

## SEVK ZİNCİRİ PROTOKOLÜNE UYMAYAN HASTALAR

\*EMET M., \*\* UZKESER M., \*ASLAN Ş., \* SARITAŞ A., \*AKÖZ A.

\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D., Dr

\*\*Erzurum Numune Hastanesi Acil Servisi, Dr

**Yazışma Adresi ve Sorumlu Yazar:** Mücahit Emet, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A. D. Posta Kodu: 25100, Erzurum  
**E-mail:** mucahitemet@gmail.com **Cep Tel:** + 90 505 2952381 **İş Tel:** + 90 442 3166333/1037

Başvuru Tarihi: 11.12.2007

Kabul Tarihi: 12.04.2008

**ÖZET**

**Amaç:** Sevk zincirine uymadan bir üçüncü basamak sağlık kuruluşu acil servisine doğrudan başvuran hastaların demografik özelliklerini incelemek ve bu hastaların aciliyet durumlarını belirleyerek sevk zincirinin etkinliğini değerlendirmektir.

**Metod:** Çalışma tanımlayıcı epidemiyolojik tipte olup, 01/11/2005-31/12/2006 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Acil Servisine sevk zincirine uymadan başvurup, sonradan Erzurum Numune Hastanesi Acil Tıp uzmanlarına sevk almaya gelen 276 hastayı kapsamaktadır. Grupların analizleri x<sup>2</sup>, t ve Anova testi ile yapılmıştır. P<0.05 istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların %67.4'ü erkek, %62.7'si 19-64 yaş arasında, %58'i yeşil kartlı, %36.6'sı sosyal sigortalar kurumuna bağlıydı. %51.8'i travma nedenli başvuruydu. Hastaların %3.3'ünün Glaskow Koma Skoru (GKS) 9-12 arasında, %7.6'sının GKS'si 3-8 arasındaydı. Hastaneye yatış oranı %43.1, yoğun bakıma yatış oranı %2.5, acilde ölüm oranı %2.9 idi. Hastaların en sık başvuru şikayetleri trafik kazası (%21), göğüs ağrısı (%10.1), delici-kesici alet yaralanması (%7.6) ve karın ağrısıydı (%6.9). En sık tanılar yumuşak doku hasarı (%14.4), ekstremitte kırığı (%16.9), kafa travması (%8), serebrovasküler olay (%7.6) ve akut koroner sendrom idi (%6.2). Travma nedenli başvuruların yaş ortalaması travma dışı nedenlerle başvuranlardan anlamlı olarak düşükken (26.8±16'a karşı 40.5±24.5; P=0.000) ortalama GKS değerleri anlamlı derecede yüksekti (14.5±2'e karşı 13.5±3.3; P=0.002). Saat 14:00-22:00 arasında hasta yoğunluğunda artış olmaktaydı. Başvuran erkek oranı 12:01-17:59 saatleri arasında %79'a çıkmaktaydı. **Sonuç:** Sevk zincirine uymadan üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastalar, tüm acil servis başvurularına oranla daha çok travma hastalarını içermekte olup servise ve yoğun bakıma yatış ve acilde mortalite oranları çok daha yüksekti.

**Anahtar Kelimeler:** Sevk zinciri protokolü, Acil Servis

## DEMOGRAPHICS OF THE PATIENTS WHO DO NOT FOLLOW THE "FORWARDING CHAIN PROTOCOL"

**Aim:** To investigate the patients demographic characteristics admitted to a third level emergency unit without following the "forwarding chain protocol" and to establish the efficacy of this protocol by determining these patients emergency state.

**Method:** This is a descriptive and epidemiologic study planned between 01/11/2005-31/12/2006. It included 276 patients referred to Erzurum Numune State Hospital for taking "forwarding certification" later after they admit to Atatürk University Aziziye Hospital Emergency Department (ED). Groups were analyzed by means of x<sup>2</sup>, t and Anova tests. Statistically significance was accepted as P<0.05.

**Results:** Of the patients, 67.4% were men, 62.7% were adult, 51.8% were trauma related admissions. The patients health insurances were as follows: 58% "green card" and 36.6% "social insurance foundation". 3.3% of the patients Glasgow Coma Scale (GCS) were between 9-12 and 7.6% were between 3-8. 43.1% were hospitalized, 2.5% entered intensive care unit, %2.9 died in the ED. Major complaints were motor vehicle collision (21%), angina pectoris (10.1%), stab wound (7.6%) and abdominal pain (6.9%). Main diagnoses were soft tissue injury (14.4%), fracture on the extremities (16.9%), head trauma (8%), cerebrovascular event (7.6%) and acute coroner syndrome (6.2%). Mean ages of the traumatic patients were significantly lower (26.8±16 vs. 40.5±24.5; P=0.000) and mean GCS were significantly higher (14.5±2 vs 13.5±3.3; P=0.000) than non-traumatic patients. Busy hours were between 14:00-22:00. Males proportion increased up to 79% between 12:01-17:59.

**Conclusion:** As patients who admit to a third level ED without following the "forwarding chain protocol" discussed with total emergency admittances, they had included more trauma victims, and hospitalization and mortality rates had been higher.

**Key words:** Forwarding Chain Protocol, Emergency medicine

## GİRİŞ

Acil servis (AS), hastanın sosyal güvencesi olup olmadığına, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşunun türüne ve hastanın diğer özelliklerine bakmaksızın, stabilizasyon sağlanıncaya kadar bütün tıbbi hizmetleri sunar. Vakanın tedavisinin başka bir sağlık kuruluşunda sürdürülmesi, mevzuat veya bu kuruluşun tıbbî-teknik imkanları açısından zorunlu ise sevk işlemi gerçekleştirilir<sup>(1)</sup>.

Sağlık Bakanlığının tanımlamasına göre “sevk zinciri”, acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması; bu basamaktaki imkanlarla teşhis ya da tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmelerinin sağlanmasıdır. Bunun amacı, özellikle, hastaların öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını ve yalnızca gerek görülenlerin ikinci ya da üçüncü basamağa gitmelerini sağlayarak kişilerin zaman kaybına uğramadan, yerleşim yerlerine daha yakın olan birinci basamak kuruluşlarından yararlanmalarını sağlamak; aynı zamanda, hastaneleri hizmet alması gerekmeyecek olan hasta yükünden kurtararak hizmetin kalitesini yükseltmek ve maliyetini azaltmaktır<sup>(2)</sup>. Acil vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar<sup>(2,3)</sup>.

Bu çalışmayı yapmaktaki amacımız, sevk zincirine uymadan bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunun acil servisine direkt başvuran hastaların tanımlarını, prognozlarını ve genel özelliklerini incelemektir. Böylece sevk zincirine uymayan hastaların aciliyet durumları belirlenerek sevk zincirinin etkinliğini değerlendirmektir.

“Sevk zinciri”, 2007 yılı itibariyle ülkemizde kaldırılmıştır<sup>(4,5)</sup>. Acil serviste sevk zincirine uymayan hasta grubunun özellikleri ülkemizde daha önce çalışılmamıştır. Sevk zincirine uymayan hasta grubunun demografik özellikleriyle, acil servisin tüm hasta popülasyonunun demografik özelliklerinin kıyaslanmasıyla, sevk zincirine uymayan bir üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların bu yola başvurma nedenleri hakkında fikir edinilebilir.

## MATERYAL VE METOD

Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Acil Servisine sevk zinciri kurallarına uymayan başvurular yapıldığında, hastanın tetkik ve tedavisinden sonra hastanın adı, soyadı, dosya numarası, başvuru tarihi ve saati, başvuru şikayeti, tanısı ve prognozunu içeren ve bir 2. basamak sağlık kuruluşundan o tarihe ait sevk için yapılması ricaını kapsayan üç hekim imzalı resmi bir belge, hasta ve/veya hasta yakınının isteği üzerine kendilerine verilmektedir. Bu belgeyi alan hasta veya hasta yakını, bir ikinci basamak sağlık kuruluşunda yetkili doktora başvurarak sonradan gerekli sevk almaktadır. Çalışmanın planlandığı Erzurum Numune Hastanesi Acil Servisinde bu sevkleri sonradan verme yetkisi Acil Tıp uzmanlarına verilmiştir. Erzurum Numune Hastanesi Acil Tıp uzmanları ile Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Acil Tıp asistanları ve öğretim görevlileri arasında Ekim 2005’te bir toplantı yapılmış, planlanan çalışma dizaynı tanıtılmış, 2005 ve 2006 yılları içinde sevk zincirine uymayan

hastaların sevk alması için Erzurum Numune Hastanesi Acil Tıp uzmanlarına yönlendirilmesi kararı alınmıştır. Erzurum Numune Hastanesi Acil Tıp uzmanlarına getirilen resmi sevk istek yazıları düzenli olarak dosyalanmıştır. Çalışma tanımlayıcı epidemiyolojik tipte planlanmış olup, 01/11/2005-31/12/2006 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Acil Servisine nedeni ne olursa olsun, sevk zincirine uymadan başvurup, sonradan Erzurum Numune Hastanesi Acil Tıp uzmanlarına sevk almaya gelen hastaları kapsamaktadır. Resmi sevk istek yazısındaki tanı acil sevk almayı gerektirecek bir tanı olmayan ve bu nedenle resmi sevk yazısı verilmeyen hastalar çalışma dışı bırakılmamıştır.

Çalışmada yaş sınırlaması yoktur. Resmi sevk istek belgesindeki bilgilere dayanarak hastaların dosya numaraları, başvurdukları gün, ay ve yıl, başvuru saati, cinsiyeti, başvuru şikayeti ve tanısı SPSS programına kaydedilmiştir. Çalışmanın ikinci ayağında, Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Acil Servis defter ve bilgisayar kayıtlarından yararlanılarak hastanın yaşı, prognozu (taburcu, servise yatış, ölüm), yattığı servis, yattığı gün sayısı ve sosyal güvencesi (yeşil kart, sosyal sigortalar kurumu, Bağ-kur, ücretli, resmi ve askeri) istatistik programına kaydedilmiştir. Hastaların yattığı servisler daha sonra dahili (Dahiliye, Nöroloji, Kardiyoloji, Pediatri, İntaniye, Anestezi, Dermatoloji) ve cerrahi (Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Ortopedi, Üroloji, Acil, Beyin Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kulak Burun Boğaz, Göz, Çocuk Cerrahi, Plastik Cerrahi, Kalp Damar Cerrahi) servisler olmak üzere iki ana gruba ayrılmıştır. Hastaların dosyaları incelenerek acile başvurduklarındaki Glaskow Koma Skalası (GKS) değerleri yazılmıştır. GKS değeri Bryan Jennett’in çalışmasından esinlenerek üç kategoriye ayrılmıştır: şiddetli (GKS:3-8), orta (GKS:9-12) ve hafif (GKS:13-15)<sup>(6)</sup>. Hastalar üç yaş grubuna ayrılmıştır: çocuk yaş grubu (0-18 yaş), yetişkin (19-64 yaş) ve geriatric yaş grubu (65 ve üstü). Hastaların başvuru saatleri 00:00-05:59, 06:00-11:59, 12:00-17:59 ve 18:00-23:59’a olmak üzere dört saat dilimine ayrılmıştır. Yine geliş saatleri mesai içi (08:00-17:00) ve mesai dışı (17:01-07:59) olarak ayrılarak bu saat dilimleri arasındaki hasta özellikleri incelenmiştir.

Geldiği gün Pazartesi, Salı, Çarşamba, Perşembe, Cuma, Cumartesi ve Pazar olarak kaydedilmiştir. Çalışmanın yapıldığı tarihler içinde resmi tatiller ve hafta sonu tatilleri de “tatil günü” olarak ayrıca kaydedilmiş ve tatil olmayan günlerle karşılaştırılmıştır.

Hastaların başvuru şikayetleri iki ana gruba ayrılmıştır: “travma nedenli başvurular” (trafik kazası, darp, düşme, delici- kesici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması, iş kazası, hayvan ısırıkları, yanık, ası) ve “travma dışı başvurular” (zehirlenme, ilaç içme, baş ağrısı, bayılma, vücutta şişlik, baş dönmesi, yabancı cisim yutma, genel durum bozukluğu, göğüs ağrısı, nöbet geçirme, karın ağrısı, yan ağrısı, nefes darlığı, ateş, solunum sıkıntısı, kusma, genel vücut ağrısı, kan kusma, çarpıntı, burun kanaması, uzuvda tutmama).

Yukarıda ayrımları belirtilen grupların analizleri x2 testiyle yapılmış ve P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ortalama değerler ± Standart Sapma olarak verilmiştir. İki ortalama arasındaki farkın anlamlılığı

“Independent Simple t Test” ile, ikiden fazla ortalamanın karşılaştırılmasında ise “One Way Anova testi” kullanılmıştır.

## BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 33.4±21.6 (min.-mak.:1 ay-83 yıl, ortanca: 30 yıl) olup erkeklerin yaş ortalamaları (33.9±20.8) ile kadınların yaş ortalamaları (32.4±23.3) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (P=0.602). Hastaların genel özellikleri *Tablo 1*'de gösterilmiştir.

### Geliş Şikayetine ve Tanılarına Göre Hastalar

Hastaların geliş şikayetlerine göre dağılımları *Tablo 2*'dedir. Hastaların en sık başvuru şikayetleri trafik kazası (n=58, %21), göğüs ağrısı (n=28, %10.1), delici-kesici alet yaralanması (n=21, %7.6) ve karın ağrısıdır (n=19, %6.9) (*Tablo 2*). Dahili hastaların en sık tanıları serebrovasküler olay [(serebral tromboz n=11, %4) ve (intrakranial kanama n=10, %3.6) olmak üzere toplam n=21, %7.6] ve akut koroner sendromdur [(Miyokart Enfarktüsü n=6, %2.2) ve (Unstabil Angina Pektoris n=11, %4) olmak üzere toplam n=17, % 6.2]. Travmaya bağlı en sık tanıları ise yumuşak doku hasarı (n=40, %14.4), kafa travması [(kranial

fraktür n=3, %1.1); (travmatik beyin kanaması n=3, %1.1) ve (bunlar dışındaki kafa travmaları n=16, %5.8) olmak üzere toplam n=22, %8] ve ekstremitte kırığıdır (n=19, %16.9) (*Tablo 3*).

Travma ile başvuranlarda erkek oranı (%78), travma dışı başvurularda ise kadın oranı (%64) anlamlı olarak yüksektir (P=0.000). Travma nedeni ile başvuranların yaş ortalaması (26.8±16) travma dışı nedenlerle başvuranlardan (40.5±24.5) anlamlı olarak düşüktür (P=0.000). Hasta grubunun kesin tanıları *Tablo 3*'dedir

### Hastaların Zamana Göre Değişimi

Aylara göre, en sık başvuru Eylül'de (n=44, %15.9), en az başvuru ise Şubat'tadır (n=9, %3.3). Günlere göre ise, en sık başvuru Pazar günü (n=53, %19.2), en az başvuru ise Salı günüdür (n=30, %10.9).

Özellikle 14:00-22:00 saatleri arasında sevsiz başvuran hasta sayısında artış olmaktadır (*Resim 1*). Başvuran erkek oranı 00:00-05:59 saat dilimleri arasında %52 iken, 12:00-17:59 arasında bu oran %79'a çıkmaktadır.

### Glaskow Koma Skoru ve Hastalar

GKS değeri 13'ün altında olan hastaların yalnız %10'u (n=3) taburcu edilmiş, %27'si (n=8) acilde vefat etmiş ve %63'ü (n=19) yatırılmışken GKS değeri 12'nin üstünde olan hastaların %59'u (n=146) taburcu edilmiş, %41'i (n=100) yatırılmıştır ve vefat eden yoktur (P=0.000). GKS'nun ortalama değerleri (ortGKS) şu gruplar arasında istatistiksel olarak birbirinden farklı olduğu görülmüştür: travma nedenli başvurular (ortGKS=14.5±2) ile travma dışı başvuranlar (ortGKS=13.5±3.3) arasında (P=0.002); cerrahi servislere yatanlar (ortGKS=14.5±1.7) ile dahili servislere yatanlar (ortGKS=12.5±3.5) arasında (P=0.000); taburcu olanlar (ortGKS=14.8±1.2), yatanlar (ortGKS=13.7±2.8) ile ex olanlar (ortGKS=4.1±3.1) arasında (P=0.000); çocuk (ortGKS=13.5±3.3), yetişkin (ortGKS=14.4±2.1) ve yaşlılar (ortGKS=13.1±3.8) arasında (P=0.006); yeşil kartlı (ortGKS=13.6±3.3), SSK'lı (ortGKS=14.6±1.2) ve diğer sosyal güvence grubundakiler (ortGKS=14.2±3) arasında (P=0.011).

### Yatırılan Hastaların Özellikleri

Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) yatış oranı %2.5'tir (n=7). Cerrahi servislere yatış günü ortalaması 14±16.2 (min-

*Tablo 1: Hastaların Genel Özellikleri*

Özellik	n	%
<b>CİNSİYET</b>		
Erkek	186	67.4
Bayan	90	32.6
<b>YAŞ GRUBU</b>		
Çocuk	67	24.3
Erişkin	173	62.7
Yaşlı	36	13.0
<b>SOSYAL GÜVENCE</b>		
Yeşil kart	160	58.0
SSK	101	36.6
Diğer	15	5.4
<b>ŞİKAYET</b>		
Travma nedenli başvuru	143	51.8
Travma dışı başvuru	133	48.2
<b>GKS</b>		
Şiddetli (3-8)	21	7.6
Orta (9-12)	9	3.3
Hafif (13-15)	246	89.1
<b>PROGNOZ</b>		
Taburcu	149	54.0
Yatış	119	43.1
Ex	8	2.9
<b>BAŞVURU SAATİ</b>		
00:00-06:00	29	10.5
06:01-12:00	50	18.1
12:01-17:59	75	27.2
18:00-23:59	122	44.2
<b>MESAI DURUMU</b>		
Mesai içi	106	38.4
Mesai dışı	170	61.6
<b>TATİL DURUMU</b>		
Tatil	91	33.0
Tatil değil	185	67.0

*Tablo 2: Geliş Şikayetine Göre Hastalar*

Başvuru Şikayeti	n	%
Trafik Kazası	58	21.0
Göğüs Ağrısı	28	10.1
Delici Kesici Alet Yaralanması	21	7.6
Karın Ağrısı	19	6.9
Genel Durum Bozukluğu	17	6.2
Nefes Darlığı	15	5.4
Darp	14	5.1
Düşme	13	4.7
Ateşli Silah Yaralanması	11	4.0
Yanık	10	3.6
Ateş	7	2.5
Bayılma	7	2.5
Diğer	56	20.2
<b>TOPLAM</b>	<b>276</b>	<b>100</b>

Tablo 3: Sevk Edilen Hastaların Acil Serviste Aldıkları Tanılara Göre Dağılımları

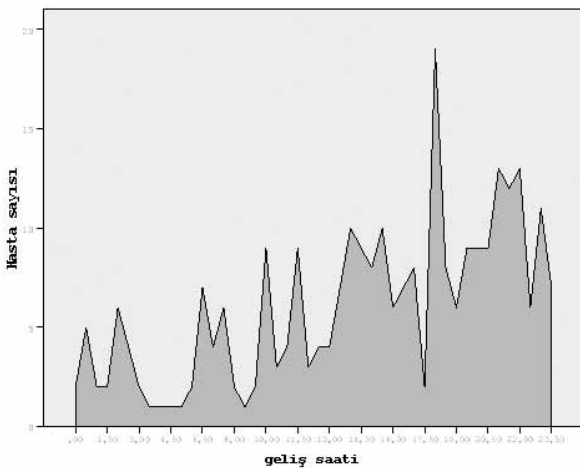
TANI	n	n	
Yumuşak doku hasarı	40	Gebelik	3
Ekstremitte fraktürü	19	Nonspesifik göğüs ağrısı	3
Kafa travması	16	Kraniyal fraktür	3
Travmatik akut batın	12	Ası	2
Unstabil angina pektoris	11	GIS kanaması	2
Serebral tromboz	11	Konversiyon	2
Yanık	10	Supraventriküler taşikardi	2
Beyin kanaması	10	Vertigo	2
Akut batın	7	Menenjit	2
Epilepsi atağı	7	Siroz	2
Nonspesifik karın ağrısı	6	Akut bronşit	2
Cilt kesisi	6	Hayvan ısırıkları	2
Zehirlenmeler	6	Yabancı cisim yutma	2
Miyokard enfarktüsü	6	Nonspesifik baş ağrısı	2
Neoplazm	6	Migren atağı	1
Maksillofasial travma	5	Göz perforasyonu	1
Hemopnömotoraks	5	Multiple travma	1
Kas-tendon kesisi	5	Güneş Çarpması	1
Hipertansif atak	5	Hipovolemik şok	1
Renal kolik	5	Kot fraktürü	1
CO zehirlenmesi	5	Yabancı cisim aspirasyonu	1
ARDS	4	Kronik renal yetmezlik	1
Konjestif Kalp Yetmezliği	4	Vaskülit	1
KOAH alevlenme	4	Myalji	1
ÜSYE	4	Diyabet	1
Travmatik Beyin Kanaması	3	Hipoglisemi	1
Senkop	3	Anjiyoödem	1
Akut gastroenterit	3	Ampiyem	1
İdrar yolu enfeksiyonu	3	TOPLAM	276

mak.:1-91 gün, ortanca:9 gün), dahili servislerdeki ise  $11.1 \pm 11.5$  (min-mak.:1-40 gün, ortanca:6 gün) olup ortalamalar arası fark anlamlı değildir ( $P=0.274$ ). Cerrahi servislerde yatanlar erkek (%67), dahili servislerde yatanlar kadın (%58) ağırlıklı olup fark anlamlıdır ( $P=0.01$ ). Yaşlı hastalar ağırlıklı olarak dahili servislerde yatmaktadır (%67).

## TARTIŞMA

Sevk zincirine uymayan hastaların %67'si erkek, %63'ü

Resim 1: Başvuru Saatine Göre Hasta Yoğunluğu



erişkin olup %52'si travma nedeni başvurdur. Hastaların yatış oranı %43, YBÜ'ne yatış oranı %2.5, acilde ölüm oranı ise %2.9'dur. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 2004 yılında tüm Acil Servislere gelen toplam 110.2 milyon kişinin demografik özelliklerinin incelendiği bir araştırmada hastaların %45.7'si erkek olup travma nedeni başvuruların tüm başvurular içinde %37.5'lik kısmı olduğu görülmüştür. AS'e başvuran hastaların %37.1'i 0-24 yaş grubunda, %48.6'sı 25-64 yaş grubunda ve %14.3'ü 65 yaş üstü gruptadır. Hastaneye yatış oranı yaklaşık %13 olup YBÜ'e yatış oranı ise %1.1'dir. AS'de ölüm oranı %0.2'dir<sup>(7)</sup>. 2002'de yine ABD'nin tüm acil servis başvurularını kapsayan bir diğer makalede ise hastaların yaş ortalaması 35.6 ve %45.9'u erkek olup travma, zehirlenme ve medikal tedavi yan etkileri nedeniyle başvurular %35.5'tir. Hastaların yatış oranı %12.2, YBÜ'ne yatış oranı %1.3, mortalite ise %0.2'dir<sup>(8)</sup>.

Ülkemiz acil servislerinde yapılan çalışmalarda da travma vakaları hastaların %17-19.7'sini kapsamaktadır<sup>(9,10)</sup>. Bu bulgular ışığında sevk zincirine uymadan üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların tüm acil servis başvurularına oranla daha çok travma hastalarını içerdiği, servis ve yoğun bakıma yatış ve acilde mortalite oranlarının çok daha yüksek olduğu, taburculuk oranının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Bulgularımızda yer alan travma nedeni başvuruların yaş ortalamasının düşük olması ve erkeklerden oluşması literatürle de uyumludur<sup>(11, 12)</sup>.

Çalışma grubu hastaları en sık 18:00-23:59 saat diliminde başvurumaktadırlar (%44). Mesai saatleri dışında başvuru daha yüksektir (%62). ABD acil servislerinde özellikle 10:00-22:00 saatleri arasında gerek travma, gerekse travma dışı hastaların başvuruları açısından yoğun olduğu görülmektedir<sup>(8)</sup>. Ülkemizde İzmir Urla Devlet Hastanesinde en yoğun başvuru 8-16 saatleri arasında olmaktadır<sup>(13)</sup>. Erzurum Numune Hastanesinde 2006 yılında acil servise başvuranların %54'ü mesai saatleri dışında iken<sup>(9)</sup> bu oran çalışma grubumuzda %62'ye çıkmaktadır. Yine aynı çalışmada hafta sonu gelen ortalama hasta sayısı da hafta içi gelen ortalama hasta sayısına göre anlamlı olarak fazla bulunmuş; en yoğun başvurunun Temmuz ayında olduğu bildirilmiştir<sup>(9)</sup>. Çalışmamızda en sık başvuru Pazar günüdür ve Eylül ayında başvuru yoğunluğu artmaktadır. 12:00-17:59 saat diliminde başvuran hastaların %79 gibi büyük bir çoğunluğu erkektir. Bölgemizde ata erkil bir aile sistemi olduğu için daha çok erkekler çalışmakta, bayanlar ise ev hanımlığı yapmaktadır. Bu durum nedeniyle mesai saatleri içinde erkekler rahatsızlandığında acile hemen başvurmakta; ancak bu saat diliminde kadınlar rahatsızlandığında acile başvuru için eşlerinin mesai saatinin bitmesinin beklenmesi söz konusu olabilir. Hasta grubumuz sosyal güvence dağılımının çoğunluğunun yeşil kartlı (%58) ve SSK'lıdır (%37). Urla Devlet Hastanesi AS'e başvuranların %41.7'si<sup>(13)</sup>, Erzurum Numune Hastanesi AS'de ise %17.5'i sosyal güvenceye sahip değildir<sup>(9)</sup>. Sevk zincirine uymayan hasta grubumuzda; emekli sandığına bağlı hasta oranının ve sosyal güvencesi olmayan hasta oranının çok düşük olmasının nedeni bu hastaların sevke ihtiyaç duymadan direk üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvurabilme haklarının olmasından kaynaklanabilir.

Sosyal güvenlik kapsamı ve özellikleri ülkeler arasında farklılık göstermektedir<sup>(14)</sup>. ABD’de halkın %85’i sosyal güvenlik kapsamındadır. Bunlar “medicaid” (yaşlılar ve son dönem böbrek hastaları için devlet tarafından sağlanmakta)<sup>(15)</sup>; Medicaid (düşük gelirli bireyler ve aileler için sağlık programı olup ülkemizdeki yeşil kart uygulamasına benzemektedir)<sup>(16)</sup>. ABD’de AS’e başvuran hastaların %35.7’si özel sigorta, %20-22.2’si Medicaid veya Çocuklar İçin Sağlık Sigortası Programı olup, %14.5-16’sı ücretli hasta, %15’i ise Medicare’dır<sup>(7,8)</sup>. Çalışmamızda ortaya çıkan GKS değerleriyle hastaların prognozları arasındaki korelasyon literatürle de uyumludur<sup>(17)</sup>.

Dahili nedenle başvuranların GKS’nın travma nedeni başvurularda oranla anlamlı olarak düşük olması dahili hasta grubunun daha yaşlı olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca dahili hasta grubunun daha ağır ve prognozu daha kötü olan grup olduğunu göstermektedir, bu ölüm oranlarına yansımamış (%2.9’a karşı %2.8) ancak yatış oranlarına yansımıştır (%46’a karşı %41). Travma ve travma dışı hasta grubunun ortGKS arasındaki anlamlı fark; cerrahi ve dahili servislere yatan hastalar arasındaki ortGKS’nın da anlamlı olarak birbirinden farklı olması sonucunu doğurmuştur.

Sosyal güvence gruplarının ortGKS değerinin birbirinden anlamlı olarak farklı olması ve yeşil kartlı hastaların ortGKS değerinin diğer sosyal güvence gruplarından farklı olmasının nedenlerini incelemek için ileri araştırmalar gerekmektedir.

Sonuç olarak sevk zincirine uymadan üçüncü basamak sağlık kuruluşunun acil servisine başvurular, tüm acil servis başvurularına oranla daha çok travma hastalarını içermekte olup servis ve yoğun bakıma yatış ve acilde mortalite oranları çok daha yüksektir.

## KAYNAKLAR

- 1- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000, Resmi Gazete Sayısı: 24046:1-13.
- 2- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Birinci Kısım, Birinci Bölüm, Madde 4:10 Şubat 2005.
- 3- Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Üçüncü Bölüm: Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları Ve Katılım Payı. Madde 70.
- 4- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, Sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat ve işlemler, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525M1-3.htm>.
- 5- Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/10/20071011-16.htm>
- 6- Bryan Jennett. The Glasgow Coma Scale: History and current practice. Trauma 2002; 4: 91-103.
- 7- McCaig LF, Nawar EW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 emergency department summary. Adv Data. 2006; 23:1-29.
- 8- McCaig LF, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 emergency department summary. Adv Data. 2004;18:1-34.
- 9- Emet M, Uzkeser M, Aslan Ş. Erzurum Numune Hastanesi Acil Servisi 2006 Yılı Hasta Profili. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2007; 5: 49.
- 10- Pekdemir M., Durukan P., Yıldız M., Kavalcı C. Uzun Tatil Dönemlerinde Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Ve Demografik Analizi. Fırat Tıp Dergisi 2003; 8: 149-52.
- 11- Emet M, Beyhun NE, Demiryılmaz İ, Fidan V, Erdönmez Ö. Erzurum Numune Hastanesi Acil Servisinde Görülen Kaza ve Şiddet Vakalarının Zaman ve Ayın Evreleriyle İlişkisi. Adli Tıp Dergisi. 2007; 6: 35-41.
- 12- Di Bartolomeo S, Sanson G, Michelutto V, et al. Epidemiology of major injury in the population of Friuli Venezia Giulia-Italy. Injury 2004; 35:391-400.
- 13- Murat Civaner. Bir Devlet Hastanesinin Acil Servisine Başvuran Hastaların Analizi. Sağlık ve Toplum 1999;9:3-7.
- 14- Akbulut Y, Sarp N, Ugurluoglu E. Reform of the health care system in Turkey: a review of universal health insurance. World Hosp Health Service. 2007;43:13-6.
- 15- Medicare Program - General Information. <http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/> Alınış Tarihi: 19.10.2007.
- 16- Medicaid Program - General Information. <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/> Alınış Tarihi: 19.10.2007.
- 17- Bryan Jennett. The Glasgow Coma Scale: History and current practice. Trauma 2002; 4: 91-103.