



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE DAHİLİYE KONSÜLTASYONU YAPILAN HASTALARIN
EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE KONSÜLTASYONLA İLİŞKİLİ
SORUNLARIN İRDELENMESİ

Dr. Vildan GÜR SOY

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2014



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSTE DAHİLİYE KONSÜLTASYONU YAPILAN HASTALARIN
EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE KONSÜLTASYONLA İLİŞKİLİ
SORUNLARIN İRDELENMESİ**

Dr. Vildan GÜRSOY

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Celaleddin DEMİRCAN

BURSA - 2014

İÇİNDEKİLER

1. Özet.....	ii
2. İngilizce Özet.....	iii
3. Giriş.....	1
Acil Tıp Hizmetlerinin gelişimi.....	1
Acil servislerin gelişimi	3
Acil servislerin yönetimi	3
Acil servislerin yapısı.....	5
Acil servislerin işleyişi.....	6
Trijaj sistemi.....	7
Acil servis prosedürü.....	8
Acil serviste hasta yoğunluğu.....	10
Konsültasyon sisteminin işleyişi.....	17
İç Hastalıkları (Dahiliye) Uzmanlığı.....	23
4. Gereç ve Yöntem.....	26
5. Bulgular.....	28
6. Tartışma ve Sonuç.....	43
7. Kaynaklar.....	54
8. Teşekkür.....	60
9. Özgeçmiş.....	61

ÖZET

Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (UÜ-SUAM) Acil Servisine başvuran ve dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi ve konsültasyonla ilişkili sorunların irdelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya 1 yıllık süreçte acil servise başvuran ve dahiliye konsültasyonu yapılan 3601 hasta alındı. Hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, majör başvuru semptomları, tanıları, hospitalizasyon ve mortalite oranları gibi epidemiyolojik özellikleri ile konsülte edildiği bölümler, acil serviste kalış süreleri ve konsültasyonla ilişkili sorunlar araştırıldı.

Hastaların 2025'i (%56,2) erkek, 1576'sı (%43,8) kadın olup yaş ortalaması; 57 ± 17 yıl idi. Acil servise en sık başvuru nedeni olan majör semptom; genel durum bozukluğu-oral alım azlığı-halsizlik (%20,9), en sık dahiliye konsültasyonu istenme nedeni; gastroenterolojik nedenler (%27,2) ve en sık konulan tanı ise çeşitli enfeksiyonlardı (%23,8). Hastaların %48,3'ü acil servisten taburcu edilirken %45,2'si değişik kliniklere yatırıldı, %5,1'i boş yatak yokluğu nedeniyle başka bir sağlık kuruluşuna sevk edildi ve %1,4'ü ise eksitus oldu. Hastalarda ortalama konsültasyon sonuçlanma süresi; 121 dk ve acil serviste kalış süresi; 403 dk idi. Acil serviste 8 saatten uzun süre kalan hasta sayısı 986 (%27,4) olup en sık nedeni boş yatak yokluğuydu (%74,1). Hastaların 165'inin (%4,7) çeşitli dahiliye polikliniklerinden sevk edildiği ve bunların %32,1'inin uygun olmayan sevk olduğu görüldü. Konsültasyonla ilişkili en sık gözlenen sorunlar; gereksiz konsültasyon isteği (%2,7) ve konsültasyonun sonuçlandırılmasının gecikmesiydi (%2,4).

Sonuç olarak, acil servislerin işleyişinde dahiliye konsültasyonları çok önemlidir. Hızlı ve etkin bir konsültasyon işleyiş sistemi için acil servis hekimi ve konsültan hekimin işbirliği gerekli olup dahiliye polikliniklerinden acil servise uygun olmayan sevklerden, acil serviste gereksiz konsültasyon isteğinden kaçınılmalı ve konsültasyon isteği hızlı bir şekilde yanıtlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Acil servis, konsültasyon, dahiliye.

SUMMARY

Epidemiological Characteristics of the Patients who were Consulted to Internal Medicine in the Emergency Department and Examination of the Problems Related with Consultation

In this study, we aimed to evaluate the epidemiological characteristics of the patients who admitted to Emergency Department in Uludağ University Health Care and Research Centre and consulted to the Internal Medicine Department and the problems related with consultation.

The study included 3601 patients who admitted to the Emergency Department and consulted to the Internal Medicine Department for 1 year. The epidemiological characteristics of patients such as age and gender, major presenting symptoms, diagnosis, hospitalization and mortality rates and the consulted departments, stay length in Emergency Department and problems related with consultation were investigated.

2025 patients (56,2%) were male, 1576 patients (43,8%) were female and the mean age; 57 ± 17 year. The most common symptom for referring to the Emergency Department was deterioration of the general medical condition- poor oral intake-weakness (20,9%), the most common reason for Internal Medicine consultation was gastroenterologic reasons (27,2%) and the most common diagnosis was various infections (23,8%). 48,3% of the patients were discharged from emergency department, 45,2% of the patients were hospitalized to different clinics, 5,1% of the patients were referred to another health center due to the absence of free beds and 1,4% of patients were died in the emergency department. The mean duration of consultations result; 121 min and the mean length of stay in the emergency department was 403 min. 986 patients stayed in the emergency department longer than 8 hours and the most common reason of this situation was absence of free beds (74,1%). 165 of the consulted patients (4,7%) were

referred from different internal medicine policlinics and 32,1% of them were inappropriate referrals. The most commonly observed problems related with consultation were inappropriate consultation requests (2,7%) and were delayed the consultation responses (2,4%).

In conclusion, internal medicine consultations in the emergency departments is very important. The emergency department physician and consultant physician cooperation is necessary for a fast and effective consultation system and inappropriate referrals to the emergency department from internal medicine outpatient clinics and unnecessary consultation requests from emergency department should be avoided and consultation requests must be responded quickly.

Key words: Emergency Department, consultation, internal medicine.

GİRİŞ

Acil servisler, sağlık hizmeti sunan hastanelerde her türlü acil hasta ve yaralının bakıldığı, yılın 365 günü 24 saat kesintisiz hizmet veren birimlerdir (1-3). Acil servise hastalar 112 Acil Yardım Sistemi aracılığıyla, başka hastanelerden veya polikliniklerden sevkle gelebileceği gibi kendini “acil hasta” hisseden herkes doğrudan başvurabilmektedir. Acil servise gelen hasta veya yaralının 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 biter. Bu döngünün hızlı olması, hasta bakımında gecikmelere yol açmaması için hem hastane öncesi Acil Tıp Hizmetleri Sisteminin ve hem de hastane içinde acil servis akışının iyi organize edilmesi gerekir (1,3-5).

1. Acil Tıp Hizmetlerinin Gelişimi

Acil Tıp; bir hastalık veya yaralanma nedeniyle acil bakıma gereksinimi olan hastalara, acil yardım çağrısı yapıldıktan sonra hastane öncesi dönemde 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 boş yatak yokluğu nedeniyle başka bir hastaneye sevk edilene ya da tedaviyle stabilizasyon/iyileşme sağlanıp acil servisten taburcu edilene kadar süren hizmetler dizisi olup başvuran tüm hastaların kabul edilip değerlendirildiği, multidisipliner yaklaşım gerektiren ve konsültasyonların vazgeçilmez olduğu bir tıp alanıdır. Acil Tıp, öncelikle acil servislerdeki hizmetlerle ilgilenmekle beraber aynı zamanda hastane öncesi sağlık hizmetleri (ilk yardım, ambulans vb...) ve afet tıbbı ile de ilgilenir. Acil sağlık

sorunlarının çözümü için hem hastane öncesi aşamadaki ve hem de hastanelerdeki acil servislerde sunulan hizmetin kalitesinin artırılması ve böylece ölüm ve sakatlıkların önlenmesi ve sonuçta toplum sağlığının yükseltilmesi hedef alınmıştır (1,6-8).

Bugünkü anlamda acil servisler ve acil tıp hizmetlerinin kurulması 1960'lı yıllarda başlamıştır. 1950 ve 1960'lı yıllarda Kore ve Vietnam Savaşlarında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ordusunda yaralılara hastane öncesi bakım ve travmalı hastaya yaklaşım konusunda deneyimler 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 hasta ve yaralılara 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 (9). 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 (3,10,11). 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 (6-8).

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" nolu 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 bu anabilim dalı 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 acil servisleri ve yoğun bakım üniteleri arasındaki iletişim organizasyonu da iyileştirilmiştir (8,12).

2. Acil Servislerin Gelişimi

Hastane öncesi acil bakımla ilişkili bu gelişmeler olurken buna paralel olarak hastane içindeki acil servislerde de birtakım gelişmeler olmuştur. Acil servisler, 1960 öncesi dönemde genellikle hastanenin bir köşesinde tek bir odanın ayrıldığı, tek hemşire ve/veya hekimin olduğu, yetersiz donanımlı, özel eğitilmiş olmayan personelin çalıştığı birimler iken Acil Tıp Hizmetlerinin gelişmesine paralel olarak gerek eğitilmiş personel sayısı ve niteliğinde ve gerekse acil servis donanımında artış, acil servise ayrılan alanlarda genişleme, acil servis işleyişi ile ilgili organizasyonda iyileşme olmuş ve acil servisler giderek Acil Tıp Uzmanlarınca yönetilir hale gelmiştir (12,13).

3. Acil Servislerin Yönetimi

Üniversite hastanelerinde başlangıçta bir öğretim üyesi sorumluluğunda değişik klinik dallardan araştırma görevlilerinin aylık rotasyonla acil serviste görevlendirilmeleri ile acil servis hizmetleri yürütülürken ülkemizde acil tıp uzmanlık eğitiminin gelişmesiyle bugün için üniversite hastanelerinin büyük çoğunluğunda acil servis hizmetleri Acil Tıp Anabilim Dallarının sorumluluğunda sürdürülmektedir. Ancak bu anabilim dalının henüz kurulmadığı az sayıda üniversite hastanesinde eski sistemle

(rotasyonel araştırma görevlileri aracılığıyla) çalışılmakta veya Acil Dahiliye ve Acil Cerrahi şeklindeki bir organizasyonla acil servisler hizmet vermeye devam etmektedir (14,15).

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde ilk olarak 1995 yılında İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı kurulmuş (daha sonra adı Acil Tıp Anabilim Dalı olarak değiştirilmiştir), 1996 yılındaki Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile ilk araştırma görevlileri uzmanlık eğitimine başlamış ve acil servis hizmetleri Acil Tıp Anabilim Dalı' nın yönetiminde bölüm araştırma görevlileri ve diğer anabilim dallarından aylık rotasyona gelen araştırma görevlileri aracılığıyla sürdürülmeye başlanmıştır. Ancak acil servisteki hastaların kliniklere yatışlarındaki gecikmeler ve hastaların acil serviste uzun süre beklemeleri gibi sorunlar nedeniyle o dönemdeki hastane yönetiminin teklifi ve Üniversite Senatosununun 10.01.2002 tarihinde kabul ettiği "Uludağ Üniversitesi-Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (UÜ-SUAM) Hastanesi Acil Servis Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge" ile yeni bir düzenleme yapılarak Acil Dahiliye Ünitesi (ADÜ) ve Acil Cerrahi Ünitesi (ACÜ) kurulmuştur. Bu sisteme göre; acil servise başvuran hastalar önce Acil Tıp Anabilim Dalı Araştırma Görevlileri tarafından değerlendirilmekte, ilk müdahaleleri yapılmakta ve eğer dahili bölümler (İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Nöroloji, Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Psikiyatri, Dermatoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi) ile ilgili ileri tetkik, girişim ve tedavi veya konsültasyon gerekiyorsa ya da yatış endikasyonu düşünülüyorsa hastalar ADÜ'ye, cerrahi bölümler (Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kalp-Damar Cerrahisi, Plastik Cerrahi, Beyin Cerrahisi, Ortopedi, Üroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Göz, Kulak-Burun-Boğaz) ile ilgili ileri tetkik, girişim ve tedavi veya konsültasyon gerekiyorsa ya da yatış endikasyonu düşünülüyorsa hastalar ACÜ'ye devredilmekteydi. Bunun için acil serviste ADÜ'de İç Hastalıkları, Kardiyoloji ve Nöroloji Anabilim Dallarından, ACÜ'de ise Genel Cerrahi Anabilim Dalından birer araştırma görevlisi sürekli olarak bulunacak şekilde görevlendirilmişti. Başlangıçta bölümlerin destek verdiği bu uygulama daha sonra İç Hastalıkları Anabilim Dalı dışındaki diğer bölümlerin araştırma görevlilerini sürekli olarak acil serviste bulundurmamaları ve

hastane yönetiminin de bu konudaki ısrarının azalması nedeniyle önce ACÜ'de uygulanmaz hale geldi, daha sonra ADÜ'de de İç Hastalıkları Anabilim Dalı dışında uygulamada etkisini yavaş yavaş yitirdi. 2006 yılı sonundan itibaren bu sistem pratikte uygulanmaz hale geldi ve acil servis yeniden Acil Tıp Anabilim Dalının yönetiminde çalışır hale döndü.

4. Acil Servislerin Yapısı

Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil olguların özelliği ve olgunun 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 (ilçe devlet hastanesi) **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 (her dalda uzmanı olan hastaneler) **konumundaki acil servisler:** Düzyey I konumundaki acil servislere ek olarak uzman hekim düzeyinde değerlendirmelerin yapıldığı, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi gibi görüntüleme olanaklarının olduğu acil servislerdir.

-Düzyey III (eğitim hastaneleri) **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 (15, 16).

Üniversite hastanelerindeki acil servisler Düzyey III konumunda olup uygun alan ve yeterli donanıma sahip olmalıdır. Acil servisler, hastane dışından ulaşımı kolay bir lokalizasyonda olmalı, hastane içinde de gerek kliniklere ve polikliniklere, gerekse ameliyathane, laboratuvar ve Radyoloji

birimlerine yakın olmalıdır. Mimari yapı olarak acil hastalara en kısa zamanda müdahale edecek şekilde dizayn edilmeli, içinde triyaj odası, hasta muayene alanları, resusitasyon odası, gözlem odaları ve travmalı hastalar için ayrı müdahale alanları gibi uygun birimler olmalıdır. Yine başvuran hastalar için gerekli her türlü acil tıbbi girişim ve tedavide kullanılacak malzemeler ve ilaçlar eksiksiz olarak acil serviste bulundurulmalı, bunların temini için zaman kaybedilmemelidir. Acil servisler hasta yoğunluğuna göre gerek gündüz çalışma saatlerinde ve gerekse gece nöbetlerinde yeterli sayıda hekim, hemşire ve hastabakıcı gibi personele sahip olmalıdır.

5. Acil Servislerin İşleyişi

Acil servisler, “Acil Tıp Hizmetleri” sisteminin hastane ayağı olup her türlü acil hasta ve yaralının bakıldığı, her gün 24 saat kesintisiz hizmet veren sağlık birimleridir. Acil servisler insanların en çok yardıma muhtaç oldukları yerler olup buraya başvuran hastalar polikliniklere başvuran hastalardan daha büyük risk altındadırlar. Acil servisler hastanelerin vitrini olarak kabul edilmekte olup hastane hakkındaki olumlu veya olumsuz imajın yerleşmesinde önemli rolü vardır (1,4).

Acil servise hastalar “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” sistemi aracılığıyla olay yerinden veya başka hastanelerden sevkle gelebileceği gibi polikliniklerden de sevkedilebilir. Bunun yanı sıra kendini “acil hasta” hisseden herkes doğrudan acil servise başvurabilmektedir. Acil servise gelen hasta veya yaralının bakımı, ilk değerlendirmenin ardından yapılan tedavi ve girişimle akut sorununun çözümlenip taburcu edilmesi veya tedavisinin devamı için hastalığı ile ilgili bölüme yatırılması ya da boş yatak olmaması nedeniyle başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi ile biter. Bu döngünün hızlı olması, hasta bakımında gecikmelere yol açmaması için acil servis akışının iyi organize edilmesi gerekir (15-18).

Hastalar acil servislere çok farklı hastalık ve yaralanma tabloları ile başvurabilirler ve aciliyet dereceleri birbirlerinden çok farklı olabilir. Acil bakım hizmetini, ihtiyacı olan hastalara en kısa süre içinde vermek ve en acil olana

öncelik tanımak esas olduğundan acil servislerde iyi işleyen bir triyaj sistemi olmalıdır. Yine yatış endikasyonu olan hastaların ilgili kliniklere erken yatışlarının sağlanabilmesi için iyi işleyen bir konsültasyon sistemi olmalı ve yatak yokluğu nedeniyle başka sağlık kurumlarına sevk gerektiğinde önceden belirlenmiş hastaneler arası sevk protokollerinin olması sevk işleyişini hızlandıracaktır (1,3,4).

6. Triyaj Sistemi

Trijaj; acil servise başvuru anında hastaları hemen değerlendirip aciliyet önceliğini belirlemek anlamında kullanılmaktadır (19,20). Hastanemizde uygulanan triyaj sisteminde hastalar aciliyet durumuna göre 3 gruba ayrılmaktadır (10,11,21).

-Trijaj I - Kırmızı Triyaj Kategorisi (Çok acil grup): Akut ve potansiyel olarak yaşamı veya ekstremitayı tehdit eden, mortalite ve artmış morbiditeden korunmak için hemen acil değerlendirme ve/veya tedavi gerektiren yakınmalar, vital bulgular, hastalık veya yaralanma. Ör; kardiyopulmoner arrest, hava yolu tıkanıklığı, koma, şok, akut solunum yetmezliği, ağır kafa travması, devam eden veya uzamış nöbet, majör çoklu travma, açık göğüs/ karın travması, anafilaksi, kontrol edilemeyen kanama, ağır nörolojik değişiklikleri olan zehirlenmeler... Bu hastalara en hızlı şekilde müdahale edilir.

-Trijaj 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 ekstremita yaralanması... İkinci öncelikle müdahale edilmesi gereken hastalardır.

-Trijaj 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.

Ör; basit yaralar, basit kesiler, hafif derecedeki her türlü ağrı, basit yanıklar... Bu hastalar genellikle ayaktan başvuran, genel durumu stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek sağlık sorunları bulunan hastalardır.

Acil servislerde triyaj çok önemli olup hastalara aciliyet sırasına göre öncelikli olarak müdahale edilmelidir ve böylece acil olmayan hasta bakımı nedeniyle çok acil veya acil hastanın bakımı geciktirilmemelidir.

7. Acil Servis Prosedürü

Acil servis işleyişinin iyi olması için düzenli hasta akışı sağlanmalıdır. Hasta akışını acil servise girişten ayrılana kadar birçok faktör etkileyebilir. İyi yönetilen bir acil serviste bu faktörler düzenli olarak değerlendirilmeli ve gerekli düzeltmeler yapılarak işleyiş iyileştirilmelidir. Bunun için önceden hazırlanmış acil servis 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; acil serviste 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 acil servise hastaların başvurusundan gerekli tedavisinin planlanmasına ya da acil servisten 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; acil servise başvuran her hasta triyajdaki görevli hekim tarafından başvuru anında "Trijaj Skalası" doğrultusunda değerlendirilir ve 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 esnasında bir problem gelişirse veya ileri tetkik ve tedavi ihtiyacı doğarsa hasta acil servis içinde gözlem odasına alınır, ileri tetkik ve tedavileri orada sürdürülür. Triage kodu Kırmızı veya Sarı olan hastalar mevcut klinik tablolarına göre hemen acil servis içindeki acil müdahale/travma odasına veya gözlem odasına alınır. Bu hastaların ilk değerlendirilmesi eş zamanlı olarak Acil Tıp Araştırma Görevlisi tarafından yapılır. Triage 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, tedavi ve stabilizasyon 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 acil serviste 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. Acil serviste hasta takibinin 8 saati geçmemesi esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu hekimi 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 birisine yatırılarak hastanın takibi, bakımı ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır. Acil serviste kliniklere yatış bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilir. UÜ-SK’da boş yatak olmaması nedeniyle başka bir sağlık kurumuna sevk gerektiren hallerde 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 acil servisten başka bir sağlık kurumuna sevk eden anabilim dalı hekimi tarafından doldurulur.

8. Acil Serviste Hasta Yoğunluğu

Son yıllarda acil servislerdeki önemli sorunlardan biri de acil servisteki hasta yoğunluğunun artmasıdır. Acil servis hasta yoğunluğunu tanımlayan evrensel olarak kabul edilmiş bir ölçüt yoktur. Bu nedenle acil servis yoğunluğunun bilimsel bir tanımını yapmak oldukça güçtür (2,22). Acil servis hasta yoğunluğu tanımı olarak birçok çalışmada; acil servisteki tüm yatakların dolu olması, bekleme odalarının tamamen dolu olması, hastaların koridorlarda sedyelere yerleştirilmesi, acil servis 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 acil serviste bekleme süresinin uzaması, ambulansların başka hastanelere yönlendirilmesi, hekime muayene olmadan acil servisi terk eden hasta sayısının artması, acil servise olan talebin hastalara hizmet sağlama kapasitesini aşması, kritik yatak durumu (bir acil servis yatağı için bekleme süresi), acil servis personel sayısındaki yetersizlik gibi farklı tanımlamalar yapılmış, ancak bunların hiçbiri tek başına acil servis aşırı yoğunluğunu tanımlamada yeterli olmamıştır (19,22,23). Amerikan Acil Tıp Uzmanları Birliği (ACEP)'nin 2008'de yayınladığı rapora göre en basit şekliyle acil serviste hasta yoğunluğu; acil bakım gerektiren bir sonraki hastanın zamanında müdahale edilmesi gereken sorunu için yeterli alan olmadığına ortaya çıkan durum olarak belirtilmiştir. Eğer acil sorunlara müdahale yoğunluk nedeniyle gecikiyorsa “yoğunluk” mevcuttur diye tanımlanmıştır (24).

ABD’de acil bakım sistemine ve hasta güvenliğine yönelik en büyük tehdit, acil servislerdeki aşırı yoğunluk olarak bildirilmiş ve bunun da kritik

hastalar için ciddi olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir (23,25,26). Andrulis ve ark.'nın (27) ABD'de yaptığı bir çalışmada, ülke çapında acil servislerde aşırı yoğunluk olduğu ve bu yoğunluğun hasta bakımında ve sağlık hizmetlerinde sıkıntılara yol açtığı belirtilmiştir. Acil servislerdeki hasta yoğunluğu sorunu ABD yanı sıra Kanada, İngiltere ve Tayvan gibi dünyanın farklı bölgelerindeki ülkelerde de bildirilmiştir (19,20,25,28-30). 2002'de ABD'de Florida, New York ve Teksas'ta acil servislerde yapılan bir çalışmada, acil servislerin %92'sinde yoğunluğun önemli bir sorun olduğu ve acil servislerin %68'inde son 5 yıl içinde aşırı yoğunluğun arttığı saptanmıştır (29). Yapılan çalışmalarda acil servislerdeki aşırı yoğunluğun nedenleri arasında; hastanede yatak sıkıntısı, ağır hastalığı olan hasta sayısındaki artış, acil servislerdeki artan hasta sayısı, yaşlı hasta sayısındaki artış, acil serviste alan sınırlılığı, personel yetersizliği, tanısal tetkiklerdeki gecikmeler, eskiye göre hekimlerce kaydedilmesi gereken dokümantasyon miktarındaki artışlar, konsültan hekimlerin acil servise geç gelmeleri, dil ve kültür engelleri gibi faktörler sayılmış ve sonuçta acil servislerdeki aşırı yoğunluğun karmaşık ve çok faktörlü olaylar sonucu meydana geldiği ve bu faktörlerin çoğunun da acil servisin kontrolü dışındaki nedenler olduğu bildirilmiştir (19,20,23,25-32).

8.1. Acil Servise Başvuran Hasta Sayısındaki Genel Artış:

Göçler ve yaşam süresinin uzaması gibi nedenlerle hastanenin hizmet verdiği bölge nüfusundaki artış acil servise hasta başvurusunda ve acil servis hasta yoğunluğunda artışa neden olmaktadır. ABD'de 1992 ile 1999 yılları arasında acil servise başvuru sayısı %14 oranında artmıştır ve bu hasta sayısındaki artışın ana nedeninin, acil olmayan hasta sayısındaki artış olduğu bildirilmiştir (33). Yine ABD'de bir başka çalışmada 1995 ile 2005 yılları karşılaştırıldığında acil servis başvurularının %20 arttığı bildirilmiştir (34). Sağlık politikalarında hastaların acil servislere başvurusunu kolaylaştırıcı değişiklikler de acil servis başvurularını artırabilir. Ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarının (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu) birleştirilmesi ile daha önce üniversite hastanelerine başvurularında prosedür olarak çeşitli zorlukları olan Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur sigortalı hastaların hastaneye doğrudan başvurabilmesi, yine Triyaj I ve Triyaj

II kategorisindeki hastaların acil servis hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi ile acil servis başvurularının artması buna örnek gösterilebilir (35,36). Şehir merkezinden hastaneye ulaşılabilirliğin kolaylaşması acil servis başvurularının artmasının bir diğer nedenidir. Buna Bursa'da metro hattının hastanemize kadar ulaşması sonrası hastanemiz acil servisine başvuruların artması örnek olarak gösterilebilir. Acil olmayan hastaların acil servislerde daha çabuk muayene edildiklerini ve fazla zaman kaybetmediklerini düşünerek poliklinik yerine acil serviste muayene olmayı tercih etmeleri de acil servis başvurularının artmasının bir diğer nedenidir (32).

8.2. Acil Servislere Ağır Hasta Başvurusundaki Artış:

Acil servise başvuran hastaların hastalık şiddetinin artışı ve birden fazla kronik hastalığa sahip hastaların sayısındaki artış acil servis hasta yoğunluğunu artıran nedenlerden biridir (25,26,28,29). ACEP'in 2008'de yayınladığı raporda, acil servislere başvuran hasta popülasyonunda ağır hastaların önemli oranda arttığı bildirilmiştir (24). ACEP üyeleri arasında yapılan bir ankette, katılanların %79'u kronik hastalığı olan hasta sayısındaki artışın acil servis hasta yoğunluğunu artırdığını bildirmişlerdir (37). Tıp bilimindeki ve teknolojideki gelişmeler, aşılarda, daha etkili ilaçların bulunması ve yaşam standartındaki iyileşmeler gibi nedenlerle insanların yaşam süreleri uzamış ve toplumun büyük bir kesimi yaşlanmıştır. Yaşlanma ile beraber kronik hastalık sıklığı artmış ve kronik hastalıklara sahip hastaların daha uzun yaşamaları mümkün olmuştur. Kronik hastalıkların alevlenmesi veya akut komplikasyonları nedeniyle acil servislere başvuru sıklığı artmıştır. Diyabet, hipertansiyon, kronik karaciğer hastalığı, kronik renal yetmezlik, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, solid organ malignitesi, hematolojik maligniteler ve Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (AIDS) gibi hastalıklara sahip hastaların yaşam süreleri uzamış ve acil bakım gerektiren komplikasyonlarla acil servis başvuruları artmıştır (28,29). ABD'de Kaliforniya'da acil servislerdeki ciddi hastalığı olan hastaların sayısı 1990-1999 yılları arasında %59 oranında artmıştır (25,26). Altta yatan böyle bir hastalığı olanlarda hastalık semptomlarını ciddi hastalıklardan ayırt etmek, sağlıklı hastalara göre daha

uzun zaman almakta ve bu nedenle hastaların acil serviste kalış süresi uzamaktadır (28). Hastanede bu ağır hastaları yatıracak boş yatak olmadığı zaman hastalar yer açılıncaya kadar acil serviste bekletilmektedir ve bu nedenle acil servisler son zamanlarda adeta bir “psödo yoğun bakıma” dönüşmüştür (25,28). Cowan ve Trzeciak (26) yaptıkları bir derlemede, ABD'de yoğun bakım hizmetlerinin, acil servisin giderek büyüyen ve önemli bir parçası haline geldiğini vurgulamıştır. Yoğun bakım hizmetlerinin, yoğun bakım ünitesi ve postoperatif bakım odalarının dışında acil servislerde başladığını ve bunun da zorunlu olduğunu, çoğunlukla da bu hizmetlerin acil servislerce sağlandığını belirtmişlerdir. Acil servisler, kritik hastaların acil stabilizasyonunu ve başlangıç tedavisini sağlayacak şekilde planlanmasına rağmen aşırı yoğunluk nedeniyle birçok acil servis yoğun bakım ünitelerinin olanaklarına sahip olmadığı halde yoğun bakım hastalarının takip ve tedavi edildiği alanlara dönüşmüştür (26).

8.3. Acil Servislere Aynı Yakınmalarla Tekrarlayan Başvurular:

Aynı yakınmayla tekrar başvuruların olması acil servislerin yoğunluğunu artıran nedenlerden biridir (38-42). Çalışmalarda acil servise başvuru sonrası ilk 3 gün içerisinde aynı yakınmayla tekrar başvuru oranları %1 ile %5,7 arasında saptanmıştır (38-40). 7 günlük izlemin yapıldığı bir başka çalışmada bu oran %11 bulunmuştur (41). Yoğunluk arttıkça hastalara ayrılan zamanda kısıtlanmakta olduğundan “yoğunluk-hastaya ayrılan zamanın azalması-aynı yakınmayla tekrar başvurular” şeklinde bir kısır döngü oluşmaktadır. Ayrıca acil servislerin aynı yakınmayla başvuran hastalar tarafından kullanılması ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda, bu başvuruların diğer hastaların bakım kalitesini de kötü yönde etkilediği gösterilmiştir (42,43).

8.4. Hastane Yatak Sayısının Yetersiz Olması:

ABD, Tayvan ve İspanya'da yapılan çeşitli çalışmalarda, acil servis hasta yoğunluğunun en sık nedeninin hastane yatak sayısının yetersizliği olduğu bildirilmiştir (19,20,24-26,44). Hastane yatak sayısındaki azalma, yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısını da etkilemektedir. Sonuçta hastaneye yatırılması gereken acil servis hastaları, uygun yatak sağlanana

kadar acil serviste beklemek zorunda kalmaktadır (28). Dunn'ın (45) yaptığı bir çalışmada; hastane doluluk oranındaki %5,9'luk bir azalmanın, acil serviste 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 acil servislerdeki bekleme süresini azaltacağı belirtilmiştir (46). Hastaların acil servislerde uzun süre beklemesinin acil servise başvuran hasta sayısındaki fazlalıktan etkilenmediği, ancak yatış için hastanede yer olmamasının acil serviste hastaların bekleme süresini artırdığı bildirilmiştir (47). Hastanelerin yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısı artırıldığında, acil servislerde yoğun bakım ünitesine yatış için bekleme süresi ve ambulansların başka hastanelere yönlendirilmesi azalmaktadır (47,48).

ABD'de 2003 yılında ACEP üyeleri arasında yapılan bir ankette, ankete katılan hekimlerin %84'ü acil servis aşırı yoğunluğuna katkıda bulunan en önemli nedenin; hastanede uygun yatak olmadığı için yer bulununcaya kadar hastaların acil serviste beklemesi olduğunu ve %64'ü de bu hastaların acil serviste yatış için 4 ila 12 saat, bazen 24 saatten fazla beklediğini bildirmişlerdir (37).

Avustralya-Asya Acil Tıp Derneği'nin 2004 yılında yayınladığı bir raporda, 82 acil servisle sabah saat 10.00'da telefon ve internet ile bağlantı kurulduğu, o anda acil servislerde 1509 hastanın tedavisinin sürdüğü ve bu hastalardan 704'ünün hastaneye yatış için beklediği, yatış düşünülen bu hastaların da %83,5'inin 8 saatten uzun süredir acil serviste beklediği ve acil servis yataklarının %39'unun bu hastalarca meşgul edildiği bildirilmiştir (49)

8.5. Acil Servislerde Yapılan Tedavi Sonucu Hastaların Hastaneye Yatırılmaktan Kaçınılması:

Tıp bilimindeki ilerlemeler, yeni etkin ilaçlar ve acil tıp uzmanlık eğitimi ve deneyimindeki gelişmeler acil servislerdeki hasta bakım pratiğini değiştirmiş ve önceki yıllarda hastaneye yatırılması gereken hastalıklara sahip birçok hasta günümüzde acil servislerde tedavi edilip taburcu edilmeye başlanmıştır. Düzey III acil servislerde hastaların uzun sürecek olan tedavileri, hastaneye yatırılmak yerine gözlem odalarında yapılmakta ve bu

uygulama giderek yaygınlaşmaktadır. Ör; astım kriziyle gelen hastanın gelişinden itibaren 1 saat içinde hastaneye yatması gerekirken bu hastalar en az 6-8 saat acil serviste takip ve tedavi edilerek belirgin bir iyileşme sağlanıp evine gönderilebilmektedir. Travma hastaları önceki yıllarda kolayca hastaneye yatırılırken acil servislerde yapılan kapsamlı BT, röntgen ve laboratuvar testleri sonucu uygun müdahale yapıp acil servisten taburcu edilebilmektedir. Yatırılarak tedavi edilme potansiyeli olan bu hastaların acil servisteki tedavi ile ciddi hastalık riskinin azaltılması, bu sorunun acil serviste çözülmesi için bekletilmesi acil servisteki hasta yoğunluğunu artırmaktadır (28,50).

8.6. Acil Servis Personel Sayısındaki Yetersizlik:

Deneyimli acil servis personeli acil servislerdeki bakımın temelini oluşturur. Hekim, hemşire, hastabakıcı ve diğer acil servis personelinin sayısındaki yetersizlik hasta bakımını geciktirmekte, hastaların uzun süre acil serviste kalmasına ve acil serviste aşırı yığılmaya neden olmaktadır (26,28, 31,35,50-52). Bucheli ve Martina tarafından yapılan bir çalışmada, acil servislerde gece nöbeti tutan hekim sayısındaki 1 kişilik artışın hastaların acil serviste kalış süresini kısalttığı bulunmuştur (53).

8.7. Görüntüleme ve Laboratuvar Hizmetlerinde Ciddi Gecikmeler:

Teknoloji ve tıbbi bakım standartlarının ilerlemesi ile birlikte acil servislerde daha fazla hasta ileri laboratuvar testleri, arteriyel kan gazı, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntülemesi veya nükleer görüntülemeler gibi diğer yardımcı servislerce sağlanan hizmetlerden yararlanmakta ve bu hizmetlerdeki gecikmeler hastaların acil servislerde kalış süresini uzatmaktadır (19,28,50). Bazı çalışmalarda, laboratuvar hizmetlerini hızlandıracak yöntemler kullanıldığında, hastaların acil servislerde kalış sürelerinin kısaldığı ve acil servis personelinin memnuniyetinin arttığı saptanmıştır (30,46,54).

8.8. Konsültan Hekim Yetersizliği ve Ulaşmadaki Güçlükler:

Bölüm 9' da ayrıntılı bahsedilmiştir.

8.9. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı:

Acil servislerin en önemli özelliği, kesintisiz ve hızlı hizmet vermeleridir. Bundan dolayıdır ki hastalar çoğu zaman polikliniklerde sıra beklemektense acil olmayan şikâyetler için acil servisleri kullanmaya çalışmaktadırlar. Acil servislerin uygunsuz kullanımına dair birçok çalışma yapılmıştır (55-60). Acil servislerin nitelikli acil bakım hizmeti vermesini sınırlayan bu durum hastaların sağlığı açısından ciddi bir tehlike oluşturur (2). Acil servislerin uygunsuz kullanımı çalışanlarda zaman kaybı ve dikkat azalmasına yol açmaktadır. Bu durum daha fazla zaman ayrılması ve dikkat edilmesi gereken ciddi durumlar için bir engel oluşturmaktadır. Bu durumun önüne geçmek için iyi bir triyaj sistemi hayata geçirilmelidir. ABD'de yapılan bir araştırmada, acil servis başvurularının yalnız %15'inin yaşamı tehdit eden nedenlerden dolayı yapıldığı saptanmıştır. Geriye kalan %85 başvurunun acil servisi seçme nedeni diğer bakım merkezlerinin uygun olmaması ve acil servislerin tedavileri için en iyi yerler olduğunu düşünmeleri olarak bildirilmiştir (56). Akbulut'un (57) Ankara'da bir üniversite hastanesinde yaptığı araştırmada, acil olmayan hastaların %67,3'ünün kendisini acil hissettiği, %32,7'sinin ise kendini acil hissetmediği, acil servisi amaç dışı kullanan hastaların acil servisi tercih etmelerinde en önemli 3 nedeni; sağlık durumundan normal poliklinik muayenesini bekleyemeyecek derecede endişe duymak (%18,9); muayene için daha kısa süre beklemek (%16,2); iğne, pansuman yaptırmak, rapor almak, dikiş aldirmek, sonda taktirmek (%16,2) olduğu bildirilmiştir. Bir başka çalışmada acil olmadığı halde acil servisi kullanan hastaların %45'i acil servise başvurma nedeni olarak 1. basamak tedavi alanlarına erişmedeki güçlükleri ve polikliniklerde verilen randevunun uzun olması ya da poliklinik hekiminin yönlendirmesi nedeni ile hastanelerin acil servislerine başvurduklarını belirtmiştir. Bu çalışmada acil serviste tedavi olmak için bekleyen hastaların sadece %13'ünün klinik olarak acil serviste tedavi edilmesi gerekli olan hastalar olduğu bildirilmiştir (58).

Çeşitli çalışmalarda, düzenli 1. basamak kaynağa sahip olmanın, acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımını engellediği belirtilmesine karşın Burnett ve Grover'ın (60) araştırmasında, acil olmayan başvuruların

yaklaşık yarısının sağlık çalışanları tarafından acil servislere sevk edildiği belirlenmiştir. Ayrıca hastaların 1/3-2/3'ünün genel pratisyen düzeyinde çözülebilen problemler için başvurduğu ve hastanenin acil servisinin bu şekilde kullanımının hemen hemen bütün ülkelerde benzer olduğu ifade edilmektedir.

Ülkemizde Ankara'da yapılan bir çalışmada (61) acil servise başvuran hastalarda tıbbi veya cerrahi müdahale gerektirmeyenlerin oranı %22,5 olarak ve İzmir'de bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada da (5) acil servise başvuran hastaların %32,2'sinin aciliyet açısından uygun olmadığı bildirilmiştir.

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

8.10. Diğer Nedenler:

Acil servislerdeki fiziki durumun yetersizliği, sekreterlik hizmetlerindeki yetersizlik, dil ve kültürel engeller ve tıbbi kayıt formlarının artması gibi durumlar da hastaların acil serviste kalış süresini uzatmakta ve acil servis hasta yoğunluğunun artmasına neden olmaktadır (28).

Tüm bu nedenlerle acil serviste hasta bekleme süreleri uzayabilmekte, ciddi hastalığı olan hastaların tedavileri gecikmekte, hasta ve yakınlarının memnuniyetsizliği ve acil servis çalışanlarının stresi artmakta, acil serviste genel bir karmaşa ve yetersizlik durumu ortaya çıkmaktadır.

9. Konsültasyon Sisteminin İşleyişi

Acil servislere hastalar çok farklı yakınmalarla başvurabilirler ve çok farklı tanılar konulabilir, yani hastaların tanısal çeşitliliği çoktur. Dolayısıyla

hastalara çok farklı tedavi ve girişimlerin uygulanması ve birçoğunun da kliniklere yatması gerekir. Bu nedenle acil servis hastalarının önemli bir kısmında tanı ve tedavide disiplinler arası yaklaşım, yani konsültasyonlar gerekmektedir (62-64).

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 gösteren bölümlerden biri de acil servislerdir. Acil servis hekimi, tanı, stabilizasyon veya tedavide yeterli bilgi, beceri veya deneyime sahip değil ya da aldığı eğitimi aşan 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/taburcu kararını bildirir (62-66)

Acil servis ile klinik hekimi arasında iyi işleyen bir konsültasyon sistemi için kliniklerin acil servisten sorumlu konsültan hekim listeleri ve iletişim bilgileri aylık listeler halinde acil servise ulaştırılmış olmalı, 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 açıklamalı, konsültan hekimin hasta hakkındaki olası sorularına hazırlıklı olmalı ve yanıtlayabilmeli, konsültan hekim de en kısa zamanda acil servise gelip hastayı değerlendirmeli, kendi branşı ile ilgili gerekli tedavi ve girişimi yapmalı, yatış/sevk/taburcu kararını bildirmeli, önerdiği tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasını ve sonuçlarını tekrar konsültasyon istenmesine gerek kalmadan takip etmeli, hastanın acil serviste 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 protokolu ve Acil Tıp Anabilim Dalı ile ilgili klinik dalların konsensus 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 (64,65,67,68).

Bir konsültan hekimin acil serviste hastalığın ciddiyetini anlayabilme konusundaki kabiliyeti oldukça önemlidir. Çünkü birçok tedavi kararı; konsültan hekimin, hastalığın klinik ciddiyeti konusunda verdiği kararın doğruluğuna bağlıdır. Acil servislerde doktorun hastayı değerlendirmesi ne kadar önemli ise de; hastalar ve hastalıkları hakkında kısa süre içinde kesin yargılara varması beklenmemektedir (69).

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 işyükü nedeniyle gerek hastanemizde ve gerekse ülkemizde diğer tıp fakültesi hastanelerindeki işleyişte acil servisten istenen konsültasyonlara kliniklerin acil servis konsültasyonlarından sorumlu kıdemli 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 (63,64).

Acil servisten başlıca konsültasyon isteme gerekçeleri şunlardır (64):

- En sık olarak yatış endikasyonu olan hastayı kliniklere yatırmak için,
- Hastaların tanı ve tedavisinde yardım veya öneri almak için,
- Spesifik bir tedavi veya girişim gerektiren hastalarda bu tedavi veya işlemin yapılabilmesi için,
- Bazı hastaların acil servisten taburcu edilme kararının onaylanması (taburcu etme sorumluluğunun paylaşılması) için,
- Tedavi sonrası taburcu edilecek ancak yakın poliklinik izlemi gereken hastalarda gerekli planlamanın yapılması ve tedavinin düzenlenmesi için.

Konsültasyon sisteminin işleyişi ile ilgili acil hekimlerini rahatsız eden başlıca durumlar şunlardır (64);

- Konsültan hekime ulaşmada güçlükler: Bu durum genellikle klinik dalların o aya ait acil servis konsültasyonundan sorumlu hekim listelerini göndermemiş olması durumunda veya konsültan hekimin mobil telefonunun ya da çağrı cihazının olmadığı ya da arızalı olduğu durumlarda veya kendilerine ulaşılacak 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 acil servise zamanında gelmemekte ve konsültasyonlara yanıt vermekte gecikebilmektedirler.
- Konsültasyona gelen hekimin kendi uzman hekimine ulaşip 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 (76,83).

-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 acil serviste kalması durumunda acil hekiminin bazen 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 acil serviste iken tamamlatmaya çalışması.

-Polikliniklerden ilgili klinikte boş yatak olmaması nedeniyle mesai saatleri sonrası nöbetçi uzman hekim aracılığıyla başka kliniklerde boş yatak bulunup yatırılması için acil servise yatış amaçlı olarak hastaların gönderilmesi ve bu hastalar için acil hekiminin konsültasyon isteme durumunda kalması.

-Konsültan hekimin hastayı sistematik bir şekilde değerlendirmek yerine sadece ilgili olduğu branşın patolojileri açısından değerlendirmesi, böylece acil hekimine tanı ve tedavi açısından yardımcı olmaması. Örneğin; karın ağrısı olan hastanın dosyasına Genel Cerrahi konsültan hekiminin sadece "acil cerrahi girişim düşünülmedi" notu yazıp gitmesi gibi...

-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 (64);

-Hastanın gerekli tetkikleri ya da muayenesi tamamlanmadan konsültan hekimin aranması: Ör; göğüs ağrısı olan bir hastanın yatışını belirleyen kriterler genellikle kolaydır ancak hastanın en azından bir akciğer grafisinin çekilmesi Kardiyoloji hekiminin klinikte bir spontan pnömotoraks ile karşılaşmasını önleyebilir. Bununla beraber nonspesifik bir karın ağrısı için yardımcı testlerin sonucunu beklemek Genel Cerrahi konsültasyonu için uygun olabilirken fizik muayene ile akut batın tanısı konan bir hastanın konsültasyon ve yatışının bir lökosit değeri için gecikmesi uygun olmaz.

-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 acil servise geleceğini bildirdikten sonra kısa zaman içinde aynı hasta ya da başka bir hasta için tekrar aranmaktan rahatsızlık duyabilirler.

-Gereksiz konsültasyon istenmesi: Ör; anamnezinde solid organ ya da hematolojik malignite tanısı öyküsü olan ancak halen kür durumunda bulunan hastalarda başka bir nedenle olan acil servis başvurularında sırf bu tanıları nedeniyle bir de dahiliye konsültasyonu istenmesi gibi...

-Acil hekiminin başka kaynaklardan da kolaylıkla öğrenebileceği bilgiler için konsültan hekimi araması: Ör; ilaç dozları gibi...

-Başka klinik tarafından yatış kararı verilen hasta için ilgili klinik konsültan hekiminin rutin koşullarda yapılabilecek acil olmayan konsültasyon isteğini hasta acil serviste iken yaptırmaya çalışması.

-Konsültasyon isteğinin daha uygun bir zamanda yapılabilecekken bunun yapılmaması: Ör; hastanın tetkikleri tamamlanmadan gece saat 23.00'te aranmak tetkikler tamamlandıktan sonra saat 01.00'de aranmaktan iyi olabilir veya saat 04.00'te istenecek bir konsültasyonu eğer hasta stabilse saat 06.30'a kadar bekletmek daha uygun olabilir.

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 acil servisten istenen konsültasyonlar ise 0-30 dk içinde karşılanmak zorundadır.

Hastanemiz acil servisinde konsültasyonlar, iç hat telefonlarıyla yapılmaktadır. Ek olarak gerektiğinde cep telefonları da uygun şekilde kullanılmaktadır. Hastanemizde acil servisten en sık dahiliye konsültasyonu istendiği için acil servis konsültasyonlarına bakan İç Hastalıkları Araştırma Görevlisinde sürekli olarak mobil telefon bulundurulmakta, böylece acil servis hekimince hemen ulaşılabilmektedir.

Özetle; acil servislerde 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 acil servis konsültasyonlarına bakan hekim listeleri o ayın başında acil servise ulaştırılmalı, konsültan hekim arandığında hemen ulaşılabilmeli, konsültasyon için çağırıldığında acil servise gecikmeden gelmeli ve gereksiz konsültasyon istemlerinden kaçınılmalıdır (63-65).

10. İç Hastalıkları (Dahiliye) Uzmanlığı

İç Hastalıkları, teorik bilgi ve uygulama alanları bakımından tıbbın en geniş kapsamlı uzmanlık dallarının başında gelir ve Dahiliye olarak da bilinir. İç organların cerrahi olmayan hastalıkları ile ilgilenir. Başlıca kalp ve damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, böbrek hastalıkları, gastrointestinal sistem, karaciğer, safra yolları ve pankreas hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, kan hastalıkları, onkolojik hastalıklar, romatolojik

hastalıklar, yaşlılık dönemi hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları konularıyla ilgilenir. Son birkaç dekatta Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları dahiliye bünyesinden ayrılarak farklı anabilim dalları haline gelmiş olmakla beraber bu bölümler dahiliye uzmanlık eğitimi içinde zorunlu rotasyon uygulaması olan disiplinlerdir. İç Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde Nefroloji, Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Hematoloji, Onkoloji, Romatoloji, Yoğun Bakım, Geriatri ve Genel Dahiliye Bilim Dalları şeklinde alt gruplar vardır (70-72).

İç Hastalıkları Uzmanları, erişkinlerin sağlıklarını koruyan ve hastalıkların tanısını koyup tedavisini yapan hekimler olup Dahiliye Uzmanı olarak da bilinmektedirler. İç Hastalıkları Uzmanları, bilimsel bilgi ve klinik tecrübesi ile erişkinlerin en basit ve sık görülen sağlık sorunlarından, en karmaşık ve nadir görülen sağlık sorunlarına kadar tanı, tedavi ve hasta bakımı konusunda beceriye sahip uzmanlardır. Özellikle zor tanı konulabilecek hastalıkları çözmede, ciddi kronik hastalıkların ve birden fazla hastalığı olan hastaların tedavisi ve izlenmesinde aldıkları eğitim nedeniyle ilk seçilen ve en başarılı olan hekimlerdir. Dahiliye, kapsamının genişliği ve daha dar kapsamlı diğer tıp uzmanlık alanlarına başvuran hastalarda eşlik eden dahili hastalık sıklığının çok olması nedeniyle gerek acil serviste ve gerekse yatan ya da poliklinik hastalarında en sık konsültasyon istenen uzmanlık dallarının başında gelir (70-72).

Hastanemizde İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Nefroloji, Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Hematoloji, Onkoloji, Romatoloji ve Genel Dahiliye Bilim Dalları aktif olarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Genel Dahiliye Bilim Dalına ait yataklı klinik çalışmamızın son ayında yeni açılmış olup diğer bilim dalları hem poliklinik ve hem de klinik faaliyetlerini uzun yıllardır sürdürmektedir. Hastanemizde acil servisten en sık konsültasyonun istendiği bölüm olduğu için konsültasyonlarda gecikme olmaması için İç Hastalıkları Anabilim Dalında bir kıdemli asistan sadece acil servisteki dahiliye konsültasyonlarına bakmak için görevlendirilmiştir.

Bu çalışmanın amacı; UÜ-SUAM Acil Servisine başvuran ve dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi ve

konsültasyonla ilgili sorunların irdelenmesi, eksikliklerin giderilerek ileriye dönük planlamaların yapılması ve böylece daha etkin, daha hızlı çalışan bir acil servis ve konsültasyon işleyiş sistemi oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Helsinki Deklarasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlandı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 8 Şubat 2012 tarihli ve 2012-4/7 no'lu karar ile onay alındıktan sonra araştırmaya başlandı.

Bu araştırmaya 20.02.2012-20.02.2013 tarihleri arasındaki bir yıllık süreçte UÜ-SUAM Erişkin Acil Servisine başvuran ve Dahiliye Konsültasyonu istenen 3601 erişkin hasta alındı. Hastaların verileri prospektif olarak hazırlanan formlara kaydedildi. Hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, majör başvuru semptomları, tanıları, hospitalizasyon ve mortalite oranları gibi epidemiyolojik özellikleri ve konsültasyonla ilişkili sorunlar irdelendi.

Çalışma için öncelikle literatür taraması gerçekleştirildi ve daha sonra 1 aylık süreyle bir pilot çalışma yapılarak toplanacak veriler belirlendi. Takiben oluşturulan veri giriş formu acil serviste görevli İç Hastalıkları Araştırma Görevlilerine tanıtıldı. Veri girişiyle ilgili olarak bilgilendirme toplantıları düzenlendi. Çalışma süresince her hasta için acil serviste görevli İç Hastalıkları Araştırma Görevlisi tarafından veri girişleri yapıldı. Veri formuna; hastanın adı, soyadı, protokol no, yaş, cinsiyet, başvuru tanısı, konsültasyon istenme saati, konsültasyon sonuçlanma saati, konsülte edildiği bölümler, acil serviste kalış süreleri, istenilen laboratuvar ve ileri radyolojik tetkikler, yatırılmışlarsa yatırıldıkları klinikler, tedavi-girişimler, konsültasyonla ilişkili sorunlar kaydedildi. Hastalarla ilgili eksik veriler günlük olarak yerel ağ sisteminden (Avicenna) taranarak tamamlandı.

Toplanan veriler:

- Hasta sayısı: Toplam, aylık, günlük, ortalama
- Yaş: Ortalama, kadın/erkek yaş ortalaması, yaş aralığı
- Cinsiyet: Kadın/erkek sayı ve yüzdesi, oranı
- Acil servise majör başvuru semptomu: Nefes darlığı, hematemez, melena, bilinç bozukluğu, halsizlik, bulantı-kusma, ...

-Dahiliye konsültasyon gerekçesi: Gastrointestinal sistem kanaması, üremi, kan şekeri yüksekliği, hipo-hiperkalemi, hipo-hipernatremi, asit, anemi, trombositopeni, bilinç bozukluğu, ...

-Tanı/tanılar: Gastrointestinal sistem kanaması, hematolojik ve onkolojik malignite acilleri, hepatik ensefalopati, akut-kronik renal yetmezlik, diyabetik ketoasidoz,...

-Danışılan Bilim Dalı: Endokrinoloji, Gastroenteroloji, Onkoloji, Hematoloji, Nefroloji, Romatoloji, Genel Dahiliye.

-Tedavi/girişim: Endoskopi, hemodiyaliz, kan ve kan ürünleri transfüzyonu, parasentez,...

-Acil serviste hastanın akibeti: Yatış (klinik adı), sevk, taburcu, eksitus

-Dahiliye kliniklerine yatan hastanın akibeti: Taburcu, devir, eksitus, sevk

-Konsültasyonla ilişkili sorunlar: Gereksiz konsültasyon isteği, konsültasyona gelmeme-geç gelme, konsültasyon sonuçlanma süreleri, geç sonuçlandırma nedenleri; boş yatak olmaması, tedavi/ girişimlerin geciktirilmesi, ...

Tüm veriler bilgisayar ortamına aktarılarak istatistiksel analizler için SPSS versiyon 13.0 istatistiksel analiz paket programı kullanıldı. İki den fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi uygulandı. Anlamlı farklılıklar bulunması durumunda grupların ikili olarak karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Betimleyici değerler olarak sürekli değişkenler için verilerin dağılım yapısına göre ortalama (+/- standart sapma) ya da medyan (minimum-maksimum), kategorik değişkenler içinse sayı (n) ve yüzde (%) değeri verildi.

BULGULAR

12 aylık sürede UÜ-SUAM Erişkin Acil Servisine 85585 kişi başvurmuş, bunlardan 3601'ine (%4,2) dahiliye konsültasyonu istenmiştir. Çalışmaya alınan bu hastaların 2025'i (%56,2) erkek, 1576'sı (%43,8) kadın olup yaş ortalaması (\pm standart sapma); 57 ± 17 (erkeklerde; $57,8\pm 15,9$ ve kadınlarda; $55,8\pm 17,3$), medyan yaş; 59 (erkeklerde; 60 ve kadınlarda; 58) ve yaş aralığı; 18-104 (erkeklerde; 18-98 ve kadınlarda; 18-104) idi. Hastaların 2334'ünün (%65) 18-64 yaş grubunda, 1267'sinin (%35) ise 65 yaş ve üzeri grupta olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo-1: Hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

Hastalar		18-64 yaş	65 yaş ve üstü	Tümü
		n (%)	n (%)	n (%)
Cinsiyet	Erkek	1301 (36,1)	724 (20,1)	2025 (56,2)
	Kadın	1033 (28,7)	543 (15,1)	1576 (43,8)
	Toplam	2334 (65)	1267 (35)	3601 (100)

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların 3555'inde (%98,7) acil tıp hekimleri tarafından, 46'sında (%1,3) ise acil servise konsültasyon için gelen diğer dahili ve cerrahi bölümlerin hekimleri tarafından konsültasyon istendiği saptandı.

Acil servise başvuran ve dahiliye konsültasyonu istenen hastalar major başvuru semptomlarına göre 23 gruba ayrıldı. En sık acil servise başvuru nedeni olan majör semptomların; genel durum bozukluğu-oral alım azlığı-halsizlik (%20,9), karın ağrısı-yan ağrısı (%15,8), ateş (%11,5), nefes darlığı (%10,1) ve bulantı-kusma (%9,5) olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo-2: Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda en sık başvuru nedeni olan major semptomların dağılımı.

En sık başvuru nedeni olan major semptomlar	n	%
Genel durum bozukluğu-oral alım azlığı-halsizlik	753	20,9
Karın ağrısı-yan ağrısı	568	15,8
Ateş	413	11,5
Nefes darlığı	363	10,1
Bulantı-kusma	343	9,5
Kanlı kusma-kanlı dışkılama	292	8,1
Çeşitli kanamalı durumlar (peteşi, purpura, ekimoz, hematom, hemartroz, dış eti kanaması)	142	3,9
Bilinç bozuklukları	124	3,4
Yaygın vücut ağrısı, eklem ağrısı	89	2,5
Sarılık	73	2
İshal	67	1,9
Karın şişkinliği-ödem	60	1,7
Öksürük, balgam, boğaz ağrısı, burun akıntısı	59	1,6
Ciltte akıntılı, enfekte yara, kızarıklık, ısı artışı, şişlik	46	1,3
Baş dönmesi, fenalık hissi, bayılma	45	1,2
Kan şekeri yüksekliği	38	1,1
Çarpıntı, göğüs ağrısı	38	1,1
İdrar miktarında azalma	34	0,9
İdrar yaparken yanma	17	0,5
Gaz-gayta çıkaramama	13	0,4
Nöbet geçirme	11	0,3
Suicid girişimi, koroziv madde alımı	9	0,2
Ağız içinde yaralar	4	0,1
Toplam	3601	100

Çalışmamızda en sık dahiliye konsültasyonu istenme nedenleri 7 grupta incelendi. En sık nedenler sırasıyla; gastroenterolojik nedenler (%27,2), nefrolojik nedenler (%19,1) ve enfeksiyöz nedenler (%17,2) idi (Tablo 3).

Tablo-3: Acil servise başvuran hastalardan dahiliye konsültasyonu istenme nedeni olan hastalık grupları

Konsültasyon nedeni olan hastalık grupları	n	%
Gastroenterolojik nedenler (gastrointestinal sistem kanamaları, akut-kronik karaciğer hastalıkları ve komplikasyonları, akut pankreatit, kolesistit, kolanjit, kolelitiazis, koledokolitiazis,...)	978	27,2
Nefrolojik nedenler (üre-kreatinin yüksekliği, elektrolit dengesizliği, hipertansif aciller,...)	686	19,1
Enfeksiyöz nedenler (kronik bir dahili hastalıkla birlikte olan febril nötropeni, üst solunum yolu enfeksiyonu, pnömoni, üriner enfeksiyon, sellülit, kateter enfeksiyonu,...)	623	17,3
Onkolojik nedenler (beyin metastazı, spinal kord basısı, Vena kava süperior sendromu, malign hiperkalsemi,,,,)	586	16,3
Hematolojik nedenler (anemi, trombositopeni, lökopeni, kanama bozuklukları,...)	451	12,5
Endokrinolojik nedenler (hiperglisemi, diabetik ketoasidoz, hipoglisemi, tirotoksikoz, surrenal yetmezlik,...)	236	6,6
Romatolojik nedenler (romatizmal hastalık aktivasyonu, akut artrit, artralji, romatizmal hastalıklara bağlı komplikasyonlar, ...)	41	1,1

Acil serviste dahiliye konsültasyonu yapılan hastalar konulan tanılarına göre 26 gruba ayrıldı. En sık konulan ilk üç tanının sırasıyla; dahili hastalıklara eşlik eden enfeksiyonlar (%23,8), solid organ malignitesi ve ilişkili komplikasyonlar (%14,4) ve akut veya kronik renal yetmezlik (%13,5) olduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo-4: Dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların tanılarına göre dağılımı.

Tanımlar	n	%
Dahili hastalıklara eşlik eden enfeksiyonlar (üriner enfeksiyon, pnömoni, febril nötropeni, kateter enfeksiyonu, asit enf.,)	855	23,8
Solid organ malignitesi ve ilişkili komplikasyonlar, onkolojik aciller	522	14,4
Akut/kronik renal yetmezlik	486	13,5
Gastrointestinal sistem kanaması (GİS, varis kanaması,..)	301	8,4
Akut kolesistit,kolanjit,kolelitiazis, koledokolitiazis	237	6,6
Hematolojik maligniteler ve buna bağlı komplikasyonlar	214	6,0
Diyabet ve ilişkili komplikasyonlar (diyabetik ketoz, ketoasidoz...)	176	4,9
İTP, TTP, HÜS, hemolitik anemi	168	4,6
Akut, kronik pankreatit	128	3,6
Karaciğer sirozu ve ilişkili komplikasyonlar	77	2,1
Elektrolit imbalansı (hipo-hipernatremi, hipo-hiperkalemi)	72	2,0
Ensefalopati (üremik, hepatik, metabolik)	50	1,4
Enflamatuvar barsak hastalıkları ilişkili komplikasyonlar	48	1,3
Akut hepatik yetmezlik (viral, iskemik, toksik)	46	1,3
Kanama diyatezi (Hemofili A, B, von Willebrand hastalığı, .)	43	1,2
Romatolojik hastalık aktivasyonu	36	1,0
Gastroenterolojik girişimlere bağlı komplikasyonlar, ileus, mezenter iskemi, perforasyon	32	0,9
Diğer endokrin aciller (adrenal yetmezlik, feokromositoma,...)	20	0,7
Sarılık, intrahepatik-ekstrahepatik kolestaz	15	0,4
Pulmoner emboli, derin ven trombozu, serebrovasküler olaylar	15	0,4
Esansiyel trombositoz, polisitemia vera	13	0,3
Kostik madde içimi, suicid girişimi, ilaç intoksikasyonu	12	0,3
Hiperparatiroidiye bağlı hiperkalsemi	12	0,3
Portal ven trombüsü, Budd-Chiari Sendromu, splenik arter trombozu	8	0,2
Hepatorenal sendrom	8	0,2
Hipertansif atak	7	0,2

Dahiliye konsültasyonu istenen hastaların %93'ünde acil servise başvuru nedeni olan primer hastalığının ilgili olduğu bölüm İç Hastalıkları Klinikleri iken %4,7'sinde diğer Dahili Klinikler ve %2,3'ünde ise Cerrahi Klinikler olduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo-5: Primer hastalığın ilgili olduğu kliniğe göre dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların dağılımı.

Primer hastalığın ilgili olduğu bölüm	Primer hastalığın ilgili olduğu klinik	n	%
İç Hastalıkları Klinikleri (n:3346, %93)	Gastroenteroloji	934	25,9
	Onkoloji	900	25
	Nefroloji	689	19,1
	Hematoloji	550	15,3
	Endokrinoloji	218	6,1
	Romatoloji	55	1,5
Diğer Dahili Klinikler (n:170, % 4,7)	Göğüs Hastalıkları	57	1,6
	Enfeksiyon Hastalıkları	53	1,5
	Kardiyoloji	34	0,9
	Nöroloji	17	0,5
	Psikiyatri	8	0,2
	Dermatoloji	1	0,03
Cerrahi Klinikler (n:85,%2,3)	Genel Cerrahi	46	1,3
	Üroloji	23	0,6
	Beyin Cerrahisi	5	0,1
	Göğüs Cerrahisi	2	0,05
	Kalp Damar Cerrahisi	2	0,05
	Kulak Burun Boğaz	2	0,05
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	2	0,05
	Ortopedi	2	0,05
	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	1	0,03

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların 1478'inde (%41) eşlik eden herhangi bir kronik hastalık yokken 2123'ünde (%59) eşlik eden en az

bir kronik hastalık mevcuttu. Hastaların 1322'sinde (%36,7) bir malignite varlığı ya da öyküsü olduğu (993 hastada (%27,6) solid organ malignitesi, 329 hastada (%9,1) ise hematolojik malignite) saptandı. Hastalarda en sık eşlik eden diğer kronik hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon (%20,9), diyabetes mellitus (%16,6) ve koroner arter hastalığı (%7,3) idi (Tablo 6).

Tablo-6: Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda en sık eşlik eden kronik hastalıklar.

Kronik hastalıklar	n	%
Malignite	1322	36,7
Hipertansiyon	752	20,9
Diyabetes mellitus	598	16,6
Koroner arter hastalığı	263	7,3
Renal yetmezlik	223	6,2
Kronik karaciğer hastalığı	195	5,4
Konjestif kalp yetmezliği	136	3,8
Dislipidemi	102	2,8
Serebrovaskuler olay	90	2,5

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların 187'sinin (%5,2) renal transplant, 19'unun (%0,5) otolog veya allojenik kemik iliği transplantı ve 12'sinin ise (%0,3) karaciğer transplantı yapılan olmak üzere toplam 218 hastanın (%6) transplant polikliniklerimizde takipli, çeşitli komplikasyon ve enfeksiyonlarla acil servise başvuran hastalar olduğu saptandı.

Acil serviste dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların 2172'sine (%60,3) sadece dahiliyeden konsültasyon istenirken 1429'una (%39,7) ek olarak başka kliniklerden de (1114'üne (%31) bir, 246'sına (%6,8) iki, 57'sine (%1,6) üç, 12'sine (%0,3) ise dört farklı klinikten) konsültasyon istenmiştir. En sık konsültasyon istenen diğer klinikler sırasıyla; Enfeksiyon Hastalıkları (%14,1), Göğüs Hastalıkları (%8,3) ve Genel Cerrahi (%7,8) idi (Tablo-7).

Tablo-7: Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda ek konsültasyon istenen diğer kliniklerin dağılımı.

	n	%
Enfeksiyon Hastalıkları	510	14,1
Göğüs Hastalıkları	301	8,3
Genel Cerrahi	239	6,6
Kardiyoloji	190	5,3
Nöroloji	85	2,3
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	75	2
Üroloji	56	1,5
Beyin Cerrahisi	41	1,1
Göğüs Cerrahisi	27	0,7
Kalp Damar Cerrahisi	24	0,6
Ortopedi	20	0,5
Kadın Hastalıkları ve doğum	13	0,3
Göz Hastalıkları	8	0,2
Kulak Burun Boğaz	7	0,2
Psikiyatri	7	0,2
Dermatoloji	4	0,1
Plastik Cerrahi	3	0,1

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların 3398'i (%94,4) İç Hastalıkları Anabilim Dalının bilim dallarından sadece birine danışılırken, 191 hasta (%5,3) 2 ve 12 hasta (%0,3) ise 3 ayrı bilim dalına danışılmıştır. Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalar sırasıyla en çok Gastroenteroloji, Onkoloji ve Nefroloji Bilim Dallarına danışılmıştır (Tablo-8).

Tablo-8: Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalar için danışılan İç Hastalıkları Bilim Dallarına göre hastaların dağılımı.

Bilim Dalları	n	%
Gastroenteroloji	1047	27,4
Onkoloji	935	24,5
Nefroloji	883	23,2
Hematoloji	631	16,5
Endokrinoloji	258	6,8
Romatoloji	62	1,6
Toplam	3816	100

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda rutin olarak adlandırılan tam kan sayımı, biyokimya, tam idrar tetkiki, elektrokardiyografi, akciğer grafisi gibi sık istenen tetkiklerin yanında 2460 (%68,3) hastaya ek tetkikler istenmiştir. En sık istenen ek tetkikler; arteriyel veya venöz kan gazı (n:1023, %28,4), kanama testleri (PT, aPTT, INR) (n:857, %23,8), periferik yayma (n:550, %15,3), kardiyak enzimler (n:326, %9) gibi kan tetkikleri ile abdominal ultrasonografi (n:928, %25,8) ve bilgisayarlı tomografi (n:564, %15,6) gibi görüntüleme yöntemleri olmuştur.

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalara acil serviste ilaç ve sıvı tedavilerinin yanında (n:3227, %89) en sık kan ve kan ürünleri transfüzyonu (n:523, %14,5), hemodiyaliz (n:185, %5), gastroskopi, kolonoskopi, endoskopik girişimler ile GİS kanamalarına müdahale (n:88, %2,4) ve parasentez, torasentez gibi girişimsel işlemler (n:16, %0,5) uygulandı.

Acil serviste dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların sonuçlanma durumu incelendiğinde; hastaların %48,3'ünün acil servisten taburcu edildiği, %45,2'sinin hastanede değişik kliniklere yatırıldığı, %5,1'inin hastanede boş yatak olmadığından başka bir sağlık kuruluşuna sevk edildiği ve %1,4'ünün ise acil serviste eksitus olduğu (Tablo-9), yatan hastaların da %83'ünün de en sık Onkoloji, Gastroenteroloji ve Nefroloji olmak üzere dahiliye kliniklerine yattığı saptandı (Tablo-10).

Tablo-9: Dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların acil serviste sonuçlanma durumları.

	N	%
Taburcu	1740	48,3
Yatış	1628	45,2
Sevk	182	5,1
Eksitus	51	1,4
Toplam	3601	100

Tablo-10: Acil serviste konsültasyon yapılan hastaların yattıkları dahiliye kliniklerine göre dağılımı.

		n	%
İç Hastalıkları Klinikleri (n:1351, %83)	Onkoloji	521	32
	Gastroenteroloji	310	19
	Nefroloji	255	15,6
	Endokrinoloji	139	8,5
	Hematoloji	92	5,6
	Romatoloji	34	2
Diğer Klinikler (n:277, %17)	Genel Cerrahi	72	4,5
	Göğüs Hastalıkları	61	3,8
	Enfeksiyon Hastalıkları	55	3,5
	Kardiyoloji	27	1,8
	Üroloji	24	1,5
	Reanimasyon	15	1
	Nöroloji	4	0,2
	Beyin Cerrahisi	4	0,2
	Kadın Hastalıkları ve doğum	4	0,2
	Ortopedi	4	0,2
	Göğüs Cerrahisi	3	0,2
	Kulak Burun Boğaz	2	0,1
	Kalp Damar Cerrahisi	1	0,05
	Psikiyatri	1	0,05
	Toplam	1628	100

Acil servisten değişik kliniklere yatışı yapılan hastaların da uygulanan tedaviler sonrası 1283'ü (%79) yattıkları klinikten taburcu edilirken 345'i ise (%21) eksitus olmuştur.

Dahiliye konsültasyonu istenen ve çalışmamıza alınan 405 hastanın (%11,2) taburculuk sonrası aynı ya da farklı şikayetler nedeni ile acil servise tekrarlayan başvurularının olduğu saptandı. 270 hasta (%7,5) 2. kez, 87 hasta (%2,4) 3. kez, 28 hasta (%0,8) 4. kez, 14 hasta (%0,4) 5. kez, 3 hasta (%0,08) 6. kez ve 3 hasta da (%0,08) 7. kez acil servise başvurmuştu. Tekrarlayan başvuruların 165'i kadın (%41), 240'ı ise erkek (%59) idi. En sık tekrarlayan başvuru nedenlerinin; karın ağrısı, halsizlik-genel durum bozukluğu, ateş ve bulantı-kusma olduğu saptandı.

Çalışmamızda hastaların dahiliye konsültasyonunun sonuçlanma süreleri değerlendirilmiş ve %84,7'sinde konsültasyonların 3 saatten az bir sürede sonuçlandığı, 6 saatten daha uzun sürede sonuçlanan konsültasyon oranının %5,3 ve 24 saati aşan sürede sonuçlanan konsültasyon oranının ise %0,08 olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo-11: Hastaların dahiliye konsültasyonu sonuçlanma sürelerine göre dağılımı.

	n	%
3 saatten az	3048	84,7
3-6 saat	363	10
6-12 saat	119	3,4
12-18 saat	51	1,4
18-24 saat	17	0,5
24 saatten fazla	3	0,08
Toplam	3601	100

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda ortalama konsültasyon sonuçlanma süresi; 121 dk, medyan süre; 74 dk (1-2160 dk) bulunmuştur (Tablo 12). Dahiliye kliniklerine yatan hastalardaki ortalama konsültasyon süreleri karşılaştırıldığında bilim dalları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-12).

Tablo-12: Primer ilgili bölüme göre ortalama konsültasyon sonuçlanma süreleri.

Bölüm	Ortalama (\pmStd. sapma) dk	Medyan (Minimum-Maksimum) dk
Hematoloji	133,7 \pm 188,2	81 (2-2160)
Endokrinoloji	110,2 \pm 118,0	79 (4-994)
Romatoloji	124,5 \pm 121,0	78 (8-668)
Gastroenteroloji	128,4 \pm 181,1	75 (2-1461)
Nefroloji	125,4 \pm 165,2	73 (1-1157)
Onkoloji	110,0 \pm 147,4	71 (1-1460)
Toplam	121,0\pm164,0	74 (1-2160)

Hastaların acil serviste sonuçlanma durumuna göre ortalama konsültasyon sonuçlanma süreleri karşılaştırıldığında en uzun sürenin sevk kararı verilenlerde olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 13).

Tablo-13: Hastaların acil serviste sonuçlanma durumuna göre konsültasyon sonuçlanma sürelerinin ortalama ve medyan değerleri

Sonuç	Ortalama (\pmStd. sapma) dk	Medyan (Minimum-Maksimum) dk
Taburcu	113,8 \pm 144,2	73 (2-1440)
Yatış	123,6 \pm 175,0	75 (1-2160)
Sevk	165,5 \pm 228,0	87 (5-1440)
Exitus	119,1 \pm 145,2	65 (7-720)
Toplam	121,0\pm164,0	74 (1-2160)

Hastaların acil serviste kalış süreleri değerlendirildiğinde %32,8'sinin acil serviste 3 saatten az bir süre kaldığı, 6 saatten uzun süre acil serviste kalan hastaların oranının ise %37,4 olduğu bulunmuştur. 33 hastanın da (%0,8) acil serviste kalış süresi 24 saati aşmıştır (Tablo-14). Ortalama acil serviste kalış süresi; 403,1 dk ve medyan süre ise 284 dk (21-2900 dk arası) olarak saptanmıştır (Tablo-15). Hastanemizde UÜ-SK Acil Servis

Prosedürüne göre hastaların acil serviste 8 saatten uzun süre kalmaması esas olmasına rağmen 986 hasta (%27,4) bu hedef süreyi aşmıştır.

Tablo-14: Hastaların acil serviste kalış sürelerine göre dağılımı.

	n	%
3 saatten az	1180	32,8
3-6 saat	1075	29,8
6-12 saat	820	22,8
12-18 saat	315	8,7
18-24 saat	178	5,1
24 saatten fazla	33	0,8
Toplam	3601	100

Tablo-15: Hastaların acil servis sonuçlanma durumuna göre acil serviste bekleme sürelerinin ortalama ve medyan değerleri

Acil servis sonuç	Ortalama (\pm Std. sapma) dk	Medyan (Minimum-Maksimum) dk
Taburcu	394,2 \pm 345,7	278 (21-2900)
Yatış	416,6 \pm 354,3	286,5 (33-2190)
Sevk	375,3 \pm 284,6	295,5 (36-1440)
Exitus	364 \pm 300	269 (36-1191)
Toplam	403,1\pm346,9	284 (21-2900)

Dahiliye konsültasyonu istenen hastaların 165'i (%4,7) değişik polikliniklerinden (147'si (%4,1) dahiliye polikliniklerinden) yönlendirilirken 85 hasta (%2,3) başka hastanelerden sevk ile gelmiş ve 3351 hasta (%93) ise kendisi başvurmuş veya yakınları tarafından acil servise getirilmiştir. Polikliniklerden yönlendirilen hastaların %26,6'sı Onkoloji Polikliniğinden, %18'i Gastroenteroloji Polikliniğinden ve %17'si de Nefroloji Polikliniğinden yönlendirilmiştir (Tablo 16).

Tablo-16: Polikliniklerden acil servise sevk edilen hastaların dağılımı

Poliklinikler	n	%
Onkoloji	44	26,6
Gastroenteroloji	30	18
Nefroloji	28	17
Endokrinoloji	19	11,5
Hematoloji	19	11,5
Romatoloji	4	2,4
Genel Dahiliye	3	2
Diğer	18	11
Toplam	165	100

Acil servise dahiliye polikliniklerinden sevk edilen 147 hastanın 94'ü (%64) akut lökoz, GİS kanama, üre-kreatin yüksekliği, elektrolit dengesizliği, genel durum bozukluğu, ateş yüksekliği, diyabetik ketoz, diyabetik ketoasidoz gibi acil medikal bir nedenle yönlendirilirken, 40 hastanın (%27) kliniklerde yatak yokluğu nedeni ile poliklinik hekimi tarafından yatış amaçlı, 9 hastanın (%6) kan ve kan ürünü transfüzyonu, sıvı ve elektrolit replasmanı, parasentez gibi gününbirlik yatışla ayaktan uygulanabilecek tedaviler amaçlı, 4 hastanın da (%3) tetkiklerin daha hızlı yapılabilmesi için acil servise yönlendirildiği saptandı (Tablo 17).

Tablo-17: Dahiliye polikliniklerinden acil servise sevk edilen hastaların uygunluk açısından dağılımı.

		n	%
Uygun sevk - Acil medikal bir nedenle yapılan sevkler		94	2,6
Uygun olmayan sevk (n: 53, %1,5)	Acil servisten kliniklere yatış amaçlı sevk	40	1,1
	Acil serviste bazı tedavileri yaptırmak amaçlı sevk	9	0,2
	Acil serviste bazı tetkikleri yaptırmak amaçlı sevk	4	0,1
Toplam		147	4,1

Konsültasyonlarla ilgili uygunsuzluklar değerlendirildiğinde; hem acil hekimi açısından uygunsuz konsültasyon isteği (onkolojik malignitesi olan ve koloni sitümölan faktör kullanan hastada akut lökoz nedeni ile, dekompanse kalp yetmezliği, asit ve ödemi olan hastada akut karaciğer yetmezliği nedeni ile konsültasyon istemi gibi, ...) ve hem de konsültan dahiliye hekimi açısından konsültasyonun gecikmesi şeklinde uygunsuzluklar olduğu görüldü. Hastalardan istenen dahiliye konsültasyonlarının 98'inin (%2,7) İç Hastalıkları Araştırma Görevlileri tarafından değerlendirildikten sonra acil konsültasyon isteme endikasyonu taşımadığı, hastanın ilk muayene esnasındaki başvuru yakınmalarının, kliniğinin ve istenilen tetkik sonuçlarının acil servisteki yoğunluk nedeni ile ilgili acil servis hekimince yeterince değerlendirilmeden konsültasyon istendiği belirlendi. Konsültan hekim kaynaklı sorunlara genellikle gece saatlerinde rastlanmış olup 79 hastada (%2,2) konsültan hekime ulaşma güçlüğü veya konsültasyona geç gelme sorunu ve 9 hastada (%0,2) ise danışılacak uzman Dr.'a ulaşma güçlüğü nedeniyle gecikme olduğu görülmüştür (Tablo 18).

Tablo-18: Konsültasyonlarla ilgili uygunsuzluklar

		n	%
Gereksiz konsültasyon isteği		98	2,7
Konsültasyonun gecikmesi (n: 88, %2,4)	Konsültan hekime ulaşamama (telefona cevap vermeme, kapalı olması) veya geç gelmesi (> 30 dk)	79	2,2
	Uzman Dr.a danışılması için bekleme	9	0,2

Dahiliye konsültasyonu istenen ve acil serviste kalış süresi uzayan (> 8 saat) 986 hastada uzun süre beklemenin en sık nedenlerinin yatak yokluğu (%74,1) ve konsültasyonların gecikmesi (%13,1) olduğu belirlendi (Tablo 19).

Tablo-19: Hastaların acil serviste uzun süre bekleme nedenleri.

		n	%
Boş yatak yokluğu nedeniyle bekleme		731	74,1
Konsültasyonun gecikmesi nedeniyle bekleme (n: 129, %13.1)	Konsültan hekime ulaşamama veya geç gelmesi	79	8,0
	Birden fazla konsültasyon gereksinimi olan hastalarda konsültasyonların tamamlanmasının beklenmesi	41	4,2
	Uzman Dr.a danışılması için bekleme	9	0,9
Tedavi, replasmanlar ve izlemin acil serviste tamamlanmasının beklenmesi		78	7,9
Endoskopi (gastroskopi - kolonoskopi) için bekleme		33	3,3
Diyaliz / diyaliz hemşiresini bekleme		15	1,5

TARTIŞMA ve SONUÇ

Acil servislere başvuran hasta sayısı yıllar içinde giderek artmaktadır (33,34). UÜ-SUAM Acil Servisine başvuran hasta sayısı 1.6.2002-31.5.2003 tarihleri arasındaki 1 yıllık sürede 21934 iken mevcut çalışmada acil servise başvuran hasta sayısı 85585 olarak saptanmış, acil servise başvuran hasta sayısının son 10 yılda 3.9 kat arttığı görülmüştür (73). Bu artışın birçok nedeni olabilir; Bursa il nüfusunun artması, ayrıca ülke sağlık politikalarındaki değişikliklerle eskiden üniversite hastanelerine direkt başvurabilen Emekli Sandığına mensup memurlar ve bakmakla yükümlü oldukları aileleri yanı sıra eskiden 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 acil servislerine başvuru sayısını artırmıştır (35,36). Bunun yanı sıra yine Triyaj I (çok acil hastalar) ve Triyaj II (acil hastalar) grubu hastaların acil servis başvurularının ücretsiz olması da acil servis başvurularının artmasının bir başka nedenidir. Üniversitemiz acil servisine hasta başvuru sayısının artmasının bir başka önemli nedeni de şehir merkezi ile üniversite arasında metro hattının yapılmış olması ve dolayısıyla şehrin birçok yerinden tek bir vasıta ile üniversite hastanesine ulaşımın kolaylıkla sağlanmış olmasıdır. Ulaşım kolaylığı gerek hastanemiz polikliniklerine ve gerekse acil servisimize başvuru sayısını belirgin artırmıştır.

Konsültasyon hasta değerlendirilmesi sırasında acil servislerde sık kullanılan bir yöntemdir. Dünyada değişik ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda acil servislerde konsültasyon isteme oranları %20-56.4 arasında bildirilmiştir (Tablo 20) (74-80). Lee (81) 12 çalışmayı analiz ettiği derlemesinde acil serviste konsültasyon oranlarının %20-40 arasında olduğunu saptamıştır.

Tablo-20: Dünyanın değişik ülkelerinde farklı yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda acil servise başvuran hastalarda konsültasyon oranları.

Çalışma	Yer-yıl (süre)	Acil servise başvuran hasta sayısı	Konsültasyon oranı (hasta sayısı)
Cortazzo et al ⁷⁴	ABD 1993	4627	%39,9 (n: 1174)
Vosk et al ⁷⁵	ABD 1998 (1 ay)	1203	%20 (n: 241)
Geskey et al ⁷⁶	ABD 2006 (9 ay)	16515	%56,4 (n: 9314)
Woods et al ⁷⁷	Kanada 2006 (8 hf)	1930	%38 (n: 733)
Brick et al ⁷⁸	Kanada 2010 (3 ay)	21956	%34 (n: 7460)
Busca et al ⁷⁹	İspanya 2009 / 2010 (6 ay / 6 ay)	29175 / 30598	%26,8 / %27,2 (n: 7821 / 8343)
Iwata et al ⁸⁰	Japonya 2012 (3 ay)	3503	%34,7 (n: 1215)

Ülkemizde değişik şehirlerdeki üniversite hastanelerinde yapılan çeşitli çalışmalarda acil servislerde konsültasyon isteme oranları %19,6-39,1 arasında bulunmuştur (Tablo 21) (73,82-87).

Acil servislere başvuran hastaların büyük çoğunluğunda dahili bölümleri ilgilendiren sorunlar ön plandadır. Hastanemiz acil servisinde Demircan ve ark.'larının 2002-2003 ve 2005 yıllarında ve Aydın ve ark.'larının 2008 yıllarında yaptıkları çalışmalarda dahili bölüm konsültasyonları sırasıyla %30,7 (6751 / 21934), %38,7 (6392 / 16515) ve %25,4 (761 / 3000) olarak bildirilmiştir (73,86,87).

Tablo-21: Ülkemizde değişik şehirlerde üniversite hastanelerinde yapılan çeşitli çalışmalarda acil servislerde konsültasyon / dahiliye konsültasyonu isteme oranları ve dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda yatış oranları.

Çalışma yazarları	Yer-yıl (süre)	Acil servise başvuran hasta sayısı	Konsültasyon oranı (hasta sayısı)	En sık istenen konsültasyon istenen bölüm/bölgeler	Tüm konsültasyonlar içinde dahiliye konsültasyonlarının oranı	Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda yatış oranları
Kılıçaslan ve ark ⁸²	Antalya-Akdeniz Ü. 2002 (1 yıl)	30157	%19,66 (n: 5929)	Kardiyo- %4,49 Ortopedi- %3,29 İç Hast- %3,03 (n:914)	%12,3	%62,3 (n: 569)
Ay ve ark ⁸³	Ankara-Hacettepe Ü. 2002 (2 ay)	3609	%29,12 (n: 1051)	Ortopedi- %5,07 İç Hast - %4,04 (n: 146)	%13,89	%27,4 (n: 40)
Karakaya ve ark ⁸⁴	Adana-Çukurova Ü. 2003-2004 (9 ay)	?	? (n: 276)	İç Hast- ? (n: 72)	%21,1	?
Aygençel ve ark ⁸⁵	Ankara-Gazi Ü. 2010 (2 ay)	7100	%30 (n: 2130)	İç Hast - %7,69 (n: 546)	%25,63	%29,67 (n: 162)
Demircan ve ark ⁷³	Bursa-Uludağ Ü. 2002-2003 (1 yıl)	21934	? (ADÜ: %30,7, n: 6751)	İç Hast - %12,74 (n: 2796)	? (ADÜ içinde %41,41)	%28,4 (n: 793)
Demircan ve ark ⁸⁶	Bursa-Uludağ Ü. 2005 (9 ay)	16515	%56,4 (n: 9314)	İç Hast - %10,81 (n: 1786)	%19,17	%38,3 (n: 684)
Aydın ve ark ⁸⁷	Bursa-Uludağ Ü. 2008 (2 ay)	3000	%39,1 (n: 1174)	İç Hast - %6,26 (n: 188) Kardiyo- %5,63 Ortopedi- %4,63	%16	%39,9 (n: 75)
Gürsoy ve ark (Mevcut çalışma)	Bursa-Uludağ Ü. 2012-2013 (1 yıl)	85585	?	İç Hast - %4,2 (n: 3601)	?	%45,2 (n: 1628)

Acil serviste dahiliye konsültasyonları birçok çalışmada gerek tüm konsültasyonlar içinde (%3,03-12,74) ve gerekse dahili bölüm konsültasyonları içinde ilk sırayı almaktadır (Tablo 21) (73,82-87). Brick ve ark.'ları (78) Kanada Edmonton'da 2010 yılında bir 3. basamak hastane acil servisine başvuran ve 841 konsültasyon yapılan hastanın verilerini inceledikleri bir çalışmada; en sık konsültasyonun Genel Dahiliye (n:107, %12,7) ve Kardiyoloji (n:98, %11,6) bölümlerince, birden fazla konsültasyon istenen 92 hastada ise en sık istenen 2. konsültasyonun Genel Dahiliye (n:16, %12,7), Ortopedi ve Genel Cerrahi (n:10, %10,9) bölümleri olduğunu bildirmişlerdir.

Hastanemiz acil servisine başvuran hastalarda da en çok konsültasyon dahiliyeden istenmiştir. Hastanemizde yapılan çalışmalarda dahiliye konsültasyonu oranları 2002-2003 yıllarında %12,7 (2796/21934), 2005 yılında %10,81 (1786/16515), 2008 yılında %6,3 (188/3000) bizim çalışmamızda ise %4,2 (3601/85585) bulunmuştur (73,86,87). Yıllar içinde dahiliye konsültasyon oranlarının düşmesinin çeşitli nedenleri olabilir. 10 yıl önce hastanemiz acil servis yönetiminde ADÜ ve ACÜ sistemi vardı ve ADÜ işleyişi İç Hastalıkları AD tarafından yönetiliyordu. ADÜ.ye devredilen hastaya genelde İç Hastalıkları ABD Kıdemli Araştırma Görevlisi tarafından triyaj işlemi yapılıyor ve birçoğuna dahili sorunu nedeniyle konsültasyon notu düşülüyordu. Sonraki yıllarda hastanemizde Acil Tıp Anabilim Dalının hem öğretim üyesi ve hem de araştırma görevlisi sayısının artması, deneyimin artması, çoğunlukla yatış gerektirmeyen acil dahili tedavilerin acil servis hekimleri tarafınca biliniyor olması, uygun tedavilerin ve replasmanların yapılabilmesi ile birçok hastanın akut sorununun konsültasyon istemeden halledilebilmesi ve yatış endikasyonu olduğunda veya uygun gerekçe ile konsültasyon istenmesi oransal olarak dahiliye konsültasyonlarının azalmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca acil servise ulaşılabilir olmanın kolaylaşmasıyla acil servislere göreceli olarak Triyaj III (acil olmayan hasta) hastalarca başvuruların daha çok artması nedeniyle dahiliye konsültasyon oranlarında göreceli azalma olmuş olabilir. Nitekim hastanemiz acil servisinde 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 (87), 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 (88). Yıllar içinde konsültasyon gerektirmeyen Triyaj III hastaların başvuru oranları göreceli olarak daha fazla artmıştır.

Çalışmamızda dahiliye konsültasyonu istenen hastalarda acil servise en sık başvuru şikayeti olan majör semptomlar; halsizlik-genel durum bozukluğu-oral alım azlığı (%20,9), karın ağrısı-yan ağrısı (%15,8), ateş (%11,5), nefes darlığı (%10,1) ve bulantı-kusma (%9,5) olmuştur. Demircan ve ark.'nın (73) acil servisimizde 10 yıl önce yaptıkları bir çalışmada acil serviste dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda en sık gözlenen majör başvuru semptomlarının dispne (%12,5), karın ağrısı (%9,1), halsizlik-genel durum bozukluğu (%8,2), bulantı-kusma (%7,7) ve ateş (%7,1) olduğu bildirilmiştir. En sık majör başvuru nedenleri benzer semptomlardır. Aygencel ve ark.'larının (85) çalışmasında dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda en sık acil servise başvuru şikayetleri; bulantı- kusma, karın ağrısı, ishal, kanlı ishal ve kanlı kusma gibi gastrointestinal sisteme ait şikayetler (%31,3) ile ateş, halsizlik, yaygın vücut ağrısı, genel durum bozukluğu gibi (%29,7) genel semptomlar olup en sık dahiliye konsültasyonu gerekçesi olan hastalık grubu BUN, kreatinin yüksekliği ve elektrolit dengesizliği gibi nefrolojik nedenler olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise en sık konsültasyon gerekçesi olan hastalık grubu GİS kanaması, karaciğer hastalıkları ve komplikasyonları, akut pankreatit, kolesistit, kolanjit gibi gastrointestinal nedenlerdi Bunu üre-kreatinin yüksekliği, elektrolit dengesizliği ve hipertansif aciller gibi nefrolojik nedenlerin (%19,1) izlediği görülmüştür.

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalarda en sık konulan tanılar; dahili hastalıklara eşlik eden çeşitli enfeksiyonlar (%23,8), onkolojik malignite ilişkili komplikasyonlar (%14,4), renal yetmezlik acilleri (%13,5) ve GİS kanamaları (%8,4) idi. Demircan ve ark.'nın (73) acil servisimizde 10 yıl önce yaptıkları bir çalışmada en sık konulan tanılar; çeşitli enfeksiyonlar (%13,1), onkolojik ve hematolojik malignite ilişkili komplikasyonlar (%12,8), renal

yetmezlik acilleri (%8,8) ve GİS kanamaları (%6,4) idi. En sık konulan tanılar benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların %59'unda en az bir kronik hastalık mevcuttu. Malignite öyküsü veya varlığı (%36,7) dışında en sık eşlik eden kronik hastalıklar; hipertansiyon (%20,9), diyabetes mellitus (%16,6) ve koroner arter hastalığı (%7,3) idi. Aygencel ve ark.'nın (85) çalışmasında acil serviste dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların %87,4'ünde en az bir kronik hastalık varlığı ve en sık eşlik eden hastalıkların hematolojik ve onkolojik kanserler (%36) ve diyabetes mellitus (%31,7) olduğu bildirilmiştir. Roger ve ark. (89) yaptıkları çalışmada dahiliye kliniklerine kabul edilen hastalarda eşlik eden kronik hastalık medyan sayısını 3 olarak, Kellett ve ark. (90), komorbid hastalıkların sayısı arttıkça dahili hastaların hastanede kalış sürelerinin, 30 günlük mortalitelerinin ve 30 gün içinde hastaneye tekrar başvuru oranlarının arttığını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda iç hastalıkları bilim dallarına göre konsültasyonların dağılımı incelendiğinde en sık olarak gastroenteroloji (%27,5), onkoloji (%25,3) ve nefroloji (%22,5) bilim dallarına danışıldığı saptanmıştır. Demircan ve ark.'larının (88) 10 yıl önceki çalışmasında da benzer şekilde en sık danışılan bilim dalları sırasıyla gastroenteroloji (%28,4), onkoloji (%25) ve nefroloji (%19,4) olarak bildirilmiştir.

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalardan 1628'i (%45,2) farklı kliniklere yatırılmıştır. Ülkemizde değişik şehirlerde yapılan çalışmalarda bu oran %27,4-62,3 arasında bildirilmiştir (Tablo 21) (73,82-87). Acil servise başvuran hastalardaki klinik tablonun ağırlığı yanı sıra kliniklerdeki boş yatak yokluğu da bu orandaki değişkenliğin nedenlerindedir. Yatan hastalardan 1351'i (%37,5) dahiliye kliniklerine yatırılmış olup en sık yatış onkoloji (%32), gastroenteroloji (%19) ve nefroloji (%15,7) kliniklerine olmuştur. Maligniteli hastaların genel durumunun daha kötü olduğu ve genellikle yatış endikasyonu olan acil bir durum ile acil servise başvurduğu için yatış oranının yüksek olduğu söylenebilir. Demircan ve ark.'nın (73) 10 yıl önceki çalışmasında da en sık yatışların benzer şekilde gastroenteroloji (%28,4), onkoloji (%25) ve nefroloji (%19,4) kliniklerine olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda dahiliye adına yatışı yapılan 1351 hastadan 606'sının (%44,9) yatak yokluğu nedeni ile dış kliniklere yatırıldığı, en sık yatışın 341 hasta ile (%56,3) cerrahi kliniklere olduğu saptanmıştır. 159 hastanın (%26,2) ise dahiliye içinde başka bir kliniğe yatırıldığı görülmüştür. Fefermen ve Cornell'in (91) "acil serviste aşırı yığılma problemini nasıl çözdük" başlıklı makalesinde, hastanede dahili bölümlere tahsis edilen hasta yatak sayısının artırılarak, acil servis aracılığı ile hastaneye yatan hasta sayısında önceki dönemlere oranla %4,4 artışa rağmen, acil servisteki yığılmanın %2,9 oranında azaldığını bildirmişlerdir. Hastane yönetiminin acil hastalar için gerektiğinde diğer kliniklerin boş yataklarının kullanılmasına izin vermesi ve İç Hastalıkları Anabilim Dalının acil serviste yatış endikasyonu olan hastalar için ilgili klinikte boş yatak olmadığı durumlarda öncelikle diğer dahiliye kliniklerinde, eğer orada da yoksa dış kliniklerde boş yatak bulup yatırma gayreti içinde olması nedeniyle yatış oranlarımız ülkemizde birçok merkezden daha yüksek olmuştur.

Dahiliye konsültasyonu yapılan hastalara ilaç ve sıvı tedavilerinin (%89) yanında %14,5 hastada kan ve kan ürünleri transfüzyonu yapılmıştır. Onkolojik ve hematolojik malignite hastaları ve GIS kanamalı hastaların acil servise sık başvuran hasta grubu olması bunun en sık nedenidir. Aygencel ve ark.'nın (85) çalışmasında da benzer şekilde kan ve kan ürünleri transfüzyonlarının %19,4 oranıyla ek tedaviler içerisinde ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir. Yine konsültasyon yapılan hastaların % 5'ine acil hemodiyaliz ve %2,4'üne de acil endoskopik girişim uygulanmış, 3. basamak bir üniversite hastanesi olanakları optimal kullanılmıştır.

Acil servislerin işleyişinin hızlı olması gerekir. Tetkiklerin veya konsültasyonların ya da hasta yatışlarının sonuçlanmasındaki gecikmeler acil servis 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 (88,92). Çalışmamızda dahiliye konsültasyonlarının %84,7'si ilk 3 saat içerisinde, %94,7'si ilk 6 saat içinde sonlandırıldı. Sadece 3 hastada (%0,05)

konsültasyon sonuçlanma süresi 24 saati aşmıştır. Ortalama konsültasyon sonuçlandırma süresi; 121 dk (medyan süre: 74 dk) olarak saptanmıştır. Aygencel ve ark.'nın (85) 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. Bizim çalışmamızda dahiliye konsültasyon sonuçlanma süresinin bu kadar kısa olmasının başlıca nedenleri; konsültasyon öncesi gerekli tetkiklerin acil servis hekimince büyük oranda yapılmış olması, İç Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından kıdemli bir araştırma görevlisinin sadece acil servisteki dahiliye konsültasyonlarına bakmak için görevlendirilmiş olması, bu kıdemli hekime sürekli üzerinde taşıyabileceği bir iç hat mobil telefonun tahsis edilmesi ve konsültasyon istendikten sonra en kısa sürede hastayı değerlendirmesi, ilgili dahiliye bölümüne hızlı bir şekilde danışması olabilir. Dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların acil serviste kalış süreleri incelendiğinde %32,8'si 3 saatten, %72,6'sı 8 saatten kısa iken sadece 33 hastada (%0,8) kalış süresi 24 saati aşmıştır. Dahiliye kliniklerine yatan hastaların ortalama acil serviste kalış süreleri ise 416 dk.dır (medyan süre: 286,5 dk). 623 hasta (%46,1) acil serviste 6 saatten daha uzun süre kalıp yatırılmışlardır. Durmuş ve ark.'larının (88) hastanemiz acil servisinde 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada dahiliye kliniklerine yatırılan hastalarda ortalama acil serviste kalış süresi; 491,6 dk bulunmuştur. Çalışmamızda konsültasyon sonuçlanma süresinin kısa olmasına rağmen hastanın acil serviste kalış süresinin uzamasının en önemli nedeni kliniklerde boş yatak bulunmamasıdır. Çoğu zaman hastalar için daha erken yatış kararı alınmakta ancak boş yatak bulunmadığından acil serviste kalış süresi uzamaktadır. Diğer bir neden çoklu sistem hastalığı olan, multidisipliner yaklaşım gerektiren ancak hiçbir bölüm tarafından primer olarak sahiplenilmeyen, genel durumu kötü, çoğu geriatric yaş grubunda olan hastaların izlemi ve yatış sorumluluğu çoğu kez dahiliye tarafından üstlenilmekte ve bu hastalarda genel olarak çoklu konsültasyon gerektiğinden acil serviste kalış süreleri uzamaktadır. Bir başka neden de yatış endikasyonu olan ancak yatak yokluğundan dolayı başka hastanelere sevk edilmek istenen bazı hastaların sevki reddedip

hastanemize yatış için acil serviste beklemeyi istemeleridir. Acil serviste kalış sürelerini azaltmak için Genel Dahiliye Kliniğinin yatak sayısının artırılması, acil servisten yatırılacak hastalar için acil servisten sık hasta yatırılan kliniklerde boş yatak ayrılması belki kısmi bir çözüm olabilir. Ancak boş yatak sorunu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de acil serviste kalış süresini uzatan önemli bir faktör olmaya devam edecek gibi görünmektedir.

Çalışmamızda dahiliye konsültasyonu yapılan 3601 hastanın 147'sinin (%4,1) acil servise dahiliye polikliniklerinden sevk edildiği, bunların 53'ünün (%36,1) uygun olmayan sevk olduğu; 40 hastanın (%27) kliniklerde yatak yokluğu nedeni ile poliklinik hekimi tarafından hastanın acil servisten yatışının sağlanması amaçlı, 9 hastanın (%6) gününbirlik yatışla ayaktan uygulanabilecek olan tedavileri acil serviste yaptırmak amaçlı, 4 hastanın da (%3) tetkiklerinin daha hızlı sonuçlanması için acil servise yönlendirildiği saptandı. Howard ve ark.'nın (32) yaptığı bir çalışmada; acil olmayan hastaların acil servisi kullanma nedenleri olarak, hastaların kendi primer doktorları tarafından acil servislere yönlendirilmeleri, kendi doktorlarından randevu alabilmekteki güçlükler ve hastaların acil servislerde kısa sürede muayene olabildiklerini düşünmeleri sayılmıştır. Kılıçaslan ve ark.'nın (82) yaptığı çalışmada; acil serviste acil olmayan hasta başvuru oranı %47,24 olarak saptanmıştır. Carter ve ark.'nın (93) yaptığı bir çalışmada Kanada'da acil servis başvurularının %60-70'inin acil olmayan ve minör tıbbi nedenlerle yapıldığı saptanmıştır. Oktay ve ark.'nın (18) acil servis başvurularının aciliyet yönünden değerlendirilmesi üzerine yaptıkları bir çalışmada; başvuruların %31,2'sinin aciliyetinin acil servise uygun olmadığı belirlenmiştir. Hastanemiz acil servisinde 2008 yılında yapılan ve 3000 hasta başvurusunun değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %62,3'ünün acil olmayan nedenlerden dolayı başvurduğu (87), yaklaşık 1 yıl sonra yapılan ve 3000 hasta başvurusunun değerlendirildiği diğer bir çalışmada ise hastaların %78,6'sının Triyaj III (acil olmayan hasta) grubunda olduğu bulunmuştur (88). Acil servisin uygunsuz kullanımının bir diğer nedeni dış merkezlerden hastanemiz polikliniklerine sevkli olarak gelen fakat randevusu olmadığından muayene olamayan hastaların bir kısmının polikliniklerde çalışan bazen

hekim, çoğu zaman da hekim dışı personeller tarafından acil servise yönlendirilmeleridir. Ayrıca hastalar da bazen polikliniklerde sıra beklemektense acil olmayan şikayetler için acil servislerini uygunsuz bir şekilde kullanmaya çalışmaktadırlar. Afilalo ve ark.'ları (94) yaptıkları çalışmada minör nedenlerle acil servise başvuran hastaların %25'inin diğer kliniklerin kapalı olması nedeniyle acil servisi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Acil servis işleyişinin uygun şekilde sürdürülebilmesi için hastaların ilgili poliklinik hekimi tarafından uygun endikasyonla acil servislere yönlendirilmesi, yatış amaçlı veya tetkik amaçlı olarak acil servislerin uygunsuz kullanımından kaçınmaları gereklidir. Acil servislerin yatış ve basit tedaviler için bir basamak olarak kullanılması gereksiz iş gücü kaybına ve aciliyet durumu olan hastaların yetersiz ve gecikmiş tedavisine neden olmaktadır. Sonuçta bu durum acil serviste gereksiz bir yoğunluğa ve hasta memnuniyetsizliğine yol açabilmektedir.

Hastaneler arası sevk çoğu kez sorun olan bir konudur. Çoğu doktor içinden çıkamadığı vakaları üniversite hastanelerine yönlendirmeyi tercih eder. Bursa İli Güney Marmara Bölgesinin en gelişmiş ve en büyük şehri ve UÜ-SUAM de bölgenin en büyük ve en geniş imkanlara sahip hastanesi konumundadır. Bu nedenle dış merkezlerden sevk edilen hasta sayısı yüksektir. Aydın ve ark.'nın (87) üniversitemiz acil servisinde yaptığı bir çalışmada hastalarının %15,3'nün başka sağlık kuruluşlarından hastanemize sevk edildiği saptanmıştır. Yine hastanemizde boş yatak olmadığı için yatırılmayan hastaların çevre hastanelere sevkî söz konusu olduğunda bazen çevre hastanelerde de yer bulunamaması veya irtibat kurulması gereken ilgili nöbetçi dahiliye uzmanına ulaşmaktaki güçlükler nedeniyle hastanın acil serviste kalış süresi gereksiz yere uzayabilmektedir.

Çalışmamızda acil serviste hastalardan istenen dahiliye konsültasyonlarının %2,7'sinin kıdemli İç Hastalıkları Araştırma Görevlileri tarafından değerlendirildikten sonra acil dahiliye konsültasyonu isteme endikasyonu taşımadığı saptanmıştır. En sık gereksiz konsültasyon isteme nedeninin hastanın ilk muayenesi sırasında başvuru şikayetlerinin, kliniğinin ve istenilen tetkik sonuçlarının acil servisteki yoğunluk nedeni ile acil servis

hekimince yeterince değerlendirilmemesinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bir diğer neden de bazen hastalar geliş yakınmaları ile ilgisi olmasa bile solid organ ya da hematolojik malignite öyküsü varsa iyi irdelenmeden dahiliye konsültasyonu istenebilmektedir. Bu sorunların çözümü için hastalara acil hekimince uygun triyaj, uygun değerlendirme yapılmalı ve kronik dahili problemleri olan, ancak acil şikayetleri ile ilgili bölümlerin yatırmak istemediği hastalardan yatış amaçlı dahiliye konsültasyonu isteme eğiliminden kaçınılmalıdır. Algoritmaların hazırlanarak kimin hangi bölüme yatacağı önceden belirlenmeli, hem acil hekimi hemde dahiliye hekimi hastayı bir bütün olarak ele almalı, geliş şikayetlerine öncelik vermeli ve karşılıklı hoşgörü içerisinde ön planda hasta çıkarlarını gözeterek çalışmalıdır.

Çalışmamızda dahiliye konsültasyonu istenen hastalarda acil serviste kalış süresinin uzama (n:949) nedenleri değerlendirildiğinde; boş yatak yokluğu (%74,2) ve konsültasyonların sonuçlanmasının gecikmesi (%13,6) en önemli nedenler olarak saptanmıştır. Hastaların acil serviste dahiliye konsültasyon sürelerinin literatüre göre daha kısa olduğu görülmüş, ancak asıl sorunun yatış kararı alınan hastalardaki bekleme süresi olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, acil servisler iç hastalıkları araştırma görevlileri ve uzmanları için hasta çeşitliliği, komplike hastaya ve acil dahili sorunlara yaklaşım açısından çok önemli birimlerdir. Acil servislerde dahiliye konsültasyonu istenen hastaların profillerinin belirlenmesi, konsültasyon işleyiş sistemi ve konsültasyonla ilişkili sorunların değerlendirilmesi bu uzmanlık dalında hekim yetiştiren kurumlarda eğitim programlarının şekillenmesinde, yatak kapasitesinin belirlenmesinde ve sağlık hizmet kalitesinin artırılmasında yararlı olacaktır. Konsültasyon işleyiş sisteminin Kaliteli bir acil sağlık hizmeti ve konsültasyon işleyiş sistemi için ilgili tüm sağlık personelinin üzerine düşen görevi yerine getirmesi ve konsültan hekimin hastayı sahiplenip hastanın durumu 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. Ersel M, Karcioğlu 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.
6. 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.
7. 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.
8. Soysal S, Karcioğlu Ö, Topaçoğlu H. Acil tıp sistemleri. Cerrahpaşa J Med 2003;34:51-7.
9. 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.
10. Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliği. T.C. Resmi Gazete.16 Ekim 2009-Sayı:27378.
11. 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.
12. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri. Ankara, 2001:3-9.
13. American Academy of Emergency Medicine History. <http://www.aaem.org/aboutaaem/history.php>. Erişim Tarihi:15/08/2013.
14. Arnold JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. Ann Emerg Med 1999;33:97-103.
15. 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.
16. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri. Ankara, 2011:39-41.

17. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi gazete. Tarih: 11.05.2000 Sayı: 24046. Değişiklik: 24.03.2004 Sayı:25412. Değişiklik: 15.03.2007 Sayı: 26463.
18. Oktay C, Cete Y, Eray O ve ark. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J* 2003;44:585–91.
19. Graff L. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med* 1999;17:208-9.
20. Shih FY, Ma MH, Chen SC, et al. ED overcrowding in Taiwan: facts and strategies. *Am J Emerg Med* 1999;17:198-202.
21. Soysal S, Karcıoğlu Ö. Triyaj. In: *Acil Servis ve Akademik Acil Tıp*. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2002;134-52.
22. 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.
23. 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.
24. Emergency Department Crowding: high-Impact solutions. The American college of emergency physicians (ACEP) task force report on boarding. April 2008. www.acep.org. Erişim Tarihi: 07.04.2014
25. 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.
26. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical Care* 2005; 9:291-5.
27. Andrulis DP, Kellermann A, Hintz EA, et al. Emergency department and crowding in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1991;20:980-6.
28. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35:63-7.
29. Derlet RW, Richards JR. Emergency department overcrowding in Florida, New York and Texas. *South Med J* 2002;95:846-9.
30. Kondro W. Ottawa Relief at a price for emergency wards in Ontario. *The Lancet* 1998;352:1451-5.
31. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* 2008;52:126-36.
32. 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.
33. Burt CW, McCaig LF. Trends in hospital emergency department utilization: United States, 1992-99. *Vital Health Stat* 2001;13:1-34.
34. Nawar EN, Niska RW, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 emergency department summary. *Advance data*

- from vital and health statistics 2007 (June 29); No. 386. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad386.pdf>. Erişim Tarihi: 08.05.2014
35. Erol H, Özdemir A. Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi* 2014;4:9-14.
 36. Akdağ R. Türkiye sağlıkta dönüşüm program değerlendirme raporu (2003-2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2012:51-189.
 37. State of Emergency Medicine: Emergency Physician Survey. American College of Emergency Physicians. www.ACEP.org. Erişim Tarihi: 13.04.2014
 38. 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.
 39. 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.
 40. 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.
 41. 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.
 42. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med* 2000;7: 637-46.
 43. 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.
 44. Sanchez M, Miro O, Coll-Vinent B, et al. Emergency department overcrowding: quantification of associated factors. *Med Clin (Barc)* 2003; 121:161-72.
 45. Dunn R. Reduced Access block causes shorter emergency department waiting times: An historical control observational study. *Emerg Med* 2003;15: 232-8.
 46. 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.
 47. 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.
 48. Forster AJ. An Agenda for Reducing Emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 2005;45:479-81.
 49. Australasian college for emergency medicine. Media release. Australia’s emergency departments “At or over maximum capacity” a real emergency. 2004.

50. Derlet RW. Overcrowding in Emergency Departments: Teaching, Non-Teaching Hospitals and State Government. <http://www.aaem.org/practiceissues/overcrowding>. Erişim Tarihi: 12.05.2014
51. Derlet RW. Overcrowding in Emergency Departments: Effect on Patients. The California Journal of Emergency Medicine 2000;1:2-3.
52. Howard PK. Overcrowding: Not Just an Emergency Department Issue. J Emerg Nurs 2005; 31:227-8.
53. Bucheli B, Martina B. Reduced length of stay in medical emergency department patients: a prospective controlled study on emergency physician staffing. Eur J Emerg Med 2004;11:29-34.
54. 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.
55. Derlet RW, Kinser D, Ray L, et al. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department:A 5-year study. Ann Emerg Med 1995;25:215-23.
56. Padgett D. K, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. Social Science and Medicine 1992; 35:1189-97.
57. Akbulut Y. Acil servislerin amaç dışı kullanımı ve nedenleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, uzmanlık tezi, Ankara, 1998.
58. Grumbach K, Keane D, and Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. Am J Public Health 1993;83:372-8.
59. Gardner RL, Sarkar U, Maselli JH, et al. Factors associated with longer ED lengths of stay. Am J Emerg Med 2007;25:643-50.
60. Burnett MG, Grover SA. Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. Canadian Medical Association Journal 1996;154:1345-51.
61. Yaşar M, Teke K, Dündaröz R, ve ark. Acil servis kullanımının aciliyet kriterlerine göre değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2000; 5:53-61.
62. 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.
63. Holliman CJ. The art of dealing with consultants. J Emerg Med 1993;11: 633-4.
64. Atilla R, Çımrın AH. Konsültasyon önerileri. In: Acil Servis ve Akademik Acil Tıp. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2002;184-7.
65. 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.
66. 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.
67. Hancı H. Hekimin Yasal Sorumlulukları (Tıbbi Hukuk), Egem Tıbbi Yayıncılık, izmir, 1995:75-112.

68. 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.
69. Olsson T. Risk prediction at the emergency department. *Acta Universitatis Upsaliensis. Upssala*, 2004:1-64.
70. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği - TİHUD görüşleri. <http://www.tihud.org.tr> Erişim tarihi: 02.04.2014
71. What is an Internist - Doctors for Adults. American College of Physicians. http://www.acponline.org/patients_families/about_internal_medicine/. Erişim tarihi: 04.11.2013.
72. İmeryüz N. İç Hastalıkları. In: *Tıpta Uzmanlık Seçimi*. Yöney H, Yavuz DG (eds). Marmara Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 778, İstanbul, 2010; 86-91.
73. 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.
74. 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.
75. Vosk A. Response of consultants to the emergency department: a preliminary report. *Ann Emerg Med* 1998;32:574-7.
76. 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.
77. Woods RA, Lee R, Ospina MB, et al. Consultation outcomes in the emergency department: exploring rates and complexity. *CJEM* 2008;10:25-31.
78. 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.
79. 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.
80. 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.
81. 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.
82. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, ve ark. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005;5:5-13.
83. Ay D, Akkas M, Sivri B. Patient population and factors determining length of stay in adult ED of Turkish University Medical Center. *American Journal of Emergency Medicine* 2010;28:325-30.

84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. 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.
88. Durmuş O. Acil serviste hastaların uzun bekleme sürelerine etki eden faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, uzmanlık tezi, Bursa, 2009.*
89. Roger D, Runolfur P, Lenka B, et al. CDIME group. Common diagnoses in internal medicine in Europe 2009; a pan-European multi-centre survey. *Eur J Intern Med* 2010;21:449-52.
90. Kellet J, Deane B. The diagnosis and co-morbidity encountered in the hospital practice of acute internal medicine. *Eur J Intern Med* 2007;18:467-73.
91. Feferman I, Cornell C. How we solved the overcrowding problem in our emergency department. *CMAJ* 1989;140:273-6.
92. 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.
93. Carter AJE, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Can J Emerg Med* 2007;9:286-95.
94. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, et al. Emergency Department use and misuse. *J Emergency Med* 1995;13:259-64.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan, yetişmemde büyük emeği geçen başta İç Hastalıkları AD Başkanı Prof. Dr. Rıdvan ALİ olmak üzere tüm İç Hastalıkları AD öğretim üyelerine, ayrıca Kardiyoloji AD, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD, Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD, Radyoloji AD, Acil Tıp AD öğretim üyelerine, Uzmanlık eğitimim süresince her zaman bilgilerini bizimle paylaşan, eğitimim ve tezimin hazırlanmasındaki katkılarından dolayı değerli hocam ve uzmanlık tezi danışmanım Doç. Dr. Celaleddin DEMİRCAN'a, tez çalışmalarım esnasındaki yardımları için Doç. Dr. Şule AKKÖSE AYDIN'a,

Sıkıntılı asistanlık sürecini benimle birlikte paylaşan ve bu süreci keyifli hale getiren birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Yoğun asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteğini hissettiğim sevgili eşime, kardeşime, biricik oğlum Arda'ya ve yetişmemdeki büyük katkılarından dolayı babama ve anneme teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Bulgaristan'da doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi İstanbul'da tamamladım. 2002 yılında başladığım Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2008 yılında mezun oldum. 2009 yılında mecburi hizmet yükümlüsü olarak Esentepe Sağlık Ocağı'nda 4 ay kadar görev yaptım. Sonrasında 2009 yılı Nisan ayında tıpta uzmanlık sınavını (TUS) kazandım ve 4 Eylül 2009'da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladım. Halen araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.