



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSTE GERÇEKLEŞTİRİLEN KONSÜLTASYON SÜRECİNİN  
İNCELENMESİ**

**Dr. Serdar Süha DÖNMEZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**BURSA - 2016**



**T.C.**  
**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSTE GERÇEKLEŞTİRİLEN KONSÜLTASYON SÜRECİNİN**  
**İNCELENMESİ**

**Dr. Serdar Süha DÖNMEZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Doç. Dr. Özlem KÖKSAL**

**BURSA - 2016**

## İÇİNDEKİLER

1. Özet.....	ii
2. İngilizce Özet.....	iv
3. Giriş.....	1
4. Gereç ve Yöntem.....	17
5. Bulgular.....	19
6. Tartışma ve Sonuç.....	28
7. Kaynaklar.....	36
8. Teşekkür.....	41
9. Özgeçmiş.....	42

## ÖZET

Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (UÜ-SUAM) Acil Servisine başvuran ve herhangi bir bölüme konsültasyonu yapılan hastaların epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi ve konsültasyon sürecinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya 1 aylık süreçte acil servise başvuran ve herhangi bir bölüme konsültasyonu yapılan 2013 hasta alındı. Hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, ön tanı/tanıları, hastaneye yatış veya sevk ve mortalite oranları gibi epidemiyolojik özellikleri ile konsülte edildiği bölümler, acil serviste kalış süreleri ve konsültasyon süreleri araştırıldı.

Hastaların 1287'si (%63.9) erkek, 726'sı (%36.1) kadın olup, yaş ortalaması ( $\pm$  standart sapma);  $45\pm 21.7$ , medyan yaş; 43 ve yaş aralığı; 0-98 idi. Hastaların 521'i (%25.9) 16:00-19:59 saatleri arasında başvurmuş olup, en sık başvuru saatlerinin de bu saatler arasında olduğu saptanmıştır. Acil serviste en sık konsültasyon isteme nedenleri; basit travma (%33.5) ve kardiyovasküler hastalıklardı (%9.5). Hastaların %58.6'sı acil servisten taburcu edilirken, %27.9'u değişik kliniklere yatırıldı ve %9.1'i başka bir sağlık kuruluşuna sevk edildi. Hastalar için en fazla İç Hastalıkları bölümünden konsültasyon istenirken (%19.57), en az Dermatoloji bölümünden (%0.5) konsültasyon istendi. Ortalama konsültasyon sonuçlanma süresi;  $156.9\pm 68$  dk idi. Acil serviste 8 saatten uzun süre kalan hasta sayısı 407 (%20.21) idi. Konsültasyon süresini uzatan nedenler arasında; en sık herhangi bir bölüm tarafınca uygulanan ek tedavi veya tanısal girişimler (%2.8) olduğu görüldü. Hastaların yaşı ile konsültasyon istenme sayısı ve hastaların acil servise başvurduğu saat ile konsültasyon istenme sayısı arasında anlamlı ilişki saptandı ( $p<0.05$ ).

Sonuç olarak, acil servislerin işleyişinde konsültasyonlar önemli yer tutmaktadır. Hızlı ve etkin bir konsültasyon işleyiş sistemi için acil servis hekimi ve konsültan hekimin işbirliği gerekli olup, bu süreç içerisinde rol alan tüm etkenlerin hasta yararına odaklı olması sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Acil servis, Konsültasyon, Hasta karakteristikleri.



## SUMMARY

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

In this study, we aimed to evaluate the epidemiological characteristics of the patients who admitted to Emergency Department (ED) in Uludağ University Health Care and Research Centre and consulted to any department and the process of consultations.

The study included 2013 patients who admitted to the ED and consulted to any department for 1 month. The epidemiological characteristics of patients such as age and gender, prediagnosis /diagnosis, hospitalization or referring to other hospital and mortality rates and the consulted departments, stay length in ED and process of consultation were investigated.

1287 patients (63.9%) were male, 726 patients (36.1%) were female and the mean age was  $45\pm 21.7$  year, median age was 43, and age range was 0-98. 521 (25.9%) of patients have applied to hospital between at 16:00-19:59 hours and these were the most common appeal hours. The most frequently reasons of consultation requests were, not-complicated traumas (33.5%), cardio-vascular diseases (9.5%) in ED. 58.6% of patients were discharged from ED, 27.9% of the patients were hospitalized to different clinics, 9.1% of the patients were referred to another health center. Patients were asked to consult the most internal medicine department (19.57%) and the fewest dermatology department (0.5%). The mean duration of consultations result was  $156.9\pm 68$  min. 407 (20.21%) patients stayed in the ED longer than 8 hours. Additional therapies or diagnostic interventions (2.8%) which have performed by any department were the most reasons that increased the length of consultation. There was a significant relationship between the patient's age and the number of consultation request and between the patients age and time of the patients admitted to the ED ( $p<0.05$ ).

In conclusion, consultations in the ED is very important. The emergency physician and the consultant physician cooperation is necessary for a fast and effective consultation system, and all factors involved in process should have been focused on benefit of patient.

**Key words:** Emergency Department, Consultation, Patient characteristics.



## GİRİŞ

Sağlık sistemleri; insanların yaşamlarında önemli bir yer olan sağlık sorunlarını çözmek için insanlık tarihi boyunca değişik yöntemlere başvurmuş ve günümüzdeki modern haline ulaşmıştır. Bu sağlık sorunları içinde acil durumların önemli bir yeri vardır ve bir insanın ölümlü yaşam arasındaki ince çizgisini oluşturur. Bu yüzden tedavi hizmetlerinde acil servislerin (AS) farklı bir yönü olmuştur.

Acil servisler, hastanelerde her türlü acil hastanın bakıldığı, günün 24 saati kesintisiz hizmet veren birimlerdir. AS'e hastalar, 112 veya özel ambulans aracılığıyla, başka hastanelerden veya polikliniklerden sevk gelebileceği gibi kendini "acil hasta" hisseden herkes doğrudan başvurabilmektedir. AS'e gelen hastaların bakımı, ilk değerlendirmenin ardından yapılan tedavi ve girişimle akut sorununun çözümlenip taburcu edilmesi veya tedavisinin devamı için hastalığı ile ilgili bölüme yatırılması ya da başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi ile sonuçlanır. Bu döngünün hızlı olması, hasta mağduriyetine yol açmaması için hem hastane öncesi Acil Tıp Hizmetleri Sisteminin hem de hastane içinde AS akışının iyi organize edilmesi gerekir. Aynı zamanda bu döngüde meydana gelen her eksiklik telafisi mümkün olmayan hatalara neden olmaktadır. Bu yüzden AS'ler ideal hizmeti her an verebilecek konfora sahip olmalı ve profesyonel bir ekiple hizmet vermelidir. Ayrıca AS'ler gerek çalışanı ve donanımı gerekse yapısı itibarıyla bilimsel veriler ışığında ve öngörülen standart kurallara göre oluşturulmalıdır (1-4).

Acil Tıp; bir hastalık nedeniyle acil bakıma gereksinimi olan hastalara, yardım çağrısı istendikten sonra, eğitilmiş ve donanımlı bir ekip tarafından olay yerinde yapılan ilk değerlendirme sonrası, stabilizasyon ve acil tedavinin başlandığı, ambulansla hastaneye nakil sırasında tedaviye devam edildiği ve daha sonra nakledildiği hastanedeki acil serviste tanısal girişimler ve ileri tedavi süreçlerinin hızlı bir şekilde yapıldığı ve hastalığı ile ilgili kliniğe yatışına veya başka bir hastaneye sevk edilene ya da tedaviyle



stabilizasyon/iyileşme sağlanıp AS'den taburcu edilene kadar süren hizmetler bütünü olup başvuran tüm hastaların kabul edilip değerlendirildiği, multidisipliner yaklaşım gerektiren ve konsültasyonların vazgeçilmez olduğu bir tıp alanıdır. Acil Tıp, öncelikle AS'lerdeki hizmetlerle ilgilenmekle beraber aynı zamanda hastane öncesi sağlık hizmetleri (ilk yardım, ambulans vb) ve afet tıbbı ile de ilgilenir. Acil hastalıkların çözümü için hem hastane öncesi hem de AS'lerde sunulan hizmetin kalitesinin artırılması gerekir. Böylece ölüm ve sakatlıkların önlenmesi ve sonuçta toplum sağlığının yükseltilmesi hedef alınmıştır (1,5-7).

Dünyada AS'ler ve Acil Tıp Hizmetlerinin kurulması 1960'larda başlamıştır. 1950 ve 1960'lı yıllarda Kore ve Vietnam Savaşlarında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ordusunda yaralılara hastane öncesi bakım ve travmalı hastaya yaklaşım konusundaki tecrübeler artmıştır. 1966'da Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi Ulusal Araştırma Konseyi Travma ve Şok Komitesi tarafından yayınlanan ve Vietnam savaşında yaralanan bir askerin New York'ta vurulan bir sivilden daha fazla yaşama şansı olduğunun ileri sürüldüğü "Kaza sonucu ölüm ve sakatlık: Modern toplumların ihmal edilmiş hastalığı" başlıklı rapor, ülke çapında hastalara sunulan acil bakımın yetersizliği ve acil tıp hizmetlerinin önemi konusunda farkındalık yaratmış ve tüm ülkede bölgesel acil tıp hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi çalışmalarına ivme kazandırmıştır (8). 1970 yılında Acil Tıp Hizmetleri Sistemi kurulmuş ve acil tıp teknisyenleri-paramedikler yetiştirilmeye başlanmıştır. İlk Acil Tıp Uzmanlığı Programı 1970 yılında Cincinnati Üniversitesinde açılmıştır. 1972'de "911 Acil Çağrı Sistemi" kurulmuş, hasta veya yaralıya hastane öncesi ilk yardım ve tedavi için eğitilmiş personel ve donanımlı ambulans hizmetleri gelişmiştir. Daha sonraki yıllarda Acil Tıp Hizmetleri Sistemi ve Acil Tıp Uzmanlığı ABD'nin diğer bölgelerinde ve dünyanın diğer ülkelerinde de giderek yaygınlaşmıştır (3,9,10). 1991 yılında Avrupa Birliği, hastane öncesi acil yardım için ABD'deki 911 Acil Çağrı Sistemine benzer şekilde, birlik ülkelerinde "112" numarasının tüm acil durumlar için tek numara olarak kullanılmasını önermiştir (5-7).

Ülkemizde hastane öncesi bakımla ilişkili Acil Tıp Hizmetleri Sistemi, ilk olarak belediyeler ve Sağlık Bakanlığının işbirliğiyle 1986 yılında 3 büyük ilde (Ankara, İstanbul, İzmir) “077” no’lu telefonla ulaşılan “077 Hızır Acil Servisi” adıyla hizmete başlamıştır. 1993 yılında Acil Tıp Teknikeri (ATT) eğitim programı başlatılmıştır. Yine aynı yıl ilk olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmuş ve sonraki yıllarda diğer tıp fakültelerinde de kurulmaya başlanmıştır. 1994 yılında Sağlık Bakanlığının başlattığı bir proje doğrultusunda, “077 Hızır Acil Servisi” yerine “112” numaralı telefonla ulaşılan “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” kurulmuş ve sonraki yıllarda ülke çapında yaygınlaşmıştır. Acil Tıp Hizmetleri Sisteminde hastane öncesi bakımla ilişkili eğitilmiş personel ve donanımlı ambulanslar nicelik ve nitelik olarak artırılırken “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” ile il içi ve ulusal düzeyde hastanelerin AS’leri ve yoğun bakım üniteleri arasındaki iletişim organizasyonu da iyileştirilmiştir (7,11).

Hastane öncesi acil hizmetlerle ilişkili bu gelişmeler olurken, paralel olarak hastane içindeki AS’lerde de gelişmeler olmuştur. AS’ler, 1960 öncesi dönemde genellikle hastanenin bir köşesinde tek bir odanın ayrıldığı, tek hemşire ve/veya hekimin olduğu birimlerken, Acil Tıp Hizmetlerinin gelişmesine paralel olarak AS donanımlarında artış, alanlarda genişleme olmuş ve AS’ler giderek Acil Tıp Uzmanlarınca yönetilir hale gelmiştir (11,12).

Üniversite hastanelerinde, daha önceden bir öğretim üyesi sorumluluğunda başka klinik dallardan araştırma görevlilerinin aylık rotasyonla AS’de görevlendirilmeleri ile AS hizmetleri sürdürülürken, acil tıp uzmanlık eğitiminin gelişmesiyle bugün için Üniversite hastanelerinin büyük çoğunluğunda AS hizmetleri Acil Tıp Anabilim Dallarının sorumluluğunda sürdürülmektedir. Ancak bu anabilim dalının henüz kurulmadığı az sayıda Üniversite hastanesinde eski sistemle (rotasyonlu araştırma görevlileri aracılığıyla) çalışılmakta veya Acil Dahiliye ve Acil Cerrahi şeklindeki bir organizasyonla AS’ler hizmet vermeye devam etmektedir (13,14).

Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil olguların özelliği ve olguların branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki koşulları, mevcut malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum,

bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak 3 farklı düzeyde kategorize edilirler.

- **Düzyey I konumundaki acil servisler:** Temel yaşam desteği, ileri yaşam desteği, travma resüsitasyonu, ayaktan hasta bakımı ya da yoğun bakım gerektirmeyen hasta veya yaralı takiplerinin yapıldığı acil servislerdir.

- **Düzyey II konumundaki acil servisler:** Düzyey I konumundaki acil servislere ek olarak uzman hekim düzeyinde değerlendirilmelerin yapıldığı, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi gibi görüntüleme olanaklarının olduğu acil servislerdir.

- **Düzyey III konumundaki acil servisler:** Düzyey I ve II konumundaki acil servislere ek olarak ileri tetkik ve tedavi yapma olanaklarının bulunduğu 24 saat uzman hekim düzeyinde tedavinin yapıldığı acil servislerdir (14,15).

Üniversite hastanelerindeki AS'ler ideal olarak Düzyey III konumunda olup, uygun alan ve yeterli donanıma sahip olmalıdır. AS'ler, hastane dışından ulaşımı kolay bir lokalizasyonda olmalı, hastane içinde de gerek kliniklere ve polikliniklere, gerekse ameliyathane, laboratuvar ve Radyoloji birimlerine yakın olmalıdır. AS'ler mimari yapı olarak acil hastalara en kısa zamanda müdahale edecek şekilde oluşturulmalı; triyaj odası, hasta muayene alanları, resüsitasyon odası, gözlem odaları ve travmalı hastalar için ayrı müdahale alanları gibi uygun birimleri içermelidir. Yine başvuran hastalar için gerekli her türlü acil tıbbi girişim ve tedavide kullanılacak malzemeler ve ilaçlar eksiksiz olarak AS'de bulundurulmalı, bunların temini için zaman kaybedilmemelidir. AS'ler hasta yoğunluğuna göre hem gündüz çalışma saatlerinde ve hem de gece nöbetlerinde yeterli sayıda hekim, hemşire, hastabakıcı ve bilgi işlem memuru gibi personele sahip olmalıdır.

Trijaj, AS'e başvuru anında hastaları hemen değerlendirip aciliyet önceliğini belirlemek anlamında kullanılmaktadır (16,17). Hastanemizde uygulanan triyaj sisteminde hastalar aciliyet durumuna göre 3 gruba ayrılmaktadır (9,10,18).

- **Trijaj I - Kırmızı Triyaj Kategorisi (Çok acil grup):** Akut ve potansiyel olarak yaşamı veya ekstremiteleri tehdit eden, mortalite ve artmış morbiditeden korunmak için hemen acil değerlendirme ve/veya tedavi

gerektiren yakınmalar, vital bulgular, hastalık veya yaralanmaların olduğu hastalardır.

- **Triyaj II** - Sarı Triyaj Kategorisi (**Acil grup**): Yaşamı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı ve önemli morbidite riski olan durumlardır. Ör; hipertansif aciller, herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı, solunum sıkıntısı, nöbet öyküsü, inatçı kusma, laserasyon olan ekstremitte yaralanması. İkinci öncelikle müdahale edilmesi gereken hastalardır.

- **Triyaj III** - Yeşil Triyaj Kategorisi (**Acil olmayan grup**): Subakut veya kronik, yaşamı tehdit etmeyen, artmış morbiditeden korunmak için değerlendirme ve yaklaşım gerektiren yakınmalar, vital bulgular, hastalık veya yaralanmalardır.

Acil servislerde triyaj çok önemli olup, hastalara aciliyet sırasına göre öncelikli olarak müdahale edilmelidir. Böylece acil olmayan hasta bakımı nedeniyle acil hastaların bakımı geciktirilmemelidir.

Acil servis işleyişinin düzenli olması için hasta akışı sağlanmalıdır. Hasta akışını AS'e kabulünden ayrılana kadar birçok faktör etkiler. Etkif yönetilen bir AS'de bu faktörler düzenli olarak gözden geçirilmeli ve gerekli düzeltmeler yapılarak hasta akışı iyileştirilmelidir. Bunun için önceden hazırlanmış AS prosedürleri/akış şemalarının olması, buna uygun işleyişin olması ve düzenli aralıklarla bu prosedürün gözden geçirilmesi gerekir.

Hastanemizde 15 Mart 2006 tarihinde yayınlanan ve 5 Nisan 2010 tarihinde revize edilen "Uludağ Üniversitesi-Sağlık Kuruluşları (UÜ-SK) Acil Servis Prosedürü' ne göre amaç; AS'de 7 gün 24 saat standart ve etkin sağlık hizmeti sunulmasını, başvuran hastaların değerlendirilmesini, yaşamı tehlikeye atabilecek sorunların saptanmasını, doğru zamanda doğru işlem ve tedavinin yapılmasını ve sorunlarına ilişkin olarak ilgili birimlere devir edilmesi için gerekli olan işlem basamaklarının belirlenmesini ve hasta bilgilerinin eksiksiz şekilde kaydedilmesini sağlamak olup, bu prosedür AS'e hastaların başvurusundan gerekli tedavisinin planlanmasına ya da AS'den UÜ-SK' na yatış, başka bir sağlık kurumuna devir veya evine gönderilmesi kararının verilmesi ve bu kararın uygulanmasına kadar geçen süreçte yer alan faaliyetleri ve verilen tüm hizmetlerde yapılan kayıt işlemlerini kapsar.

Bu prosedüre göre; AS'e başvuran her hastanın triyajdaki görevli hekim tarafından başvuru anında "Trijaj Skalası"na göre triyaj kodu belirlenir. Triyaj kodu Yeşil olan hastaların (ayaktan başvuran, genel durumu stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar) tetkik ve tedavileri triyajda bulunan hızlı bakı birimlerinde gerçekleştirilir. Takip sırasında bir problem gelişirse veya ileri tetkik ve tedavi ihtiyacı doğarsa hasta AS içinde gözlem odasına alınır, ileri tetkik ve tedavileri orada sürdürülür. Triyaj kodu kırmızı veya sarı olan hastalar mevcut klinik durumlarına göre hemen AS içindeki acil müdahale/travma odasına veya gözlem odasına alınır. Bu hastaların ilk değerlendirilmesi eş zamanlı olarak Acil Tıp Araştırma Görevlisi tarafından yapılır. Triyaj kodu kırmızı veya sarı olan hastaların ilk değerlendirilmesi; majör yakınmalarının öğrenilmesi, kısa ve hedefe yönelik anamnez alınması, hava yolu açıklığının sağlanması, solunum, dolaşım, bilinç durumunun saptanması ve vital bulguların stabilizasyonunu içerir. Daha sonra hasta için uygun tanısal girişimler ve tedavi uygulamaları yapılır. Acil Tıp Araştırma Görevlisi gerekli gördüğü hastalar için "Hasta Konsültasyon Talimatı" doğrultusunda ilgili kliniklerden konsültasyon ister. Acil Tıp Araştırma Görevlileri tarafından yapılan değerlendirme, tanı ve tedavi planları Acil Tıp Uzmanı gözetimi altındadır ve onun tarafından onaylanır.

Acil Tıp Araştırma Görevlisinin belirli bir süre için izlemeyi planladığı hastalar AS'de gözlenir. Tedavi ve yapılan müdahale ile akut sorunu çözümlenen ve stabilizasyonu sağlanan hastalar taburcu edilir. Tedavinin devamı gereken hastalar ilgili kliniğe yatırılır veya boş yatak yoksa başka hastanelere sevk edilir. AS'de hasta takibinin gecikmemesi esastır. Kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar AS sorumlu hekimi ve/veya nöbetçi uzman hekim tarafından değerlendirilir ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi veya sorumlu uzman hekimine bilgi verilir. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması halinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birine yatırılarak hastanın takibi, bakımı ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır. AS'de kliniklere yatış bekleyen acil hastalara yatış

önceliği verilir. UÜ-SK'da boş yatak olmaması nedeniyle başka bir sağlık kurumuna sevk gerektiren klinik hastalarında ilgili branş doktoru tarafından başka bir sağlık kuruluşunda yer bulunup hastane nakil ambulansıyla, yoğun bakım hastalarında ise sağlık kurumları arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinin koordinasyonu ve yürütülmesinde "112 Komuta Kontrol Merkezi" yetkili ve sorumludur. Sağlık kurumları arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinde, "Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu" kullanılır. Bu form, hastayı AS'den başka bir sağlık kurumuna sevk eden anabilim dalı hekimi tarafından doldurulur.

Son yıllarda AS'lerdeki önemli sorunlardan biri de hasta yoğunluğunun artmasıdır. AS hasta yoğunluğunu tanımlayan evrensel olarak kabul edilmiş bir ölçüt yoktur. Bu nedenle AS yoğunluğunun bilimsel bir tanımını yapmak oldukça güçtür (2,19). AS hasta yoğunluğu tanımı olarak birçok çalışmada; AS'deki tüm yatakların dolu olması, bekleme odalarının tamamen dolu olması, hastaların koridorlarda sedyelere yerleştirilmesi, AS personelinin aşırı yoğunluk hissetmesi, hekim değerlendirmesi için 1 saatten daha uzun bekleme süresi, hastaların tedavisine ilk başlanma süresinin gecikmesi, yatış düşünülen hastaların hastanede yer açılıncaya kadar AS'de bekleme süresinin uzaması, ambulansların başka hastanelere yönlendirilmesi, hekime muayene olmadan AS'i terk eden hasta sayısının artması, AS'e olan talebin hastalara hizmet sağlama kapasitesini aşması, kritik yatak durumu (bir AS yatağı için bekleme süresi), AS personel sayısındaki yetersizlik gibi farklı tanımlamalar yapılmış, ancak bunların hiçbiri tek başına AS aşırı yoğunluğunu tanımlamada yeterli olmamıştır (16,19,20). Amerikan Acil Tıp Uzmanları Birliği (ACEP)'nin 2008'de yayınladığı rapora göre en basit şekliyle AS' de hasta yoğunluğu; acil bakım gerektiren bir sonraki hastanın zamanında müdahale edilmesi gereken sorunu için yeterli alan olmadığında ortaya çıkan durum olarak belirtilmiştir. Eğer acil sorunlara müdahale, yoğunluk nedeniyle gecikiyorsa "yoğunluk" mevcuttur diye tanımlanmıştır (21).

Amerika Birleşik Devletleri'nde acil bakım sistemine ve hasta güvenliğine yönelik en büyük tehdit, AS'lerdeki aşırı yoğunluk olarak

bildirilmiş ve bunun da kritik hastalar için ciddi olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir (20,22,23). Andrulis ve ark.'nın (24) ABD'de yaptığı bir çalışmada, ülke çapında AS'lerde aşırı yoğunluk olduğu ve bu yoğunluğun hasta bakımında ve sağlık hizmetlerinde sıkıntılara yol açtığı belirtilmiştir. AS'lerdeki hasta yoğunluğu sorunu ABD'nin yanı sıra Kanada, İngiltere ve Tayvan gibi dünyanın farklı bölgelerindeki ülkelerde de bildirilmiştir (16,17,22,25-27). 2002'de ABD'de Florida, New York ve Teksas'ta AS'lerde yapılan bir çalışmada, AS'lerin %92'sinde yoğunluğun önemli bir sorun olduğu ve %68'inde son 5 yıl içinde aşırı yoğunluğun arttığı saptanmıştır (26). Yapılan çalışmalarda AS'lerdeki aşırı yoğunluğun nedenleri arasında; hastanede yatak sıkıntısı, ağır hastalığı olan hasta sayısındaki artış, AS'lerdeki artan hasta sayısı, yaşlı hasta sayısında artış, AS'de alan sınırlılığı, personel yetersizliği, tanısal tetkiklerdeki gecikmeler, eskiye göre hekimlerce kaydedilmesi gereken dokümantasyon miktarındaki artışlar, konsültan hekimlerin AS'e geç gelmeleri, dil ve kültür engelleri gibi faktörler sayılmış ve sonuçta AS'lerdeki aşırı yoğunluğun karmaşık ve çok faktörlü olaylar sonucu meydana geldiği ve bu faktörlerin çoğunun da AS'in kontrolü dışındaki nedenler olduğu bildirilmiştir (16,17,20,22-29).

Acil servise başvuran hastaların hastalık şiddetinin artışı ve birden fazla kronik hastalığa sahip hastaların sayısındaki artış AS hasta yoğunluğunu artıran nedenlerden biridir (22,23,25,26). ACEP'in 2008'de yayınladığı raporda, AS'lere başvuran hasta popülasyonunda ağır hastaların önemli oranda arttığı bildirilmiştir (21). ACEP üyeleri arasında yapılan bir ankette, katılanların %79'u kronik hastalığı olan hasta sayısındaki artışın AS hasta yoğunluğunu artırdığını bildirmişlerdir (30). ABD'de Kaliforniya'da AS'lerdeki ciddi hastalığı olan hastaların sayısı 1990-1999 yılları arasında %59 oranında artmıştır (22,23). Altta yatan böyle bir hastalığı olanlarda hastalık semptomlarını ciddi hastalıklardan ayırt etmek, sağlıklı hastalara göre daha uzun zaman almakta ve bu nedenle hastaların AS'de kalış süresi uzamaktadır (25). Hastanede bu ağır hastaları yatıracak boş yatak olmadığı zaman hastalar yer açılıncaya kadar AS'de bekletilmektedir ve bu nedenle

AS'ler son zamanlarda adeta bir "yoğun bakım ünitesine" dönüşmüştür (22,25).

Aynı yakınmayla tekrar başvuruların olması AS'lerin yoğunluğunu artıran nedenlerden biridir. Çalışmalarda AS'e başvuru sonrası ilk 3 gün içerisinde aynı yakınmayla tekrar başvuru oranları %1 ile %5.7 arasında saptanmıştır (31-33). 7 günlük izlemin yapıldığı bir başka çalışmada bu oran %11 olarak bulunmuştur (34). Yoğunluk arttıkça hastalara ayrılan zamanda kısıtlanmakta olduğundan "yoğunluk-hastaya ayrılan zamanın azalması-aynı yakınmayla tekrar başvurular" şeklinde bir kısır döngü oluşmaktadır. Ayrıca AS'lerin aynı yakınmayla başvuran hastalar tarafından kullanılması ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda, bu başvuruların diğer hastaların bakım kalitesini de kötü yönde etkilediği gösterilmiştir (35,36).

Amerika Birleşik Devletleri, Tayvan ve İspanya'da yapılan çeşitli çalışmalarda, AS hasta yoğunluğunun en sık nedeninin hastane yatak sayısının yetersizliği olduğu bildirilmiştir (16,17,21-23,37). Hastane yatak sayısındaki azalma, yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısını da etkilemektedir. Sonuçta hastaneye yatırılması gereken AS hastaları, uygun yatak sağlanana kadar AS' de beklemek zorunda kalmaktadır (23). Dunn' ın (38) yaptığı bir çalışmada; hastane doluluk oranındaki %5.9'luk bir azalmanın, AS'de bekleme süresini 58.5 dk.dan 37.1 dk.ya (%36.6) ve yine tedavi olabilmek için bekleyen hasta sayısını 19.1'den 14.8'e (%22.5) azalttığı bildirilmiştir. Başka bir çalışmada da, hastanedeki boş yatak sayısındaki artışın, yatış için AS'lerdeki bekleme süresini azaltacağı belirtilmiştir (39). Hastanelerin yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısı artırıldığında, AS'lerde yoğun bakım ünitesine yatış için bekleme süresi ve ambulansların başka hastanelere yönlendirilmesi azalmaktadır (40,41).

Teknoloji ve tıbbi bakım standartlarının ilerlemesi ile birlikte AS'lerde daha fazla hasta ileri laboratuvar testleri, arteryel kan gazı, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntülemesi veya nükleer görüntülemeler gibi diğer yardımcı servislerce sağlanan hizmetlerden yararlanmakta ve bu hizmetlerdeki gecikmeler hastaların AS'lerde kalış süresini uzatmaktadır (16,25,42). Bazı çalışmalarda, laboratuvar hizmetlerini



hızlandıracak yöntemler kullanıldığında, hastaların AS'lerde kalış sürelerinin kısaldığı ve AS personelinin memnuniyetinin arttığı saptanmıştır (27,39,43).

Dahili ve cerrahi bölümler de bazen AS'lerin uygunsuz kullanımına katkıda bulunmakta, poliklinik takiplerinde yapılabilecek bir değerlendirme veya günübirlik yatış ile yapılabilecek kan ve kan ürünleri transfüzyonu, sıvı ve elektrolit replasmanı, antibiyoterapi gibi tedaviler için hastaları AS'e yönlendirmekte ve AS'lerin iş gücünü gereksiz yere kullanmaktadırlar. Bazı durumlarda da klinikte yatak yokluğu nedeni ile poliklinik hekimi yatış endikasyonu konan hastayı daha hızlı yatırılabilme amacıyla AS'e yönlendirebilmektedir.

Acil servislere hastalar çok farklı yakınmalarla başvurup çok farklı tanıları konulabilir, yani hastaların tanınabilirliği çoktur. Dolayısıyla hastalara çok farklı tedavi ve girişimlerin uygulanması ve birçoğunun da kliniklere yatırılması gerekir. Bu nedenle AS hastalarının önemli bir kısmında tanı ve tedavi disiplinleri arası yaklaşımı, yani konsültasyonları gerekli kılmaktadır (44-46).

Tanım olarak konsültasyon; tanı ve tedavi amacıyla bir uzmanlık alanındaki hekimin, diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlere hastayı danışarak bilgi ve teknik destek almasına denir. Konsültasyon, disiplinler arası yaklaşımı sağlayan önemli bir araçtır ve konsültasyona en sık ihtiyaç duyulan bölümlerden biri de acil servislerdir. AS hekimi değerlendirdiği hastanın yatırılması gerektiğini düşünüyorsa, bilgi ve teknik destek ihtiyacı varsa ya da aldığı eğitimi dışında herhangi bir girişim yapması gerekiyorsa, hasta için ilgili branş hekiminden konsültasyon ister ve konsültan hekim de tanı ve tedaviyle ilgili önerilerde bulunur veya uygun girişimsel işlemi yapar ya da yatış/sevk/taburculuk kararını bildirir (44-48).

Acil servis ile klinik hekimi arasında iyi işleyen bir konsültasyon sistemi için kliniklerin AS'den sorumlu konsültan hekim listeleri ve iletişim bilgileri aylık listeler halinde AS'e ulaştırılmış olmalıdır. Hekimler hastanedeki konsültasyon işleyiş prosedürünü bilmeli, konsültasyonu isteyen hekim hastasının tüm klinik ve laboratuvar bilgilerine hakim olmalı, konsültan hekimi aradığında kısa, net ve anlaşılır bir dille ve uygun terminolojiyle hasta hakkında bilgi verip konsültasyon isteme gerekçesini açıklamalıdır. Konsültan

hekim ise en kısa zamanda AS'e gelip hastayı değerlendirmeli, kendi branşı ile ilgili gerekli tedavi ve girişimi yapmalı, yatış/sevk/taburculuk kararını bildirmeli, önerdiği tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasını ve sonuçlarını tekrar konsültasyon istenmesine gerek kalmadan takip etmeli, hastanın AS'de kaldığı süre içinde primer sorumlusu olan acil hekimi ile iletişimini sürdürmelidir. Hem acil hekimi ve hem de konsültan hekim hasta dosyasında konsültasyonla ilgili kendilerine ait bölümü uygun şekilde doldurmalıdırlar. Acil hekimi hastanın primer sorumlusu olduğu için konsültan hekimin önerilerini uygun bulmazsa başka bir konsültan hekimden hastayı değerlendirmesini isteyebilir. Karışık bir olguda acil hekiminin hangi konsültasyonun gerektiğine karar verebilmesi için eğer hasta nispeten stabilse yeterli tanısal testler yapılmış olmalıdır. Birden fazla konsültasyon gereken durumlarda acil hekimi en önemli ve öncelikli konsültasyonu belirlemeli ve ilk olarak o konsültan hekimle görüşmelidir. Bazı durumlarda hangi uzmanlık dalından konsültasyon isteneceği kesin sınırlarla belirlenemezse uygulamada karşılaşılan sorunları en aza indirmek amacıyla her hastanenin kendi yapısına uygun konsültasyon protokolü ve Acil Tıp Anabilim Dalı ile ilgili klinik dalların konsensüs toplantılarında alınan kararlara (ör; yüz yaralanmalarında Plastik Cerrahi veya Kulak Burun Boğaz, vertebra travmalı hastada Beyin Cerrahisi veya Ortopedi hekimlerinden hangisinin aranacağı, gastrointestinal kanamalı hastada ya da akut pankreatit düşünülen hastada Gastroenteroloji yanı sıra hangi durumlarda Genel Cerrahi hekiminin aranacağı önceden belirlenmiş olabilir) uygun olarak bir karar verilebilir (46,47,49,50).

Bir konsültan hekimin AS'de hastalığın ciddiyetini anlayabilme konusundaki kabiliyeti oldukça önemlidir. Çünkü birçok tedavi kararı; konsültan hekimin, hastalığın klinik ciddiyeti konusunda verdiği kararın doğruluğuna bağlıdır. AS'lerde doktorun hastayı değerlendirmesi ne kadar önemli ise de; hastalar ve hastalıkları hakkında kısa süre içinde kesin yargılara varması beklenmemektedir (51). Konsültan hekimin kendi alanında yeterli bilimsel ve teknik bilgi ve beceriye sahip olması gerektiğinden konsültasyon, uzman hekimlerin sorumluluğundadır ve konsültasyona öncelikle uzman hekimin gitmesi en idealidir. Ancak uzman hekimlerin yoğun

iş yükü nedeniyle gerek hastanemizde ve gerekse ülkemizde diğer tıp fakültesi hastanelerindeki işleyişte AS'den istenen konsültasyonlara kliniklerin AS konsültasyonlarından sorumlu uygun araştırma görevlisi gitmekte ve hastayı değerlendirdikten sonra ilgili uzman hekime ya da öğretim üyesine danışmakta, gerekirse hastayı tekrar uzman hekim/öğretim üyesi ile birlikte değerlendirip konsültasyonu sonuçlandırmaktadır (46).

**Acil servisten başlıca konsültasyon isteme gerekçeleri** şunlardır (46):

- Yatış endikasyonu olan hastaların kliniklere yatışını sağlamak,
- Hastaların tanı ve tedavisinde yardım veya öneri almak,
- Spesifik bir tedavi veya girişim gerektiren hastalarda bu tedavi veya işlemin yapılabilmesi,
- Kronik hastalıkları olan (onkoloji, hematoloji gibi) hastaların AS'den taburcu edilme kararının onaylanması (taburcu etme sorumluluğunun paylaşılması),
- Tedavi sonrası taburcu edilecek ancak yakın poliklinik izlemi gereken hastalarda gerekli planlamanın yapılması ve tedavinin düzenlenmesidir.

**Konsültasyon sisteminin işleyişi ile ilgili acil hekimlerini rahatsız eden başlıca durumlar** şunlardır (46);

- Konsültan hekime ulaşmada güçlükler: Bu durum genellikle klinik dalların o aya ait AS konsültasyonundan sorumlu hekim listelerini göndermemiş olması durumunda veya konsültan hekimin mobil telefonunun ya da çağrı cihazının olmadığı ya da arızalı olduğu durumlarda veya kendilerine ulaşılabilecek telefon numarası bırakmayan ya da bırakılan numarada bulunmayan konsültan hekimlerle yaşanır. Özellikle hafta sonu ve gece nöbetlerinde konsültan hekimin tek nöbetçi hekim olduğu kliniklerde hekim klinikteki işleri yanı sıra başka kliniklerden istenen rutin konsültasyonlara da bakıyorsa hekime ulaşma gecikebilir. Acil hekimi bu nedenlerle tekrarlanan telefon görüşmeleri yapmak zorunda kalabilir.
- Konsültasyona geç gelinmesi: Ulaşılan konsültan hekimler sıklıkla konsültasyon sorumluluklarının yanında hastane içinde diğer günlük hasta bakım hizmetlerinde de görevli olduklarından bazen AS'e zamanında gelmemekte ve konsültasyonlara yanıt vermekte gecikebilmektedirler.

- Konsültasyona gelen hekimin kendi uzman hekimine ulaşım danışmasında gecikme nedeniyle hasta için yapılacak ileri tedavi ya da spesifik girişimin gecikmesi: Bu durum hafta sonu ya da gece konsültasyonlarında daha belirgindir. Yine ilk konsültasyona gelen hekimin deneyimsiz olması durumunda ileri tedavi ve spesifik girişim daha çok gecikebilmektedir.
- Konsültasyona gelinmemesi ya da konsültan hekimin konsültasyon hizmetini telefonla veya başka yöntemlerle hastayı görmeden yapmaya çalışması, hastayı görmeden konsültasyon isteğinin gereksiz olduğunu ileri sürmesi: Konsültan hekimin görev çağrısına icap etmemesi mesleki bir hata olmayıp idari açıdan değerlendirilen bir görevi ihmal durumudur (52,53).
- Konsültan hekimin hastayı değerlendirdikten sonra istediği tetkiklerin ve önerdiği tedavinin izlemine yapmaması: Bu durumda acil hekimi konsültan hekimi tekrar tekrar aramak durumunda kalmaktadır.
- Hastanın yatışı gerektiğinde, ancak klinikte boş yatak olmadığı durumlarda konsültan hekimin hastanenin diğer uygun boş yataklarını kullanma çabası içine girmemesi ya da yatış kararı verilen hastalarda klinikte yatak yokluğu nedeniyle hastanın uzun süre AS'de kalması durumunda acil hekiminin klinikteki boş yatak takibini de yapmak zorunda kalması.
- Sevk kararı verilen hastalarda konsültan hekimlerin hastanın sevk sorumluluğunu reddetmeleri ve sevk edilecek hastane hekimi ile görüşme ve sevk formunu doldurma görevini acil hekimine bırakmaya çalışması.
- Konsültan hekimin yatış kararı verilen hastalarda bazen kendi uygun gördüğü ve klinikteki izlemi için gerekli ancak acil olmayan bazı tetkikleri, girişimsel işlemleri ve konsültasyonları daha hızlı yapılabildiğinden AS'de iken tamamlatmaya çalışması.
- Polikliniklerden ilgili klinikte boş yatak olmaması nedeniyle mesai saatleri sonrası nöbetçi uzman hekim aracılığıyla başka kliniklerde boş yatak bulunup yatırılması için AS'e yatış amaçlı olarak hastaların gönderilmesi ve bu hastalar için acil hekiminin konsültasyon isteme durumunda kalması.
- Konsültan hekimin hastanın kendisini ilgilendiren spesifik sorununa odaklanmaması, diğer sorunlarına yönelik önerilerde bulunması veya diğer bölümlerden gereksiz/acil olmayan konsültasyon istemesi.

**Acil servisten istenen konsültasyonlarla ilgili konsültan hekimleri rahatsız eden başlıca durumlar şunlardır (46);**

- Hastanın gerekli tetkikleri ya da muayenesi tamamlanmadan konsültan hekimin aranması.
- Konsültasyon için arayan acil hekiminin hastanın klinik ve laboratuvar bilgilerine hakim olmadan araması, konsültan hekimin hasta ile ilgili sorduğu kritik sorulara yanıt verememesi.
- Konsültan hekimler bir çağrı alıp ilgili hekimle bir görüşme yaptıktan ve AS'e geleceğini bildirdikten sonra kısa zaman içinde aynı hasta ya da başka bir hasta için tekrar aranmaktan rahatsızlık duyabilirler.
- Gereksiz konsültasyon istenmesi: Örneğin anamnezinde solid organ ya da hematolojik malignite tanısı öyküsü olan ancak halen kür durumunda bulunan hastalarda başka bir nedenle olan AS başvurularında sırf bu tanıları nedeniyle bir de dahiliye konsültasyonu istenmesi gibi.
- Acil hekiminin başka kaynaklardan da kolaylıkla öğrenebileceği bilgiler için konsültan hekimini araması: Örneğin; ilaç dozları gibi.
- Başka klinik tarafından yatış kararı verilen hasta için ilgili klinik konsültan hekiminin rutin koşullarda yapılabilecek acil olmayan konsültasyon isteğini hasta AS'de iken yaptırmaya çalışması.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 15 Mart 2006 tarihinde yayınlanan ve 6 Ağustos 2012 tarihinde revize edilen "UÜ-SK Hasta Konsültasyon Talimatı" na göre konsültasyonun amacı; UÜ-SK bünyesinde faaliyette bulunan tüm birimler arasındaki konsültasyon taleplerinin zamanında, standart ve etkin bir şekilde karşılanmasını sağlamak olup; poliklinikler arasındaki rutin konsültasyonlar 3 işgünü içinde, klinikler arası rutin konsültasyonlar 48 saat içinde, poliklinik ve kliniklerden istenen acil konsültasyonlar aynı gün içinde, ameliyathane konsültasyonları hemen ve AS' den istenen konsültasyonlar ise 0-30 dk. içinde karşılanmak zorundadır.

Hastanemiz AS'inde konsültasyonlar, iç hat telefonlarıyla yapılmaktadır. Ek olarak gerektiğinde cep telefonları da uygun şekilde kullanılmaktadır. Hastanemizde AS'den en sık dahiliye konsültasyonu istendiği için AS konsültasyonlarına bakan Dahiliye Araştırma Görevlisinde

sürekli olarak mobil telefon bulundurulmakta, böylece AS hekimince hemen ulaşılabilmektedir.

Özetle; AS'lerde iyi işleyen bir konsültasyon sistemi için hastanenin bir konsültasyon prosedürü olmalı, bu prosedürün uygulanmasında hastane yönetimi etkin olmalı, Acil Tıp Anabilim Dalı ile ilgili klinikler arasında protokoller olmalı, kliniklerin AS konsültasyonlarına bakan hekim listeleri o ayın başında AS'e ulaştırılmalı, konsültan hekim arandığında hemen ulaşılabilmeli olmalı, konsültasyon için çağırıldığında AS'e gecikmeden gelmeli ve gereksiz konsültasyon istemlerinden kaçınılmalıdır (45-47).

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

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlanmış olup, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 13 Ekim 2015 tarihli ve 2015-18/267 no'lu karar ile onay alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır.

Çalışmaya 01.11.2015 - 30.11.2015 tarihleri arasındaki bir aylık süreçte UÜ-SUAM Erişkin AS'ine başvuran ve herhangi bir bölümden konsültasyon istenen 2013 hasta alınmıştır. Hastaların verileri prospektif olarak hazırlanan formlara kaydedilmiştir. Hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, tanı/ön tanıları, hospitalizasyon ve mortalite oranları gibi epidemiyolojik özellikleri ve konsültasyon süreçleri irdelenmiştir.

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

### **Toplanan veriler:**

-Hasta sayısı: Toplam, ortalama

-Yaş: Ortalama, kadın/erkek yaş ortalaması, yaş aralığı

-Cinsiyet: Kadın/erkek sayı ve yüzdesi, oranı

-Tanı/tanılar: Basit travma (tendon kesileri, organ veya uzuvda yabancı cisimler, tek kemik kırıkları, %10'dan küçük yanıklar, vb), Çoklu travma

(birden çok kemik kırıkları, % 10'dan fazla yanıklar, penetran göğüs, batin travmaları, cerrahi gerektiren baş, boyun, göğüs ve batin travmaları, vb) Gastrointestinal sistem acilleri, hematolojik ve onkolojik malignite acilleri, enfeksiyon acilleri, metabolik aciller (akut-kronik renal yetmezlik, diyabetik ketoasidoz, elektrolit bozuklukları, vb), kadın doğum acilleri, kardiyo-vasküler aciller vb.

-Konsülte edilen Bilim Dalı: Endokrinoloji, Gastroenteroloji, Onkoloji, Hematoloji, Nefroloji, Romatoloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Nöroloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Psikiyatri, Dermatoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi, Plastik Cerrahi, Nöroşirurji, Göz Hastalıkları, Üroloji, Kalp-Damar Cerrahisi, Genel cerrahi, Anestezi ve Reanimasyon, Çocuk Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz, Göğüs Cerrahisi.

-Acil serviste hastanın sonuçlanma şekli: Yatış (klinik adı), sevk, taburcu, eksitus, tedavi ret.

-Konsültasyonla ilişkili sorunlar: Konsültasyona gelmeme-geç gelme, konsültasyon sonuçlanma süreleri, geç sonuçlandırma nedenleri.

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



## BULGULAR

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

**Tablo-1:** Hastaların cinsiyet, yaş ve geliş saatlerine göre dağılımı.

	Yaş	Min-Mak	Medyan	Ort. $\pm$ s./n-%
		0 - 98	43	45 $\pm$ 42.54
Cinsiyet	Erkek			1287 %63.9
	Kadın			726 %36.1
Geliş Saati	08:00-11:59			292 %14.5
	12:00-15:59			474 %23.5
	16:00-19:59			521 %25.9
	20:00-23:59			482 %23.9
	00:00-03:59			161 %8.0
	04:00-07:59			83 %4.1

Ort. $\pm$ s.s: ortalama standart sapma, Min: minimum, max: maximum

Hastaların yaş guruplarına göre konsültasyon sayıları değerlendirildiğinde; 0-17 yaş arası 168 (%8.34) hastaya, 18-64 yaş arası 1373 (%68.2) hastaya, 65 yaş üstü ise 472 (%23.44) hastaya konsültasyon istendi. Konsültasyon isteme oranları ile hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki saptandı ( $p < 0.05$ ).

Acil servise başvuran ve herhangi bir bölümden konsültasyonu istenen hastalar ön tanı/tanı' larına göre 19 gruba ayrıldı. Konsültasyon nedeni olan en sık ön tanı/tanıları; basit travma (tendon kesileri, organ veya uzuvda yabancı cisimler, tek kemik kırıkları, eklem çıkıkları, %10'dan küçük

yanıklar, cerrahi gerektirmeyen trafik kazaları ve yüksekten düşmeler, vb) (%33.5), kardiyovasküler hastalıklar (akut koroner sendrom, kalp kapak hastalıkları, aort diseksiyonu ve anevrizması, arteriyel-venöz tromboemboli, vb) (%9.5), nörolojik hastalıklar (tıkayıcı veya kanayıcı beyin damar hastalıkları, intrakranial yer kaplayıcı lezyonlar, medulla spinalis ile ilgili hastalıklar, vb) (%7.5) olarak saptandı (Tablo-2).

**Tablo-2:** Konsültasyonu yapılan hastaların ön tanı/tanılarına göre dağılımı.

	n	%
Tanı/ ön tanı		
Basit Travma Acilleri	674	%33.5
Kardiyovasküler Aciller	192	%9.5
Nörolojik Aciller	151	%7.5
Kadın Doğum Acilleri	138	%6.9
Göğüs Acilleri	116	%5.8
GİS Acilleri	98	%4.9
Onkolojik Aciller	96	%4.8
Çoklu Travma Acilleri	88	%4.4
Göz Acilleri	87	%4.3
Genel Cerrahi Acilleri	83	%4.1
Enfeksiyon Acilleri	65	%3.2
Metabolik Aciller	60	%3.0
Psikiyatrik Aciller	43	%2.1
Hematolojik Aciller	42	%2.1
KBB Acilleri	31	%1.5
İntoksikasyonlar	20	%1.0
Ürogenital Sistem Acilleri	11	%0.5
Romatolojik Aciller	9	%0.4
Dermatolojik Aciller	9	%0.4

Acil servisten toplam 2013 hastadan konsültasyon istenmiş olup, hasta başına istenilen konsültasyon ortalaması ( $\pm$  standart sapma);  $1.2 \pm 0.6$ , medyan; 1.0 ve sayı aralığı; 0-7, toplam konsültasyon sayısı ise 2513 idi. Hastaların AS'e geliş saatleriyle AS'de kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ( $p < 0.05$ ) (Tablo-3). Hastaların 1666'sından (%82.8) bir konsültasyon, 242'sinden (%12.0) iki konsültasyon, 72'sinden (%3.6) üç konsültasyon istendi (Tablo-4). Hastaların yaş dağılımı ile konsültasyon sayısı değerlendirildiğinde, hasta yaşı ile konsültasyon sayısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ). Ayrıca hastaların AS'de kalış

süresiyle istenen konsültasyon sayısı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $p<0.05$ ).

**Tablo-3:** Hastaların acil servise geliş saati ile kalış süresinin karşılaştırılması.

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

**Tablo-4:** Konsültasyon sayılarının dağılımı.

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s/n-%	
Konsültasyon Sayısı	1 - 7.0	1.0	1.2 ± 0.6	
1			1666	%82.8
2			242	%12.0
3			72	%3.6
4			20	%1.0
5			12	%0.6
7			1	%0.0

Ort.±s.s: ortalama standart sapma, Min: minimum, max: maximum

Acil servisten istenen konsültasyonların sıklıklarına göre geç sonlanma nedenleri olarak; ilgili bölüm tarafınca girişim veya tedavi planlanması %18.98 (tendon onarımı, kırık redüksiyonu, alçı-atel uygulamaları, vb), ek konsültasyon istenmesi %15.25, kontrol tetkik istenmesi

%14.23, radyolojik tetkik istenmesi %13.22, ek tetkik istenmesi %8.47 oranında saptandı. Diğer nedenler arasında; endoskopi, sintigrafi, girişimsel radyoloji gerektiren durumlarda özellikle gece saatlerinde sabahı bekletme, tetkik cihazlarında meydana gelen arızalar, lomber ponksiyon, torasentez, parasentez gibi işlemler ve bunların sonuçlanmasının uzaması, yer olmaması nedeniyle sevk işlemlerinden kaynaklı nedenler, ilgili konsültan hekime ulaşamama, poliklinik, klinik ve ameliyat nedeniyle hastayı değerlendiremememe, aynı anda birkaç konsültasyonun istenmesi olarak bulundu (Tablo-5).

**Tablo-5:** Konsültasyon süresini uzatan nedenler.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Tedavi veya girişim</b>	56	18.98
<b>Ek Konsültasyon İstemi</b>	45	15.25
<b>Kontrol Tetkik istemi</b>	42	14.23
<b>Radyolojik tetkik istemi</b>	39	13.22
<b>Ek Tetkik İstemi</b>	25	8.47
<b>Uzman veya öğretim üyesine ulaşamamak</b>	11	3.72
<b>Sıvı-Elektrolit Replasmanı</b>	9	3.05
<b>Kan ve Kan Ürünleri Replasmanı</b>	6	2.03
<b>Diğer</b>	62	21.01

Acil servisten istenen cerrahi branş konsültasyonları sıklıklarına göre incelendiğinde; göz hastalıkları 329 (%22.84), ortopedi 299 (%20.76), plastik cerrahi 193 (%13.40) olarak saptandı (Tablo-6).

**Tablo-6:** İsteneen cerrahi branş konsültasyon sayılarının dağılımı.

	N	%
<b>Cerrahi Branş Konsültasyon</b>		
Göz Hastalıkları	329	%22.84
Ortopedi	299	%20.76
Plastik Cerrahi	193	%13.4
Genel Cerrahi	162	%11.25
Kadın Doğum	154	%10.69
Nöroşürji	100	%6.9
Anestezi	53	%3.6
Kulak Burun Boğaz	44	%3.0
Kalp Damar Cerrahisi	40	%2.7
Üroloji	27	%1.8
Göğüs Cerrahisi	25	%1.7
Çocuk Cerrahisi	14	%0.79

Acil servisten isteneen cerrahi branş konsültasyonları sonuçlanma sürelerine göre incelendiğinde; göğüs cerrahisi ortalama  $222\pm 233$  dk, genel cerrahi ortalama  $196\pm 192$  dk, üroloji ortalama  $124\pm 137$  dk olarak saptandı (Tablo 7).

**Tablo-7:** Cerrahi branş konsültasyon sonlanma süreleri.

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s/n-%
<b>Cerrahi Branş Konsültasyon Süreleri</b>			
Göğüs Cerrahisi	7 - 869	123	222 ± 233
Genel Cerrahi	5 - 1040	135	196 ± 192
Üroloji	10 - 540	74	124 ± 137
Ortopedi	3 - 560	90	123 ± 111
Çocuk Cerrahisi	20 - 341	98	123 ± 91
Anestezi	6 - 460	96	122 ± 93
Nöroşürji	10 - 480	100	121 ± 87
Kalp Damar Cerrahisi	5 - 480	77	116 ± 109
Konsültasyon Süresi	10 - 615	90	114 ± 90
Kulak Burun Boğaz	3 - 800	62	100 ± 131
Plastik Cerrahi	4 - 360	55	73 ± 59
Göz Hastalıkları	4 - 490	30	50 ± 60

Ort.±s.s: ortalama standart sapma, Min: minimum, max: maximum

Acil servisten istenen dahili branş konsültasyonları sıklıklarına göre incelendiğinde; kardiyoloji 221 (%20.57), göğüs hastalıkları 147 ( %13.68) , nöroloji 127 (%11.82) den istenmiş olup, ayrıntılar tablo-8’de verilmiştir.

**Tablo-8:** İstenen dahili branş konsültasyon sayılarının dağılımı.

	N	%
<b>Dahili Branş Konsültasyon</b>		
Kardiyoloji	221	%20.57
Göğüs Hastalıkları	147	%13.68
Nöroloji	127	%11.82
Gastroenteroloji	122	%11.35
Enfeksiyon	121	%11.26
Onkoloji	119	%11.08
Nefroloji	72	%6.7
Hematoloji	60	%5.5
Psikiyatri	53	%4.9
Endokrin	12	%1.1
Dermatoloji	11	%1.0
Romatoloji	9	%0.8

Acil servisten istenen dahili branş konsültasyonları sonuçlanma sürelerine göre incelendiğinde; nefroloji ortalama 306±393 dk, gastroenteroloji ortalama 289±273 dk, nöroloji ortalama 234±273 dk şeklinde bulundu (Tablo- 9).

**Tablo-9:** Dahili branş konsültasyon sonlanma süreleri.

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s/n-%
<b>Dahili Branş Konsültasyon Süreleri</b>			
Nefroloji	19 - 2136	153	306 ± 393
Gastroenteroloji	12 - 1410	200	289 ± 273
Nöroloji	6 - 1275	180	234 ± 210
Romatoloji	60 - 456	160	220 ± 153
Hematoloji	16 - 893	150	214 ± 190
Göğüs Hastalıkları	5 - 1063	170	212 ± 182
Onkoloji	15 - 793	161	204 ± 150
Kardiyoloji	5 - 1090	155	186 ± 152
Enfeksiyon	20 - 1440	100	149 ± 184
Endokrin	65 - 310	94	137 ± 78
Psikiyati	8 - 375	50	67 ± 61
Dermatoloji	5 - 154	45	61 ± 43

Ort.±s.s: ortalama standart sapma, Min: minimum, max: maximum

Hastaların AS'de kalış sürelerine bakıldığında; 0-4 saat kalan hasta sayısı 1149 (%57.1), 4-8 saat kalan hasta sayısı 457 (%22.7), 8-24 saat kalan hasta sayısı 324 (%16.1), 24-48 saat kalan hasta sayısı 70 (%3.5), >48 saat bekleyen hasta sayısı ise 13 (%0.6) olarak bulundu (Tablo-10).

**Tablo-10:** Hastaların acil serviste kalış süreleri.

	n	%
0-4 Saat	1149	%57.1
4-8 Saat	457	%22.7
8-24 Saat	324	%16.1
24-48 Saat	70	%3.5
48> Saat	13	%0.6

Hastaların 1180 (%58.6)'i taburcu olurken, 76 (%3.8) hasta tedavi red ile ayrıldığı, 13 (%0.6) hastanın AS'de öldüğü, 568 (%28.2) hastanın kliniğe yatış veya sevk olduğu, 176 (%8.7) hastanın yoğun bakıma yatış veya sevk olduğu saptandı (Tablo-11).

**Tablo-11:** Hastaların sonuçlanmalarına göre dağılımı.

		n	%
Sonuç	Taburcu	1180	%58.6
	Yatış	561	%27.9
	Sevk	183	%9.1
	Tedavi Red	76	%3.8
	Exitus	13	%0.6
Yatış Yapılan Bölüm	Yatış Yapılmadı	1269	%63.0
	Klinik	568	%28.2
	Yoğun Bakım	176	%8.7

Yatış yapılan veya sevk edilen hastalarda AS'de kalış süresi yatış yapılmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0.05$ ). Kliniğe ve yoğun bakıma yatış yapılan veya sevk edilen hastalar arasında AS'de kalış süresi açısından anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık saptanmadı (Tablo-12).

**Tablo-12:** Yatan veya taburcu olan hastaların kalış süresine göre dağılımı.

	Acil Serviste Kalış Süresi								p
	0-4 Saat		4-8 Saat		8-24 Saat		> 24 Saat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yatış Yapılan Bölüm</b>									
Yatış Yapılmadı	864	%68.1	274	%21.6	122	%9.6	9	%0.7	
Klinik	212	%37.3	132	%23.2	151	%26.6	73	%12.9	<b>0.000</b>
Yoğun Bakım	73	%41.5	51	%29.0	51	%29.0	1	%0.6	

Hastalar yattığı bölümlere göre değerlendirildiğinde; onkoloji kliniğine 61 (%8.19) yatış, kadın doğum ve hastalıkları kliniğine 60 (%8.06) yatış, 2 (%0.26) klinik sevki olmak üzere 62 (%8.33), göğüs hastalıkları kliniğine 49 (%6.58) yatış, 4 (%0.53) klinik sevk, 1 (%0.13) yoğun bakım ünitesine sevk olmak üzere 54 (%7.25) hasta olarak saptandı (Tablo-13).



**Tablo-13:** Yatan hastaların bölümlere göre dağılımı.

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

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Acil servislere başvuran hasta sayısı yıllar içinde giderek artmaktadır (35, 36). ÜÜ-SUAM AS'ine başvuran hasta sayısı 2002 yılında 1 yıllık sürede 21934, 2012 yılında 85585, mevcut çalışmanın yapıldığı 2015 yılında ise AS'e başvuran hasta sayısı 110049 olarak saptanmıştır. AS'e başvuran hasta sayısının son 12 yılda 5 kat arttığı, son 2 yılda 1.3 kat arttığı görülmüştür (54, 55). Bu artışın birçok nedeni olabilir; Bursa ili nüfusunun iç ve dış göçlerle artması, ayrıca ülke sağlık politikalarındaki değişikliklerle eskiden Üniversite hastanelerine direkt başvurabilen Emekli Sandığına mensup memurlar ve bakmakla yükümlü oldukları aileleri yanı sıra ancak bir devlet hastanesinden sevk edildiği takdirde başvurabilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur kurumlarına mensup kişilerin de aynı çatı altına alınması (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile Üniversite hastanelerine direkt başvurabilir hale gelmeleri dolayısıyla bu hastanelerin hem polikliniklerine ve hem de AS'lerine başvuru sayısını artırmıştır. Bunun yanı sıra yine Triyaj I (çok acil hastalar) ve Triyaj II (acil hastalar) grubu hastaların AS başvurularının ücretsiz olması, poliklinik randevusu alamama, sıra beklememe düşüncesi de AS başvurularının artmasının bir başka nedenidir. Uludağ Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi AS'ine hasta başvuru sayısının artmasının bir başka önemli nedeni de, şehir merkezi ile Üniversite arasında metro hattının yapılmış olması ve dolayısıyla şehrin bir çok yerinden tek bir vasıta ile Üniversite hastanesine ulaşımın kolaylıkla sağlanmış olmasıdır. Ayrıca son 10 yılda Üniversite etrafındaki yerleşim alanları ve buna bağlı olarak nüfustaki artışı da başvuru sayısını arttırmıştır.

Çalışmaya alınan hastalar cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde; 1287 erkek (%63.9) ve 726 kadın (%36.1) olmak üzere erkek hasta başvurusu daha fazla saptanmıştır. Edirne ve ark.'nın (56) yaptıkları çalışmada hastaların %43.2'si erkek, %56.8'i kadın, benzer şekilde Oktay ve ark.'nın (20) yaptıkları çalışmada da kadın hasta sayısı daha fazla olup; AS'e başvuran hastaların %43.5'ü erkek; %56.5'si kadın şeklindedir. Köse ve

ark.'nın (57) çalışmasında ise çalışmamıza benzer şekilde erkek hastaların (%54.8) oranın kadınlardan (%45.2) fazla olduğu görülmüştür.

Çalışmaya alınan hastaların AS'e başvuru saatleri incelendiğinde; 16:00-19:59 arası 521 (%25.9) hasta ile en fazla iken, 04:00-07:59 arası 83 (%4.1) hasta ile başvurunun en az olduğu saat aralığıdır. Köse ve ark.'nın (57) yaptığı çalışmada hastaların en çok başvurusu 08:00-17:00 (%60.5) saatleri arasında olduğu, 17:00-00:00 saatleri arasında %35.9, 00:00-08:00 saatleri arasında bu oran %3.6 olarak saptanmıştır. Diğer bir çalışmada ise 19:00-22:59 saatleri başvurunun en yoğun olduğu dönem iken, saat 00:00'dan sonra gece boyunca hasta sayısı belirgin azalmaktadır (58). Aydın ve ark.'nın (59) yaptıkları çalışmada hastaların yarıdan fazlasının (%53.3) 08:00-16:00 saatleri arasında AS'e başvurduğu belirtilmektedir. Çalışmamızdaki olguların başvuru saatleri diğer çalışmalardaki başvuru saatleri ile benzer şekildedir.

Konsültasyon, AS'lerde hasta değerlendirilmesi sırasında vazgeçilemez bir yöntemdir. Değişik ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda AS'lerde konsültasyon isteme oranları %20-56.4 arasında bildirilmiştir (52, 60-65). Lee (66) 12 çalışmayı analiz ettiği derlemesinde acil serviste konsültasyon oranlarının %20-40 arasında olduğunu saptamıştır.

Ülkemizde değişik şehirlerdeki Üniversite hastanelerinde yapılan çeşitli çalışmalarda AS'lerde konsültasyon isteme oranları %19.6-39.1 arasında bulunmuştur (53,54,58,59,67-69). Kılıçaslan ve ark.'nın (58) 30157 hastayı kapsayan çalışmasında %19.66, Ay ve ark.'nın (53) 3609 hastayı kapsayan çalışmasında %29.12, Aygencel ve ark.'nın (68) 7100 hastayı kapsayan çalışmasında %30, Demircan ve ark.'nın (69) 16515 hastayı kapsayan çalışmasında %56.4, Aydın ve ark.'nın (59) 3000 hastayı kapsayan çalışmasında %39.1 olarak saptanmıştır. 9294 hastanın değerlendirildiği çalışmamızda ise literatürle benzer şekilde %21.6 (n:2013) olarak, toplam konsültasyon sayısı ise 2513 bulunmuştur.

Acil serviste dahiliye konsültasyonları; birçok çalışmada gerek tüm konsültasyonlar içinde (%3.03-12.74) ve gerekse dahili bölüm konsültasyonları içinde ilk sırayı almaktadır (53,54,58,59,67-69). Brick ve

ark.'nın (63) Kanada Edmonton'da 2010 yılında bir 3. basamak hastane AS'ine başvuran ve 841 konsültasyon yapılan hastanın verilerini inceledikleri bir çalışmada; en sık konsültasyonun Genel Dahiliye (%12.7) ve Kardiyoloji (%11.6) bölümlerince yapıldığı, birden fazla konsültasyon istenen 92 hastada ise en sık istenen 2. konsültasyonun Genel Dahiliye (%12.7), Ortopedi ve Genel Cerrahi (%10.9) bölümleri olduğunu bildirmişlerdir. Köse ve ark.'nın (57) yaptığı 32800 hastayı kapsayan çalışmada hastaların %4.5'inden konsültasyon istenmiş olup, en fazla konsültasyon istenen bölümler Ortopedi (%16.1), Genel Cerrahi (%15.5), Nöroloji (%12.5), Dahiliye (%12.2) ve Çocuk Cerrahisi (%8.4) olduğunu bildirmişlerdir. Çelik ve ark.'nın (70) yaptığı çalışmada en çok konsültasyon Kardiyoloji bölümünden (%12.2), sonra sırasıyla Nöroloji (%11.9), Göğüs Hastalıkları (%9.35) ve Ortopedi (%8.05) bölümlerinden istenmiştir. Aydın T ve ark.'nın (59) 3000 hastayı kapsayan çalışmasında hastaların %39.1'inden konsültasyon istenmiş olup en sık konsültasyon istemi sırasıyla; Dahiliye (%13.8), Kardiyoloji (%12.5) Ortopedi (%10.3) ve Plastik Cerrahi (%9.7) bölümlerinden olmuştur. Çalışmamızda ise en sık konsültasyon istemleri sırasıyla; Dahiliye (%19.57), Göz Hastalıkları (%16.3), Ortopedi (%14.9) bölümlerinden olmuştur. Hastanemizin 3. basamak bir hastane olması, İl içerisinde Onkoloji, Hematoloji, Gastroenteroloji gibi özellikli hasta gruplarına hitap eden bölümlerin hastanemizde bulunması nedeniyle Dahiliye bölümünce yapılan konsültasyon sayısının fazlalığı açıklanabilir. Ayrıca Göz Hastalıkları konsültasyonunun fazla olmasının nedenleri arasında; 24 saat sürekli Göz doktorunun nöbetçi olması nedenli diğer hastanelerden sevk edilen hasta sayısının fazla olması ve AS' de biyomikroskop, tonometre gibi göz hastalıkları tanı ve tedavisinde kullanılan cihazların bulunmaması sayılabilir. Karakaya ve ark.'nın (67) çalışmasında en az konsültasyon istenen bölümler; Psikiyatri (%1.2), Anestezi (%1.8) ve Göz Hastalıkları (%1.8) olarak bulmuştur. Aydın ve ark.'nın (59) çalışmasında en az konsültasyon istenen bölümler; Anestezi (%1.3), Üroloji (%0.9), Dermatoloji (%0.7) olmuştur. Çalışmamızda ise en az konsültasyon istenen bölümler Üroloji (%1.3), Göğüs Cerrahisi (%1.2), Çocuk Cerrahisi (%0.7), Dermatoloji %0.5 olarak saptandı.

Hastanemiz AS'ine başvuran hastalarda da en çok konsültasyon Dahiliye bölümünden istenmiştir. Hastanemizde yapılan çalışmalarda Dahiliye konsültasyon oranları 2002-2003 yıllarında %12.7, 2005 yılında %10.81, 2008 yılında %6.3 2013 yılında %4.2 bulunmuştur (54, 55, 59, 69). 2015 yılı içinde yapılan çalışmamızda ise bu oran %4.23 bulunmuştur. Ayrıca AS'e ulaşılabilir olmanın kolaylaşmasıyla AS'lere göreceli olarak Triyaj III (acil olmayan hasta) hastalarca başvuruların daha çok artması nedeniyle dahiliye bölümünce yapılan konsültasyon oranlarında göreceli azalma olmuş olabilir. Nitekim hastanemiz AS' inde 2008 yılında yapılan ve 3000 hasta başvurusunun değerlendirildiği bir çalışmada Triyaj I hastalar %19.8, Triyaj II hastalar; %23.4 iken Triyaj III hastalar %57 bulunmuş (57), oysa yaklaşık 1 yıl sonra yapılan ve 3000 hasta başvurusunun değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise Triyaj I hastalar %10.8, Triyaj II hastalar %10.5 iken Triyaj III hastalar %78.6 oranında saptanmıştır (71). Yıllar içinde konsültasyon gerektirmeyen Triyaj III hastaların başvuru oranları göreceli olarak daha fazla artmıştır.

Çalışmamızda Dahili bilim dallarına göre konsültasyonların dağılımı incelendiğinde, en sık olarak Gastroenteroloji (%30.96), Onkoloji (%30.2), Nefroloji (%18.27) bilim dallarınca gerçekleştirildiği saptanmıştır. Gürsoy ve ark.'nın (55) yaptığı çalışmada benzer olarak en sık konsülte edilen bilim dalları sırayla; Gastroenteroloji (%27.5), Onkoloji (%25.3) ve Nefroloji (%22.5) bölümleri olarak saptanmıştır. Demircan ve ark.'nın (69) çalışmasında da benzer şekilde en sık konsülte edilen bilim dalları sırasıyla Gastroenteroloji (%28.4), Onkoloji (%25) ve Nefroloji (%19.4) bölümleri şeklindedir.

Acil servislerde hasta döngüsünün hızlı olması gerekir. Tetkiklerin veya konsültasyonların ya da hasta yatışlarının sonuçlanmasındaki gecikmeler AS kalabalıklığına neden olmaktadır. Bunun için hızlı ve hedefe yönelik anamnez alınması, fizik muayene yapılması ve laboratuvar tetkikleri istenmesi, konsültasyonların kısa sürede sonuçlandırılması ve yatış gereken hastaların ilgili kliniklere beklemeden yatırılması gerekir. Çalışmamızda konsültasyon sonlanma süreleri incelendiğinde, AS'den istenen dahili branş konsültasyonları sonuçlanma sürelerine göre; nefroloji ortalama 306±393 dk,

gastroenteroloji ortalama  $289\pm 273$  dk, nöroloji ortalama  $234\pm 273$  dk olarak bulunmuştur. Hastalardan diyaliz, endoskopi gibi girişim ve zaman gerektiren işlemler gerektiğinden bu bölümlerin konsültasyon sonlandırma süreleri uzun olarak saptanmıştır. Nöroloji konsültasyon cevaplama süresinin uzama olası nedeni ise, hastalardan istenen ek görüntüleme yöntemlerinin sonuçlanmasındaki gecikmeler olabileceği söylenebilir. Cerrahi branş konsültasyonları sonuçlanma süreleri; Göğüs Cerrahisi için ortalama  $222\pm 233$  dk, Genel Cerrahi için ortalama  $196\pm 192$  dk ve Üroloji için ortalama  $124\pm 137$  dk şeklinde bulunmuştur. Cerrahi branşlarda AS konsültasyonlarının uzama nedenleri ise; değerlendiren hekimlerin aynı zamanda ameliyat, poliklinik, klinik işlerini de yürütmesinin yanısıra araştırma görevlisi sayısının yetersizliği ile açıklanabilir. Gürsoy ve ark.'nın (55) 2 yıl önce yaptığı çalışmada; dahiliye konsültasyonlarının %84.7'si ilk 3 saat içerisinde, %94.7'si ilk 6 saat içinde sonlandırıldığı belirtilmektedir. Sadece 3 hastada (%0.05) konsültasyon sonuçlanma süresi 24 saati aşmıştır. Konsültasyon sonuçlandırma süresi; medyan: 74 dk (min.1-max. 2160 dk) olarak saptanmıştır. Aygencel ve ark.'nın (68) çalışmasında istenen konsültasyonların %86.6'sının ilk 48 saat içerisinde sonuçlandığı belirtilmiştir. Fakat %13.4 hastada bu süreç uzamış hatta bazı hastalarda bir haftaya çıkmıştır. Çalışmamızda, kliniğe yatacak hastaların tetkik ve konsültasyonlarını AS'de tamamlama isteği, uzman veya öğretim üyesine ulaşamamak veya özellikle gece saatlerinde danışmaktan kaçınmak, kan ve kan ürünleri replasmanı, sıvı-elektrolit replasmanı sonrası kontrol değerlerin görülmek istenmesi süreyi uzatan nedenler arasında sayılabilir.

Çeşitli çalışmalarda özellikle yatış gerektiren hastaların AS'de uzun süre kalmalarının AS yoğunluğunu arttırdığı kanıtlanmıştır (72, 73). Çalışmaya aldığımız hastaların AS' de kalış sürelerine bakıldığında; 0-4 saat kalan hasta sayısı 1149 (%57.1), 4-8 saat kalan hasta sayısı 457 (%22.7), 8-24 saat kalan hasta sayısı 324 (%16.1), 24-48 saat kalan hasta sayısı 70 (%3.5), >48 saat bekleyen hasta sayısı ise 13 (%0.6) olarak bulundu. Gürsoy ve ark.'nın (55) yaptığı çalışmada Dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların AS'de kalış süreleri incelendiğinde; %32.8'si 3 saatten, %72.6'sı 8 saatten kısa iken sadece 33 hastada (%0.8) kalış süresi 24 saat

olarak saptanmıştır. Dahiliye kliniklerine yatan hastaların ortalama AS'de kalış süreleri ise  $416.6 \pm 354.3$  olarak bulunmuştur. 623 hastanın (%46.1) AS'de 6 saatten daha uzun süre kaldıktan sonra yatırıldığı bulunmuştur. Durmuş ve ark.'nın (71) hastanemiz AS'inde 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada Dahiliye kliniklerine yatırılan hastalarda ortalama AS'de kalış süresi;  $491.63 \pm 432.96$  dk bulunmuştur. Çalışmamıza göre hastaların AS'de kalış süresinin uzamasının en önemli nedeni, kliniklerde boş yatak bulunmamasıdır. Çoğu zaman hastalar için daha erken yatış kararı alınmakta ancak boş yatak bulunmadığından AS'de kalış süresi uzamaktadır. Multidisipliner yaklaşım gerektiren ancak hiçbir bölüm tarafından primer olarak sahiplenilmeyen, genel durumu kötü, çoğu geriatrik yaş grubunda olan hastaların izlemi ve yatış sorumluluğu çoğu kez herhangi bir bölüm tarafından üstlenilmemekte ve bu hastalarda genel olarak çoklu konsültasyon gerektiğinden AS'de kalış süreleri uzamaktadır. Diğer bir neden ise, yatış endikasyonu olan ancak yatak yokluğundan dolayı başka hastanelere sevk edilmek istenen hastalar için yer aramak ve hatta bazı hastaların sevki reddedip hastanemize yatış için AS'de beklemek istemeleridir. AS'de kalış sürelerini azaltmak için Genel Dahiliye kliniğinin yatak sayısının artırılması, Geriatri kliniği açılması, AS'den yatırılacak hastalar için AS'de sık hasta yatırılan kliniklerde boş yatak ayrılması, mesai saatleri dışında rutin hastaların yatırılmaması kısmi bir çözüm olabilir. Ancak boş yatak sorunu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de AS'de kalış süresini uzatan ve giderek artan önemli bir faktör olmaya devam edecek gibi görünmektedir.

Çalışmamıza alınan hastaların %8'ine yatış kararı alınmış olup, bu hastaların %63.17'sinin kliniklere yattığı, %13.17'sinin klinik sevkinin yapıldığı, %12.23'ünün yoğun bakımlara yattığı, %11.42'sinin diğer hastanelerin yoğun bakım ünitelerine sevk edildiği saptanmıştır. Yattığı bölümlere göre değerlendirildiğinde en sık; Onkoloji (% 8.19), Kadın Doğum ve Hastalıkları (%8.06) ve Göğüs Hastalıkları (%6.58) şeklinde bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesine yatışlarda en sık Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi (%6.04) olarak saptanmıştır. Ayrıca hastaların %91.03'ü AS'den taburcu olmuştur. Kılıçaslan ve ark.'nın (58) bir Üniversite Hastanesinde yaptıkları

çalışmada; AS' den yatış oranı yaklaşık %12.5 olarak bulunmuştur. Aydın ve ark.'nın (59) yaptığı çalışmada hastaların %12.2'si hastaneye yatırılmış ve %4.5'i sevk edilmiştir. Hastaların en sık yatırıldığı bölümlerin; Dahiliye, Plastik Cerrahi ve Kardiyoloji bölümleri olduğu görülmüştür. Köse ve ark.'nın (57) yaptığı çalışmada hastaneye yatırılan hasta oranı %1.4 iken, başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilen hasta oranının %0.3 olduğu, hastaların en fazla yatırıldığı bölümler ise Genel Cerrahi (%13.8), Nöroloji (%13.4), Ortopedi ve Travmatoloji (%12.0), Anestezi (Yoğun Bakım Ünitesi) (%11.8) ve Çocuk Cerrahisi (%7.8) bölümleri olduğu tespit edilmiştir. Gürsoy ve ark.'nın (55) 2013 yılında hastanemizde yaptığı çalışmada Dahiliye konsültasyonu istenen hastalardan %45.2'si farklı kliniklere yatırılmış olup, yatan hastalardan %37.5'u Dahiliye kliniklerine yatırılmış ve en sık yatış çalışmamızda olduğu gibi Onkoloji (%32) kliniğine olmuştur. Maligniteli hastaların genel durumunun daha kötü olduğu ve genellikle yatış endikasyonu olan acil bir durum ile AS'e başvurduğu için yatış oranının yüksek olduğu söylenebilir. AS hizmetleri ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda, başvuran hastaların taburculuk oranları sırasıyla Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'nde %81.7 (74), Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'nde %86.2 (58), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'nde %81.9 olarak bulunmuştur (59). Hastanemizdeki taburculuk oranının yüksek olmasının en önemli nedeni, triyaj 3 (acil olmayan hasta) grubu hastalarının başvuru sayısındaki artış olarak gösterilebilir.

Sonuç olarak, gün geçtikçe hasta yoğunluğun katlanarak arttığı, hasta sirkülasyonunun daha olanaksız hale geldiği ve bu yüzden işleyişte ciddi sıkıntılar yaşanan acil servislerde; konsültan hekimlerin işlevselliğinin önemi belirgin bir şekilde artmaktadır. Acil servislerde konsültasyon istenen hasta profillerinin belirlenmesi, konsültasyon işleyiş sistemi ve konsültasyonla ilişkili sorunların değerlendirilmesi uzman hekim yetiştiren kurumlarda eğitim programlarının şekillenmesinde, yatak kapasitesinin belirlenmesinde ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında yararlı olacaktır. Konsültasyona gelen araştırma görevlisinin ihtisas süresinin en az yarısını tamamlamış kıdemde olması, "UÜ-SK Konsültasyon Talimatı'nda da belirtilmiş olan acil



servisten istenen konsültasyonlara 30 dk içinde cevap verilmesi ve özellikle birden fazla konsültasyon istenen hastalara multidisipliner bir yaklaşımın sağlanması gerekmektedir. Konsültasyon sürecinde, kaliteli bir acil sağlık hizmeti ve etkin işleyiş sistemi için, ilgili tüm sağlık personelinin üzerine düşen görevi yerine getirmesi ve konsültan hekimlerin hastaları sahiplenip sonuçlanana kadar takipçisi olması gerekmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Mengert TJ. General care of the emergency department patient. Mengert TJ, Eisenberg MS, Copass MK (eds). In: Emergency Medical Therapy. 4th ed. W.B. Saunders Company, St. Louis. 1996:1-28.
2. Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: Results of the national ED overcrowding study (NEDOCS). Acad Emerg Med 2004;11:38-50.
3. Ersoy G, Ayrik C, Karcioğlu Ö ve ark. Acil servis nedir? Nasıl olmalıdır? In: Acil Servis ve Akademik Acil Tıp. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2002;1-33.
4. Cander B. Acil servis ve sorunları. Yeni Türkiye 2001;39:652-6.
5. Mechem CC. Emergency Medical Services. Tintinalli JE (ed). In: Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive study Guide. 7th ed, McGraw Hill, New York. 2011:1-4.
6. Blackwell T. Principles of emergency medical services systems. Marx JA, Hockberger RS, Walls RM. (eds). In: Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. 5th ed. Mosby Inc., St. Louis. 2002:2616-25.
7. Soysal S, Karcioğlu Ö, Topaçoğlu H. Acil tıp sistemleri. Cerrahpaşa J Med 2003;34:51-7.
8. Division of Medical Sciences. National Academy of Sciences-National Research Council: Accidental death and disability: the neglected disease of modern society. Washington DC, 1966, US Government Printing Office.
9. Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliği. T.C. Resmi Gazete.16 Ekim 2009-Sayı:27378.
10. Berner AR. Triage. Harwood-Nuss AL, Linden CH, Ruten CH, Shepherd SM, Wolfson AB (eds). In: The clinical practice of emergency medicine. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1996:1525-7.
11. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri. Ankara, 2001:3-9.
12. American Academy of Emergency Medicine History. [http:// www.aaem.org/aboutaaem/history.php](http://www.aaem.org/aboutaaem/history.php). Erişim Tarihi:15.08.2013.
13. Arnold JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. Ann Emerg Med 1999;33:97-103.
14. Cander B, İkizceli İ, Yıldırım C, ve ark. Acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yeniden yapılanması. Ocak-2008. Akademik Acil Tıp Dergisi 2008;7:9-16. (A)
15. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri. Ankara, 2011:39-41.
16. Graff L. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. Am J Emerg Med 1999;17:208-9.

17. Shih FY, Ma MH, Chen SC, et al. ED overcrowding in Taiwan: facts and strategies. *Am J Emerg Med* 1999;17:198-202.
18. Soysal S, Karcioğlu Ö. Triyaj. In: *Acil Servis ve Akademik Acil Tıp*. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2002;134-52.
19. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, et al. Emergency department crowding, part 1-concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med* 2009;53:605-11.
20. Liu S, Hobgood C, Brice JH. Impact of critical bed status on emergency department patient flow and overcrowding. *Acad Emerg Med* 2003;10:382-5.
21. Emergency Department Crowding: high-Impact solutions. The American college of emergency physicians (ACEP) task force report on boarding. April 2008. [www.ACEP.org](http://www.ACEP.org). Erişim Tarihi: 07.04.2014
22. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003;20:402-5.
23. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical Care* 2005; 9:291-5.
24. Andrulis DP, Kellermann A, Hintz EA, et al. Emergency department and crowding in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1991;20:980-6.
25. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35:63-7.
26. Derlet RW, Richards JR. Emergency department overcrowding in Florida, New York and Texas. *South Med J* 2002;95:846-9.
27. Kondro W. Ottova Relief at a price for emergency wards in Ontario. *The Lancet* 1998;352:1451-5.
28. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* 2008;52:126-36.
29. Howard MS, Davis BA, Anderson C, et al. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs* 2005; 31:429-35.
30. State of Emergency Medicine: Emergency Physician Survey. American College of Emergency Physicians. [www.ACEP.org](http://www.ACEP.org). Erişim Tarihi: 13.04.2014
31. Gordon JA, An LC, Hayward RA, et al. Initial emergency department diagnosis and return visits: risk versus perception. *Ann Emerg Med* 1998; 32:569-73.
32. Liaw SJ, Bullard MJ, Hu PM, et al. Rates and causes of emergency department revisits within 72 hours. *J Formos Med Assoc* 1999;98:422-5.

33. Miro O, Jimenez S, Alsina C, et al. Unscheduled revisits in medical emergency units at the hospital: incidence and related factors. *Med Clin (Barc)* 1999;112:610-5.
34. Cardin S, Afilalo M, Lang E, et al. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003;41:173-85.
35. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med* 2000;7: 637-46.
36. Gail M, O'Brien GM, Shapiro MJ, et al. Inappropriate emergency department use: the eye of the beholder. *Acad Emerg Med* 1995;2:349-52.
37. Sanchez M, Miro O, Coll-Vinent B, et al. Emergency department overcrowding: quantification of associated factors. *Med Clin (Barc)* 2003; 121:161-72.
38. Dunn R. Reduced Access block causes shorter emergency department waiting times: An historical control observational study. *Emerg Med* 2003;15: 232-8.
39. Forster AJ, Stiell I, Wells G, et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med J* 2003;10:127-33.
40. McConnell KJ, Richards CF, Daya M, et al. Effect of increased ICU capacity on emergency department length of stay and ambulance diversion. *Ann Emerg Med* 2005; 45:471-8.
41. Forster AJ. An Agenda for Reducing Emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 2005;45:479-81.
42. Derlet RW. Overcrowding in Emergency Departments: Teaching, NonTeaching Hospitals and State Government. <http://www.aaem.org/practiceissues/overcrowding>. Erişim Tarihi: 12.05.2014.
43. Singer AJ, Viccellio P, Thode HC, et al. Introduction of a stat laboratory reduces emergency department length of stay. *Acad Emerg Med* 2008;15: 324-8.
44. Woods RA, Lee R, Ospina MB, et al. Consultation outcomes in the emergency department; exploring rates and complexity. *Can J Emerg Med* 2008;10:25-31.
45. Holliman CJ. The art of dealing with consultants. *J Emerg Med* 1993;11: 633-4.
46. Atilla R, Çımrın AH. Konsültasyon önerileri. In: *Acil Servis ve Akademik Acil Tıp*. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2002;184-7.
47. Tuğcu H, Yorulmaz Ç, Ceylan S ve ark. Acil servis hizmetine katılan hekimlerin acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003;45:175-9.
48. Kessler CS, Asrow A, Beach C, et al. The taxonomy of emergency department consultations-results of an expert consensus panel. *Annals of Emergency Medicine* 2013;61:161-6.

49. Hancı H. Hekimin Yasal Sorumlulukları (Tıbbi Hukuk), Egem Tıbbi Yayıncılık, izmir, 1995:75-112.
50. Vissers MC, Hasman A, Linden CJ. Consultation behaviour of residents supported with a protocol processing system (ProtoVIEW) at the emergency ward. *Int J Biomed Comput* 1995;38:181-7.
51. Olsson T. Risk prediction at the emergency department. *Acta Universitatis Upsaliensis. Upssala*, 2004:1-64.
52. Geskey JM, Geeting G, West C, et al. Improved physician consult response times in an academic Emergency Department after implementation of an institutional guideline. *J Emerg Med* 2013;44:999-1006.
53. Ay D, Akkas M, Sivri B. Patient population and factors determining length of stay in adult ED of Turkish University Medical Center.
54. Demircan C, Çekiç C, Akgül N, ve ark. Acil Dahiliye Ünitesi hasta profili: 1 yıllık deneyim. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;31:39-43.
55. Gürsoy V. Acil serviste dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların epidemiyolojik özellikleri ve konsültasyonla ilişkili sorunların irdelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, uzmanlık tezi*, Bursa, 2014.
56. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, ve ark. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi* 2008;15(4):107-11.
57. Köse A, Köse B, Öncü MR, ve ark. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Tıp Derg* 2011;17:57-62.
58. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, ve ark. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005;5:5-13.
59. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal O, ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2010;9:163-8.
60. Cortazzo JM, Guertler AT, Rice MM. Consultation and referral patterns from a teaching hospital emergency medicine department. *Am J Emerg Med* 1993;11:456-9.
61. Vosk A. Response of consultants to the emergency department: a preliminary report. *Ann Emerg Med* 1998;32:574-7.
62. Woods RA, Lee R, Ospina MB, et al. Consultation outcomes in the emergency department: exploring rates and complexity. *CJEM* 2008;10:25-31.
63. Brick C, Lowes J, Lovstrom L, et al. The impact of consultation on length of stay in tertiary care emergency departments. *Emerg Med J* 2014;31:134-8.
64. Busca P, Cancio M, Aginaga JR, et al. Analysis of the characteristics of interconsultations performed by emergency physicians to other hospital specialists and their evolution over time. *Eur J Emerg Med* 2013.

65. Iwata M, Yamanaka K, Kitagawa Y. The level of agreement regarding patient disposition between emergency physicians and consultants in the emergency department. *Int Emerg Med J* 2013;6:22.
66. Lee RS, Woods R, Bullard M, et al. Consultations in the emergency department: a systematic review of the literature. *Emerg Med J* 2008;5:4-9.
67. Karakaya Z, Gökel Y, Açıklan A, ve ark. Acil Tıp Anabilim Dalında konsültasyon sisteminin işleyişi ve etkinliğinin değerlendirilmesi. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Derg* 2009;15:210-6.
68. Aygencel G, Nas A, Sarıtaş H, ve ark. Bir üniversite hastanesi acil servisindeki iç hastalıkları konsültasyonlarının genel özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2012;17:219-22.
69. Demircan C, Özdemir F, Köksal Ö, ve ark. Acil servis hasta profili. 1st Euresian Congress on Emergency Medicine, Nov 5-9 2008, Antalya. Kongre kitabı:147-8.
70. Çelik GK, Karakayalı O, Temrel TA ve ark. Evaluation of patients transported to the emergency department by 112. *Turkish Medical Journal* 2012;6(3):73-6.
71. Durmuş O. Acil serviste hastaların uzun bekleme sürelerine etki eden faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, uzmanlık tezi, Bursa, 2009.*
72. Lambe S, Washington DL, Fink A, et al. Waiting times in California's emergency departments. *Ann Emerg Med* 2003;41:35-44.
73. American College of Emergency Medicine. Hospital and emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med* 1990;19:336.
74. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, ve ark. Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2006;6:25-35.

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, anlayış ve hoşgörölü destekleri ile eğitimime büyük katkıda bulunan değerli hocalarım; Prof. Dr. Erol Armađan'a, Prof. Dr. Őule Akköse Aydın'a, Doç. Dr. Özlem Köksal'a, Uzm. Dr. Fatma Özdemir'e teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Asistanlığım boyunca her anı paylaştığım ve birlikte çalışmaktan mutlu olduğum sevgili asistan arkadaşlarıma, hemşire, sekreter ve tüm personel arkadaşlarıma, varlığı, desteği ve sabrı için sevgili eşim Rabia Dönmez'e, canım oğlum Yusuf Aras Dönmez ve 2 ay sonra doğacak olan oğlum Ozan Kerem Dönmez'e; ayrıca bu zamana kadar beni destekleyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

22 Mayıs 1984 tarihinde Kayseri’de doğdum. İlköğrenimimi Kozaklı Mehmet Akif Ersoy İlköğretim Okulu’nda tamamladım. Lise eğitimimi Özel Hisarcıklıoğlu Fen Lisesi’nde bitirdikten sonra 2001 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi’ni kazanarak tıp öğrenimime başladım. 2009 yılında mezun oldum. Mezuniyet sonrası Nevşehir Dr. İ. Atasagun Devlet Hastanesinde 1.5 yıl pratisyen hekim olarak çalıştım. Eylül 2011’de Tıpta Uzmanlık Sınavı’nı kazanarak Uludağ Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı’nda ihtisas yapmaya hak kazandım. 14 Aralık 2011 tarihinden beri bu bölümde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Evliyim, 2 yaşında bir oğlum var.