

# Hastaneler Arası Hasta Sevklerinin Akademik Bir Acil Servis Perspektifinden Değerlendirilmesi: Retrospektif, Gözlemsel Bir Araştırma

Evren DAL, Suna ERAYBAR, Burak KURTOĞLU, Mehtap BULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi, Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Acil Tıp Kliniği, Bursa, Türkiye.

## ÖZET

Araştırmamızın amacı, acil servise sevk ile kabul edilen hastaların sevk nedenleri, konulan tanı ve klinik ya da yoğun bakım ihtiyaçları üzerinde bir karşılaştırma yaparak sevk gerekliliğinin uygunluğunu değerlendirmektir. Bu değerlendirme, sevk uygunluğunu analiz ederek etkin hasta yönetimi ve yoğunluğun etkili bir şekilde yönetilmesi konusunda stratejiler geliştirmeyi hedeflemektedir. Hastanemiz acil servisinde 01.07.2022-31.07.2023 tarihleri arasında sevk ile kabul edilen 4365 hastaya ait veriler geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların ilk değerlendirme sonrası belirtilen sevk gereksinimi, tıbbi durumları, hastaların değerlendiren hekim tarafından istenen konsültasyonları, klinik ya da yoğun bakım yatış gereksinimi, acil serviste kalış süresi ve acil servis ve hastane içi mortalite durumu değerlendirildi. Hastaların sevk gereksinimi, hastayı değerlendiren acil tıp uzmanı tarafından talep edilen konsültasyonlar ve hastanın yatış ya da taburculuk durumuna göre karşılaştırıldı. Sevk sayısının %81,1 oranında en sık ilçe devlet hastanesinden olduğu ve sevk tanıları içinde en fazla iskemik kalp hastalıkları (%4,9) olduğu tespit edildi. Nakil sebepleri içinde en yüksek oranda gözlenen uzman hekim ihtiyacıdır Geliş tanısı (sevk tanısı) ile acil tanısı arasındaki uyumluluk oranı %48,5'tir. Yan dal konsültasyon oranı ise %17,6 olarak bulundu. Sevk edilen hastaların acil serviste yaklaşık yarısı (%47,7) yoğun bakım ünitesine yatış ile sonlanmıştır. Hastaneler arası nakiller, her bir aşamasında özel bir analiz gerektiren, hastaların etkili ve gerektiği şekilde tedavi almalarını sağlamak için kritik bir öneme sahiptir. Hastanemize yapılan sevk tanıları içinde en fazla iskemik kalp hastalıkları, travma ve intoksikasyonların yer aldığı görüldü. Nakil sebepleri içinde en yüksek oranda gözlenen sebep uzman hekim ihtiyacıdır. Koordineli bir sağlık hizmeti sunumu için perifer hastanelerde uzman hekim ihtiyacının ve hastane kapasitelerinin gözden geçirilmesi belirleyici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastaneler arası sevk. Hasta nakil gereksinimi. Acil servis.

**Evaluation of Inter-Hospital Patient Referrals From An Academic Emergency Department Perspective: A Retrospective, Observational Study**

## ABSTRACT

Our study aimed to assess the appropriateness of referral by comparing the reasons for referral, diagnoses, and clinical or intensive care needs of patients admitted to the emergency department. By analyzing the appropriateness of referral, this evaluation aims to develop strategies for efficient patient management and effective management of overcrowding. The data of 4365 patients admitted with referral between 01.07.2022 and 31.07.2023 in the emergency department of our hospital were evaluated retrospectively. The need for referral, medical conditions, consultations requested by the evaluating physician, need for clinical or intensive care hospitalization, length of stay in the emergency department, and emergency department and in-hospital mortality status were evaluated. The need for referral, consultations requested by the evaluating emergency physician, and hospitalization or discharge status of the patients were compared. The most common referral diagnosis was ischemic heart disease (47.9%), which was 81.1% from the district state hospital. This diagnosis was followed by "trauma intoxication, burn diagnosis," and "cerebrovascular diseases". Among the reasons for transfer, the need for a specialist physician was observed at the highest rate. The concordance rate between the diagnosis of arrival (referral diagnosis) and the emergency diagnosis was 48.5%. The rate of subspecialty consultation was 17.6%. Approximately half (47.7%) of the referred patients in the emergency department ended with hospitalization in the intensive care unit. Inter-hospital transfers are critical to ensure that patients receive effective and appropriate treatment, requiring special analysis at each stage. It was determined that 81.1% of the referrals to our hospital were from district state hospitals and the most common diagnosis of referral was ischemic heart disease (47.9%). This diagnosis was followed by "trauma intoxication, burns" and "cerebrovascular diseases". The most common reason for transfers was the need for specialized physicians. For a coordinated health service delivery, it may be decisive to review the need for specialist physicians and hospital capacities in peripheral hospitals.

**Keywords:** Inter-hospital referral. Patient transportation requirement. Emergency department.

**Geliş Tarihi:** 24.Ocak.2024  
**Kabul Tarihi:** 06.Mayıs.2024

Dr. Evren DAL  
Bursa Şehir Hastanesi

Acil Tıp Anabilim Dalı  
Doğanköy Mahallesi,  
Nilüfer BURSA  
Tel: 0532 667 33 04  
E-posta: evrendal2000@yahoo.com

**Yazarların ORCID Bilgileri:**  
Evren DAL: 0009-0003-7755-3703  
Suna ERAYBAR: 0000-0003-4306-9262  
Burak KURTOĞLU: 0000-0001-7788-915X  
Mehtap BULUT: 0000-0003-2131-9099

Hastaneler arası sevk, bir hastanın bir sağlık kuruluşundan başka bir sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi veya transfer edilmesi anlamına gelir. Bu süreç, sıklıkla hastanın mevcut sağlık durumu veya ihtiyaçları göz önüne alındığında, daha spesifik veya uzman bir sağlık hizmetine erişimini sağlamak amacıyla gerçekleştirilir.

Hastaneler arası sevk gereksinimi bölgesel farklılıklar gösterebilse de sıklıkla belirli başlıklar altında toplanabilir.

Sevk, hastanın spesifik bir uzmanlık alanında örneğin kardiyoji, nöroloji gibi daha fazla değerlendirmeye ihtiyaç duyduğu durumlar için gerçekleştirilir<sup>1</sup>. Cerrahi prosedürlerin gerektiği durumlarda hastalar başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilebilir<sup>2</sup>. Hastanın daha gelişmiş teşhis veya tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyduğu ya da yoğun bakım veya özel bakım ünitelerine ihtiyaç duyduğunda sevk işlemi gerçekleştirilebilir<sup>3,4</sup>. Belirli bir bölgedeki salgın veya afet durumlarında, hastaneler arası sevkler acil durumları ve yoğunluğu azaltmak için gerçekleştirilebilir. Bu durumda, hastalar daha fazla kapasiteye sahip sağlık kuruluşlarına sevk edilebilir<sup>5</sup>.

Hastaneler arası sevk sistemi, sağlık hizmetlerinin daha iyi koordinasyonunu ve planlanmasını sağlar, bu da hastaların doğru yerde doğru bakımı almasını destekler. Ayrıca, sevk sistemi, sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde dağıtılmasını ve sağlık hizmetlerinin daha sürdürülebilir bir şekilde yönetilmesini sağlar<sup>6-8</sup>.

Sevk kararı, genellikle hastanın başvurduğu sağlık kuruluşunda ilk değerlendirmeyi yapan acil hekimi ya da acil serviste değerlendirmesi gerek görülen konsültan hekimin yorumlarının birlikte değerlendirilmesi ile alınır. Hasta sevk süreci, hasta bilgilerinin ve tıbbi kayıtların dikkatlice değerlendirilmesini içerir. Bu bilgiler, hastanın sürekli ve etkili bir bakım almasını sağlamak adına kritiktir<sup>9,10</sup>.

Acil servisler özelinde sevk gereksiniminin doğru belirlenmesi özellikle kritik hastanın transferinde meydana gelebilecek sorunların da önlenmesine olanak sağlar. Ayrıca hastanın sevki sonrasında uygun değerlendirme ve tedavisinin devam edebilmesi sevk edilen üst basamak acil servisin kapasitesi, sevk edilen kurumun klinik ve yoğun bakım yatak kapasitesi ile ilişkilidir. Hastaların uygun endikasyonlar ile sevklerinin sağlanmaması, yanlış ve gereksiz acil olmayan ek tetkik ve değerlendirme talepleri sevk edilen kurumun yoğunluk ve iş yükünü arttırmakta, sevk için acil sağlık hizmetlerini de ek bir yoğunluğa sürüklemektedir. Doğru hastanın nakli kritik hastanın uygun tedavi almasını ve özellikle 3. Basamak sağlık kuruluşunda takibi gerekli patolojilerde multidisipliner yaklaşımın sağlanmasına olanak sağlar.

Çalışmamızın amacı 3. Basamak bir eğitim kliniği olan hastanemiz acil servisine sevk ile kabul edilen

hastaların sevk gerekçeleri, aldıkları tanımlar ve klinik ya da yoğun bakım yatış endikasyonları karşılaştırılarak sevk gereksiniminin uygunluğunun değerlendirmektir. Sevk uygunluğunun değerlendirilmesi etkin hasta dağılımı ve yoğunluğun yönetilmesi adına ek çıkarımlar sağlarken, uygunsuz sevklerin saptanması acil servislerdeki hasta bakımı adına ek eğitimlerin düzenlenmesi ya da işleyişin gözden geçirilmesi noktasında önemli veriler sunabilir.

### Gereç ve Yöntem

Hastanemiz acil servisinde 01.07.2022-31.07.2023 tarihleri arasında sevk ile kabul edilen tüm hastalar geriye dönük olarak değerlendirildi. Çalışma planlama aşamasında hastanemiz etik kurulundan yazılı izin alındı (2019-KAEK-140 2023-15/13)

Hastalara ait veriler hastane otomasyon sistemi ve hastalara ait 112 sevk değerlendirme formu üzerinden kaydedildi. Hastalara ait yaş cinsiyet kronik hastalık varlığı gibi demografik verilere ek olarak sevk talebinde bulunan hastane ilçe, merkez devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşu olarak kaydedildi. Sevkin gerçekleştiği ay ve gün muhtemel bir birikimi saptayabilmek adına kaydedildi.

Hastaların ilk değerlendirme sonrası belirtilen sevk gereksinimi, uzman hekim ihtiyacı, yandal ve özelleşmiş uzman hekim ihtiyacı, ekipman gereksinimi ve hastane yoğun bakım yer doluluğu açısından kategorize edildi ve ön tanı açısından incelendi. Sevk gereksinimi olarak belirtilen tıbbi durumlar kardiyovasküler aciller, serebrovasküler aciller, malignite ilişkili aciller, sindirim sistemi acilleri, solunum sistemi acilleri, metabolik aciller, enfeksiyon hastalıkları ilişkili aciller, yanık intoksikasyon ve travma olarak gruplandırıldı.

Hastanemiz acil servisine kabulü sonrasında hastaların değerlendiren hekim tarafından istenen konsültasyonları, klinik ya da yoğun bakım yatış gereksinimi, acil serviste kalış süresi ve acil servis ve hastane içi mortalite durumu değerlendirildi. Hastaların sevk gereksinimi, hastayı değerlendiren acil tıp uzmanı tarafında talep edilen konsültasyonlar ve hastanın yatış ya da taburculuk durumuna göre karşılaştırıldı.

### İstatistiksel Analiz

Yapılan ölçümlere ait tanımlayıcı istatistikler, ortalama, standart sapma (ss), medyan, 1. ve 3. çeyrekler, frekans ve yüzde (%) olarak hesaplandı. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Nicel değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında tek yönlü varyant analizi ve farklı grupların belirlenmesinde post-hoc Scheffe testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arası ilişkiler Pearson ki-kare

## Acil Servis Bakış Açısı ile Hastaneler Arası Sevkler

testi veya Fisher-Freeman-Halton exact testi ile incelendi ve post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Z-testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi. Verilerin analizinde IBM SPSS 23.0 for Windows (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanıldı.

### Bulgular

Çalışmamız dahilinde 01.07.2022-31.07.2023 tarihleri arasında sevk ile kabul edilen 6665 hasta dosyası geriye dönük olarak tarandı. 1670 hasta 18 yaş altı medikal neden olduğu için ve 620 hasta verilerine ulaşılamadığı için çalışma dışı bırakıldı. Pediatrik travma hastalarının değerlendirilmesi erişkin acil tarafından yürütüldüğü için çalışma kapsamına alındı. Çalışmaya 2022 yılında sevk edilen 2455 (%51,5) hasta ve 2023 yılında ise sevk edilen 2310 (%48,5) hasta olmak üzere toplam 4365 hasta dahil edildi.

Tüm hastaların sevk edildiği andaki ve sevk sonrası acil servisteki durumlarına ilişkin kategorik yapıdaki özelliklerin tanımlayıcı bilgileri Tablo I'de özetlenmiştir. Aylar bazında sevk sayısındaki dağılım incelendiğinde, birinci sırada temmuz ayı ve bunu takiben ağustos ayında sevk sayısının en yüksek sayıda olduğu görülür. Sevklerin en çok gerçekleştiği gün %15,5 ile cumartesi olduğu ve sevklerin %43,1 oranında mesai saatleri sonrasında 16:00- 00:00 saatleri arasında gerçekleştiği görüldü.

Sevk sayısının %81,1 oranında en fazla ilçe devlet hastanesinden olduğu ve sevk tanıları içinde en fazla iskemik kalp hastalıkları (%47,9) olduğu tespit edildi. Bu tanıdan sonra "travma intoksikasyon, yanık" ve "serebrovasküler hastalıklar" gelmektedir. Nakil sebepleri içinde en yüksek oranda gözlenen sebep uzman hekim ihtiyacıdır Geliş tanısı (sevk tanısı) ile acil tanısı arasındaki uyumluluk oranı %48,5'tir. İstenen konsültasyonlar içinde en yüksek oran kardiyolojidir. Yan dal konsültasyon oranı ise %17,6 olarak bulundu. Sevk edilen hastaların acil serviste yaklaşık yarısı (%47,7) yoğun bakım ünitesi (YBÜ) yatış ile sonlanmıştır. Acil serviste 2 saatten daha kısa süre kalan hasta oranı %82,1'dir (Tablo I).

Hastane türü ile sonlanım ilişkisi incelendiğinde; ilçe devlet hastanesinden sevk edilenlerde, taburculuk ve klinik yatış oranı diğer hastanelerden anlamlı düzeyde daha yüksek ( $p=0,001$ ). Merkez devlet hastanesi ve özel hastaneden sevk edilenlerde YBÜ yatış oranı, ilçe devlet hastanesine göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. ( $P=0,001$ ) (Tablo II)

**Tablo I.** Sevk edilen hastaların özelliklerine ait dağılım.

		n	%
Başvuru Yılı	2022	2455	51,5
	2023	2310	48,5
Başvuru Yapılan Ay	Ocak	328	6,9
	Şubat	304	6,4
	Mart	323	6,8
	Nisan	309	6,5
	Mayıs	301	6,3
	Haziran	356	7,5
	Temmuz	827	17,4
	Ağustos	501	10,5
	Eylül	396	8,3
	Ekim	368	7,7
	Kasım	386	8,1
Aralık	366	7,7	
Haftanın günleri	Pazartesi	707	14,8
	Salı	611	12,8
	Çarşamba	696	14,6
	Perşembe	660	13,9
	Cuma	669	14,0
	Cumartesi	739	15,5
	Pazar	683	14,3
Başvuru Saati	08:00 - 16:00	1838	38,6
	16:00 - 00:00	2055	43,1
	00:00 - 08:00	872	18,3
Hastane Türü	Merkez Devlet Hastanesi	857	18,0
	İlçe Devlet Hastanesi	3865	81,1
	Özel Hastane	43	0,9
Cinsiyet	Erkek	2934	61,6
	Kadın	1831	38,4
Nakil Sebebi	Uzman Hekim ihtiyacı	2072	43,5
	Özelleşmiş yandal hekim ihtiyacı	1370	28,8
	YBÜ-klinik boş yer olmaması	654	13,7
	Yanık	64	1,3
	Tıbbi ekipman ihtiyacı	552	11,6
Belirtimemiş	53	1,1	
Geliş tanısı ile acil tanısı uyum sonucu	Uyumlu	2313	48,5
	Uyumsuz	2452	51,5
İstenen konsültasyonlar			
Kadın Hastalıkları			
	Ve Doğum Var	34	0,7
	Kardiyoloji		
	Var	1228	25,8
	Nöroloji		
	Var	589	12,4
	İç Hastalıkları		
	Var	571	12,0
	Genel Cerrahi		
	Var	353	7,4
	Beyin Cerrahi		
	Var	376	7,9
	Anestezi		
	Var	633	13,3
	Göğüs		
	Var	902	18,9
	Göğüs Cerrahisi		
	Var	198	4,2
	Enfeksiyon		
	Var	754	15,8
	Kalp Damar Cerrahisi		
	Var	406	8,5
	Ortopedi		
	Var	242	5,1
Sonlanım	Taburcu	1344	28,2
	Klinik Yatış	1012	21,2
	YBÜ Yatış	2275	47,7
	Klinik Sevk	0	0,0
	YBÜ Sevk	120	2,5
	Acil Serviste Exitus	14	0,3
	Tedavi Red	0	0,0
Acil serviste kalış süresi grupları	< 2 saat	3594	82,1
	2 saat - 8 saat	550	12,6
	> 8 saat	236	5,4

**Tablo II.** Sevk sırasındaki hasta özelliklerine göre sonlanım şekillerinin dağılımı.

		SONLANIM								P*		
		Taburcu		Klinik Yatış		YBÜ Yatış		YBÜ Sevk			Acil Serviste	
		n	%	n	%	n	%	n	%		Exitus	
Hastane Türü	Merkez Devlet Hastanesi	182	21,2 <sub>a</sub>	102	11,9 <sub>a</sub>	563	65,7 <sub>a</sub>	6	0,7 <sub>a</sub>	4	0,5 <sub>a</sub>	<0,001
	İlçe Devlet Hastanesi	1155	29,9 <sub>b</sub>	904	23,4 <sub>b</sub>	1683	43,5 <sub>b</sub>	113	2,9 <sub>b</sub>	10	0,3 <sub>a</sub>	
	Özel Hastane	7	16,3 <sub>a</sub>	6	14,0 <sub>a</sub>	29	67,4 <sub>a</sub>	1	2,3 <sub>b</sub>	0	0,0 <sub>a</sub>	
Sevk Tanısı Dağılımı	İskemik Kalp Hastalıkları	427	18,7 <sub>b</sub>	131	5,7	1682	73,7 <sub>a</sub>	35	1,5 <sub>b</sub>	7	0,3	<0,001
	Serebrovasküler Hastalıklar	259	38,7 <sub>a</sub>	168	25,1	186	27,8 <sub>b</sub>	56	8,4 <sub>a</sub>	0	0,0	
	Malignite Ve İlişkili Aciller	18	27,7 <sub>b</sub>	11	16,9 <sub>c</sub>	32	49,2 <sub>b</sub>	3	4,6 <sub>a,b</sub>	1	1,5 <sub>a</sub>	
	Sindirim Sistemi İlişkili Aciller	85	42,1 <sub>a</sub>	80	39,6 <sub>b</sub>	32	15,8 <sub>b,c</sub>	4	2,0 <sub>b</sub>	1	0,5 <sub>a</sub>	
	Solunum Sistemi İlişkili Aciller	91	29,0 <sub>b</sub>	124	39,5 <sub>b</sub>	86	27,4 <sub>b</sub>	11	3,5 <sub>b</sub>	2	0,6 <sub>a</sub>	
	Enfeksiyon Kaynaklı Aciller	1	7,7 <sub>c</sub>	7	53,8 <sub>a</sub>	4	30,8 <sub>b</sub>	0	0,0 <sub>b</sub>	1	7,7 <sub>b</sub>	
	Metabolik Aciller	58	35,6 <sub>a</sub>	50	30,7 <sub>b</sub>	46	28,2 <sub>b</sub>	7	4,3 <sub>a,b</sub>	2	1,2 <sub>a</sub>	
	Travma Intoksikasyon Ve Yanık	302	39,1 <sub>a</sub>	297	38,4 <sub>b</sub>	171	22,1 <sub>b,c</sub>	3	0,4 <sub>b</sub>	0	0,0 <sub>a</sub>	
Diğer	103	36,3 <sub>a</sub>	144	50,7 <sub>a</sub>	36	12,7 <sub>c</sub>	1	0,4 <sub>b</sub>	0	0,0 <sub>a</sub>		
Nakil Sebebi	Uzman Hekim İhtiyacı	653	31,5 <sub>a</sub>	551	26,6 <sub>b</sub>	803	38,8 <sub>b</sub>	60	2,9 <sub>a</sub>	5	0,2 <sub>a</sub>	<0,001
	Özelleşmiş Yandal Hekim İhtiyacı	412	30,1 <sub>a</sub>	298	21,8 <sub>b</sub>	623	45,5 <sub>b</sub>	34	2,5 <sub>a</sub>	3	0,2 <sub>a</sub>	
	YBÜ-Klinik Boş Yer Olmaması	117	17,9 <sub>c</sub>	85	13,0 <sub>b,c</sub>	428	65,4 <sub>a</sub>	18	2,8 <sub>a</sub>	6	0,9 <sub>a</sub>	
	Yanık	8	12,5 <sub>c</sub>	26	40,6 <sub>a</sub>	30	46,9 <sub>b</sub>	0	0,0 <sub>a</sub>	0	0,0 <sub>a</sub>	
	Tıbbi Ekipman İhtiyacı	137	24,8 <sub>b</sub>	42	7,6 <sub>c</sub>	365	66,1 <sub>a</sub>	8	1,4 <sub>a</sub>	0	0,0 <sub>a</sub>	
Belirtilmemiş	17	32,1 <sub>a</sub>	10	18,9 <sub>b,c</sub>	26	49,1 <sub>b</sub>	0	0,0 <sub>a</sub>	0	0,0 <sub>a</sub>		
Geliş Tanısı İle Acil Tanısı Uyumu	Uyumlu	623	26,9 <sub>a</sub>	728	31,5 <sub>a</sub>	925	40,0 <sub>a</sub>	33	1,4 <sub>a</sub>	4	0,2 <sub>a</sub>	<0,001
	Uyumsuz	721	29,4 <sub>a</sub>	284	11,6 <sub>b</sub>	1350	55,1 <sub>b</sub>	87	3,5 <sub>b</sub>	10	0,4 <sub>a</sub>	
Acil Serviste Resüsitasyon	Var	16	30,2 <sub>a</sub>	3	5,7 <sub>a</sub>	20	37,7 <sub>a</sub>	7	13,2 <sub>a</sub>	7	13,2 <sub>a</sub>	<0,001
	Yok	1328	28,2 <sub>a</sub>	1009	21,4 <sub>b</sub>	2255	47,9 <sub>a</sub>	113	2,4 <sub>a</sub>	7	0,1 <sub>b</sub>	
Acil Serviste Kalış Süresi Grupları	< 2 Saat	428	11,9 <sub>a</sub>	904	25,2 <sub>a</sub>	2207	61,4 <sub>a</sub>	48	1,3 <sub>a</sub>	7	0,2 <sub>a</sub>	<0,001
	2 Saat - 8 Saat	362	65,8 <sub>b</sub>	78	14,2 <sub>b</sub>	59	10,7 <sub>b</sub>	47	8,5 <sub>b</sub>	4	0,7 <sub>b</sub>	
	> 8 Saat	169	71,6 <sub>b</sub>	30	12,7 <sub>b</sub>	9	3,8 <sub>c</sub>	25	10,6 <sub>b</sub>	3	1,3 <sub>b</sub>	

\*: Fisher-Freeman-Halton exact test ve post-hoc Bonferroni düzeltilmiş Z-testi kullanılmıştır.

a,b : Anlamli düzeyde farklı olan risk faktörü (*Hastane türü, Sevk tanısı dağılımı, Nakil sebebi, tanı uyumu, Acil serviste Resüsitasyon ve Acil serviste kalış süresi grupları*) kategorilerine farklı sembol benzer olanlara ise aynı sembol verilmiştir.

**Tablo III.** Hastane türlerine göre sevk tanı dağılımı.

Sevk tanısı	Hastane Türü						P*
	Merkez Devlet Hastanesi		İlçe Devlet Hastanesi		Özel Hastane		
	n	%	n	%	n	%	
İskemik kalp hastalıkları	569	66,4 <sub>a</sub>	1689	43,7 <sub>b</sub>	24	55,8 <sub>a,b</sub>	<0,001
Serebrovasküler hastalıklar	35	4,1 <sub>a</sub>	629	16,3 <sub>b</sub>	5	11,6 <sub>b</sub>	
Malignite ve ilişkili aciller	26	3,0 <sub>a</sub>	37	1,0 <sub>b</sub>	2	4,7 <sub>a</sub>	
Sindirim sistemi ilişkili aciller	12	1,4 <sub>a</sub>	190	4,9 <sub>b</sub>	0	0 <sub>a</sub>	
Solunum sistemi ilişkili aciller	34	4,0 <sub>a</sub>	278	7,2 <sub>b</sub>	2	4,7 <sub>a</sub>	
Enfeksiyon kaynaklı aciller	2	0,2 <sub>a</sub>	11	0,3 <sub>a</sub>	0	0 <sub>a</sub>	
Metabolik aciller	20	2,3 <sub>a</sub>	138	3,6 <sub>a</sub>	5	11,6 <sub>b</sub>	
Travma intoksikasyon ve yanık	123	14,4 <sub>a</sub>	647	16,7 <sub>a</sub>	3	7,0 <sub>b</sub>	
Diğer	36	4,2 <sub>a</sub>	246	6,4 <sub>b</sub>	2	4,7 <sub>a</sub>	

\*: Pearson ki-kare testi ve post-hoc Bonferroni düzeltilmiş Z-testi kullanılmıştır.

a,b : Anlamli düzeyde farklı olan hastane türlerine farklı sembol benzer olanlara ise aynı sembol verilmiştir.

Sevk Tanısı dağılımı ile sonlanım ilişkisi incelendiğinde; sevk tanısı “sindirim sistemi ilişkili aciller, metabolik aciller, Serebrovasküler hastalıklar ve travma intoksikasyon ve yanık” olanlarda taburculuk oranı diğer sevk tanılarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Sevk tanısı enfeksiyon kaynaklı aciller olanlarda klinik yatış diğer tanılardakine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ( $P<0,001$ ).

Sevk tanısı iskemik kalp hastalıkları olanlarda YBÜ yatış diğer tanılardakine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ( $P<0,001$ ) ve bunu sevk tanısı malignite ve ilişkili aciller takip etti. Tanı uyumu ile sonlanım arasındaki ilişki incelendiğinde klinik yatış yapılanlarda tanısal uyumluluk oranı anlamlı düzeyde

yüksekken ( $P<0,001$ ), YBÜ yatış ve YBÜ sevk edilen hastalarda uyumsuzluk oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $P<0,001$ ).

Sevk tanılarının hastane türlerine göre anlamlı değişim gösterdiği belirlendi ( $P<0,001$ ). Bu sonuca göre, merkez devlet hastanesinden sevk edilen hastalardaki iskemik kalp hastalıklarının oranı ilçe devlet hastanesine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu, ancak özel hastane ile farkı ve ilçe devlet hastanesi ile özel hastane arasındaki fark anlamlı bulunmadı. (Tablo III).

İlçe devlet hastanesinde nakil sebebi olarak uzman hekim ihtiyacı diğer hastane türlerinden anlamlı düzeyde daha yüksek orandadır. İlçe devlet hastanesi ve özel hastanede nakil sebebi olarak özelleşmiş

## Acil Servis Bakış Açısı ile Hastaneler Arası Sevki

yandal hekim ihtiyacı merkez devlet hastanesinden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Merkez devlet hastanesi ve özel hastanede nakil sebebi olarak YBÜ-klinik boş yer olmaması ve tıbbi ekipman ihtiyacı ilçe devlet hastanesinden anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo IV).

Her bir konsültasyonun istenme sıklıklarının nakil sebeplerine göre dağılımına Tablo V’de değinilmiştir. Kardiyoloji, nöroloji ve enfeksiyon konsültasyonu sıklığı, nakil sebebinin YBÜ-klinik boş yer olmaması durumunda daha yüksek olduğu görüldü. Yandal konsültasyonu isteme durumu ile sonlanım arasındaki ilişkide ise klinik yatış ve YBÜ yatış yapılanlarda yandal konsültasyonu daha düşük oranda bulundu (P<0,001)

Acil serviste kalış süresi en uzun sonlanım durumu taburcu olanlar ile acil serviste mortalite gelişenlerde, en kısa süre ise YBÜ yatış ve klinik yatışta gözlenmiştir (P<0,001) (Tablo VI).

Acil serviste kalış süresi gruplandırıldıktan sonra sevk tanısı ile ilişkisi incelendiğinde iskemik kalp hastalıkları ve enfeksiyon kaynaklı acil tanısıyla sevk edilenlerin diğer tanılara göre daha yüksek oranda acilde 2 saatten daha az kaldığı görüldü (P<0,001). Serebrovasküler hastalıklar, sindirim sistemi ilişkili aciller ve metabolik aciller tanıları ile gelenler ise acilde en uzun süre kalanlar (8 saatten daha uzun) içinde en yüksek orandadır (P<0,001).

Diyaliz ihtiyacı ile sevki kabul edilen 80 (%1,6) hastanın nakil sebebi uzman hekim olan hastalardan 2’ si ve nakil sebebi tıbbi ekipman ihtiyacı olan

**Tablo IV.** Hastane türlerine göre nakil sebeplerinin dağılımı.

Nakil sebebi	Hastane Türü						P*
	Merkez Devlet Hastanesi		İlçe Devlet Hastanesi		Özel Hastane		
	n	%	n	%	n	%	
Uzman Hekim ihtiyacı	118	13,8 <sub>a</sub>	1948	50,4 <sub>b</sub>	6	14,0 <sub>a</sub>	<0,001
Özelleşmiş yandal hekim ihtiyacı	157	18,3 <sub>a</sub>	1201	31,1 <sub>b</sub>	12	27,9 <sub>b</sub>	
YBÜ-klinik boş yer olmaması	220	25,7 <sub>a</sub>	420	10,9 <sub>b</sub>	14	32,6 <sub>a</sub>	
Yanık	37	4,3 <sub>a</sub>	27	0,7 <sub>b</sub>	0	0,0 <sub>b</sub>	
Tıbbi ekipman ihtiyacı	309	36,1 <sub>a</sub>	233	6,0 <sub>b</sub>	10	23,3 <sub>a</sub>	
Belirtilmemiş	16	1,9 <sub>a</sub>	36	0,9 <sub>b</sub>	1	2,3 <sub>a</sub>	

Pearson ki-kare testi ve post-hoc Bonferroni düzeltilmeli Z-testi kullanılmıştır.

a,b : Anlamlı düzeyde farklı olan hastane türlerine farklı sembol, benzer olanlara ise aynı sembol verilmiştir.

**Tablo V.** Nakil sebeplerine göre ana dal ve yan dal konsültasyon sıklığı.

Anadal Konsültasyonlar	Nakil sebebi												P*
	Uzman Hekim ihtiyacı (n=2072)		Özelleşmiş yandal hekim ihtiyacı (n=1370)		YBÜ-klinik boş yer olmaması (n=654)		Yanık (n=64)		tıbbi ekipman ihtiyacı (n=552)		Belirtilmemiş (n=53)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kadın Hastalıkları ve Doğum	23	1,1	6	0,4	4	0,6	0	0	0	0	1	1,9	0,056
Kardiyoloji	523	25,2 <sub>a</sub>	327	23,9 <sub>a</sub>	207	31,7 <sub>b</sub>	14	21,9 <sub>a</sub>	142	25,7 <sub>a</sub>	15	28,3 <sub>a,b</sub>	0,011
Nöroloji	250	12,1 <sub>a</sub>	167	12,2 <sub>a</sub>	106	16,2 <sub>b</sub>	4 <sub>c</sub>	6,3 <sub>c</sub>	56	10,1 <sub>a</sub>	6	11,3 <sub>a</sub>	0,023
İç Hastalıkları	243	11,7 <sub>a</sub>	157	11,5 <sub>a</sub>	95	14,5 <sub>a</sub>	2	3,1 <sub>b</sub>	70	12,7 <sub>a</sub>	4	7,5 <sub>a,b</sub>	0,033
Genel Cerrahi	164	7,9 <sub>a,b</sub>	99	7,2 <sub>a,b</sub>	62	9,5 <sub>a</sub>	5	7,8 <sub>a,b</sub>	21	3,8 <sub>b</sub>	2	3,8 <sub>b</sub>	0,003
Beyin Cerrahi	187	9 <sub>a</sub>	118	8,6 <sub>a</sub>	57	8,7 <sub>a</sub>	0	0 <sub>b</sub>	10	1,8 <sub>b</sub>	4	7,5 <sub>a</sub>	<0,001
Anestezi	245	11,8 <sub>a</sub>	187	13,6 <sub>a,b</sub>	99	15,1 <sub>b</sub>	49	76,6 <sub>c</sub>	48	8,7 <sub>a</sub>	5	9,4 <sub>a</sub>	<0,001
Göğüs	406	19,6 <sub>a,b</sub>	241	17,6 <sub>b,c</sub>	150	22,9 <sub>a</sub>	16	25 <sub>a</sub>	80	14,5 <sub>c</sub>	9	17 <sub>b,c</sub>	<0,001
Göğüs Cerrahisi	94	4,5 <sub>a</sub>	65	4,7 <sub>a</sub>	33	5 <sub>a</sub>	1	1,6 <sub>a,b</sub>	4	0,7 <sub>b</sub>	1	1,9 <sub>a,b</sub>	<0,001
Enfeksiyon	282	13,6 <sub>a</sub>	198	14,5 <sub>a</sub>	173	26,5 <sub>b</sub>	14	21,9 <sub>a,b</sub>	81	14,7 <sub>a</sub>	6	11,3 <sub>a</sub>	<0,001
Kalp Damar Cerrahisi	159	7,7 <sub>b</sub>	122	8,9 <sub>b</sub>	64	9,8 <sub>b</sub>	1	1,6 <sub>a</sub>	58	10,5 <sub>b</sub>	2	3,8 <sub>a</sub>	0,035
Ortopedi	126	6,1 <sub>a</sub>	64	4,7 <sub>a</sub>	38	5,8 <sub>a</sub>	4	6,3 <sub>a</sub>	7	1,3 <sub>b</sub>	3	5,7 <sub>a</sub>	<0,001
<b>Yan Dal Konsültasyonu</b>	<b>326</b>	<b>15,7<sub>a</sub></b>	<b>212</b>	<b>15,5<sub>a</sub></b>	<b>173</b>	<b>26,5<sub>b</sub></b>	<b>25</b>	<b>39,1<sub>c</sub></b>	<b>97</b>	<b>17,6<sub>a</sub></b>	<b>8</b>	<b>15,1<sub>a</sub></b>	<b>&lt;0,001</b>

\*: Fisher-Freeman-Halton exact test ve post-hoc Bonferroni düzeltilmeli Z-testi kullanılmıştır.

a,b : Anlamlı düzeyde farklı olan hastane türlerine farklı sembol, benzer olanlara ise aynı sembol verilmiştir.

**Tablo VI.** Acil serviste kalış süresinin (dakika) sonlanıma göre tanımlayıcı istatistikleri

	n	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum	P*
Taburcu	959	296,6 <sup>b</sup>	507,5	0	6666	<0,001
Klinik Yatış	1012	63,2 <sup>c</sup>	243,5	0	2962	
YBÜ Yatış	2275	14,5 <sup>c</sup>	69,3	0	1490	
YBÜ Sevk	120	350,0 <sup>b</sup>	560,4	0	3288	
Acil Serviste Exitus	14	708,4 <sup>a</sup>	2057,0	2	7820	

\*: Tek yönlü varyans analizi ve post-hoc test Scheffe testi

a,b : Anlamlı düzeyde farklı olan sonlanımlar farklı sembol, benzer sonlanımlar aynı sembole gösterilmiştir.

hastalardan da l'i acil diyalize ihtiyaç duymuş bunun dışında ihtiyaç olmamıştır. Diyaliz olan hasta sayısı çok az olduğu için istatistik değerlendirme yapılamamıştır.

Acil serviste nakil sonrasında hastaların %5,2 sinde kardiyopulmoner resusitasyon ihtiyacı gelişti. Nakil sebeplerine göre acil serviste resusitasyon ihtiyacının dağılımı incelendiğinde, nakil sebebi YBÜ-klinik boş yer olmaması olduğunda bu ihtiyacın diğer sebeplere göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda olduğu belirlendi (P=0,001). Diğer nakil sebeplerinde ise resusitasyona hiç ihtiyaç duyulmadı.

## **Tartışma ve Sonuç**

Hasta sevk süreci, hastanın ilk değerlendirilmesi sonrasında sağlık durumunun ve ihtiyaçlarına uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ile başlar. Hastaya belirlenen tedavi modalitesinin başvuru sağlık merkezinde karşılanamaması, hastanın daha spesifik veya uzmanlaşmış bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu durumlar ve multidisipliner yaklaşım gereksinimi gözden geçirilmesi gereken önemli noktalar dır.

Sevk kararı alındıktan sonra, hastanın ihtiyacına en uygun sağlık kuruluşu seçimi sevk sürecinin kritik bir aşamasıdır. Hastanın bilgilerinin doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmesi, sevk gereksiniminin net bir şekilde ortaya konması, ilgili merkezin imkanları ve donanımı ve ayrıca hastane doluluk oranları da uygun sevk zincirinin tamamlanmasında önemli rol oynar. Sevk sistemi bu sayede sağlık kaynaklarının daha dengeli ve etkin bir şekilde kullanılmasına, özelleşmiş hekim ve donanımı barındıran sağlık kuruluşlarında nitelikli hasta bakımının üstlenilmesine olanak tanır.

Hasta sevk analizi sonuçlarına göre, haftanın günleri arasında en yoğun sevk alınan ayın temmuz ayı ve günün cumartesi olduğu belirlenmiştir. Bu veri, hastane içinde personel ve yatak kapasitesinin etkili bir şekilde planlanmasında önemli bir kriter olarak değerlendirilebilir. Bir üniversite hastanesi acil servisine yapılan sevklerin incelenmesine yönelik olan araştırmada en yoğun cuma olarak belirtilirken, Doğu Karadeniz örneği ile hastaneler arası sevklerin incelendiği bir diğer çalışmada cuma ve pazartesi olarak belirtilmiştir<sup>11,12</sup>. Bölgemizde gerçekleştirilen yoğunluğun günlere göre dağılımı incelendiğinde yoğunluğun hafta sonuna kaymış olduğunun görülmesi özellikle nöbetçi uzmanlık dallarının icap durumlarının ve hasta başı değerlendirmenin gözden geçirilmesi, sevk sorumluluğunun uzaktan yönetilmesi ya da acil hekimine bırakılması olabilir. Yaz aylarında yoğunluğun artmasının sebebi de benzer olarak izinli gün sayısı ve ilgili merkezde tek hekim mevcudiyeti ile de açıklanabilir. Yoğunluğun nedenleri ile ilgili olarak daha fazla analizler yapıldığı takdirde, önüne

geçilebilecek problemler konusunda farkındalık elde edilebileceğini düşünmekteyiz.

Sevklere kabul eden sağlık kuruluşunda ek bir yük oluşturmasını engellemek adına dağılımını irdelemek ve gerekli planlamaların yapılması önem taşır. Sevklere günün saatlerine dağılımına bakıldığında çalışmamızda en sık 16:00-00:00 arasında mesai saatleri dışında sevk kabulünün gerçekleştiği görülmüştür. Mardin ilinde yapılan bir sevk inceleme çalışmasında benzer olarak akşam saatlerinde ve gece gerçekleşmiştir<sup>13</sup>. Sevk oranlarının mesai saatleri sonrasında gerçekleşmesi branş hekimlerinin nöbet ve icap durumlarındaki farklılaşmanın ve acil konsültasyon gereksinimi durumlarında branş hekimlerine ulaşamaması, hekimlerin tek olup icap nöbeti tutmamasının bir sonucu olabilir.

Sevk sayısının %81,1 oranında en fazla ilçe devlet hastanesinden olduğu görülmektedir. Acil sağlık hizmet yönetmeliğine göre de, donanımsal olarak yeterli olmayan hastanelerin daha iyi donanıma sahip hastanelere sevk edilebileceğini belirtmesi sonuçlarımızın ortaya çıkış nedeni olabilir. Buna rağmen merkez devlet hastanesinden sevk edilen hastalardaki iskemik kalp hastalıklarının oranı ilçe devlet hastanesine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Hastanemizin 24 saat primer perkütan girişim yapılan bir merkez olması sonucu olduğu görüşündeyiz. Bu nedenle özellikle ilçe devlet hastaneleri başta olmak üzere sıklıkla hastaları girişim amacıyla kabul etmektedir. Hastanın nakil olarak geldiği merkezde ayırıcı tanının etkin ve doğru yapılamaması, tetkik bazlı sonuçlar ile girişim kararının hastanemiz acil uzmanlarına bırakılması hasta yoğunluğunda artışa ve hastaların ayırıcı tanılarının yapılmasının tarafımızca üstlenilmesine neden olmaktadır. Mevcut duruma bakış açısı kazandırmak acil servis iş yükümüzü arttırmaktadır.

Çalışmamızdaki sevk nedenlerinin analizi, sağlık tesislerinin eksikliklerinin tespit edilmesine yardımcı olması sonucunda gereksiz hasta sevklarının de önüne geçilebilir. İlçe devlet hastanesinde nakil sebebi olarak uzman hekim ihtiyacı diğer hastane türlerinden anlamlı düzeyde daha yüksek orandadır. İlçe devlet hastanesi ve özel hastanede nakil sebebi olarak özelleşmiş yandal hekim ihtiyacı merkez devlet hastanesinden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Merkez devlet hastanesi ve özel hastanede nakil sebebi olarak YBÜ-klinik boş yer olmaması ve tıbbi ekipman ihtiyacı ilçe devlet hastanesinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çalışmalarda genel olarak uzman hekim eksikliğinden kaynaklı sevkler ilk sırada yer almasına karşın, devlet hastanesi özelinde il dışına sevk edilen acil hastalarının incelendiği bir başka çalışmada ileri tetkik ve tedavi ve uzman hekim eksikliği en sık nedenlerdir<sup>12,14</sup>. Bu bulgular neticesinde sevk nedenlerine yönelik olarak, sağlık karar vericilerin

## Acil Servis Bakış Açısı ile Hastaneler Arası Sevkler

uzun dönemli planlamalar yapması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Sevk tanı dağılımı özelinde sindirim sistemi ilişkili aciller, metabolik aciller, serebrovasküler hastalıklar ve travma intoksikasyon ve yanık olanlarda taburculuk oranı diğer sevk tanılarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Sevk tanısı enfeksiyon kaynaklı aciller olanlarda klinik yatış diğer tanılardakine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Bu durum özellikle santral sinir sistemi enfeksiyonları başta olmak üzere ön tanı grubunda klinik şüphenin doğru tanı koymada etkin olduğunu yansıtmaktadır.

Serebrovasküler hastalıklarda özellikle akut reperfüzyon tedavisinin yapılma endikasyonlarının net değerlendirilememesi, yanık hastalarında yatış endikasyonlarının üst merkeze bırakılması da taburculuk oranları özelinde açıklanabilir.

Sevk tanılarındaki doğru ön tanımlar özellikle sevki kabul eden üst merkezdeki işleyiş üzerine etkindir. Çalışmamızda acil serviste kalış süresi en uzun olan hasta grubu taburcu olan hasta grubudur. En kısa süre ise YBÜ yatışta gözlenmiştir. Serebrovasküler hastalıklar, Sindirim sistemi ilişkili aciller ve metabolik aciller tanıları ile gelenler ise acilde en uzun süre kalanlar (8 saatten daha uzun) içinde en yüksek orandadır. Acil servise kabulünden sonra taburculuk noktasına kadar hastaların yineleyen tetkiklere gereksinim duyması ve tetkik sonuçlarını bekleme süreleri de göz önünde bulundurulduğunda kritik bakım gerektirmeyen bu hastaların acil servis hasta işleyişine ek yük getirdiği görüşünderiz.

Merkezimize kardiyak vakaların daha hızlı yatış ve reperfüzyon tedavisine alınması ve enfeksiyon hastalıkları gibi spesifik tanılarda düşük acil servis kalış süreleri ile uygun takibin sağlanmış olduğu görülmüştür. Ön tanının detaylandırılması, uygun endikasyonlar ve uygun tetkik ya da görüntülemeler sonrası hastaların yönlendirilmesi ek sürelere gereksinim olmadan hastaların doğru yönetimini sağlamıştır.

Sevk gereksinimi noktasında yandal uzmanlık alanlarının çalışmamızda % 17,6 olduğu görülmüştür. Buna rağmen yandal konsültasyonu isteme durumu ile sonlanım arasındaki ilişkide ise klinik yatış ve YBÜ yatış yapılanlarda yandal konsültasyonu daha düşük oranda bulunmuştur. Bu durum özellikli uzmanlık alanları gerekçesi ile sevklerin gerçekleştirildiğini fakat yatış noktasında bu konsültasyonların ek bir aciliyet gerektirmediğini düşündürmektedir. Çalışmamızda sevkli gelen yalnızca 3 hastaya diyaliz uygulanmış ve iç hastalıkları uzmanlığı denetiminde takipleri sürdürülmüştür. Aynı şekilde malignite nedenli aciller de %1,4 lük bir öncelikle sevk gereksinimini oluşturmuştur. Onkoloji takipli hastaların acil patolojileri multidisipliner yaklaşım gerektirebilir fakat hastaların yalnızca onkoloji görüşü

için sevk edilmesi bu hastaların ek patolojilerine yaklaşımın gözden kaçırılmasına neden olabilir.

Tarafımıza refere edilen hastaların %5,2 sinde kardiyopulmoner resüsitasyon ihtiyacının geliştiği görülmüştür. Nakil sebeplerine göre acil serviste resüsitasyon ihtiyacının dağılımı incelendiğinde, nakil sebebi YBÜ-klinik boş yer olmaması olduğunda bu ihtiyacın diğer sebeplere göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda olduğu belirlendi. Hastaların periferde YBÜ yer bulunana kadar merkeze çekilmesi ve takibinin yapılmasının bir sonucu olabilir. Hastaların uygun yoğun bakım yatağına nakledilmesine kadar geçen sürede hastaların takibi merkez acil servislerde yürütülmekte, yer olmaması durumunda bir başka merkeze tekrar yönlendirilmektedir. Bu süreçte gelişebilecek her türlü unstabilite durumuna da merkez acil servislerde müdahale edilmesi gereksinimi ortaya çıkmaktadır.

Hastaneler arası sevk sistemi, uygun yürütüldüğü takdirde sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir ve hastaların daha iyi bir bakım almasını sağlayabilir. Ancak, sistemin etkili bir şekilde çalışması için koordinasyon, iletişim ve tıbbi bilgilerin güvenli bir şekilde paylaşılması gibi önemli faktörlere dikkat edilmelidir. Sağlık kuruluşları arasında eksik veya zayıf iletişim, sevk sürecini olumsuz etkileyebilir. İletişim sorunlarını çözmek için elektronik sağlık kayıtları ve güçlü iletişim protokollerinin kurulması önemlidir<sup>15</sup>. Tıbbi bilgilerin güvenli bir şekilde paylaşılmaması veya kötüye kullanılma endişeleri, sevk sürecini engelleyebilir. Güvenli veri paylaşımı ve uygun güvenlik protokollerinin oluşturulması, bu endişelerin üstesinden gelmeye yardımcı olabilir<sup>16</sup>. Sağlık kuruluşları arasında uyumsuz teknolojik altyapılar, bilgi transferini zorlaştırabilir. Ortak bir standart belirleme ve uyumlu teknoloji kullanımını teşvik etme, bu sorunu çözmek için önemli bir adımdır<sup>17</sup>. Sevk öncesi özellikle kabul eden merkezin hasta verilerine ulaşabilmesi, hastanın mevcut laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarını yorumlayabilmesi kritik hastanın tespitinde önemli katkı sağlayabilir. Ayrıca acil tıp uzmanının yaptığı değerlendirme periferik ikinci basamak acil servisten gereksiz hasta sevkine yönlendirilmesinin önüne geçebilir. Günümüzde görüntüleme sonuçlarının il geneli kamu hastanelerinde ulaşılabilir oluşu özellikle sevki kabul eden sağlık kuruluşunun hasta hakkında geliş öncesinde bilgi edinebilmesine olanak sağlar. Bu sayede sevk kabul aşamasında oluşabilecek sorunların önüne geçilebildiği gibi hastalar için gerekli yönetim algoritmaları da hasta gelmeden oluşturulabilir. Bu uygulamanın özel hastanelerde yapılan görüntülemeler ve kamu, özel tüm laboratuvar sonuçlarına da yansıtılması hasta bakım ve sevk uygunluk kalitesini artırabilir. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen e-Nabız sistemi bu sürecin tamamına olanak sağlasa da kabul edilen hekimin

hastayı karşılaması ve hastane kaydı açılması işlemleri olmadan bilgi görüntülemesi yapılamamaktadır.<sup>18-20</sup>

Sonuç olarak;

Sağlık sektöründeki hastaneler arası işbirliği ve koordinasyon, etkili bir sağlık hizmeti sunumu için kritik bir öneme sahiptir. Bu işbirliği, sağlık hizmetlerinin daha iyi planlanmasını, yönetilmesini ve hasta memnuniyetini artırarak sağlık sistemi genelinde daha iyi sonuçların elde edilmesini sağlar

Her basamağında özellikli bir analizi gerektiren hastaneler arası nakil, hastaların etkin ve gerekli tedavi almaları noktasında gereklidir. Fakat özellikle sevki karşılayan merkezin olanaklarını da göz önünde bulundurmamak koordineli bir sağlık hizmet sunumu sağlanmış olur.

İlçe devlet hastanelerinden uzman hekim ihtiyacı ya da özellikli girişim ihtiyacı nedenleriyle aldığımız sevkin yoğunluğu özellikle devlet hastanesinde uzman hekim ihtiyacının önemini vurgulamıştır. İkinci basamak sağlık hizmeti sunan bu merkezlerde donanım ve hekim ihtiyacının karşılanması merkez 3. Basamak hastanelerdeki yoğun akışa destek olabilir ve hasta yatışı ve yoğun bakım ihtiyacı noktasında karşılaştığımız sorunlara çözüm noktası olabilir.

#### **Etik Kurul Onay Bilgisi:**

Onaylayan Kurul: Bursa Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Onay Tarihi: 13.09.2023

Karar No:2023-15/13

#### **Araştırmacı Katkı Beyanı:**

Fikir ve tasarım S.E., M.B.; Veri toplama ve işleme E.D., B.K., S.E., Analiz ve verilerin yorumlanması: E.D.; Makalenin önemli bölümlerinin yazılması E.D., S.E.

#### **Destek ve Teşekkür Beyanı:**

Makale yazarlarının destek ve teşekkür beyanı yoktur.

#### **Çıkar Çatışması Beyanı:**

Makale yazarlarının çıkar çatışması beyanı yoktur.

## **Kaynaklar**

- American College of Cardiology. (2020). Appropriate Use Criteria for Coronary Revascularization in Patients With Stable Ischemic Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(25), 3029-3071).
- Royal College of Surgeons. (2018). *Emergency Surgery: Standards for Unscheduled Surgical Care*. London: Royal College of Surgeons).
- National Comprehensive Cancer Network. (2020). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer. Retrieved from [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx).
- Vincent, J. L., & Creteur, J. (2019). Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 8(3), 208-212).
- World Health Organization. (2014). *Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza*. Geneva: World Health Organization).
- Kringos, D., & Barbazza, E. (2016). Health workforce governance: processes, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery. *Health Policy*, 120(12), 1276-1284.
- Dedeilia, A., Sotiropoulos, M. G., Hanrahan, J. G., & Janga, D. (2020). Medical and surgical education challenges and innovations in the COVID-19 era: a systematic review. *In Vivo*, 34(3\_suppl), 1603-1611
- Stroetmann, V. N., Kubitschke, L., Robinson, S., Stroetmann, K. A., Cullen, K., McDaid, D., ... & Jongsma, K. (2011). How can telehealth help in the provision of integrated care?. Copenhagen: European Commission
- Pines, J. M., & Venkatesh, A. K. (2011). The role of emergency medicine in the delivery of primary care. *Academic Emergency Medicine*, 18(11), e27-e34).
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 297(8), 831-841)
- Ertan, C., Akgün, F. S. & Yücel, N. (2010) "Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Yapılan Sevklerin İncelenmesi", *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 10(2): 65–70.
- GÖNÇER DEMİRAL D, ÖZEN Ü. HASTANELER ARASI HASTA SEVKLERİ: DOĞU KARADENİZ HASTANELERİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA. *Journal of Management and Economics Research*. December 2020;18(4):190-208. doi:10.11611/yead.815880
- Güler, S., Aksel, G., Aylgan, F. T., Özkan, H. İ., Baz, Ü., & Orak, Y. (2014) "Evaluation of Emergency Interhospital Patient Transfers from Province of Mardin to Out-of-Province Hospitals in a Year", *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 13: 62–66.
- Kılıç, M., Dokur, M. ve Ulutaşdemir, N. (2016) "Acil Hasta Sevklerinde Yaşanan Sorunlar: Küçük Bir İl Düzeyinde Yapılan Değerlendirme", *Zirve Tıp Dergisi*, 1(1): 17–21.
- O'Malley, A. S., Grossman, J. M., Cohen, G. R., Kemper, N. M., Pham, H. H., & Ginsburg, P. B. (2010). Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices. *Journal of General Internal Medicine*, 25(3), 177-185).
- Institute of Medicine. (2011). *Digital Infrastructure for the Learning Health System: The Foundation for Continuous Improvement in Health and Health Care: Workshop Series Summary*. Washington, DC: The National Academies Press
- Vest, J. R., & Gamm, L. D. (2010). Health information exchange: persistent challenges and new strategies. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 17(3), 288-294
- Adler-Milstein, J., DesRoches, C. M., Furukawa, M. F., Worzala, C., Charles, D., Kralovec, P., ... & Jha, A. K. (2014). More than half of US hospitals have at least a basic EHR, but stage 2 criteria remain challenging for most. *Health Affairs*, 33(9), 1664-1671
- O'Donnell, H. C., Patel, V., Kern, L. M., Barrón, Y., Teixeira, P., Dhopeswarkar, R., ... & Kaushal, R. (2012). Healthcare consumers' attitudes towards physician and personal use of health information exchange. *Journal of General Internal Medicine*, 27(7), 720-727
- Furukawa, M. F., Patel, V., Charles, D., & Swain, M. (2014). Hospital electronic health information exchange grew substantially in 2008-12. *Health Affairs*, 33(12), 2271-2277