

Cerrahi Onkoloji Kliniğimize Acil Servisten Plansız yapılan yatışların Özellikleri ve Yönetimi: Tek Merkez Deneyimi

Characteristics and Management of Unplanned Hospitalizations from the Emergency Department to our Surgical Oncology Clinic: A Single Center Experience

Mehmet Ali Çaparlar¹, Şeref Dokcu², Salim Demirci³

ÖZET

Amaç: Onkoloji kliniklerinde yapılan plansız ve acil yatışlar hem verilen sağlık hizmetlerine ek maliyetler hem de hastanelerin hizmet planlamasına ek yükler getirmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar yetersiz olduğundan çok az bilgimiz var. Bu çalışmada bir cerrahi onkoloji kliniğine acil servisten yapılan plansız ve acil kabullerin güncel literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Kliniğimize kabulü yapılan ardışık 227 hastanın tıbbi kayıtları elektronik veri sistemi üzerinden toplandı ve geriye dönük olarak incelendi. Hastalar demografik ve klinik özelliklerine göre veriler incelenip, ön tanı, cinsiyet, yatış nedenleri, ilk tedavi, hastayı acil servise yönlendiren klinik ve kabul sonrası yapılan tedavi çeşidine göre sınıflandırıldı. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirildi. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması yaklaşık 60 yaş, cinsiyet dağılımı eşitti. En sık başvuru direkt acil servise hastanın kendi başvurusu (%67,4), en yaygın primer tanı mide kanseri (%31,3) ve en sık yatış gerektiren acil patoloji ileus-subileus (%50,7) idi. Kabullerin %25,5'i taburculuk sonrası yeniden yatışı yapılan hastalardan oluşmaktaydı. Yatış sonrası hastaların %38,3'üne majör bir girişim gerekti. Hastaların çoğunluğu mesai saatlerinde (%85) ve hafta içi günlerde (%89) kabul edildi. Charlson komorbidite indeksi ortalaması majör cerrahi geçirenlerde ise 6.8 idi ve majör cerrahi girişim geçirme olasılığıyla anlamlı farklılaştı ($p = .012$).

Sonuç: Hastaların çoğunda girişim gerektiren patoloji mevcuttu. Bu hastalara palyatif bakım gerekliydi. Ancak palyatif bakım amaçlı hastaların önemsenmesi gereken kabul oranları bu hizmetlerin revizyonunu gerekli kılmaktadır. Ayrıca yeniden erken yatışların fazlalığı post operatif bakım, komplikasyonları yönetme ve taburculuk kriterlerimizi gözden geçirmemizi gerektirmektedir.

Anahtar kelimeler: Plansız yatış, yeniden kabul, acil servis, postoperatif komplikasyon, cerrahi onkoloji kliniği.

ABSTRACT

Aim: Unplanned and emergency hospitalizations in oncology clinics bring additional costs to health services provided and additional burdens on service planning of the hospitals. We have very little information because studies on this subject are insufficient. This study, it is aimed to discuss unplanned and urgent admissions from the emergency department to a surgical oncology clinic in the light of current literature.

Patients and Method: Medical records of 227 consecutive patients admitted to our clinic were collected and reviewed retrospectively over electronic data system. The patients' data were analyzed according to their demographic and clinical characteristics and classified according to the pre-diagnosis, gender, reasons for hospitalization, initial treatment, clinical referral

¹ Corresponding Author, Genel Cerrah, Gastroenterolojik Cerrah, Cerrahi Onkolog Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Kliniği Balkiraz, Cebeci, No:6, 06620, Çankaya/Ankara, Türkiye, E-mail: drmalicaparlar@yahoo.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6466-0348>

² Genel Cerrah, Cerrahi Onkolog, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Kliniği Balkiraz, Cebeci, No:6, 06620 Çankaya/Ankara, Türkiye, E-mail: serefdokcu@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1807-8108>

³ Genel Cerrah, Cerrahi Onkolog, Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Kliniği Balkiraz, Cebeci, No:6, 06620 Çankaya/Ankara, Türkiye. E-mail: salimdemirci@yahoo.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9497-2190>



to the emergency room, and the type of treatment administered after admission. Categorical variables were evaluated with Pearson Chi-square or Fisher's exact test. For $p < 0.05$, the results were considered statistically significant.

Results: Mean age of the patients was approximately 60 years, and gender distribution was equal. The most common admission to the emergency department was the patient's admission (67.4%), the most common primary diagnosis was gastric cancer (31.3%), and the most common emergency pathology requiring hospitalization was ileus-subileus (50.7%). 25.5% of admissions consisted of patients who were readmitted after discharge. After hospitalization, 38.3% of the patients required a significant intervention. Most patients were admitted during working hours (85%) and on weekdays (89%). The mean Charlson comorbidity index was 6.8 for those who had major surgery and differed significantly with the probability of undergoing major surgery ($p = .012$).

Conclusion: Most of patients had pathology requiring intervention. These patients required palliative care. However, acceptance rates of patients for palliative care, which should be considered, necessitate revision of these services. In addition, high number of early readmissions requires us to review our criteria for post-operative care, management of complications, and discharge.

Key words: Unplanned hospitalization, readmission, emergency department, postoperative complication, surgical oncology clinic.

GİRİŞ

Plansız kabuller, kapsamlı kanser merkezleri de dahil olmak üzere tüm hastaneler için bir endişe kaynağıdır. Kanser hastanelerine plansız yatışların çoğu, hastalığın ilerlemesi ve buna bağlı komplikasyonlar veya yapılan tedavi prosedürlerinin komplikasyonları ile ilgili olarak erken yeniden yatışlar şeklindedir (Kassin et al. 2012). Bazı acil kabuller önlenemeyebilir. Ancak son dönemde, sağlık politikalarının önemli bir bölümünü hastane tekrar yatışlarının azaltılması çabaları oluşturmaktadır. Böylece, sağlık harcamalarının düşürülmesi, bakım kalitesi ve verimliliğinin artırılması gibi önemli amaçlara eş zamanlı olarak ulaşılabilmesi hedeflenmektedir (Ba 2018).

Erken hastaneye yatışın düşük bakım kalitesini yansıttığı öne sürülmüştür (Ashton et al. 1997). Ancak çoğu yazar tedaviye bağlı komplikasyonları uygun şekilde yönetmek için, özellikle majör onkolojik operasyonlar gibi karmaşık tedavilerden sonra bazı yeniden yatışların gerekli olduğunu öne sürmektedirler (Gawlas et al. 2013) (Saunders et al. 2015).

Buna rağmen, plansız acil kabulleri önlemek için plansız kabullerle ilgili faktörleri belirlemek önemlidir. Bir bütün olarak veya tanı başına kabul edilebilir plansız kabul oranlarının belirlenmesi aynı zamanda; acil kabul için risk faktörlerini belirlemenin, taburculuk, takip uygulamalarını iyileştirmenin ve hasta eğitimini genişletmenin onkoloji kliniklerinde plansız yatışların azalmasına yol açabilir.

Kanser hastaları için plansız yatış için risk faktörleri çok değişkendir, ancak postoperatif komplikasyonlar cerrahi hastalarda plansız hastaneye yatışları tetikler gibi görünmektedir. Postoperatif komplikasyonları en aza indirmek için uygun adımların atılması, postoperatif yeniden acil yatışları azaltacaktır. Özellikle komorbidite sahibi hastalara dikkat çekilmektedir (Kwaan et al. 2013). Birçok yazarın ilgisini çeken bu konu ve predispozan faktörler etrafında incelenmiştir. Özellikle de postoperatif enfeksiyöz ve non-enfeksiyöz komplikasyonların bağımsız risk faktörü olduğuna vurgu yapılmıştır (Hendren et al., 2011) (Guinier et al., 2007) (Wick et al., 2011).

Bu çalışmanın amacı onkoloji kliniğimizde acil veya plansız olarak yatışı yapılan hastaların klinikopatolojik ve demografik özelliklerini güncel literatür eşliğinde tartışmaktır. Ulaşacağımız sonuçların hasta yatış politikasını belirlemede yardımcı olacağını umuyoruz.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda Ocak 2015-Mayıs 2021 tarihleri arasında Cerrahi Onkoloji Kliniğimizde acil servisten acil ve plansız kabulü yapılan ardışık 252 hastanın tıbbi kayıtları elektronik veri sistemi üzerinden toplandı ve geriye dönük olarak incelendi.

Verilerinde eksiklikler olması nedeniyle 25 hasta dışlanıp yatış veya nakil kararı verilen ardışık 227 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre verileri incelendiğinde ilk tanı, cinsiyet, yatış nedenleri, ilk tedavi tipi, hastayı acil servise yönlendiren klinik ve kabul sonrası yapılan tedavi çeşidine göre sınıflandırıldı.

Başvurular saatine göre saat 08:00-17:00 arasındakiler mesai saatleri ve diğerleri de nöbet saatleri olarak, gününe göre ise cuma günü saat 17:00 dan Pazartesi saat 08:00 arası hafta sonu diğerleri ise hafta içi olarak sınıflandırıldı.

Hastaların başlıca tanıları arasında: mide, kolon-rektal, pankreas, özefagus, üro-jinekolojik maligniteler ve nadiren görülen diğer maligniteler (deri, meme, lenfoma, gastrointestinal stromal tümör, sarkom, mezotelyoma vs) sayılabilir. Başlıca yatış nedenleri arasında: ileus-subileus, palyatif bakım, anastomoz kaçağı ile abse, kanama ve acil beslenme yolu için değerlendirilmesi (jejunostomi, gastrotomi ve PEG) gibi sebepler sayılabilir. Hastalar ilk operasyonun tipine göre rezeksiyon ve rekonstrüksiyon yapılan majör ameliyatlar (gastrektomi, kolektomi, pankreatikododonektomi, özefajektomi vb.), palyatif minör girişimler (tanısal laparoskopi, biopsi vb.) ve opere edilmemişler olarak sınıflandırıldı. Başlıca acil servise yönlendiren klinikler şunlardı: acil servise direkt başvuru, cerrahi onkoloji polikliniği, tıbbi onkoloji, gastroenteroloji, jineko-onkoloji ve diğerleri (ortopedi, üroloji, beyin cerrahisi, dahiliye, intaniye, anesteziyoloji, hematoloji vb).

Yatışı sonrası uygulanan tedaviye göre majör girişimler (bridektomi, organ rezeksiyonları ve anastomoz) tıbbi tedavi ve minör girişimler (parasentez, PEG, jejunostomi vb.) olarak sınıflandırıldı. Tüm hastaların dosya içeriğinden Charlson komorbidite indeksleri hesaplandı ve analize dahil edildi.

Verilerin analizinde SPSS 24.0 Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama \pm standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (min-maks), nominal değişkenler ise vaka sayısı ve (%) olarak gösterilecektir. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirilecektir. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir.

Çalışmamız için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 2021/230, tarih: 21.06.2021).

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hasta sayısı 227 idi. Hastaların yaş ortalaması $59,8 \pm 14,1$ (20-86), 119 (%52) 'i kadın ve 108 (%48) 'i erkekti. En sık başvuru direkt acil servise hastanın kendi başvurusuydu (%67,4). En yaygın primer tanı mide kanseri (%31,3), en sık yatış gerektiren acil patoloji ileus-subileus idi (%50,7) (Tablo 1). Hastaların %91,6' sına (n=208) daha önce rezeksiyon ve rekonstrüksiyon içeren majör ameliyatlara yapılmıştı. Yine bu hastaların %25,5' i (n=58) taburculuk sonrası erken yeniden yatışı yapılan hastalardan oluşmaktaydı. Yatış sonrası hastaların %38,3' ü (n=87) organ rezeksiyonu içeren majör bir girişim geçirdi (Tablo 2). Hastaların çoğunluğu mesai saatlerinde (%85) ve hafta içi günlerde (%89) yatışı yapıldı. Hastaların Charlson komorbidite indeksi ortalaması toplamda $5,4 \pm 3,1$, tıbbi tedavi ve minör girişim geçirenlerde $3,8 \pm 2,1$, majör cerrahi geçirenlerde ise $6,8 \pm 3,6$ idi. Yapılan koreleasyon analizinde Charlson komorbidite indeksi yüksek hastaların, majör cerrahi girişim geçirmeleri daha olasıydı ($p = .012$).

Tablo 1. Kliniğimize kabulü yapılan hastaların kliniko-patolojik özellikleri

Yönlendiren departman	Acile direkt başvuru	Cerrahi onkoloji Polikliniği	Tıbbi onkoloji	Gastroenteroloji	Jineko-onkoloji	Diğer
n (%)	153 (67.4)	6(2.7)	31(13.7)	13(5.7)	15(6.6)	9(4)
Primer malignite	Mide	Kolon-rektum	Pankreas	Özefagus	Üro-jinekoloji	Diğer
n (%)	71(31.3)	64(28.2)	18(7.9)	10(4.4)	32(14.1)	32(14.1)
Yatış nedeni	İleus-subileus	Palyatif	Kaçak abse	Beslenme yolu	Kanama	Diğer
n (%)	115(50.7)	54(23.8)	30(13.2)	22(9.7)	6(2.6)	-

Tablo 2. Kabul öncesi ve sonrası yapılan tedaviler

	n (%)
İlk tedavi	
Major Girişim	208 (91.6)
Palyasyon	5 (2.2)
Ameliyat olmamaş	14 (6.2)
İkinci tedavi	
Major girişimler	87 (38.7)
Tıbbi tedavi	80 (35.2)
Minör girişimler	60 (26.4)

TARTIŞMA

Bu çalışmada cerrahi onkoloji kliniğine acil servisten acil veya plansız olarak yatışı yapılan hastalar tartışılmıştır. Hastalar onkolojik tanılara sahip nispeten yaşlı (ortalama yaş 60) hastalardı. Hastanemizde kliniklere ayaktan başvuranlardan acil olduğu düşünülen hastalar, genelde acil servise yönlendirilmektedirler. Böylece ikincil hastalıkların tanısı için gerekli tetkikler hızlıca hazırlanıp gerekli konsültasyonların tamamlanması amaçlanmaktadır. Ancak yine de hastaların büyük çoğunluğunu (%67) acil servise direkt başvurular oluşturmaktaydı. Nitekim başvuruların

çoğunun mesai saatlerinde ve hafta içi yapılmış olması klinikler arası etkin iletişimin bir göstergesi sayılabilir.

Plansız yatışlarla ilgili araştırmalar genelde önlenebilirliği nedeniyle daha çok yeniden erken yatışlar üzerine yoğunlaşmıştır (Güven et al. 2021), (Saunders et al. 2015). Tsai ve arkadaşları ABD hastaneleri arasında önemli farklılıklar olmasına rağmen, büyük bir cerrahi prosedür geçirdikten sonra taburcu edilen yedi hastadan yaklaşık birinin 30 gün içinde yeniden kabul edildiğini buldular (Tsai et al. 2013). Cerrahi hastaları taburcu olduktan hemen sonra hastaneye geri getiren nedenler, tıbbi hastaları geri getiren nedenlerden farklıdır. Medikal hastalar evde yetersiz sosyal destek, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişememe veya genel sağlık durumunun kötü olması nedeniyle yeniden başvururken, cerrahi hastaların ameliyattan kaynaklanan komplikasyonların bir sonucu olarak geri başvurma olasılığı daha yüksektir (Tsai et al. 2013). Türkiye'de bir Tıbbi onkoloji servisinin verilerine göre taburcu edilen hastaların %23' ünün 30 gün içerisinde yeniden yatışı gerekmiştir (Güven et al. 2021). Çalışmamızda acil servisten kabulü yapılan hastaların %25' ini erken yeniden yatışlar oluşturmaktaydı. Yeniden yatışlar daha kötü sağlık ile ilişkilendirilmiştir ve bu nedenle yeniden yatışları azaltma çabalarının hasta sonuçlarını iyileştirmesi mümkündür (Reddy et al. 2009).



Bu yatışların önlenmesi için postoperatif komplikasyonları önlemek çok önemlidir. Böylece sağlık giderlerinde önemli bir yüke sahip ek maliyetler de önlenmiş olur (Kassin et al. 2012). Aynı zamanda sınırlı hastane kaynakları daha efektif kullanılmış olur (Khuri et al. 2005). Yetersiz semptom yönetimi, taburculuk planlaması veya ilaç hataları ile ilgili ilk taburculuk sırasında yeniden hastaneye yatışların en az % 20'si potansiyel olarak önlenbilir (Saunders et al. 2015). Ancak yine de karmaşık kanser hastalarında çoğu zaman bu mümkün olmamaktadır. Charlson komorbidite indeksinin yüksekliği ile majör ameliyat geçirme olasılığı arasında anlamlı farklılaşma bu konudaki haklılığı ortaya koymaktadır.

Başvuruların 1/4'ü palyatif bakım gerektiren hastalardan oluşmaktaydı. Terminal dönem kanser hastası olan veya hastane yatışından fayda göremeyeceği düşünülen bu hastalar, sosyal endikasyonlar ve mediko-legal nedenlerle kabulü yapılmaktadır. Palyatif merkezlerin nitel ve nicel yetersizliği ve palyatif bakım hizmetlerinin kullanımıyla ilgili sorunlar nedeniyle tüm dünyada problem olarak görülen bu hasta grubu acil çözüm beklemektedir (Aygençel et al. 2012).

Hastaların %39'una büyük cerrahi girişim yapılması yatışların haklılığını göstermesine rağmen, 1/3'üne tıbbi tedavi ve palyatif bakım hizmetinin verilmesi önlenemez kabullerin varlığını göstermektedir. Çalışmaların çoğu cerrahiye odaklanmış olmasına rağmen anti-kanser tedavilerinin komplikasyonları da çeşitli sorunlara yol açabilir (Güven et al. 2021). Palyatif bakım gerektiren hastalarımızın bir kısmı (%14) tıbbi onkoloji kliniğinden acil servise yönlendirilen bu tip hastalardan oluşmaktaydı.

KAYNAKLAR

Ashton, Carol M., Deborah J. Del Junco, Julianne Soucek, Nelda P. Wray, and Carol L. Mansyur. 1997. "The Association between the Quality of Inpatient Care and Early Readmission a Meta-Analysis of the Evidence." *Medical Care* 35(10):1044–59.

Aygençel, Gülbin, Ahmet Nas, Hazen Sarita Ş, Kerem Deryal, and Ahmet D. E. M. İ. Rcan. 2012. "Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisindeki İç Hastalıkları Konsültasyonlarının Genel Özellikleri." *Fırat Tıp Dergisi; Cilt: 17 Sayı: 4; 219-222* 17(4):219-222–222.

Ba, Selver Yıldız. 2018. "Toplu İş Uyuşmazlıklarında Hastane Tekrar Yatışlarının Önemi , Türleri ve Risk Arabuluculuk Sisteminin Etkinliği Üzerine Bir Analiz Faktörleri The Importance , Types and Risk Factors of Hospital Readmission Collective Labour."

Emick, Dawn M., Taylor S. Riall, John L. Cameron, Jordan M. Winter, Keith D. Lillemoe, Jo Ann Coleman, Patricia K. Sauter, and Charles J. Yeo. 2006. "Hospital Readmission After Pancreaticoduodenectomy." *Journal of Gastrointestinal Surgery* 10(9):1243–53.

Gawlas, Irmina, Monica Sethi, Megan Winner, Irene Epelboym, James L. Lee, Beth A. Schroppe, John A. Chabot,

and John D. Allendorf. 2013. "Readmission after Pancreatic Resection Is Not an Appropriate Measure of Quality." *Annals of Surgical Oncology* 20(6):1781–87.

Güven, Deniz Can, Furkan Ceylan, İbrahim Yahya Cakir, Engin Cismeci, Basak Sayinalp, Berkay Yesilyurt, Gurkan Güner, Hasan Cagri Yildirim, Oktay Halit Aktepe, Zafer Arik, Alev Turker, and Omer Dizdar. 2021. "Evaluation of Early Unplanned Readmissions and Predisposing Factors in an Oncology Clinic." *Supportive Care in Cancer*.

Kassin, Michael T., Rachel M. Owen, Sebastian D. Perez, Ira Leeds, James C. Cox, Kurt Schnier, Vjollca Sadiraj, and John F. Sweeney. 2012. "Risk Factors for 30-Day Hospital Readmission among General Surgery Patients." *Journal of the American College of Surgeons* 215(3):322–30.

Khuri, Shukri F., William G. Henderson, Ralph G. DePalma, Cecilia Mosca, Nancy A. Healey, and Dharam J. Kumbhani. 2005. "Determinants of Long-Term Survival after Major Surgery and the Adverse Effect of Postoperative Complications." *Annals of Surgery* 242(3):326–43.

Kwaan, Mary R., Sarah A. Vogler, Mark Y. Sun, Anne Marie E. Sirany, Genevieve B. Melton, Robert D. Madoff, and David A. Rothenberger. 2013. "Readmission after Colorectal Surgery Is Related to Preoperative Clinical Conditions and Major Complications." *Diseases of the Colon and Rectum* 56(9):1087–92.

Reddy, Deepthi M., Courtney M. Townsend, Yong Fang Kuo, Jean L. Freeman, James S. Goodwin, and Taylor S. Riall. 2009. "Readmission after Pancreatectomy for Pancreatic Cancer in Medicare Patients." *Journal of Gastrointestinal Surgery* 13(11):1963–75.

Saunders, Neil David, Shawnn D. Nichols, Michael Alfredo Antiporda, Kristen Johnson, Kerri Walker, Rhonda Nilsson, Lisa Graham, Matt Old, Rebecca B. Klisovic, Sam Penza, and Carl R. Schmidt. 2015. "Examination of Unplanned 30-Day Readmissions to a Comprehensive Cancer Hospital." *Journal of Oncology Practice* 11(2):e177–81.

Tsai, Thomas C., Karen E. Joynt, E. John Orav, Atul A. Gawande, and Ashish K. Jha. 2013. "Variation in Surgical-Readmission Rates and Quality of Hospital Care." *New England Journal of Medicine* 369(12):1134–42.