullar yanında, yetmişmiş insan gücü, etkin ve sürekli hizmet akışının sağlanabilmesi için, diğer birimlerce de kabul edilmiş işleyiş yönetmelikleri gerekmektedir. Bu şekilde hasta bakım kalitesinde ve çalışanların memnuniyetinde artış saptanabilir.^[2] Acil serviste hastaların en önemli memnuniyetsizlik nedenlerinden birisi kuşkusuz hastanın bekleme süresinin uzamasıdır. Bu sürenin uzamasına hasta ayırımı, konsültasyon, radyoloji ve laboratuvar incelemeleri gibi farklı süreçler değişik oranlarda katkıda bulunmaktadır.^[3]

Konsültasyon hastadan birinci derecede sorumlu hekimin, hasta izlemi sırasında değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim olduğuna karar vermesi durumunda ya da hastanın isteği üzerine başka bir uzmanlık dalından meslektaşına danışması olarak tanımlanmaktadır.^[4] Konsültan hekim, hastanın ikincil hekimidir ve hastayı sahip lenmesi, önerdiği tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasını ve sonuçlarını izlemesi ve hastanın birincil hekimi ile sürekli iletişim içinde olması gerekir.^[5] Konsültan hekim acil servise gelerek değerlendirmesini yapar ve önerilerini acil servis hasta dosyasında kendisine ayrılan bölüme yazar, hastanın durumunun gerektirdiği kendi uzmanlık alanını ilgilendiren girişimlerde bulunur.^[6] Hastanın birincil doktoru konsültan hekimin önerilerini uygun bulmazsa başka bir konsültan hekimin değerlendirmesini isteyebilir.^[7] Ülkemizde konsültasyon ile ilgili Türk Tabipler Birliği'nce yayınlanmış yönetmelik olmasına karşın, aslında her kurum kendi yapılandırmasını, olanakları çerçevesinde gerçekleştirmektedir.^[6]

Hekim konsültasyon gerektiğine karar verdiğinde, gerekçesini hastasına ve/veya hasta yakınlarına uygun ve anlaşılır bir dille anlatır ve onayını alır. Konsültasyon istenen hekim, çağrıya uymak zorundadır.^[5] Bizim hastanemizde acil servisinde konsültasyonlar, iç hat telefonlarla yapılmaktadır. İç hatlara ek olarak cep telefonları da uygun olarak kullanılmaktadır. Hekim hastasını oluşabilecek her sorunda

olduğu gibi konsültasyondan kaynaklanan gecikmelerden de haberdar etmekle yükümlüdür.^[5]

Bu çalışmada, henüz konsültasyon sistemi ile ilgili herhangi bir yönetmeliği bulunmayan, hastanemiz acil tıp servisinde uygulanan konsültasyon sistemin etkinliğinin değerlendirilerek, aksaklıkların saptanması ve düzeltilmesine yönelik araştırma yapılması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

İleriye dönük ve tanımlayıcı bu çalışmada, fakülte etik kurulu onayından sonra, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı'na 21.12.2003 ile 29.09.2004 tarihleri arasında başvuran ve herhangi bir nedenle konsültasyon istenmesinin gerekli olduğu, yaşları 15-95 arasında değişen 276 hasta alındı; 276 hastadan 342 konsültasyon istendi. Birden fazla bölümden konsültasyon ihtiyacı olan hastalarda her konsültasyon ayrı ayrı değerlendirildi. Çalışmaya alınan hastalar için form düzenlendi. Hasta formlarına tanıları, yaş, cinsiyet, istenen laboratuvar ve görüntüleme incelemeleri, bunların istenme ve sonuç gelme zamanları, hastaların aciliyeti, konsültasyona çağrılan bölüm, görüşülen hekim ve konsültasyona cevap verme süreleri, hastaların acil serviste kalış süreleri yazıldı. Hastalar başvuru şikâyetleri, yaşamsal bulguları ve genel durumlarına göre *çok acil*, *acil* ve *acil olmayan* olarak sınıflandırıldı (Tablo 1).^[8]

Hastaların acil servise günün hangi saatlerinde sık başvurduğu belirlendi. Acil servise başvuran hastalardan istenen konsültasyonların bölümlere göre dağılımına bakıldı ve aciliyet derecesine göre hasta oranlarının bölümlere dağılımı incelendi. Bölümlerin konsültasyona yanıt verme hızlarının, hastaların aciliyet dereceleri ile olan ilişkisi değerlendirildi. Konsültasyon isteminden önce acil hekimince istenen incelemeler, istem zamanı ve sonuçların kliniğimize ulaşma zamanlarına bakıldı. Konsültasyon sonrası tekrar inceleme istenip istenmediği sorgulandı (Tablo 2-4).

Hastaların acil servise başvuru anından, acil ser-

Tablo 1. Hastaların çok acil, acil, acil olmayan şekillerinde sınıflanması amacı ile kullanılan ölçütler

Çok acil	Akut ve yaşamı tehdit etme olasılığı olan durumlar
Acil	Akut ve yaşam tehlikesi bulunmasına karşılık, birkaç saat içinde değerlendirme ve tedavi gerektiren yakınma, bulgu, hastalık veya yaralanma
Acil olmayan	Subakut veya kronik, yaşamı veya organı tehdit etmeyen, artmış hastalık ve hasar bırakan, korunmak için 24 saat içinde değerlendirme ve yaklaşım gereken yakınma, yaşamsal bulgular, hastalık veya yaralanma

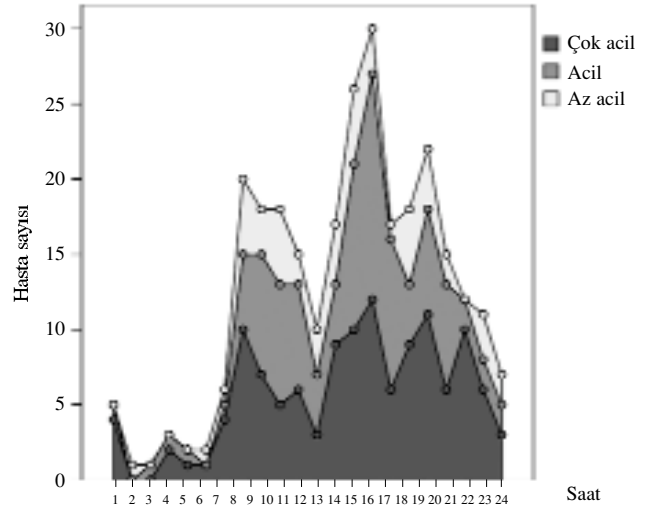
visten çıkışına kadar olan süre hesaplandı ve bu sürenin hastaların aciliyet oranları ile ilişkisi olup olmadığı saptandı. Acil serviste kalış süreleri beklenenden uzun olan hastalarda, gecikmenin sebebi araştırıldı ve tablo haline getirildi. Verilerinde eksiklik bulunan hastalar çalışma dışında bırakıldı.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi "SPSS 13.0 for Windows" programı kullanılarak yapıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Post Hoc Tukey HSD test; niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare test kullanıldı. Sonuçların anlamlılığı $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Acil servise başvuran 276 hasta ardışık olarak değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı; $47 \pm 20,2$ (dağılım 15-95) yıl idi. Cinsiyete göre dağılımında, hastaların 152'si (%55,1) erkek, 124'ü (%44,9) kadın idi. İlk değerlendirmenin ardından hastalar aciliyet durumlarına göre aciliyet ölçütleri kullanılarak üç gruba ayrıldı. Hastaların %45,3'ü çok acil olarak kabul edilirken, %36,6'sı acil ve %18,1'i acil olmayan grup olarak sınıflandırıldı.

Hastaların başvurusu sayısı en fazla (%10,9) 16:00-18:00 saatleri arasında olmakla beraber, genel olarak gece saatlerinde (00:00-08:00) hasta sayısının belirgin olarak düştüğü (%5,1) görüldü (Şekil 1).



Şekil 1. Hasta sayılarının acil servise başvuru saatlerine göre dağılımı.

Ancak gece (saat 16:00-08:00 arası) ve gündüz (saat 08:00-16:00 arası) saatleri arasında ortalama konsültasyon süreleri bakımından anlamlı fark görülmedi ($p > 0,05$).

Acil servisten konsültasyon için çağrılan olguların aciliyet dereceleri ile konsültasyon istenilen klinikler karşılaştırıldı. Buna göre, göğüs ve kalp damar cerrahisinin acil servisten aranma nedenlerinin tamamını çok acil hastalar oluşturdu (%100), bunu kardiyoloji servisi izledi (%81) (Tablo 3).

Acil servisten konsültasyon için en sık aranan bö-

Tablo 2. Konsültasyona yanıt verme sürelerinin hasta aciliyeti ile ilişkisi

	Toplam	Çok acil (dk:sn)	Acil (dk:sn)	Acil olmayan (dk:sn)	p12	p13	p23
İç hastalıkları	22:00±23:40	16:45±04:44	23:14±26:47	25:33±25:04	0,27	0,21	0,76
Kadın hastalıkları ve doğum	14:47±11:47	13:10±08:22	21:52±22:30	14:10±04:54	0,32	0,70	0,38
Genel cerrahi	44:17±45:55	28:10±35:28	52:00±35:12	02:16:40±33:17	0,09	0,02*	0,02*
Nöroloji	18:02±11:53	18:00±14:45	16:00±06:59	20:37±13:44	0,71	0,70	0,41
Ortopedi	24:59±27:10	13:53±06:30	35:42±34:31	12:30±02:53	0,04*	0,61	0,03*
Beyin cerrahisi	19:00±17:19	16:44±17:43	23:45±11:05	45:00±00:00	0,34	0,12	0,19
Göğüs hastalıkları	29:45±27:38	19:10±14:58	40:00±26:47	27:08±35:20	0,09	0,60	0,45
Kardiyoloji	06:40±10:24	06:10±10:58	08:45±8:32	-	0,63	-	-
KBB hastalıkları	30:00±24:44	20:00±10:00	32:30±29:47	33:45±27:48	0,39	0,41	0,95
Göğüs ve kalp damar cerrahisi	11:32±04:44	11:32±04:44	-	-	-	-	-
Üroloji	37:00±22:00	25:00±30:24	40:50±19:04	-	0,47	0,55	0,68
Enfeksiyon	28:34±14:38	30:00±00:00	30:00±18:01	26:40±17:33	1,00	0,89	0,83
Plastik cerrahi	17:51±08:35	13:00±02:44	30:00±00:00	-	0,00*	-	-
Göz hastalıkları	13:20±19:24	15:00±21:12	12:30± 21:47	-	0,90	-	-
Reanimasyon	15:50±09:42	15:50±09:42	-	-	-	-	-
Psikiyatri	13:45±02:30	-	15:00±00:00	13:20±02:53	-	-	0,67
Ortalama	22:33±25:04	23:59±32:41	36:00±53:17	34:54±50:11	0,00*	0,01*	0,85

*: İstatistiksel olarak anlamlı karşılaştırmalar $p < 0,05$.

P12: Çok acil ve acil hastaların karşılaştırması; P13: Çok acil ve acil olmayan hastaların karşılaştırması; P23: Acil ve acil olmayan hastaların karşılaştırması.

Tablo 3. Hastaların aciliyet derecesine göre konsültasyon istemlerinin bölümlere dağılımı

	Çok acil Sayı (Yüzde)	Acil Sayı (Yüzde)	Acil olmayan Sayı (Yüzde)	Toplam Sayı (Yüzde)
İç hastalıkları	20 (%11,8)	34 (%29,8)	18 (%31)	72 (%21,1)
Kadın hastalıkları ve doğum	33 (%19,4)	8 (%7)	6 (%10,3)	47 (%13,7)
Genel cerrahi	22 (%12,9)	10 (%8,8)	3 (%5,2)	35 (%10,2)
Nöroloji	10 (%5,9)	10 (%8,8)	8 (%13,8)	28 (%8,2)
Ortopedi ve travmatoloji	9 (%5,3)	14 (%12,3)	4 (%6,9)	27 (%7,9)
Göğüs hastalıkları	6 (%3,5)	8 (%7)	7 (%12,1)	21 (%6,1)
Kardiyoloji	17 (%10)	4 (%3,5)	–	21 (%6,1)
Beyin cerrahi	20 (%11,8)	4 (%3,5)	1 (%1,7)	25 (%7,3)
KBB hastalıkları	3 (%1,8)	6 (%5,3)	4 (%6,9)	13 (%3,8)
Göğüs ve kalp damar cerrahisi	13 (%7,6)	–	–	13 (%3,8)
Üroloji	3 (%1,8)	6 (%5,3)	1 (%1,7)	10 (%2,9)
Enfeksiyon hastalıkları	1 (%0,6)	3 (%2,6)	3 (%5,2)	7 (%2,0)
Plastik cerrahi	5 (%2,9)	2 (%1,8)	–	7 (%2,0)
Göz hastalıkları	2 (%1,2)	4 (%3,5)	–	6 (%1,8)
Reanimasyon	6 (%3,5)	–	–	6 (%1,8)
Psikiyatri	–	1 (%0,9)	3 (%5,2)	4 (%1,2)
Toplam	170 (%100)	114 (%100)	58 (%100)	342 (%100)

lüm iç hastalıkları olmasına karşılık, çok acil hasta grubuna çağırılma oranı, acil olarak değerlendirilen gruba göre daha düşük bulundu.

Hastaların çok acil hastalar için konsültasyon yanıt süreleri kısalmışken (00:23:59±00:32:41 saat), acil ve acil olmayan hastalar için çok anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 2). Konsültasyona en hızlı cevap veren bölüm kardiyoloji servisi iken (06:40±10:24 sn), konsültasyon istemine en geç yanıt veren servis genel cerrahi olarak bulundu.

İlk değerlendirme sonrası aciliyetlerine göre çok acil, acil ve acil olmayan şeklinde sınıflandırılan hastalardan istenen laboratuvar inceleme sayıları arasında farklılık görülmedi ($p>0,05$). Acil servisten

istenilen laboratuvar inceleme sonuç alma süresi ortalama 01:03:39±00:23:29 dakika olarak bulundu. Aciliyet derecelerine göre ulaşma sürelerinin karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Görüntüleme incelemeleri açısından bakıldığında, acil servisten en çok istenen inceleme akciğer grafisi idi (%60,5); acil olmayan hasta grubundan istenen görüntüleme incelemelerinin, çok acil ve acil olan gruplara göre oldukça düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$). Beyin bilgisayarlı tomografisi (BBT) istenme oranı çok acil hastalar için %20 iken, acil olmayan grupta %6 idi ($p<0,05$). Diğer görüntüleme incelemelerin (spiral bilgisayarlı tomografi, vertebra tomografi, Doppler ultrasonografi [USG]) acil olmayan hastaların hiçbirinden istenmediği görüldü. Gö-

Tablo 4. Acil serviste istenen laboratuvar incelemeleri

	Çok acil Sayı (Yüzde)	Acil Sayı (Yüzde)	Acil olmayan Sayı (Yüzde)	Toplam Sayı (Yüzde)	Kons. sonrası
Tam kan sayımı	107 (%85,6)	84 (%83,2)	43 (%86)	234 (%84,8)	2 (%0,6)
Acil biyokimya	105 (%84)	83 (%82,2)	42 (%84)	230 (%83,3)	2 (%0,6)
Tam idrar incelemesi	14 (%11,2)	17 (%16,8)	6 (%12)	56 (%20,3)	2 (%0,6)
Kan gazı	22 (%17,6)	26 (%25,7)	8 (%16)	37 (%13,4)	3 (%0,9)
Diğer incelemeler	46 (%36,8)	16 (%15,8)	5 (%10)	67 (%24,3)	1 (%0,3)
BBT	25 (%20)	8 (%7,9)	3 (%6)	36 (%13)	2 (%0,6)
USG	15 (%12,2)	10 (%9,9)	2 (%4)	27 (%9,8)	10 (%2,9)
Akciğer grafisi	71 (%56,8)	65 (%64,4)	31 (%62,2)	167 (%60,5)	1 (%0,3)
Direkt grafi	23 (%18,4)	26 (%25,7)	9 (%18)	58 (%21)	3 (%0,9)
Diğer görüntüleme	3 (%2,4)	1 (%1)	–	4 (%1,4)	2 (%0,6)

Tablo 5. Hastaların acil serviste uzun süre bekleme nedenleri

Gecikme nedenleri	Sayı (Yüzde)
Yer açılması beklendi	19 (%6,9)
Tedavinin bitmesi beklendi	10 (%3,6)
Personel beklendi	9 (%3,3)
Hasta yakınları beklendi	8 (%2,9)
Ameliyathane beklendi	1 (%0,4)
Diyaliz/diyaliz hemşiresi beklendi	2 (%0,7)
Konsültana ulaşamadı*	6 (%2,1)
Uzmana danışılması beklendi	4 (%1,4)
Toplam	59 (%21,4)

*Konsültan hekimin ameliyat, girişim, resüsitasyon ya da başka birimlerdeki konsültasyon istemlerinde olduğunda ulaşamamasını anlatmaktadır.

rüntüleme incelemelerin yapılma süreleri, hastanın incelemesinin görüntüleme birimine ulaşır ulaşmaz yapılabildiği göz önünden tutularak çalışmamıza alınmadı.

Konsültasyon ile değerlendirilen hastalardan konsültan hekimler tarafından ek incelemelere gereksinim varlığı araştırıldı. Laboratuvar incelemeleri için 10, görüntüleme incelemeleri için ise 18 adet ek istem talebinde bulunulduğu saptandı.

Hastaların acil servise başvuru anından konsültasyon isteme anına kadar bekleme süresi 01:06:05±0:59:44 saat, acil servisten başvuru anından acil servisten yatış ya da taburculuğuna kadar toplam bekleme süresi 02:31:20±01:46:24 (en az 00:10:00, en çok 11:00:00) saat olarak bulundu. Çok acil olarak değerlendirilen hastaların bekleme süresi 01:55:32±01:37:57 saat (en az 00:10:00, en çok 11:00:00) iken, acil olgularda 03:00:11±01:45:54 saat (en az 00:20:00, en çok 10:30:00) ve acil olmayan olgularda 03:01:54±01:42:04 saat (en az 00:45:00, en çok 10:30:00) olarak hesaplandı.

Çalışmaya alınan 276 hastanın 221'i (%80,1) yoğun bakımlar veya servislere yatırıldı, 44'ü (%15,9) acil servisten taburcu edildi, 3'ü (%1,1) yer olmadığından kurumlarına gönderildi, 7'si (%2,5) kendi isteğiyle ayrıldı ve 1'i (%0,4) acil serviste hayatını kaybetti. Acil serviste kalış süresinin beklenenden uzun olmasının nedeni; yatış için yer açılmasının beklenmesi, tedavinin bitmesinin beklenmesi, personel ve hasta yakınlarının beklenmesi gibi çok farklı nedenlerin olduğu görüldü (Tablo 5).

TARTIŞMA

Acil tıp, sağlık sorunu olan kişinin ölüm veya sakatlığını önlemeye yönelik kararların çok hızlı bir

şekilde alınması ve hemen uygulanmasını içerir. Bu tıp hizmetinin her yerde ve kesintisiz olarak ulaşılabilir olması önemlidir. Hastalıkların çeşitliliği sınırsızdır ve başvuran her hasta bilinmezdir. Bu açıdan acil servislerin yapılması ve çalışma biçimi hasta bakım niteliğini doğrudan etkiler.^[9] Belli ölçütlere göre hastalar çok acil, acil, acil olmayan hastalar olarak sınıflandırılmalı, hızlı bir şekilde tanı ve tedavisi başlanmalıdır.^[8]

Son yıllarda nüfus artışı ve iç göçlere ek olarak, eğitim hastaneleri acil servislerinde hasta yoğunluğu gün geçtikçe artmakta ve bu durum acil servislerde verilen hizmetin aksamasına yol açmaktadır. Çalıştığımız hastanesinin bölgenin en donanımlı hastanelerinden biri olması sebebiyle, sevk zincirinin son halkası olma özelliğindedir; bu özelliğinden dolayıdır ki, acile başvuran hastaların yatış oranı en yüksek olan hastanelerin başında gelmektedir.

Hastaların acil serviste bekleme süresi, laboratuvar incelemeleri, görüntüleme incelemeleri, konsültasyon istenmesi, yatış ya da taburculuk işlemlerinin yapılması ve en sonunda hastanın acil servisten çıkışına kadar tüm bekleme sürelerini içine alır. Hasta bekleme sürelerindeki artış, hasta bakım kalitesindeki düşmenin yanında, güvenlik sorunları ve çalışma verimindeki düşmeyi de beraberinde getirir. Acil servislerdeki kesintisiz ve hızlı hizmet sunma zorunluluğu, bekleme süresindeki uzamasına neden olabilecek her durumun belirlenip düzeltilmesine yönelik çalışmalara önem verilmesini gerektirmektedir.

Çalışmamızın verileri değerlendirildiğinde acil servise başvuran hastaların 152'sinin erkek, 124'ünün kadın olduğu görüldü. Başvuru sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmadı ve bu sonucun kaynaklardaki çalışmalarla uygunluk gösterdiği bulundu.^[10-12] Ayrıca acil servise başvuru saatleri incelendiğinde, 16:00-18:00 saatleri başvurunun en yoğun olduğu dönem iken, saat 00:00'dan sonra gece boyunca hasta sayısı belirgin olarak azaldığı görüldü (Şekil 1).

Acil servisten istenen laboratuvar incelemesi sonuç alma süresi yaklaşık bir saat kadar sürmüş olup bu süre sadece tam kan sayımı istendiğinde azalmış, ancak beraberinde biyokimyasal incelemeleri de istendiğinde daha uzun sürdüğü görülmüştür. Bu sürenin acil servis için uzun olduğu, bu konuda Türkiye'de diğer hastanelerin sonuçları ile karşılaştırıldığında rahatlıkla söylenebilir. Öyle ki, Arıkan ve arkadaşlarının^[13] yaptıkları çalışmada, biyokimyasal incelemeler için bekleme süresi 28:46'dk iken, tam

kan sayımı sonuçları için bu süre 07:94'dk olarak bulunmuştur. Genç ve arkadaşlarının^[1] yaptıkları hasta bekleme sürelerine ilişkin başka bir çalışmada, biyokimyasal inceleme sonuçlarının ortalama 15 dakika ve tam kan sayımları için bekleme süresini ise 10 dakika olarak belirlemişlerdir. Kliniğimizde hizmet veren laboratuvar merkezi nitelikte olup, yataklı sağlık kurumlarında merkez laboratuvarların yanı sıra oluşturulan klinik içi laboratuvarlar ile aynı nitelikte daha hızlı sonuç vermenin olası olduğunu gösteren çalışmalar vardır.^[14,15]

Çalışmaya alınan 276 hastadan toplam 342 konsültasyon istendiği görüldü. En fazla konsültasyon istenen bölümler sırasıyla iç hastalıkları 72 (%21,1), kadın hastalıkları ve doğum 47 (%13,7) ile genel cerrahi 35 (%10,2) olarak saptandı. Yapılan bir başka çalışmada ise, en fazla konsültasyon istenen bölümler sırasıyla kardiyoloji, ortopedi ve travmatoloji, iç hastalıkları ve genel cerrahi olarak bulunmuştur.^[16] Yine bir başka üniversite hastanesinde yapılan araştırmada en sık konsültasyon istenen bölümlerin sırasıyla iç hastalıkları, kardiyoloji ve nöroloji olduğu bildirilmiştir.^[17] Bu farkın nedeni, acil tıp anabilim dalı araştırma görevlilerinin kardiyoloji olgularını değerlendirmede gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları olabilir. Nitekim yapılan bir başka çalışmada kardiyoloji konsültasyonlarının etkinliği araştırılmış ve kardiyoloji araştırma görevlileri ile acil tıp araştırma görevlilerinin kalp ile ilgili yakınmalarla başvuran hastaları, değerlendirme ve sonuçlandırmaları kıyaslanmış, anlamlı fark saptanmamıştır.^[18]

En az konsültasyon istenen bölümler ise psikiyatri 4 (%1,2), reanimasyon 6 (%1,8) ve göz hastalıkları 6 (%1,8) olarak bulunmuştur. Çalışmaya alınan hastaların hiçbirinden dermatoloji konsültasyonu istenmemiştir. İstenen radyoloji konsültasyonu az olmamakla beraber, incelemesinin yapılma hızı, acil servisten hastanın ilgili birime götürülmesi ile ilişkili olduğundan çalışmaya alınmamıştır.

Tüm konsültasyonlar incelendiğinde ise, konsültasyon istemine en hızlı yanıt veren bölüm kardiyoloji bölümü iken, en geç yanıt veren bölüm genel cerrahi bölümü olarak bulunmuştur. Çok acil hastalar için istenen konsültasyonlarda en hızlı yanıt veren bölüm yine kardiyoloji bölümü iken, en geç gelen bölüm ise enfeksiyon hastalıkları bölümü olarak saptanmıştır. Tüm konsültasyonlar ele alındığında ise konsültasyon hızını en önemli belirleyen faktörün hasta aciliyeti olduğu görülmüştür.

Konsültasyon sonrası yeni incelemelere gereksi-

nim duyulup duyulmadığı sorgulanmış, tüm hastalardan ek inceleme olarak 10 adet laboratuvar ve 18 adet görüntüleme istendiği saptanmıştır. Görüntüleme incelemeleri içinde en çok istenen 10 adet istemle USG olmuştur. Konsültasyon sonrası istenen istemler ile ilgili bir çalışma bulunmadığından, bu sayıların fazla olup olmadığı karşılaştırılamamıştır.

Çalışmamızda, hastaların acil servise başvuru anından, yatış ya da taburculuğuna kadar geçen ortalama süre, 2 saat 31 dakikadır. Çalışmamızda ortaya çıkan bekleme süresinde, çalışmadaki tüm hastalardan konsültasyon istenmiş olmasının etkisi büyüktür. Konsültasyon gereksinimi olmamış hastaların da dahil edilmesiyle yapılacak başka çalışmalarda, bu sürenin daha kısa olacağını düşünmekteyiz. Çok acil olarak değerlendirilen hastalar için bu süre 1 saat 55 dakika olarak bulunmuştur. Acil ve acil olmayan hastalar için bu süre hesaplandığında 3 saat olarak hesaplanmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde 2002 yılında yapılan araştırmada, hastanede kalış süresi 2 saat olarak bulunmuştur.^[16] Oktay ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada,^[19] acil serviste ortalama kalış süresi 3,3 saat bulunmuştur. Kaliforniya'da yapılan bir çalışmada^[20] ise, ortalama kalış süresi 56 dakikadır. Bununla birlikte aynı çalışmada, hastaların %42'si herhangi bir doktor tarafından görülebilmek için en az 1 saat acil serviste beklemek zorunda kalmışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2002 yılı, *Center for Disease Control and Prevention* verilerine göre ortalama kalış süresi ise 3,2 saattir ve acil servis hastalarının yaklaşık üçte ikisi, 1 ila 6 saat acil serviste beklemektedir.^[21]

Başka çalışmalarda özellikle yatış gerektiren hastaların acil serviste uzun süre kalmalarının acil servis yoğunluğunu arttırdığı kanıtlanmıştır.^[20,22] Çalışmamıza alınan 276 hastanın 221'i (%80,1) yoğun bakım veya servislere yatırıldığı görülmüştür. Yatış oranının oldukça yüksek oluşu, konsültasyon istenme nedeninin büyük oranda hasta yatırma amaçlı olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Acil servisten istenen konsültasyonlar, başvuran hastaların özelliklerine bağlı olduğu kadar, görevli ekibin klinik bilgi, deneyim ve acil servisin teknik donanımına göre değişmektedir.

Çalışmamızda sonlanması geciken 59 hasta incelendiği zaman en sık gecikme nedeninin 19 hasta ile yer açılmasının beklenmesi olduğu görüldü. Hastanemiz bölge hastanesi idi ve yüksek doluluk oranı ile hizmet vermesi nedeniyle hasta yatışı sırasında yer açılmasının beklendiği görülebilmekteydi. Gecikme-

nin diğer nedenlerinin 9 hasta ile ilgili birime götürecektir hizmetli bulunmaması ve 8 hasta ile resmi yatış ya da çıkış işlemlerini yapacak hasta yakını bulunmaması olduğu görüldü. Acil serviste tedavisi başlanarak, servise çıkışı tedavi sonrasında bırakılmış hasta sayısı 10 olup diğer 13 hastada ise farklı nedenler bulunmuştur.

Çalışmamız sırasında sadece konsültasyon istenen hastaların verileri kaydedilmiştir. Bu nedenle aynı döneme ait konsültasyon istenmeyen hastaların bekleme süreleri hakkında yeterince bilgi sahibi olunamamıştır.

SONUÇ

Konsültasyon istenen birimlerin, konsültasyona hızlı yanıt vermelerinde en önemli unsurun, hasta aciliyetlerinin değerlendirilmesi olduğu bulundu. Konsültasyonların en sık yatış amaçlı istendiği görüldü. Hastaların acil serviste ortalama süreden fazla kalmalarının en sık nedeninin hastanedeki yer sıkıntısından kaynaklandığı saptandı. Acil servise hasta başvurularının en fazla 16:00-18:00 arasında olduğu görüldü ve bu saatlerde, çalışan sayısında artış gerekliliği vurgulandı.

KAYNAKLAR

1. Genç M, Eğri M, Pehlivan E, Kırımlıoğlu V, Yılmaz S. Acil servise başvuran hastaların bekleme zamanları üzerine bir çalışma. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1999;6:337-9.
2. Schootman M, Zwerling C, Miller ER, Torner JC, Fuortes L, Lynch CF, et al. Method to electronically collect emergency department data. Ann Emerg Med 1996;28:213-9.
3. Barber Perez P, Gonzalez Lopez-Valcarcel B. Stimulation of a hospital emergency department and its potential use in management. Gac Sanit 1994;8:239-47.
4. Holliman CJ. The art of dealing with consultants. J Emerg Med 1993;11:633-40.
5. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. T.C. Sağlık Bakanlığı. Resmi Gazete, 1960; 4/12578 no lu karar.
6. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Türk Tabipler Birliği 'Etik kurallar mevzuatı' 1960; 6023 nolu yasa 59/g maddesi.
7. Atilla R, Çımrın AH. Konsültasyon önerileri. İzmir: Acil

- Servis ve Akademik Acil Tıp; 2002. s. 184-7.
8. Berner AR. Triage. In: Harwood-Nuss AL, Linden CH, Luten RC, Shepherd SM, Wolfson AB. The clinical practice of emergency medicine. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 1525-7.
9. URL:www.saglik.gov.tr/saglik istatistikleri/1995.
10. 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.
11. 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.
12. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J, et al. Inappropriate emergency department visits. Ann Emerg Med 1985;14:672-6.
13. Arıkan S, Akalın N, Tıgılı E, Yalçın M, Akalın N, Çabkın A. Acil servise başvuran hastaların test istek-sonuç sürelerinin ve gece-gündüz farklarının karşılaştırılması. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2004;4:1-3.
14. Kilgore ML, Steindel SJ, Smith JA. Evaluating stat testing options in an academic health center: therapeutic turnaround time and staff satisfaction. Clin Chem 1998;44:1597-603.
15. Fleisher M, Schwartz MK. Strategies of organization and service for the critical-care laboratory. Clin Chem 1990;36:1557-61.
16. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye'de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005;5:5-13.
17. Demircan C, Çekiç C, Akgül N, Odabaşı A, Çalışır N, Kıyıcı S. Acil dahiliye ünitesi hasta profili: 1 yıllık deneyim. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;31:39-43
18. Kıyan S. Acil Tıp Hekimlerince İstenen Kardiyoloji Konsültasyonlarının Uygunluğunun Araştırılması. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
19. 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.
20. Lambe S, Washington DL, Fink A, Laouri M, Liu H, Scura Fosse J, et al. Waiting times in California's emergency departments. Ann Emerg Med 2003;41:35-44.
21. McCaig LF, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 emergency department summary. Adv Data 2004;(340):1-34.
22. American College of Emergency Medicine. Hospital and emergency department overcrowding. Ann Emerg Med 1990;19:336.