

# Acil Servise Aynı Şikâyet ile Tekrar Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

## *Evaluation of revisits to an emergency department*

Türkiye Acil Tıp Dergisi - *Turk J Emerg Med* 2006;6(3):108-116

Can AKYOL, Cem OKTAY, Oktay HAKBİLİR, Angelika JANITZKY AKYOL, Feriye ÇALIŞKAN TÜR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Acil Tıp Anabilim Dalı, Antalya

### ÖZET

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

**Gereç ve Yöntem:** Bu ileriye dönük çalışmada, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne 01.02.2003-31.05.2003 tarihleri arasında aynı şikâyetle son 5 gün içerisinde bir hekime ya da sağlık kurumuna başvuran ve bir hekim tarafından sevk edilmemiş olan hastalar değerlendirilmeye alındı. Hastaların demografik bilgileri, başvuru nedenleri, daha önceki başvuru yerleri ve zamanları, uygulanan tedavileri, önceki başvurularında yakınmaları hakkında kendilerine söylenen tanılar ve tedavi bilgileri ile tedavi uyumları sorgulandı. Acil servisten taburcu edilen hastalar 7-10 gün içerisinde telefonla aranarak önerilere uyumları ve takip değerlendirilmeleri yapıldı. Elde edilen veriler önceki başvurusu ile ilgili verilerle karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışma döneminde acil servise toplam 13.414 hasta başvurdu; 266 hasta (%2.0) çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan hastalardan %58.2'si kadındı ve bu oran toplam hasta başvurularının cinsiyet dağılımından anlamlı olarak farklıydı. Hastalardan 33'ü (%12.5) hastaneye yatırıldı. Acil servisten yapılan tüm yatışların oranıyla tekrar başvuran hastaların yatış oranları arasında anlamlı bir fark yoktu. Ancak 3., 4. ve 5. başvurularda bu oranın belirgin olarak arttığı saptandı. Eşlik eden kronik hastalığı olan hastalardan 15'i (%22.3) hastaneye yatırıldı. Tekrar başvuru yapan hastalar arasında, hastaneye yatırılma açısından kronik bir hastalık hikâyesinin olup olmamasının anlamlı bir fark oluşturduğu görüldü. Hastaların tedavi uyumsuzluğuna bağlı olarak tekrar başvuru yapması %19.9 ve önceki tanılar ile farklı tanı alarak tedavi değişikliği yapılması ise %17.2 oranında saptandı. Sosyal güvencesi olmayan hastalar sosyal güvencesi olan hastalara oranla daha az tekrar başvuru yapmakta ve bu hastalarda daha fazla tanı değişikliği olmaktadır.

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

**Anahtar sözcükler:** Acil servis; yeniden başvuru; demografik özellikler.

### SUMMARY

**Objectives:** Two to eleven percent of emergency department (ED) visits are revisits defined as another visit for the same complaint within 5 days. Forty percent of these revisits were shown to be preventable. The aim of this study was to determine the frequency of these revisits, the presenting complaints of patients with revisits, admission rates, rate of preventable revisits, recommendation made by physicians and compliance of patients.

**Materials and Methods:** Between February 1, 2003 and May 31, 2003 patients presenting to the ED of Akdeniz University Hospital were included into this prospective study when they had been seen by another physician within the last 5 days before their visit to our ED. Patients who were transferred to our hospital were excluded. The demographic data, presenting complaints, health care unit visited before, time between the first and the second presentations, therapies recommended, diagnoses, and therapy information told to the patients by their last visit and compliance with recommended therapy was questioned. Phoning the patients 7-10 days after discharged from emergency department compliance and follow up were questioned. Data gathered in our ED were compared with the previous visit's data.

**Results:** During the study period, 13,414 patients presented to the emergency department. 266 (2%) patients who met our criteria were analyzed. A hundred and fifty five (58.2%) of these patients were female. This ratio

### İletişim (Correspondence)

Dr. Can AKYOL

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Acil Tıp Anabilim Dalı, 07059 Antalya, Turkey  
Tel: +90 - 242 - 227 43 43  
Faks (Fax): +90 - 242 - 227 44 90  
e-posta (e-mail): canakyol@mynet.com

was significantly different from the gender ratio of overall presenting patients. A total of 33 (12.5%) patients were admitted to the hospital and there was no difference between overall admission rate. Nevertheless, the rate of admission significantly increases with the 3rd, 4th and 5th visits. Fifteen (22.3%) patients with coexisting diseases were admitted to the hospital and the admission rate was significantly higher than the patients without coexisting diseases. Non-compliance was detected in 19.9% of patients. Different diagnosis was made and therapy was changed for 17.2% of patients. Patients without health insurance account for less revisits and more therapy changes than the patients with health insurance.

**Conclusion:** Revisits for the same complaints increases the workload of EDs but do not play a significant role in crowding. Providing more information to patients and physicians' education on this topic will decrease the rate of revisits approximately 37.1%. Revisits despite of these means, patients have to be evaluated carefully for wrong diagnosis, wrong therapy, and indications for admission, especially if the patient has coexisting diseases.

**Key words:** Emergency department; revisits; population characteristics.

## Giriş

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

Aynı şikâyetle tekrar başvuruların olması acil servislerin yoğunluğunu artıran nedenlerden bir tanesidir.<sup>[9]</sup> Sadece ilk üç gün içerisinde aynı şikâyetle tekrar başvuru oranları %1 ile %5.7 arasında saptanmıştır.<sup>[9-11]</sup> Yedi günlük takibin yapıldığı bir başka çalışmada bu oran %11'lere çıkmaktadır.<sup>[11]</sup> Yoğunluk arttıkça hastalara ayrılan zaman kısıtlanmakta olduğundan, "yoğunluk - hastaya ayrılan zamanın azalması - aynı şikâyetle tekrar başvurular" arasında bir kısır döngü oluşmaktadır. Ayrıca acil servislerin aynı şikâyetle başvuran hastalar tarafından kullanılması ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda, bu başvuruların diğer hastaların bakım kalitesini de kötü yönde etkilediği gösterilmiştir.<sup>[12,13]</sup>

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

## Gereç ve Yöntem

Bu ileriye dönük kesitsel çalışma 2002 yılı verilerine göre yıllık 36.000 erişkin hasta başvurusu olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde dört aylık dönem boyunca iki fazlı olarak yapıldı. İlk fazda çalışmaya alınan hastaların değerlendirme formu paramedikler ve acil servis asistanları tarafından dolduruldu. İkinci fazda ise çalışmaya alınan ve hastaneye yatırılmamış olan hastalar 7-10 gün içerisinde telefonla arandı. Hastanede yatan hastalar ise, çalışmaya yatan hasta olarak kaydedildi. Çalışmanın ikinci fazı, birinci fazda form dolduran asistan ve paramediklerden habersiz olarak yapıldı.

Aynı şikâyetle kısa sürelerde tekrar başvuru yaptıkları halde 15 yaş altı hastalar, yakınları ya da 112 Acil Yardım ve Kurtarma Ambulansları ile getirilip şikâyetlerini kendileri tarif edemeyen hastalar (demans, debilite, nörovasküler hastalıkları olan hastalar gibi), kronik alkolizm, madde ve ilaç bağımlısı olan hastalar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınan hastaların demografik verileri, aynı şikâyet ile kaç defa başvurdukları, bir önceki ve tekrar başvuru saatleri, tedavi masraflarının nasıl ödendiği, başvuru yakınmaları, önceki ve tekrar başvurularında tedavi yapılıp yapılmadığı, varsa yapılan tetkikler ve verilen ilaçlar hakkında bilgi verilip verilmediği, yapılan poliklinik ve varsa diğer önerilerin ne olduğu ve hastaların bu önerilere uyumlulukları, kendilerine bir tanı söylenip söylenmediği kaydedildi ve bu verilerin karşılaştırılması ve istatistiksel değerlendirmeleri yapıldı.

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

## Bulgular

Çalışmanın yapıldığı 01 Şubat-31 Mayıs 2003 tarihleri arasında acil servise toplam 13.414 hasta başvurdu. Kriterlere uyan 280 hasta çalışmaya alındı. Bu süre içinde, acil servise başvuran hasta sayısını etkileyecek salgın hastalık ya da doğal afetler gibi beklenmedik durumlar yaşanmadı. Formlarındaki kayıt hataları nedeniyle 14 hasta çalışmaya alınmadı.

Birinci faz verileri 266 hasta üzerinden değerlendirildi. İkinci fazda telefonla aranan hastalardan 17'sine ulaşılamadı ve 33 hasta da hastaneye yatırıldığı için ikinci faz verileri 216 hasta üzerinden değerlendirildi. Aynı şikâyetle tekrar başvuran hastaların tüm hastalara oranı %2.1 olarak belirlendi.

Çalışmaya alınan 266 hastanın 155'i (%58.3) kadındı ve yaş ortalamaları 43.7±18.0 olarak saptandı. Hastaların 111'i

(%41.7) erkekti ve yaş ortalamaları  $42.0 \pm 17.3$  olarak bulundu. On altısı erkek (%14.4), 17'si kadın (%11.0) toplam 33 hasta hastaneye yatırıldı. Hiçbir hasta yer olmadığı için yatış amacı ile sevk veya taburcu edilmedi. Tablo 1'de cinsiyet açısından aynı dönem içerisinde başvuran diğer hastaların, çalışma hastaları ile karşılaştırılması yapıldı. Acil servise yapılan diğer başvuruların %51.1'ini erkekler oluşturduğu halde, aynı şikâyetle tekrar başvurularda kadınların anlamlı olarak daha fazla başvurduğu saptandı ( $p=0.0022$ ).

Kurumları Emekli Sandığı, resmi kurum ve özel sigorta olup hastaneye hiç bir ödeme yapmayan toplam 194 hasta (%72.9); ödemeleri kurumları tarafından sevk kanalı ile sonradan karşılanan SSK, Yeşil Kart ve Bağ-Kur'lu toplam 41 hasta (%15.4) ve ücretlerini kendileri ödeyen 31 hasta (%11.7) başvurusu olduğu saptandı. Tablo 1'de çalışmaya dahil edilen ve tedavi giderlerini kendileri karşılayan ya da kurumları tarafından ödenen hastalarla, çalışma dönemi süresi içinde başvuran tüm hastaların sosyal güvenceleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı karşılaştırıldı. Her iki gruba bakıldığında güvencesi SSK ve Bağ-Kur olanlar dışında anlamlı farklar saptanmadı. SSK'lı olan hastaların diğer gruplara göre anlamlı olarak daha fazla aynı şikâyetle tekrar başvurduğu görüldü. Bağ-Kur'lu hastaların ise anlamlı bir farkla daha az tekrar başvurdukları saptandı.

Hastaların 72'si (%27.1) tedavi masraflarını kendileri karşılamaktaydı. Kalan 194 (%72.9) hasta ise, sağlık sigorta kaynağı bakımından tedavi harcamaları için herhangi bir ödeme yapmak zorunda değildi. Aynı dönem içinde gelen tüm başvurular ile karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Aynı dönemde acil servise yapılan diğer başvurularda ise sosyal güvencesi olup tedavi harcamaları kurumlarca ödenilen hastaların oranı %62.2 olarak saptandı.

Çalışmaya alınan 228 hasta (%85.8) aynı şikâyet nedeni ile 2. kez, 26 hasta (%9.7) 3. kez bir hekime başvuruyordu. Aynı şikâyetle dördüncü ve beşinci başvurularını yapan hasta sayısı ise sırası ile 7 (%2.6) ve 5 (%1.9) olarak saptandı.

Aynı şikâyetle tekrar başvuran 266 hasta 293 farklı yakınma tarifledi. İki yüz kırk üç hasta tek bir sisteme yönelik yakınma ile başvururken, kalan 23 hasta 2 veya 3 farklı sistemi ilgilendiren yakınmalarla başvurdu. Hastaların geliş yakınmalarına bakıldığında 33 hasta (%11.3) ile en çok başvuru şikâyetinin başağrısı olduğunu ve bunu takiben 24 hastanın da (%8.1) karın ağrısı şikâyeti ile başvurduğu görüldü (Tablo 2).

Çalışmaya alınan hastaların 135'i (%50.8) daha önceki başvurularında hastalıkları hakkında laboratuvar tetkikleri yapıldığını belirtti. Tetkik yapılan hastalardan 101'i (%74.8) tet-

**Tablo 1.** Aynı şikâyetle tekrar başvuran hastaların demografik bilgileri ve sosyal güvencelerinin değerlendirilmesi ve çalışma dönemindeki diğer başvurularda karşılaştırılması.

Demografik bilgiler	Çalışma grubu		Diğer hastalar		p
	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>					0.0022
Erkek	111	41.7	6.730	51.1	
Kadın	155	58.3	6.418	48.9	
<b>Yaş ortalaması</b>					
Erkek		42.0			
Kadın		43.7			
<b>Toplam</b>		42.9			
<b>Sosyal güvence</b>					
Emekli Sandığı ve resmi kurum	185	69.5	7.996	60.8	>.05
Bağ-Kur	15	5.6	2.802	21.3	.000
Sosyal Sigortalar Kurumu	25	9.4	246	1.8	.000
Yeşil kart	1	0.4	90	0.6	>.05
Yok	31	11.7	1.715	13.0	>.05
Özel	9	3.4	299	2.2	>.05
<b>Toplam</b>	266	100	1.3148	100	
<b>Tedavi masraflarının ödenmesi</b>					>.05
Ödenen	194	72.9	8,181	62.2	
Ödenmeyen	72	27.1	4.967	37.8	

**Tablo 2.** Aynı şikâyetle tekrar başvuran hastaların başvuru yakınmaları.

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

kik sonuçlarının kendilerine açıklandığını ya da verildiğini bildirdi. Tetkik yapılan diğer 34 hasta (%25.2) ise sonuçların açıklanmadığını ya da kendilerine verilmediğini belirtti.

Tedavi uygulansın ya da uygulanmasın önceki başvurduğu yerden ayrılırken toplam 217 hastanın (%81.6) başvuru şikâyetlerinin devam ettiği, 14 hastanın (%5.3) şikâyetlerinde

azalma olduğu ve 35 hastanın (%13.2) şikâyetinin geçtiği öğrenildi (Tablo 3).

Hastaların 74'üne (%27.8) daha önceki başvurularında ilaç önerisinde bulunulmamıştı. Reçete verilen 192 hastanın ise

**Tablo 3.** Bir önceki başvuru bilgileri.

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

**Tablo 4.** Önceki başvurularında reçete verilen hastaların tedavi uyumu.

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

p<0.000; \*yüzdeler satır yüzdelidir.

**Tablo 5.** Aynı şikâyetle tekrar başvuran hastaların acil serviste değerlendirilmesi.

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

136'sına (%70.1) reçete tarifi yapılmış olup, bu hastalardan 116'sı (%84.1) tariflenen şekilde ilaç kullanmışlardı (Tablo 3). Reçete verildiği halde 56 hastaya (%29.9) reçete tarifi yapılmamış ve bu hastaların 34'ü (%63.0) yazılan ilaçları kullanmamışlardı.

İlaçları nasıl kullanacağı tarif edilen ve edilmeyen hastaların tedavi uyumuna baktığımızda ilaçları tarif edilmeyen hastaların anlamlı olarak daha az tedavi uyumu gösterdikleri saptandı (Tablo 4).

Aynı şikâyetle tekrar başvuran 266 hastanın 233'ü (%87.6) şikâyetlerinde hiç bir azalma olmadığını belirtirken, 21 hasta (%7.9) şikâyetlerinin arttığını, 12 hasta (%4.5) ise ek şikâyetler geliştiğini belirterek tekrar başvuru yapmışlardır.

Araştırma görevlileri aynı şikâyetle başvuran hastalara çalışma formundaki soruları sorduktan sonra, acil serviste yapılan işlemlerle ilgili kısımları doldurdu. Araştırma görevlileri tarafından hastaların 171'ine (%64.3) tetkik yapıldığı ve 175 hastaya (%65.8) acil servis değerlendirilmesi sırasında tedavi uygulandığı belirlendi. Otuz üç hasta (%12.4) hastaneye yatırıldı. Taburcu olan 190 hastaya (%81.5) reçete verilirken, 177 hastaya (%75.9) poliklinik kontrolü önerildiği ve 14 hastanın (%6.0) ise tekrar kontrole çağrıldığı belirtildi. Acil serviste yapılan değerlendirmeler Tablo 5'te verilmiştir.

Aynı şikâyetle başvuran hastaların 67'sinin (%28.7) özgeçmişlerinde bir veya birden fazla kronik hastalık hikayesi (diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı) olduğu öğrenildi. Bu hastalarda toplam 88 adet kronik hastalık vardı. Bilinen kronik hastalık olarak 34 hastada (%12.7) hipertansiyon, 30 hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı olduğu saptandı (Tablo 6).

Hastalardan 33'ü (%12.4) hastaneye yatırıldı. Aynı süre içerisinde acil servise yapılan diğer başvuruların hastane yatış oranlarına baktığımızda, tekrar başvuran hastalar ile ilk kez başvuran hastalar arasında hastaneye yatış bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 7).

Yatırılan hastalardan 20'si (%60.7) önceki başvurularından farklı tanıyla, 13 hasta da (%39.3) aynı ya da benzer tanılar-

**Tablo 6.** Eşlik eden kronik hastalıklar.

	n	%
Hipertansiyon	34	50.8
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	30	44.8
Koroner arter hastalığı	11	16.4
Diabetes mellitus	9	13.4
Kanser	4	5.9

**Tablo 7.** Çalışma süresinde acil servise başvuran çalışma hastaları ve diğer bütün hastaların yatış oranları.

Hastalar	Taburcu		Yatış		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışma hastaları	233	87.6	33	12.4	266	100
Diğer hastalar	11.440	87.0	1.708	13.0	13.148	100
<b>Toplam</b>	<b>11.673</b>	<b>87.0</b>	<b>1.741</b>	<b>13.0</b>	<b>13.414</b>	<b>100</b>

p=0.08; \*yüzdeler satır yüzdelidir.

**Tablo 8.** Acil servisten yatırılan hastaların yatış tanıları.\*

Farklı tanı ile yatırılanlar	Aynı tanı ile yatırılanlar
Kalkaneus kırığı	Klavikula kırığı
Anafaksi	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
Akut karın	Kolesistit
Anstabil angina pectoris	Miyom dejenerasyonu
Akut miyokard enfarktüsü	Over kist rüptürü
Akciğer kanseri	Pankreatit
Ektopik gebelik	Peritonsiller abse
Febril nötropeni	Ramsey-Hunt sendromu
İnkarsere herni	Serebral kitle
Kalp yetmezliği	Vertigo

\*Bir hastadan fazla olan yatış tanısı parantez içinde verilmiştir.

**Tablo 9.** Kronik bir hastalık olup olmamasına göre yatış oranları.

Aynı şikâyetle tekrar başvuran hastalar	Eşlik eden kronik hastalıkları				Toplam	
	Olan	Olmayan	n	%	n	%
Yatırılan	15	45.5	18	54.5	33	100
Taburcu olan	52	22.4	181	77.6	233	100
<b>Toplam</b>	<b>67</b>	<b>26.1</b>	<b>199</b>	<b>74.9</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

p=0.0041.

**Tablo 10.** Acil servis önerilerinin telefon takibi ve hasta uyumu.

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

la yatırıldı. Aynı şikâyetle başvuran hastalardan 43'ünde (%16.2) tanı değişikliği yapıldı.

Aynı şikâyetle tekrar başvuran hastalardan hastaneye yatırılanların yattıkları bölümlere baktığımızda 14 hastanın (%42.4) Cerrahi Bölümlere [Genel Cerrahi 5 hasta, Kadın Hastalıkları ve Doğum 4 hasta, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları 3 hasta, Ortopedi ve Travmatoloji 1 hasta ve Göğüs Damar Cerrahisi 1 hasta] ve 19 hastanın (%57.6) Dahili Bölümlere [Kardiyoloji 6 hasta, Göğüs Hastalıkları 6 hasta, Dahiliye 4 hasta, Nöroloji 3 hasta] yatırıldığı saptandı (Tablo 8).

Hastaneye yatırılan 33 hastanın 15'inin (%45.5) özgeçmişinde başvuru şikâyetine eşlik eden kronik hastalığı vardı. Kronik hastalığı olanlar içerisinde en yüksek yatış oranı hipertansiyon grubunda idi (5 hasta, %22.7). En yüksek yatış oranı ise, koroner arter hastalığı olan hastalardaydı (%60). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan 30 hastadan, 4'ü (%26.6) hastaneye yatırıldı. Kronik hastalıkları olan 67 hastada yatış oranı ise %22.3 (15 hasta) olarak saptandı. Kronik hastalıkları olmayan ve yatırılan 18 hastanın kronik hastalığı olmayan diğer hastalara göre yatış oranı ise %9.0 olarak belirlendi. Aynı şikâyetle tekrar başvurup hastaneye yatırılan hastaların eşlik eden kronik bir hastalığının olup olmaması ile yatış oranları arasında kronik hastalıkları olanlar yönünde anlamlı bir fark saptandı (Tablo 9).

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

Acil servisten taburcu edilirken hastalara yapılan tüm öneriler ile telefon takibinde hastalardan alınan bilgiler ve hasta uyumları Tablo 10'da verilmiştir.

## Tartışma

Aynı şikâyetle kısa sürelerde tekrar başvuruların olması bu konuyla ilgili literatüre bakıldığında dört temel nedene da-

**Tablo 11.** Tekrar başvuruların ilişkili olduğu durumlar.

Çalışanlar	n	Tekrar başvuru oranı	Hastalığa bağlı nedenler	Hastaya bağlı nedenler	Hekime bağlı nedenler	Sistem sorunları
Miro ve ark. <sup>[11]</sup>	406	%1.42	%34	%10	%33	%3
Kelly ve ark. <sup>[16]</sup>	286	%2	%61	%27	%11	%1

yandırılabilir. Bu nedenleri; hastalığa bağlı, hastaya bağlı, hekime bağlı ve tedavi verilen alanların özelliklerine bağlı olarak sıralayabiliriz.

Keith ve ark.<sup>[14]</sup> tekrar başvurularla ilgili çalışmalarında 297 hastanın 96'sının (%32.3) engellenilebilir başvurular olduğunu belirtmişler ve bu hastalardan 38'inin (%39.6) tıbbi hatalara, 20'sinin (%20.8) yetersiz eğitime ve 35 başvurunun (%36.5) hasta uyumsuzluğuna bağlı olarak oluştuğunu saptamışlardır.

O'Dwyer ve ark.<sup>[15]</sup>'nin çalışmasında da tekrar başvuruların asgariye indirilmesinde en önemli önerinin daha iyi hasta eğitimi olacağı vurgulanmış ve buna gerekçe olarak tekrar başvuran hastaların %50'sinin herhangi yeni bir tedavi verilmeden tekrar taburcu edildiğini göstermişlerdir. Eğer tekrar başvuruları engelleyecek eğitim önerisi hastalık ve ilaçlar hakkında ise, hasta faktörüne bağlı tekrar başvuruların hekim faktöründen ayrı tutulması doğru değildir.

Bu temel nedenler tekrar başvurularla ilgili birçok çalışmada olduğu gibi Miro ve ark.<sup>[11]</sup> ile Kelly ve ark.<sup>[16]</sup> tarafından da benzer şekillerde araştırılmış olup, örnek olarak Tablo 11'de ayrıntıları ile verilmiştir. Hastaya bağlı nedenler %10-27, hekime bağlı nedenler ise %11-33 arasında saptanmıştır. Her iki çalışmanın sonuçlarında da daha iyi hasta eğitimi (hastalığın ve verilen ilaçların daha iyi tarif edilmesi) ile tekrar başvuruların azaltılabileceği vurgulanmıştır. Bu eğitimi verecek kişi hekimdir ve hekim bu eğitimi yapmadığı için tekrar başvurular oluyorsa bu aslında hastaya bağlı tekrar başvuruların hekime bağlı tekrar başvuruların bir alt grubu gibi değerlendirilmesi gerektiği fikrini de desteklemektedir.

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

%20'sine hastalık ve reçete tarifi yapıldığı anlaşıldı. Bu %20 oranındaki tekrar başvuru hastaya bağlı başvurular olup bir anlamda kontrol amaçlı keyfi acil servis kullanımı şeklinde de düşünülebilir. Çözüm yine eğitimidir, ancak hedef sadece hastanın eğitimi değil tüm toplumun acil servisleri uygunsuz kullanmamak konusunda eğitilmesi olup, acil servis hekimlerinin tek başlarına çözüm bulamayacağı bir durumdur.

Demografik özelliklerin araştırılması ve hastaların taburcu oldukları kurumlardan yapılan önerilere uyumlarının araştırılması ile hastaya bağlı tekrar başvuruları hekime bağlı tekrar başvurulardan ayırmada önemli bilgiler elde edilebilir. Çalışmamızda hastaların yaş dağılımlarının diğer hastalarla farklı olmadığı ve kadın hastaların anlamlı olarak daha fazla tekrar başvurduğu görüldü. Literatürde de kadın cinsiyetin tekrar başvuru açısından risk oluşturduğunu destekleyen çalışmalar vardır.<sup>[9]</sup>

Aynı şikâyetle tekrar başvuru yapan hastaların dörtte üçünün muayene, tetkik ve tedavi giderleri için herhangi bir ödeme yapmadıkları ve ödeme yapan hastalara göre sayılarının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı. Tedavi giderleri için ödeme yapmayan ve aynı şikâyetle tekrar başvuru yapan hastaların acil servisin tüm hasta nüfusu ile oranlanmasında ise anlamlı farklar saptanmadı. Normal hasta nüfusuna göre Bağ-Kur'lu hastalar anlamlı olarak daha az başvurmaktadır. Bağ-Kur'lu hastalar tedavi giderlerini hastaneden ayrılırken kendileri ödemekte, acil servisten aldıkları raporla Bağ-Kur'a başvurup daha sonraki bir zamanda yaptıkları ödemelerin yaklaşık %80'ini geri almaktadırlar. Bu sürenin belirsizliği özellikle ekonomik durumu yetersiz olan ya da yaptıkları ödemeleri geri alamayacağını düşünen hastaların aynı şikâyetle tekrar başvurularında engelleyici bir faktör olabilir. Ekonomik düzeyden bağımsız bir diğer caydırıcı etken de aşılması gereken bürokrasi ve tekrar hastaneye, tekrar Bağ-Kur'a gitmek şeklindeki uğraşlardan kaçınmak olabilir. SSK'lı hastaların ise sevk getirme koşulu ile tedavileri ücretsiz olarak yapılmakta olup aynı şikâyetle tekrar başvuran SSK'lı hastalar acil servisin diğer SSK'lı hasta başvurularına göre anlamlı olarak daha fazladır. Hasta daha önceden bu yakınması için sevk aldı ise tekrar kolaylıkla sevk alabileceğini düşünerek tekrar başvuru yapabilmektedir.

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

Tekrar başvuran hastaların yarısı 16:00-23:59 saatleri arasında acil servise başvurmaktadır. Bu saatler insanların genel olarak günlük rutin işlerinin bittiği, çocukların okuldan döndüğü ve acil servislerin alternatifsiz hizmet verdiği saatler olması nedeniyle acil servislerin en kalabalık olduğu saatlerdir. Oktay ve ark.<sup>[17]</sup> acil servis kullanım özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında, benzer olarak en yoğun hasta başvurularının bu saatlerde olduğunu saptamışlar ve bu başvuruların tahmin edilen nedeni ne olursa olsun gündüz saatlerine göre aciliyetlerinin daha uygun olduğunu göstermişlerdir. Bu açıdan bakıldığında bu saatlerde yapılan tekrar başvuruların da titizlikle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Aynı şikâyetle tekrar başvuran hastaların önceki başvurularında sadece üçte birine poliklinik kontrolü önerilmiş olup, hastaların çoğu şikâyeti geçmediği durumda acil servislere başvurmak zorunda bırakılmıştır. Hastalar taburcu edilirken hastalıkları ile ilgili poliklinik önerilerinin mutlaka yapılması gerekmektedir. Tekrar değerlendirme sonrası ise poliklinik önerileri %75 düzeylerine çıkmasına rağmen %30 oranında poliklinik başvurusu olması, polikliniklerden haftalar, bazen aylar sonrasına randevu verildiği düşünülürse şaşırıcı değildir. Hastaların işleyişleri daha hızlı olan cerrahi bölüm polikliniklerine, daha uzak tarihe verilen randevularla çalışan dâhili bölüm polikliniklerine başvurularından daha fazla uyum göstermeleri de bu durumun bir sonucudur. Acil servisten taburcu olan hastalara, önerilen poliklinikte ne zaman görülmesi gerektiğini belirten raporlar verilip, bu rapora uygun tarihlerde randevu almalarının sağlanması bir çözüm olabilir.

Tekrar başvuruların hastalığa bağlı nedenleri ise daha objektif değerlendirilebilecek nedenlerdir. Acil Tıp Literatüründe tekrar başvuruların sıklığı ve ilişkili olduğu durumlarla ilgili yapılan en uzun süreli araştırmalardan biri olan Liaw ve ark.<sup>[10]</sup>'nın çalışmasında tekrar başvuruların %79 oranında

hastalığın seyrine bağlı nedenlerden kaynaklandığı vurgulanmıştır. Pierce ve ark.<sup>[18]</sup> çalışmalarında hastalıklara bağlı tekrar başvuru oranını %53 olarak saptamıştır.

Miro ve ark.<sup>[19]</sup> acil servislerine aynı şikâyetle üç gün içinde tekrar başvuran hastaları incelediklerinde en sık nedenin hastaların ilk başvurularındaki hastalıkları ve hastalığın düzeyine bağlı olduğunu saptamışlardır. Tekrar başvurularla en çok ilgili durumun nedeni saptanamayan karın ağrıları olduğu belirtilmiştir.

Goh ve ark.<sup>[20]</sup> hastaların %72.3 oranında ilk başvuru şikâyetlerinin devam ettiği için başvurduklarını ve bu duruma en çok yol açan hastalıkların astım, mide ağrısı, gastroenterit, renal kolik, minör kafa travmaları ve bel ağrıları olduğunu belirtmişlerdir. Acil servis hekimi, tekrar başvurma potansiyeli yüksek olan hastalıkları tanımalı ve ilk değerlendirmede daha dikkatli olmalıdır. Çalışmalarında ikinci sık grubun (%14.5) hatalı tanıları olduğunu göstermişlerdir. En önemli tanı hatalarının ise akut apandisit ve gastrointestinal sistem kanamaları olduğunu belirtmişlerdir.

McCusker ve ark.<sup>[21]</sup> yaşlı hastaların tekrar başvuru nedenlerini incelediklerinde, ilk başvurularında sindirim ve solunum sistemleri ile ilişkili şikâyetleri olan hastaların sırası ile %29.0, %24.7 oranlarında tekrar başvurduklarını saptamışlardır.

Çalışmamızda tekrar başvuru nedenlerinin en sık enfeksiyon kaynaklı (en sık üst solunum yolları enfeksiyonu) nedenler olduğu görüldü. Tekrar başvuran hastaların dörtte üçünün bir sisteme yönelik ağrı yakınması vardı. En sık ağrı yakınması olarak baş ağrısı tariflenmiştir. Hastaların primer hastalıklarının doğru tanı ve tedavisi yanı sıra etkili ağrı tedavisi ve analjezinin devamının sağlanması ağrıya bağlı tekrar başvuruları azaltacaktır.

Özgeçmişlerinde epilepsi, renal yetmezlik, astım ve kronik bronşit gibi hastalıkları olan hastaların aynı şikâyetle acil servise sağlıklı hastalardan daha fazla başvuru yapması bir çok çalışmada vurgulanmış olup zaten beklenen bir durumdur. Bu hastaların primer olarak takip edildikleri bölümler tarafından daha yakın aralıklarla takipleri ve doğru tedavileri ile tekrar başvuruları önemli oranda azalacaktır.<sup>[20,22]</sup>

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

mun olması hastaneye yatışları anlamlı oranlarda arttırmaktadır.

Çalışmalar sisteme bağlı engellenilebilecek başvuruların toplam hasta başvurularının %1-3'ünü oluşturduğunu göstermektedir. Çalışmamızda tekrar başvuruların bu kısmı araştırılmamış olup, yoğunluk azaltmaya yönelik yeni çalışmalarda bu konunun da araştırılması gerekmektedir. Ancak Oktay ve ark.<sup>[17]</sup> acil servis başvurularını aciliyet yönünden inceledikleri çalışmalarında hastaların %11'inin polikliniklere ulaşamadıklarını ve bu sebeple acil servisi kullandıklarını saptamışlardır. Sevk zincirinin de kolaylıkla suistimal edilebildiği düşünülürse sisteme bağlı tekrar başvuruların, başvuru nedenleri arasında belirgin bir yer alacağı aşikârdır.

Çalışmamızda tekrar başvuran hastalar acil servisten hastaneye yatırılan tüm hastalarla karşılaştırıldığında, hastaneye yatışları arasında her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ancak hastaların başvurma sayıları arttıkça yatış oranları da artmakta olup aynı şikâyetle 3., 4. ve 5. başvuruda bu oran sırası ile %23, %42.8 ve %60 düzeylerine çıkmaktadır. Bu durumda aynı şikâyetle başvuran hastalarda özellikle birden fazla başvuru olması durumunda yatış kriterleri açısından hastanın daha dikkatli araştırılması gerekmektedir.

Liaw ve ark.<sup>[10]</sup> bir yıl boyunca acil servise aynı şikâyetle başvuran hastaların özelliklerini araştırmışlar ve aylık tekrar başvuru oranını %1.32-2.38 olduğunu saptamışlardır. Bunların nedenlerini araştırdıklarında sadece %7.8'inin hekim hatalarından kaynaklandığını ancak bu hastaların tekrar başvurularında %73.7 gibi çok yüksek yatış oranları olduğunu göstermişlerdir. Ancak aynı şikâyetle tekrar başvuran bütün hastaların yatış oranlarına baktıklarında bunun %36.5 olduğunu ve yatış oranlarının diğer acil servis hastaları ile benzer (%36.2) olduğunu belirtmişlerdir.

Miro ve ark.<sup>[11]</sup> hastaların taburculuğu takiben 72 saatlik dönemde tekrar başvuru oranlarını %1.42 olarak saptadıklarını ve bunun düşük bir rakam olduğunu belirtmelerine rağmen, tekrar başvuran hastaların %76'sının hastaneye yatırılmak zorunda kaldığı vurgulanmıştır.

Bizim çalışmamızda da tekrar başvuran hastaların 43'ü (%16.2) ilk tanılarında farklı tanı almıştır. Yatan hastalarda farklı tanı oranı %50 seviyesine ulaşmaktadır. İlk tanıdan farklı tanı alan bu hasta grubunun tekrar başvuru nedenlerinin ilk bakı yetersizliklerine bağlı olduğu düşünülürse hekime bağlı tekrar başvuruların %16.2 civarında olduğunu söyleyebiliriz. Literatürdeki çalışmalarda özellikle hasta kayıtlarının iyi tutulduğu hastanelerde hekime bağlı tekrar başvurular tanı değişikliklerinden kolayca saptanabilmektedir. Önce-

ki başvurularında tanı söylenen hastalardan dörtte üçü daha önceki başvuruları ile aynı tanıyı alarak acil servisten taburcu edilmişlerdir.

Çalışmamızda hekime bağlı tekrar başvurular ve hastalara bağlı engellenilebilir tekrar başvurular, aynı şikâyetle tekrar başvuran hastaların yaklaşık üçte birini oluşturmakta olup daha iyi bir ilk değerlendirme ve hastaların daha uygun bir şekilde yönlendirilmesi ile tekrar başvuruların çoğunun engellenilebileceği söylenilebilir. Literatürde de bu konuda doktorların hasta bakımında tecrübe kazanması<sup>[14]</sup> ve hastaların bilinçlendirilmesi<sup>[23,24]</sup> şeklinde öneriler bulunmaktadır.

O'Dwyer ve ark.<sup>[15]</sup> tekrar başvuruları incelediklerinde tekrar başvuran 235 hastadan 82'sinin (%35) tekrar başvurma sebebi olarak acil servis doktorlarının taburcu ederken "Herhangi bir ek şikâyet olursa tekrar gelin." diye öneride bulunması olduğunu ortaya çıkartmışlardır. Bu hastalara biraz daha fazla bilgi verilmesinin tekrar başvuruları önemli ölçüde azaltacağını ve o sırada acilde bulunabilecek gerçek bir acile daha fazla zaman ayrılabilceğini belirtmişlerdir. Ancak bu öneri acil servisten taburculuk sırasındaki önerilerin vazgeçilmez bir parçasıdır. Aynı şikâyetle tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesinde bu öneri doğrultusunda gelen hastaların kontrole çağrılan hastalar olarak değerlendirmesi tekrar başvuruların engellenilebilecek nedenleri açısından daha fazla bilgiler sağlayacaktır. Hastaları ve hastalıkları risk gruplarına ayırıp, düşük risk grubundaki hastaları kontrol için sağlık ocakları, kurum hekimleri ya da aile hekimleri gibi hastaların takip edilebilecekleri alanlara yöneltmek bu tarz başvuruları engelleyecektir. Triaaj kategorisi az acil olan hastalar bu şekilde taburcu edilebilir ya da telefon danışmanlığı gibi yeni yöntemler araştırılabilir.

Daha önceki başvuru yeri Akdeniz Üniversitesi Hastanesi haricinde bir yer olan hastaların, bu başvurularını çeşitli nedenlerle hekime söylemek istememiş olabilecekleri çalışmayı sınırlayan bir faktör olarak düşünüldü. Günlük pratikte de sağlık karnelerinde daha önceden yazılan ilaçlar ve önceki başvuruları görüldüğünde hastaların bunu söylemesi bize bu olasılığı düşündürdü. Hastaların önceki başvurularını söyleme davranışı da bir araştırma konusu olmalıdır.

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



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

Aynı şikâyetle kısa sürelerde olan tekrar başvuruların engellenmeye çalışılması da bu çabalardan biri olmalıdır. Tekrar başvuru nedeni olarak hastaların belirttikleri temel durumlar şikâyetlerin devam etmesi, artması veya ek şikâyetlerin gelişmesidir. Önerilen tedavi şemasının ve tedavi sürecinin hastaya detaylı bir şekilde anlatılmaması hastaların ilaçlarını uygunsuz kullanmasına yol açmaktadır. Bu da şikâyetlerde istenen gerilemenin elde edilememesini açıklamaktadır. Başka bir hekime başvuruyu azaltmanın en önemli yollarından birisi ilk gören hekimin hastayı hastalığı ve tedavisi konusunda detaylı bilgilendirmesi olacaktır.

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

#### Kaynaklar

1. Cardin S, Afilalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A, Tselios C, 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.
2. Derlet RW, Nishio D, Cole LM, Silva J Jr. Triage of patients out of the emergency department: three-year experience. *Am J Emerg Med* 1992;10:195-9.
3. Shih FY, Ma MH, Chen SC, Wang HP, Fang CC, Shyu RS, et al. ED overcrowding in Taiwan: facts and strategies. *Am J Emerg Med* 1999;17:198-202.
4. Pope D, Fernandes CM, Bouthillette F, Etherington J. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *CMAJ* 2000;162:1017-20.
5. Rieffe C, Oosterveld P, Wijkel D, Wiefferink C. Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. *Accid Emerg Nurs* 1999;7:217-25.
6. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000;35:63-8.
7. Lynn SG, Kellermann AL. Critical decision making: managing the emergency department in an overcrowded hospital. *Ann Emerg Med* 1991;20:287-92.
8. Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med* 2001;8:1095-100.
9. Gordon JA, An LC, Hayward RA, Williams BC. Initial emergency department diagnosis and return visits: risk versus perception. *Ann Emerg Med* 1998;32:569-73.
10. Liaw SJ, Bullard MJ, Hu PM, Chen JC, Liao HC. Rates and causes of emergency department revisits within 72 hours. *J Formos Med Assoc* 1999;98:422-5.
11. Miro O, Jimenez S, Alsina C, Javier Tovillas-Moran F, Sanchez M, Borrás A, et al. Unscheduled revisits in medical emergency units at the hospital: incidence and related factors. [Article in Spanish] *Med Clin (Barc)* 1999;112:610-5. [Abstract]
12. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med* 2000;7:637-46.
13. Gail M, O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RH, O'Sullivan P, Conolly EM, et al. Inappropriate emergency department use: the eye of the beholder. *Acad Emerg Med* 1995;2:349-352.
14. Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, Krome RL, Ross MA. Emergency department revisits. *Ann Emerg Med* 1989;18:964-8.
15. O'Dwyer F, Bodiwala GG. Unscheduled return visits by patients to the accident and emergency department. *Arch Emerg Med* 1991;8:196-200.
16. Kelly AM, Chirside AM, Curry CH. An analysis of unscheduled return visits to an urban emergency department. *N Z Med J* 1993;106(961):334-6.
17. Oktay C. Acil servis başvurularının aciliyet yönünden değerlendirilmesi ve acil servisin kullanım özellikleri. [Uzmanlık tezi] İzmir: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İlk Ve Acil Yardım Anabilim Dalı; 1999.
18. Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. "Bounces": an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19:752-7.
19. Miro O, Sanchez M, Ortega MM, Esteban MJ, Miella J. More data about patients who leave emergency department without being seen by a doctor in European hospitals. *Eur J Emerg Med* 2000;7:79-80.
20. Goh SH, Masayu MM, Teo PS, Tham AH, Low BY. Unplanned returns to the accident and emergency department--why do they come back? *Ann Acad Med Singapore* 1996;25:541-6.
21. McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med* 2000;7:249-59.
22. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA* 1991;266:1085-90.
23. DeSalvo A, Rest SB, Nettleman M, Freer S, Knight T. Patient education and emergency room visits. *Clin Perform Qual Health Care* 2000;8:35-7.
24. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? *Ann Emerg Med* 1994;24:953-7.