

Muayene Edildikten Sonra Tıbbi Uyarılara Rağmen Acil Servisi Terk Eden Hastaların Değerlendirilmesi

General characteristics of patients who leave emergency department against medical advices after being examined

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2008;8(2):79-83

Özlem GÜNEYSEL, Özge ECMEL ONUR, Murat SARITEMUR, Haldun AKOĞLU, Arzu DENİZBAŞI

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

4. Akdeniz Acil Tıp Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur
(15-19 Eylül 2007, Sorrento, İtalya).

ÖZET

Giriş: Acil serviste muayene olduktan sonra tıbbi tavsiyelere rağmen herhangi bir tedavi almadan ya da tedavileri tamamlanmadan terk eden durumu ciddi hastalar, hem kendilerine hem de hekimlerine sorumluluk yüklemektedir. Bu çalışmanın amacı tıbbi tavsiyelere rağmen acil servisten ayrılan hastaların genel özelliklerini belirlemek, ayrılma nedenleri ve aciliyetlerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2006-Mart 2007 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine başvuran, kendi yazılı onayı ile acil servisten ayrılan 18 yaş üzerindeki hastalar geriye dönük olarak çalışmaya alındı. Çalışma verileri bilgisayarlı veri tabanından elde edildi. Genel karakteristik özellikler, *The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*'ya göre hastalığın ağırlığı ve acil serviste kalış süreleri not edildi. Hastaların ayrılmadan önce imzaladıkları formlardan ayrılma nedenleri belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 97 hasta alındı. Tıbbi tavsiyelere rağmen, bir hekim tarafından muayene edildikten sonra acili terk eden hastalar, aynı dönemde acil servise başvuruların %3,3'ünü oluşturmaktadır. Hastaların %54'ü "acil" olarak değerlendirildi. Ortalama yaş $48,6 \pm 12,5$ ve %49'u erkekti. Acil serviste kalış süresi ortalama 138 ± 130 dakikaydı. Acil servisi terk etmenin en sık nedenleri Acil Grubunda "müşahadeyi kabul etmeme" (%31, n=15), Acil Olmayan Grupta ise "müdahale ve tedaviyi kabul etmeme" (%39, n=20) olarak bulundu.

Sonuç: Hastaların acil servisten ayrılma nedenlerinin belirlenmesi, bu konuda çözüm yollarının bulunmasına katkıda bulunabilir.

Anahtar sözcükler: Acil servis; tıbbi tavsiyeye rağmen terk etme.

SUMMARY

Objectives: Patients with serious illnesses who leave emergency department (ED) without being treated or insufficiently treated burden both physicians and themselves. The aim of this study was to evaluate general characteristics of patients who leave ED against medical advice and to determine the causes and severity of their illnesses.

Materials and Methods: A retrospective chart was performed covering December 2006 to March 2007 including patients who were elder than 18 years and discharged with their own consent from the ED. The data were obtained from computerized database. The general characteristics of patients, severity of their illnesses according to *The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)*, and length of ED stay were recorded. The causes of leaving ED were determined from the discharge consent forms filled by patients before leaving ED.

Results: A total of 97 patients were included into the study. The patients who left the ED against medical advice after being examined by a physician composed 3.3% of all emergency cases. 54% of the patients were triaged as 'urgent'. The mean age of the study patients was 48.6 ± 12.5 years and 49% were male. Mean length of ED stay was 138 ± 130 minutes. The most common reason for leaving hospital among patients with triaged as urgent was "refuse hospital admission or ED observation" and "refuse the treatment regimen" was the most common reason in non-urgent group.

Conclusion: Determining the causes of leaving ED against medical advices should contribute finding solutions to this issue.

Key words: Emergency room; leave against medical advice.

İletişim (Correspondence)

Dr. Özlem GÜNEYSEL

Marmara Üniversitesi Hastanesi Acil Servis
Tophanelioğlu Cad., Yurtaçan Sok., No: 13-15
Altunizade, İstanbul, Turkey.

Tel: +90 - 216 - 327 10 10 / 283

Faks (Fax): +90 - 216 - 326 95 78

e-posta (e-mail): guneyssel@gmail.com

Giriş

Hastanelere başvuru sonrası, tedavisi başlanmadan veya tedavisi tamamlanmadan hastaneyi terk eden hastaların durumu, acil servislere sık karşılaşılan sorunlardandır.^[1,2] Bu hastaların oranında son yıllarda belirgin artış gözlenmektedir.^[3] Bu oran acil servis hastaları için %0,4-15 arasında değişmektedir.^[2,4,5] Çoğunluğu “az acil” veya “acil değil” olarak değerlendirilmektedir;^[1,2] ancak hastalığın şiddeti bazı çalışmalarda %50’ye varan oranda acil olarak değerlendirilmiş ve tedavi gerektirdiği saptanmıştır.^[4]

Çeşitli nedenlerle acil servisi terk eden hastaların klinik durumları, kısa süre içinde ağırlaşabileceğinden tedavisi başlanmayan hastalarda önem kazanmaktadır.^[4,6] Birçok hasta tedavi için alternatif bir merkeze başvurmamakta ve tedaviye başlanamamaktadır.^[4] ABD’de yapılan bir çalışmada, tıbbi tavsiyelere rağmen acil servisi terk eden hastaların %11’inin ayrıldıktan sonraki ilk hafta içinde hastaneye yatırıldığı bildirilmiştir.^[4] Hastanın sağlık durumu ile ilgili risk oluşturmasının yanında sağlık hizmetini sunan merkezler için de ciddi mediko-legal sorunlar oluşturabilmektedir. Bu tür durumların engellenmesi için nedenlerin iyi saptanıp önlemlerin alınması sağlık hizmetlerinin daha kaliteli yürütülmesi açısından önemlidir.^[3,4,6]

Çalışmamızda acil serviste muayene olduktan sonra tedaviye başlanmadan veya tedavisi tamamlanmadan kendi istekleri ile acil servisten ayrılan hastaların ayrılma nedenleri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem

Kendi isteğiyle acil servisten ayrılan hastaların dokümantasyonunda yaşanan sorunları en aza indirmek amacıyla Aralık 2006 tarihinden itibaren hastanemizin bilgi kayıt sistemi dışında ayrı bir onam formu hazırlanarak acil serviste kullanılmaya ve acil servisten doktor onayı olmadan kendi isteği ile ayrılan tüm hastalar kayıt altına alınmaya başlandı.

Çalışmamıza 1 Aralık 2006 ile 31 Mart 2007 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine başvuran, muayenesi yapıldıktan sonra tedaviye başlanmadan veya tamamlanmadan, tıbbi uyarılara rağmen kendi isteği ile ayrılan hastalar alındı. Veriler, bilgisayar kayıtlarından ve hastalar tarafından doldurulmuş onam formlarından geriye dönük olarak araştırıldı.

Dosya bilgileri eksik, 18 yaşından küçük, karar veremeyecek durumda olup yasal olarak karar verme hakkına sahip yakınları tarafından götürülen hastalar çalışmaya alınmadı.

Hastaların demografik özellikleri, *The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale-CTAS*’ye^[7] göre aciliyet durumları, sağlık güvenceleri, acil serviste bekleme süreleri ve ayrılma nedenleri not edildi. Hastanın aciliyetini belirlemek için gereken veriler hastanın bilgisayar kayıtlarındaki muayene formundan elde edildi. Hastanın bekleme süresi dosyasındaki giriş ve çıkış saati göz önüne alınarak dakika olarak hesaplandı.

Hastaların aciliyet durumları CTAS’ye göre beş gruba ayrıldı. Grup 1: Resüsitasyon (*Level I: resuscitation*); Grup 2: Çok Acil (*Level II: emergent*); Grup 3: Acil (*Level III: urgent*); Grup 4: Az Acil (*Level IV: less urgent*); ve Grup 5: Acil Değil (*Level V: non urgent*); ancak grup içi sayıların yetersiz olması nedeniyle, acil serviste hızlı girişim gerektirmeyen “acil olmayan” grup (AOG, *Level V*) ve acil serviste hızlı girişim gerektiren “acil” grubu (AG, *Level I-IV*) olarak ikiye ayrıldı.

Ayrılma nedenleri hastanın kendi ifadesi ile not edildi. Veriler kaydedilirken ayrılma nedenleri 1: sosyal güvencenin masrafları karşılamaması, 2: hastanın doktorunu beğenmemesi, 3: bekleme süresinin uzun olması, 4: hastanın müşahedeyi (hastaneye yatış veya acil serviste gözlem) kabul etmemesi ve 5: hastanın herhangi bir müdahale veya tedaviyi kabul etmemesi şeklinde gruplandı. Hastanın onam formuna yazdığı kendi ifadesine göre bu gruplardan birine yerleştirildi.

İstatistiksel analiz için SPSS (*Statistical Package for Social Science*) for Windows v13.0 bilgisayar programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikte oran, ortalama, standart sapma, dağılım grafikleri kullanıldı. Ortalamalar \pm standart sapma olarak verildi. Oranların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı, oluşturulan çapraz tablolardaki gözlerde beklenen sayının düşük olması nedeniyle ki-kare testi kullanılmadığı durumlarda, gruplar birleştirilerek test için uygun hale getirildi. İki ortalamanın karşılaştırılmasında bağımsız Student’s t-testi ve non-parametrik test olarak Mann-Whitney U-testi kullanıldı. İki denli fazla ortalamanın karşılaştırılmasında One-Way ANOVA ve non-parametrik test olarak Kruskal-Wallis testi kullanıldı. %95 güven aralığında $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında tıbbi uyarılara rağmen acil servisten 112 hastanın kendi isteği ile ayrıldığı saptandı. Bu oran, aynı dönemde acil servise toplam başvuru-

uların %3,3'ünü oluşturmaktadır. Dört hasta karar verecek durumda olmayıp yakınları tarafından götürüldüğünden ve 11 hasta dosya bilgileri eksik olduğundan çalışma dışı bırakıldı. Kriterlere uyan 97 hasta çalışmaya alındı.

Hastaların 48'ini (%49) erkekler oluşturmaktaydı. Hastaların ortalama yaşı 48,6±12,5 idi. Çalışmaya alınan en genç hasta 19, en yaşlı hasta 90 yaşındaydı. Her iki cinsiyet arasında yaş olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Cinsiyete göre ayrılma nedenleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Acil serviste muayenesi yapıldıktan sonra bekleme süresi ortalama 138,2±130,3 dakikaydı. Acil serviste en uzun bekleme süresi 660 dakika olarak bulundu. Erkeklerin ve kadınların bekleme süreleri arasında anlamlı fark bulunamadı (p>0,05).

Hastaların 53'ü (%54) AG'ye dâhil edildi. Bu hastalardan özellikle beşinin (%5) durumu "çok acildi" (*emergent*) ve 2 hastanın yoğun bakım ünitesinde takibi gerekmektedir. Bu 2 hasta, kendi istekleri üzerine başka bir merkeze transfer edildi. Diğer üç hastadan ikisi hastaneye yatmak istemediği, diğeri de girişim ve tedaviyi kabul etmediği için hastaneden ayrıldı.

AOG hastalarının %36'sı (n=16) girişim ve tedaviyi kabul etmediği için ayrıldı; ancak bu oran AG'de %14 (n=8) olarak bulundu (p<0,05). AOG'de bekleme süresinin uzaması-

na bağlı olarak ayrılan hastaların oranı %7 (n=3) iken bu oran AG %25 (n=13) idi (p<0,05). AG ve AOG'nin acil servisten ayrılma nedenleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Bekleme süreleri karşılaştırıldığında AG hastalarının ortalama bekleme süresi 98±112 dakika ve AOG'de 162±142 dakika olarak hesaplandı ve aralarındaki fark anlamlı olarak saptandı (p<0,05). AG yaş ortalaması 54,8±19,6 ve AOG yaş ortalaması 39,7±13,4 olarak hesaplandı ve yaş ortalamaları arasındaki fark anlamlı olarak saptandı (p<0,05).

Tartışma

Çalışmamızda 1 Aralık 2006 ile 31 Mart 2007 tarihleri arasında acil servise başvuran hastaların %3,3'ü muayene olduktan sonra tıbbi uyarılara rağmen acil servisi terk etmiştir. Hastaların demografik özellikleri yapılan birçok çalışmada farklılıklar göstermektedir. Lee ve arkadaşlarının^[1] çalışmasında acil servisi terk eden hastaların yaş ortalaması çalışmamıza göre daha düşüktür; bunun nedeni çalışmamıza sadece 18 yaşından büyük hastaların alınması olabilir. Aynı çalışmada, ayrılan hastaların çoğunluğunu erkekler oluşturmasına rağmen bizim çalışmamızda cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

"Daha az acil" (*less urgent*) olan veya "acil olmayan" (*non urgent*) hastaların acil servisten ayrılma oranının daha sık

Tablo 1. Cinsiyete göre ayrılma nedenlerinin karşılaştırılması.

Acil servisi terk etme nedeni	Erkek		Kadın		p
	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	
Müdahale ve tedaviyi kabul etmeme	8	(3)	39	(20)	<0,05
Bekleme süresinin uzunluğu	8	(3)	27	(13)	<0,05
Müşahedeyi kabul etmeme	31	(15)	15	(7)	>0,05
Doktoru beğenmeme	27	(14)	10	(5)	>0,05
Sosyal güvencenin masrafları karşılamaması	26	(13)	9	(4)	>0,05
<i>Toplam</i>	100	(48)	100	(49)	

Tablo 2. Acil Grubu ve Acil Olmayan Grubun acil servisi terk etme nedenlerine göre dağılımı.

Acil servisi terk etme nedeni	Erkek		Kadın		p
	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	
Müdahale ve tedaviyi kabul etmeme	14	(8)	36	(16)	<0,05
Bekleme süresinin uzunluğu	25	(13)	7	(3)	<0,05
Müşahedeyi kabul etmeme	32	(17)	23	(10)	>0,05
Doktoru beğenmeme	12	(6)	20	(9)	>0,05
Sosyal güvencenin masrafları karşılamaması	17	(9)	14	(6)	>0,05
<i>Toplam</i>	100	(53)	100	(44)	

olduğu bilinmektedir;^[4,8] ancak çalışmalarda potansiyel olarak acil olabilecek, hatta yaşamsal risk taşıyan hastaların da ayrıldığı bildirilmiştir.^[4] Çalışmamızda hastaların yarısından fazlası (%54) CTAS'ye göre "Düzy" (Level) I-IV olarak değerlendirilmiş ve AG olarak tanımlanmıştır. Mohsin ve arkadaşlarının^[4] çalışmasında ayrılan hastaların %8'inin ayrıldıktan sonra hiçbir merkeze başvurmadığı, %12'sinin acil servise sonraki yedi gün içinde tekrar başvurduğu ve %5'inin hastaneye yatırıldığı bildirilmiştir. Çalışmamızda ayrılan hastaların takipleri yapılmadığından sonrasında ne olduğu ile ilgili verimiz bulunmamaktadır. Acil servise başvuran hastalarla ilgili yapılan çalışmalarda gerçekten acil olan hastaları doğru olarak saptamak için çeşitli ölçütler karşılaştırılmış, ancak bazı hastaların yine de gözden kaçtığı görülmüştür.^[9] Bu nedenle hastaların acil servisten ayrılma oranlarını azaltmak için kapsamlı çalışmalar gerekmektedir.^[8,10]

Çalışmamızda AOG'de, AG'ye oranla bekleme süresi anlamlı olarak uzun bulundu. AG hastalara muayene ve girişim önceliği gösterildiğinden bekleme süreleri uzamış olabilir. AOG'de en sık ayrılma nedeni "müdahale ve tedaviyi kabul etmemek" olmuştur. Diğer çalışmaların çoğunda "bekleme süresinin uzaması" en sık ayrılma nedeni olarak öne çıkmaktadır.^[1,2,4] Çalışmamızda ise en sık ayrılma nedenleri, "tedaviyi evde alma isteği" ve "tedaviyi reddetme"dir. "Bekleme süresinin uzaması" nedeniyle acili terk eden hastaların oranı diğer çalışmalara^[1,2,4,8,10] göre daha düşük görünmektedir. Çalışmamızın geriye dönük ve hasta verilerinin kısıtlı olmasından dolayı bu hastaların neden müşahade kabul etmediklerini veya neden herhangi bir müdahaleyi kabul etmeden ayrıldıklarını tam olarak bilememekteyiz.

Brand ve arkadaşlarının^[5] çalışmasında acil servisten ayrılma nedenleri hastaya bağlı, hastane kökenli, kültürel ve diğer faktörler olarak gruplandırılmıştır. Hastane yoğunluğu, acilde çalışan doktor ve hemşire sayısının yetersizliği, servisin hasta yoğunluğu karşısında yetersiz kalması gibi bekleme süresini uzatan birçok faktör bulunmaktadır.^[11] Triyaj, laboratuvarın sonuçlanması, tedavinin verilmesi ve taburculuk sırasında ayrı bekleme süreleri gerekmekte, bu da hastanın hastanede kaldığı süreyi uzatmaktadır.^[11] Bu süreler kısaltılabilirse acil servisin çalışması da o düzeyde hızlanacaktır.^[2,10,11] Birçok merkezde bekleme süresini kısaltmak için çalışmalar yapılmaktadır.^[5]

Bunun yanında hastaların triyaj sınıflamaları da bekleme süresini etkilemektedir.^[4] Hastaların yoğunluğunun 'daha az

acil' ve 'acil değil' olarak değerlendirildikleri saptanmıştır. Bu nedenle ilk değerlendirmenin iyi yapılması gerekmektedir. Bu amaçla çeşitli triyaj değerlendirme ölçütleri geliştirilmiş ve acil servislere kullanılmaktadır.^[7,8,9] Acil hastaların doğru belirlenip daha hızlı değerlendirilmeleri, olabilecek sağlık sorunlarını da en aza indirecektir.

Bazı çalışmalarda demografik özellikler ile ayrılma oranları arasında ilişki saptanmış, özellikle erkek cinsiyet ile genç yaş grubunda acil servisten ayrılma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[4] Lee ve arkadaşlarının^[11] çalışmasında hastaların çoğunluğu (%47) 20-34 yaş arasında bulunmuş ve beklemeden ayrılan hastaların %90'ı 'acil değil' veya 'az acil' olarak değerlendirilmiştir. Bu gruptaki hastaların sıklıkla iş saatleri dışında ve hafta sonu başvurdukları gözlenmiştir. Ayrıca hastaneler arasında da acil servisten ayrılma oranları arasında farklılıklar olabilmektedir.^[5] Bu hastaların çoğunun acil servisten memnun olmadan ayrılmaları, başka bir merkeze başvurma oranlarını da azaltmakta ve tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmaların çoğunluğu acile başvurup bir doktor tarafından muayene edilmeden ayrılan hastaları içermekte, ancak muayene olduktan, hatta hastaneye yatırıldıktan sonra tıbbi uyarılara rağmen hastaneden ayrılan hastalar da bulunmaktadır.^[4]

Kısıtlılıklar: Çalışmamızın geriye dönük olarak yapılmış olması nedeniyle, uyarılara rağmen acil servisten ayrılan hastaların sonraki süreçleri ile ilgili bilgimiz yoktur. Sonraki süreçte AG olarak tanımladığımız "acil" hastaların prognozu hakkında bilgimizin olması, bu tür hastaların ayrılmalarını önleyecek çözüm önerilerini sunmamıza yardımcı olabilirdi. Çalışmanın dar bir zaman aralığını kapsaması, hasta sayısının az olmasına neden olmuştur. Hasta sayısının yüksekliği, farklı daha başka ayrılma nedenlerini de görmemizi sağlayabilirdi.

Sonuç olarak, acil servise başvuran hastalar farklı nedenlerle ve tıbbi uyarılara rağmen acil servisten ayrılabilirlerdir. Hastaların ayrılma nedenlerinin belirlenmesi, bu nedenlere yönelik çözümlerin aranmasına ve uygulanmasına yardımcı olabilecektir.

Kaynaklar

1. Lee G, Endacott R, Flett K, Bushnell R. Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: a follow up survey. *Accid Emerg Nurs* 2006;14:56-62.
2. Fernandes CM, Price A, Christenson JM. Does reduced length of stay decrease the number of emergency department patients who leave without seeing a physician? *J Emerg Med* 1997;15:397-9.
3. Kronfol RN, Childers K, Caviness AC. Patients who leave our emergency

-
- department without being seen: the Texas Children's Hospital experience. *Pediatr Emerg Care* 2006;22:550-4.
4. Mohsin M, Forero R, Ieraci S, Bauman AE, Young L, Santiano N. A population follow-up study of patients who left an emergency department without being seen by a medical officer. *Emerg Med J* 2007;24:175-9.
 5. Brand C, Kennedy M, MacBean C, Sundararajan V, Taylor D. Patients who 'leave without being seen' (LWBS) from an emergency department, Literature review commissioned by the Department of Human Services Victoria. June 2005. <http://www.health.vic.gov.au> [Erişim tarihi: Temmuz 2007].
 6. Monzon J, Friedman SM, Clarke C, Arenovich T. Patients who leave the emergency department without being seen by a physician: a control-matched study. *CJEM* 2005;7:107-13.
 7. Implementation Guidelines for the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). <http://www.caep.ca/> [Erişim tarihi: Temmuz 2007].
 8. Choi YF, Wong TW, Lau CC. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time and processing time of the emergency department. *Emerg Med J* 2006;23:262-5.
 9. Vertesi L. Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *CJEM* 2004;6:337-42.
 10. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med* 2005;46:491-7.
 11. Travers JP, Lee FC. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: Is there a role for the senior emergency physician in triage? *Eur J Emerg Med* 2006;13:342-8.