

ACIL SERVİS YÖNETİMİ

Sezgin SARIKAYA
(Yüksek Lisans Tezi)

Eskişehir, 2001

ACİL SERVİS YÖNETİMİ

Sezgin SARIKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Prof.Dr.Güneş BERBEROĞLU

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Kasım-2001

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZÜ

ACİL SERVİS YÖNETİMİ

Sezgin SARIKAYA

İşletme Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kasım-2001

Danışman: Prof.Dr.Güneş BERBEROĞLU

Acil servislerdeki yönetim problemlerini ve acil servis yönetim sorunlarını incelediğimiz bu tezde ulaşılmak istenilen amaç, acil sağlık sistemi zincirinde yer alan acil servislerin yönetiminde dikkat edilecek hususları incelemek ve bu konu ile ilgili yetkili kişiler için bir rehber oluşturmaktır.

Bu görüşten yola çıkılarak hazırlanan tezin birinci bölümünde acil ve acil hizmetlerle ilgili temel kavramlar üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde acil servislerde dünya standartlarına göre yönetim ve fonksiyonları, üçüncü ve son bölümde Eskişehir ve İzmir ilinde faaliyet gösteren farklı statüde onaltı hastanenin acil servisleri incelenmiştir. Bu amaçla hastanelerin acil servisleri gözlem ve karşılıklı görüşmeler yoluyla yapılmış acil servis yönetiminde hedef, dikkate alınacak standart ve normları oluşturmak olmuştur.

ABSTRACT

In this thesis is which we research the management problems in the emergency service, the aim to be arrived is to investigate the necessary points to look out in the management of the emergency services which places the emergency health system chain and constitute a guide for the authoritative persons in the this subject.

In the first section of this prepared thesis, the basic concept relation with emergency and emergency service is considered. In the second section the management and its functions according to the world standards and in the final section the emergency services of the 16 hospitals which has different case in Eskişehir and İzmir are investigated.

In this aim, the target in the emergency service management which is done with the observation and speaking in the emergency service of the hospitals is to constitute the standards and norms to be considered.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Sezgin SARIKAYA'yı "Acil Servis Yönetimi" başlıklı tezi **26 Kasım 2001** tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, **İşletme (Yönetim ve Organizasyon)** Anabilim Dalında, yüksek lisans tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Güneş BERBEROĞLU
Üye : Prof.Dr.Ramazan GEYLAN
Üye : Yrd.Doç.Dr.Nurhan ŞAKAR

Prof.Dr.Ömer ZİHTİN ALI
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü/Müdürü

İÇİNDEKİLER

| | |
|---------------------------------|-----|
| ÖZ | ii |
| ABSTRACT | iii |
| JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI | iv |
| ÖZGEÇMİŞ | v |
| TABLolar LİSTESİ | |
| GİRİŞ | 1 |

Birinci Bölüm

TEMEL KAVRAMLAR

| | |
|--|----|
| 1. ACİL VE ACİL TIP KAVRAMLARI | 3 |
| 2. ACİL SERVİSLERİN TARİHÇESİ | 4 |
| 3. YÖNETİM KAVRAMI | 6 |
| 4. YÖNETİM FONKSİYONLARI | 7 |
| 4.1. Planlama Kavramı | 7 |
| 4.1.1. Planlamanın Tanımı | 7 |
| 4.1.2. Hastanelerde Planlama | 7 |
| 4.2. Örgütlenme Kavramı | 9 |
| 4.3. Yürütme (Emir-Komuta-Yönelme) Kavramı | 10 |
| 4.4. Eşgüdüm (Koordinasyon) Kavramı | 12 |
| 4.5. Denetleme (Kontrol) Kavramı | 13 |

İkinci Bölüm

HASTANELERDE ACİL SERVİS YÖNETİMİ

| | |
|--|----|
| 1. ACİL SERVİSİN PLANLAMASI | 15 |
| 1.1. Acil Servis Planlama İşlevi | 15 |
| 1.1.1. Amaçları Ortaya Koyma | 17 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 1.1.2. | Güncel Sistemin Tanımlanması | 18 |
| 1.1.3. | Program Amaçları Belirleme | 18 |
| 1.1.4. | Program Geliştirme | 18 |
| 1.2. | Acil Servisin Fiziksel Tasarımı ve Yerleşimi | 19 |
| 1.2.1. | Giriş | 20 |
| 1.2.1.1. | Bekleme Salonu ve Halkla İlişkiler | 20 |
| 1.2.1.2. | Kantin | 21 |
| 1.2.1.3. | Triaj (Seçme, Ayırma ve Hasta Karşılama) | 21 |
| 1.2.1.4. | Dekontaminasyon Odası | 21 |
| 1.2.1.5. | Ayaktan ve Ambulansla Hasta Giriş Kapıları | 22 |
| 1.2.1.6. | Polis ve Güvenlik Görevlisi | 22 |
| 1.2.1.7. | Dış ve İç Sekreterlik | 22 |
| 1.2.1.8. | Sedye, Tekerlekli Sandalye Parkı | 23 |
| 1.2.1.9. | Psikiyatrik Bakı Odası | 23 |
| 1.2.2. | Acil İçi Tedavi Alanları | 23 |
| 1.2.2.1. | Kapalı Resüsitasyon (Şok ve CPR Odası) | 23 |
| 1.2.2.2. | Resüsitasyon | 24 |
| 1.2.2.3. | Monitörlü Gözlem | 25 |
| 1.2.2.4. | Çocuklu Acil | 25 |
| 1.2.2.5. | Sütür Odası | 25 |
| 1.2.2.6. | Jinekolojik Bakı Odası | 26 |
| 1.2.2.7. | KBB ve Göz Odası | 26 |
| 1.2.2.8. | Alçı Odası | 26 |
| 1.2.2.9. | İzole Oda | 26 |
| 1.2.2.10. | Bakı Birimleri | 27 |
| 1.2.2.11. | Radyoloji | 27 |
| 1.2.3. | Destek Birimler | 28 |
| 1.2.3.1. | Seminer Odası | 28 |
| 1.2.3.2. | Anabilim Dalı | 28 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1.2.3.3. | Sosyal Hizmetler Uzmanı | 28 |
| 1.2.3.4. | Depolar | 29 |
| 1.2.3.5. | Doktor, Hemşire, Personel Dinlenme ve Soyunma Odaları | 29 |
| 1.2.3.6. | Normal Tuvaletler ve Özürlü Tuvaleti | 29 |
| 1.3. | Acil Servislerle İlgili Standartlar | 31 |
| 1.4. | Hastane Acil Afet Planı | 40 |
| 2. | ACİL SERVİSİN ORGANİZASYONU | 45 |
| 2.1. | Acil Servis Faaliyetlerinin Sınıflandırılması | 45 |
| 2.2. | Acil ve Kaza Servislerinin Bileşenleri | 50 |
| 2.3. | Acil Servis Personel Kadrosunun Oluşturulması | 51 |
| 2.3.1. | Acil Servis Yöneticisi | 51 |
| 2.3.2. | Tıbbi Personel | 54 |
| 2.3.2.1. | Acil Tıp Uzmanları | 54 |
| 2.3.2.2. | Acil Tıp Asistanları | 54 |
| 2.3.2.3. | İcapçı Uzmanlar | 56 |
| 2.3.2.4. | Konsültan Doktorlar | 57 |
| 2.3.2.5. | Radyoloji Doktoru | 57 |
| 2.3.2.6. | Hemşireler | 58 |
| 2.3.2.7. | Ek Yardımcı Doktor ve Hemşireler | 59 |
| 2.3.2.8. | İntörn Doktorlar | 59 |
| 2.3.2.9. | Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT; Paramedik) | 59 |
| 2.3.3. | Diğer Ekip Elemanları | 60 |
| 2.3.3.1. | Sekreterlik Hizmetleri | 60 |
| 2.3.3.2. | Sosyal Hizmetler Uzmanı | 60 |
| 2.3.3.3. | İdari Sorumlu | 61 |
| 2.3.3.4. | Hasta Transfer Ekibi | 61 |
| 2.3.3.5. | Teknisyenler | 61 |
| 2.3.3.6. | Yardımcı Personel (Hasta Bakım/Taşıma Elemanı) | 62 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 2.3.3.7. | Güvenlik | 62 |
| 2.3.3.8. | Hastane Polisi | 62 |
| 2.3.3.9. | Psikolojik Danışman | 62 |
| 2.3.3.10. | Temizlik Görevlileri | 62 |
| 2.3.4. | Diğer Hizmetler | 63 |
| 2.3.4.1. | Ambulans Hizmetleri | 63 |
| 2.3.4.2. | Acil Laboratuvar Testleri ve Görüntüleme Yöntemleri | 63 |
| 2.4. | Acil Servis Ekip Çalışması ve Önemi | 66 |
| 3. | ACIL SERVİS YÜRÜTME İŞLEVİ | 67 |
| 3.1. | Acil Yardım ve Ambulans Hizmetleri | 68 |
| 3.2. | Hasta Kabulü ve Triaaj Sistemi | 71 |
| 3.3. | Güvenlik | 75 |
| 3.4. | İletişim Sistemi | 75 |
| 3.4.1. | Bölüm İçindeki İletişim | 75 |
| 3.4.2. | Hastane İçindeki İletişim | 76 |
| 3.4.3. | Hastane Dışındaki İletişim | 77 |
| 3.5. | Kayıtlar | 77 |
| 3.5.1. | Kayıt Sistemleri | 79 |
| 3.6. | Eğitim Programları | 80 |
| 3.7. | Enfeksiyon Kontrolü | 83 |
| 4. | KONTROL İŞLEVİ | 84 |
| 4.1. | Kalite Sağlama | 84 |
| 4.2. | Kalite Değerleme | 85 |
| 4.3. | Finansal Performansın Değerlemesi | 86 |
| 4.4. | Personel Değerleme | 89 |

Üçüncü Bölüm

ESKİŞEHİR VE İZMİR'DEKİ DEĞİŞİK STATÜDE OLAN HASTANELERİN ACİL SERVİSLERİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

| | | |
|--------|--|-----|
| 1. | ARAŞTIRMANIN AMACI, EVRENİ VE YÖNTEMİ | 92 |
| 1.1. | Araştırmanın Amacı | 92 |
| 1.2. | Araştırmanın Evreni | 93 |
| 1.3. | Araştırmanın Yönetimi | 94 |
| 1.3.1. | Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Analizi | 94 |
| 2. | BULGULAR VE YORUM | 95 |
| 2.1. | Acil Servis Yöneticilerinin Demografik Özelliklerine Ait Bilgiler | 95 |
| 2.1.1. | Acil Servis Yöneticilerinin Cinsiyetleri ve Yaş Grupları | 95 |
| 2.1.2. | Acil Servis Tıbbi Yöneticilerinin Ünvan ve İhtisas Dalları | 95 |
| 2.1.3. | Acil Servis Hemşirelik Yöneticilerinin Eğitim Durumları | 96 |
| 2.1.4. | Acil Servis Yöneticilerinin Görev Süreleri | 97 |
| 2.2. | Acil Servislerle İlgili Genel Bilgiler | 97 |
| 2.2.1. | Çalışmaya Alınan Hastanelerin Statüleri | 97 |
| 2.2.2. | Acil Servislerdeki Görevli Personeller | 98 |
| 2.2.3. | Acil Servis Personelinin Eğitim Durumu | 99 |
| 2.2.4. | Acil Servis Ek Hizmeti Birimleri | 100 |
| 2.2.5. | Çalışma Grubunun Yıllık Başvuru, Toplam Yatak Sayısı | 100 |
| 2.3. | Acil Servislerin İşleyişi İle İlgili Bilgiler | 101 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 2.3.1. | Acil Serviste Görevli Personelin Çalışma Şekilleri | 101 |
| 2.3.2. | Acil Servis Personelinin Eğitim Gereksinimi . . . | 102 |
| 2.3.3. | Acil Serviste Çalışmaya Yeni Başlayan Personele Verilen Eğitim | 102 |
| 2.3.4. | Acil Servislerde Sürekli Eğitim Veren Kişiler-Gruplar | 103 |
| 2.3.5. | Acil Servislere Başvuran Hastaların Özellikleri | 103 |
| 2.3.6. | Acil Servis Personelinin Çalışma Koşulları . . . | 104 |
| 2.3.7. | Acil Servislerde Triage Sisteminin Kullanımı . . . | 104 |
| 2.3.8. | Acil Servislerin Doğrudan Bağlantıda Olduğu Kurumlar | 105 |
| 2.3.9. | Acil Servislerin İletişim Sağlamakta Kullandıkları İletişim Araçları | 106 |
| 2.3.10. | Acil Servislerin Kayıt Saklama Yöntemleri . . . | 106 |
| 2.3.11. | Acil Servislerde Verilen Laboratuvar Hizmetleri | 107 |
| 2.4. | Acil Servis Yöneticilerinin Yönetim ve İşleyişine İlişkin Görüşlerine Ait Bilgiler | 107 |
| 2.4.1. | Acil Servis Yöneticilerinin Çalışanlarla Yaptıkları Toplantılar | 107 |
| 2.4.2. | Acil Servislerde Kriz Planı Varlığı | 108 |
| 2.4.3. | Acil Serviste Çalışan Personelin Performans Değerlemesi | 108 |
| 2.4.4. | Acil Servis Yöneticilerinin Yöneticilik Nitelikleri | 108 |
| 2.4.5. | Acil Servislerde Yönetimsel Kararlara Katılan Kişiler-Gruplar | 109 |
| 2.4.6. | Acil Servisin Hastane İçindeki Yerinin Uygunluğu | 109 |
| 2.4.7. | Acil Servislerde Çeşitli Kaynakların Yeterliliği | 110 |
| 2.4.8. | Acil Servislerde Yürütülen Hizmetlerin Yeterliliği | 111 |
| 2.4.9. | Acil Servislerde Değişik Faktörlerin Hizmet Üretimini Etkileme Derecesi | 112 |

| | | |
|---------|---|------------|
| 2.4.10. | Acil Servislerde Hizmet Başarısını Arttıran Faktörler | 112 |
| 2.4.11. | Acil Servis Yöneticilerinin Alınan Kararlarda Yetkilerinin Yeterliliği | 113 |
| 2.4.12. | Acil Servis Personelinin Hizmet Sunumunun Teşvik Edilmesine Yönelik Faktörlerin Değerlendirilmesi | 113 |
| 2.5. | Acil Servislerde Yaşanan Sorunlar İle İlgili Bilgiler . . . | 114 |
| 2.5.1. | Acil Servisteki Hizmet Gruplarının Çatışması . | 114 |
| 2.5.2. | Acil Servislerde Tıp Teknolojisinin Güncel Kullanımı | 115 |
| 2.5.3. | Çalışma Grubunun Çalışma Ortamını Tanımlaması | 115 |
| 2.5.4. | Acil Servis Hizmetlerinin Yürütülmesinde Karşılaşılan Sorunlar | 116 |
| 2.5.5. | Acil Servislerde Uygulanan Çeşitli Prosedürler | 116 |
| 2.5.6. | Acil Servislerde İhtiyaç Halinde Uzman Doktora Ulaşım Süresi | 117 |
| 2.5.7. | Acil Servisteki Hizmetlerin Aksama Nedenleri | 117 |
| 2.5.8. | Acil Servislerde Yeni Düzenleme Gereksinimi | 118 |
| | SONUÇ VE ÖNERİLER | 119 |
| | EKLER | 123 |
| | KAYNAKÇA | 130 |

TABLOLAR LİSTESİ

| | | |
|------------------|---|------------|
| Tablo 1: | Acil Durumlar | 3 |
| Tablo 2: | Afet Hazırlığında Değerlendirilmesi Gereken Etkenler | 40 |
| Tablo 3: | Hastane Afet Hazırlığında Değerlendirilmesi Gereken Etkenler | 41 |
| Tablo 4: | Acil Servise Gelen Yıllık Hasta Sayısına Göre Bulunması Gereken Hekim Sayıları | 56 |
| Tablo 5: | Acil Serviste Hasta Bakım Niteliğinin Yükseltilmesine Yardımcı Olacak İcapçı Uzman Listesi | 57 |
| Tablo 6: | Bir Hastane Acil Servisi İçin Uygun Olabilecek Hemşire: Yatak Sayıları | 58 |
| Tablo 7: | Triaj Kategorilerinin Tanımı ve Bu Durumlara Uyan Örnekler | 72 |
| Tablo 8: | Travmaya Bağlı Göğüs Ağrısında Triaj | 74 |
| Tablo 9: | Çalışmaya Katılan Acil Servis Hemşirelik Hizmetleri Yöneticilerinin Yaşlarının Dağılımı | 95 |
| Tablo 10: | Çalışmaya Katılan Acil Servis Yöneticilerinin Ünvanları | 95 |
| Tablo 11: | Çalışmaya Katılan Uzman Doktorların İhtisas Dalları | 96 |
| Tablo 12: | Çalışmaya Katılan Acil Servis Hemşirelik Hizmetleri Yöneticilerinin Aldıkları Eğitimin Dağılımı | 96 |
| Tablo 13: | Acil Servis Hemşirelik Hizmetleri Yöneticilerinin Şu Anda Çalıştıkları Acil Servislerdeki Görev Sürelerinin Dağılımı | 97 |
| Tablo 14: | Araştırmaya Katılan Acil Servis Yöneticilerinin Çalıştıkları Hastanelerin Statüleri | 98 |
| Tablo 15: | Çalışmaya Alınan Acil Servislerdeki Personelin Sayısal Dağılımı | 99 |
| Tablo 16: | Acil Serviste Çalışan Hemşire, Sağlık Memuru, Paramedik ve Hizmetlilerin Eğitim Durumlarının Dağılımı | 99 |
| Tablo 17: | Acil Servislerdeki Ek Hizmet Birimlerinin Sayısal Dağılım Durumu | 100 |

| | | |
|------------------|---|------------|
| Tablo 18: | Acil Servislerin Yıllık Başvuru, Yatak Sayıları ve Oranları | 101 |
| Tablo 19: | Yeni Başlayan Personelin Eğitimi | 102 |
| Tablo 20: | Sürekli Eğitim Veriliyorsa Kimler Tarafından Verilmektedir | 103 |
| Tablo 21: | Acil Servislerin Bağlantıda Olduğu Kurumlar | 105 |
| Tablo 22: | İletişim Araçları | 106 |
| Tablo 23: | Kayıtların Depolanması | 106 |
| Tablo 24: | Laboratuvar Hizmetleri | 107 |
| Tablo 25: | Acil Servis Yöneticilerinde Bulunması Gereken En Önemli Özellik | 108 |
| Tablo 26: | Acil Servisin Hastane İçindeki Yerinin Uygunluğunun Dağılımı | 110 |
| Tablo 27: | Acil Servis Yöneticileri Tarafından Çalıştıkları Acil Servislerin Kaynaklarının Yeterliliğinin Değerlendirmesi | 110 |
| Tablo 28: | Acil Servislerde Yürütülen Hizmetlerin Değerlendirilmesi | 111 |
| Tablo 29: | Hizmet Üretimini Etkileyen Faktörler | 112 |
| Tablo 30: | Acil Servis Yöneticilerinin Yetkilerini Değerlendirmeleri | 113 |
| Tablo 31: | Acil Servis Çalışanlarının Teşvik Edilmesinde En Önemli Etken | 114 |
| Tablo 32: | Acil Serviste Gelişen Tıp Teknolojisinin Güncel Olarak Uygulanamamasının Nedenleri | 115 |
| Tablo 33: | Acil Servis Hizmetlerinin Yürütülmesinde Karşılaşılan Sorunlar | 116 |
| Tablo 34: | Prosedürler | 116 |
| Tablo 35: | Acil Servis Hizmetlerinin Yürütülmesinde Karşılaşılan Sorunlar | 118 |

GİRİŞ

Acil tıp hizmetleri hastanenin merkezinde yer alan, topluma kaliteli sağlık hizmeti sunmaya çalışan ve bugün tüm dünyada özellikle batı ülkelerinde üzerinde çok durulan bir konudur. Amerika Birleşik Devletleri'nde acil birimlere başvuran hasta sayısı son yirmi yıl içinde neredeyse iki katına çıkmıştır. şu anda her yıl yaklaşık 100 milyon hasta acil birimlerinde muayene edilmektedir.

Hizmet alan halkın bir çoğuna göre hastane acil servisle özdeştir; yaşamları boyunca en az bir kez başvurulan bir yer olduğu için hastanenin temsil edildiği birimdir. Bazen acil servis başvurularının yatan hastaya oranı 5'e bir olabilmektedir. Acil servis, sadece acil sağlık hizmetini sunmakla kalmamakta, yataklı birim ve polikliniklere açılan bir kapı olmaktadır. Bir hastane eğer kaliteli hizmet vermek ve birinci sınıf görünüm sunmak istiyorsa acil servisinde birinci sınıf olması gerekir.

Acil servisler, acil sağlık zincirinin en önemli birimlerinden birini oluşturur. Bu zincir acil yardım ve kurtarma ile başlayıp, taşıma, acil ve kaza servisleri ve rehabilitasyon hizmetleriyle devam etmektedir. Zincirin halkalarından birindeki bozukluk veya başarısızlık diğer tüm halkaları da etkilemektedir. Bu durum konunun önemini ve problemin saptanmasındaki güçlüğü ortaya koymaktadır.

Acil servisin hastanenin bir ayrıntısı veya bağımsız bir nitesi olduğu şeklindeki düşünceler artık kabul görmemektedir. Bugün hastane acil servisi, bölgesel acil hizmet ağının bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ne yazık ki; lkemizde Acil Hizmetler Ağı oluşturulması için gerekli alt yapı henüz oluşmamıştır.

Ülkemizde artan nüfus, trafik ve sanayileşmedeki gelişmeler, ülkemizin jeolojik yapısı vb. nedenlerden dolayı her an bir acil ve afet olayı ile daha sık karşılaşılmaktadır.

Buna bağlı olarak kaliteli, bilinçli, isabetli ve süratli bir Şekilde sağlanan acil yardım hizmetleri ile ölenlerin en az %30-40'ının kurtarılmasının mümkün olduğunu belirtmekte fayda vardır. Bu nedenle acil hasta ve yaralıların lme doğru gidiŐlerini engellemek, yaŐamla ölüm arasındaki tablodan geriye döndürülmeleri ve tedavileri, tıbbın diğer dallarından daha fazla imkan ile modern tıp bilgilerini sistematik bir Şekil ve koordinasyon içinde kullanmayı gerektirir.

Birinci Bölüm

TEMEL KAVRAMLAR

1. ACİL VE ACİL TIP KAVRAMLARI

Acil sözcüğü terim olarak bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık bütünlüğünü bozan ve yaşamsal tehlikeye eğilimli durumdaki hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın acilen verilmesi anlamını taşımaktadır.¹

Bazı organ sistemlerinin fonksiyonlarındaki bozulmaya, organizmanın uzun süre tahammül edebilmesi mümkün değildir. Bu tür bozukluklara “Acil Durum” denmektedir. Acil durumlar, müdahale için gerekli süre ve müdahale şekli yönünden sınıflandırılabilir.

Tablo 1: Acil Durumlar

| | | |
|-----------|---------------------------------|---|
| 1. DERECE | Hafif yaralanma veya hastalanma | Evde veya acil serviste basit pansuman veya ayakta tedavi |
| 2. DERECE | Ağır yaralanma veya hastalanma | Donanımla ambulansla olay yerinde erken dönemde ileri düzey yaşam desteği, donanımlı acil serviste tedavi |
| 3. DERECE | Kritik hasta veya yaralı | Uzman Tıp Merkezinde (Yanık Merkezi gibi) tedavi |

Ayrıca sebeplerine göre acil vakaları, travma veya medikal vakalar şeklinde sınıflama eğilimi yaygın bir uygulamadır.²

¹S.OKTAY, G.AKSOY, B.YÜRÜGEN, **Acil Hemşireliği**, (İstanbul: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, 1990). s.1.

²Ayhan ÖZŞAHİN, **Hastane Yöneticiliği**, (Nobel Tıp Kitabevi, 1997), s.370.

Acil yardım, ilkyardım ile kurtarılan ve hayati fonksiyonları işler hale getirilen veya korunan kişiyi ilgili yerlere süratle haber vererek, içinde yetkili araç ve gereci, eğitim görmüş sağlık ekibi bulunan araçlarla (ambulans, helikopter) hem acil hem de iyileştirici tedavinin yapılabileceği sağlık kuruluşlarına getirme, taşıma ve hastanede bu tedavinin yapılmasıdır.³

Acil yardım ve kurtarma hizmetleri bir ülkenin fertlerinin sağlığına verdiği önemi gösterir.

2. ACİL SERVİSLERİN TARİHÇESİ

Acil servis bölümü, sadece kazada yaralananlara hizmet vermekten ve diğer dış hasta kabulü yapan bölümlerden daha farklı bir yapıdadır. Bu birimde daha fazla iletişim, sistemler arası bağlantı ve 24 saat çalışma vardır. Kazada yaralananlar, acil servis hastalarının yalnızca bir bölümüdür ve acil servis hastaları bir kaza sonucu yaralananlar ve acil müdahale gerektirecek kadar hasta olanlardır.

Modern anlamda acil servisler, hastane dışında verilemeyen tıbbi, cerrahi ve psikiyatrik tedavinin uygulandığı birimlerdir.⁴

Hastanelerin ilk zamanlarında, acil servis odası, kaza odası ya da kaza servisi olarak adlandırılıyordu. Kaza odasında, trafik kazası, ev kazası ya da iş kazası sonucunda cerrahi problemlerle karşılaşan hastaların tedavisi yapılırdı. Bu sırada hastane yönetimi, kaza odalarını gerekli bir toplum servisi olarak görüyordu. Ancak çekici bir hastane ürünü olarak görmüyordu. Eski bir tıbbi yayın kaza odasını şu şekilde tanımlıyor: “Bodrum katında doğdu ve 1960'lara kadar bodrum katında kaldı.”

³T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, I. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Kongresi Çalışma Grupları Raporları, (Ankara 1992). s.284.

⁴M. TITLE and Monica J. DANOFRIO, *Handbook of Administrative Policies and Procedures in Health Care Management of Patients* Manroe, (1996), s.73.

II. Dünya savaşı ile birlikte bazı şeyler değişmeye başladı. Tıbbi okullar ve eğitim hastaneleri uzmanlar yetiştirdikçe ve pratisyen doktorlar genel tıbbi görüntülerinden kurtuldukça, hastalarda sıradan hastalıkları ve küçük sorunları için başvuracakları, başka bir yer olmadığını anladılar. Kaza odası hastanenin en sık olarak açık bulunan yeri ve en dayanıklı bölümü oldukça, birçok toplumda sürekli gidilen klinikler haline geldi.⁵

Acil ve kaza servislerine başvuranların sayısının hızla artması ve her iki dünya savaşının getirdiği tıbbi tecrübeler, ilkyardımın önemi, insanların bilinçlenmesi, gelişen tıbbın teknoloji acil servislerinin gelişmesinde önemli rol oynamıştır. Genelde tüm kazalarda ölümlerin %10'u ilk 5 dakikada, %50'si ilk 30 dakikada meydana gelmektedir. Uzmanlar bilinçli, kaliteli, isabetli ve süratli bir şekilde sağlanan acil yardım hizmetleri ile ölenlerin en az %20'sinin kurtarılmasının mümkün olabildiğini belirtmektedirler.⁶

A.B.D.'nde 1972 yılından itibaren Acil Tıp Servisleri (Emergency Medical Services: E.M.S.) kurulmaya başlamış ve büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Dahili ve cerrahi bölümleri olan acil tıp merkezlerinin yanında travma merkezleri de gelişmiştir.⁷

Acil sağlık hizmetleri ile ilgili tarihi gelişim sadece bina ve donanım gibi maddi unsurlara yönelik olarak değil eğitim ve uygulama alanlarını kapsayacak şekilde olmuştur. Tıp ve sağlık alanındaki gelişmeler sonucunda acil hekimlik konusu ayrı bir uzmanlık dalı haline gelmiştir. 1979 yılında "Amerikan Tıp Uzmanlar Kurulu" acil hekimliği yirmi üçüncü tıp bilimi dalı olarak kabul ederek bu konuda ilk sınav da bu kurul tarafından yapılmıştır.⁸

⁵Donald SNOOK, **Hospitals What They Are And How They Work I**, (1992), s.47.

⁶James D. HECKMAN ve Ronald E. ROSENTHAL, **Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı ve Nakledilmesi**, Çev: Tarık Minkari, (İstanbul: Nosetti Ltd., 1991), s.13.

⁷Ertuğrul GÖKSOY, "Acil Bakım ve Hekimlik Hizmetlerine Toplu Bakış". **Acil Hekimlik Sempozyumu**, (1997), s.11.

⁸Lidia PAUSADA, Harold H. OSBORN, David B. LEVY, **Emergency Medicine**, (Hong Kong: Williams&Wilkins, 1997), s.3.

Ülkemizde 1995 yılında Acil Tıp Derneği kurulmuş, şu anda onsekiz üniversite de uzmanlık dalı olarak Acil Tıp Uzmanlığı asistanlık programları başlatılmıştır.

3. YÖNETİM KAVRAMI

Yönetim insanların işbirliğini sağlama ve onları bir amaca yöneltme ve yürütme faaliyet ve çabalarının toplamıdır.⁹

Başkaları aracılığı ile amaçlara ulaşma şeklinde açıklanan yönetim kavramı, çeşitli yazarlar tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bazı tanımlar şu şekildedir;

Fayol'a göre yönetim: "planlama, örgütleme, yönlendirme, koordinasyon ve denetleme eylemlerinden oluşan bir olgudur."

Bodiguel'e göre yönetim: "Yöneticilerin emri altında bulunan kanunların uygulanmasını sağlamaya yarayan maddi ve manevi araçların bütünüdür."

Wot'a göre yönetim: "İnsanlara iş yaptırma bilim ve sanatıdır."

Newman'a göre yönetim: "bir gruba bağlı kişilerin çabalarının ortak bir amaca yöneltmesine yol gösterme ve bunların denetimini sağlamadır."

Görüldüğü gibi yönetim kavramının tanımında hala tam bir görüş birliği yoktur. Fakat, bütün bu karışıklık ve çeşitliliğe karşı yönetimin üzerinde en çok görüş birliğine varılan tanımı: "Yönetim, başkaları vasıtası ile iş gördürmektir." şeklinde tanımlama olmuştur.

⁹İnan ÖZALP. **Yönetim ve Organizasyon**, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi ESBAY Yayınları, 1986), s.162.

Yönetim, birden fazla kişinin varlığı ile ortaya çıkan bir grup faaliyettir. Bu faaliyetler, yönetim fonksiyonları sayesinde yürütülürler.¹⁰

Yönetim, önceden saptanmış ve belirtilmiş bir amacın gerçekleştirilmesi için insan gücü, para, zaman, malzeme ve yer unsurlarının daha verimli, daha ekonomik ve daha iyi bir biçimde kullanılması anlamına gelmektedir. Bu nedenle iyi bir yönetim, kalkınmanın daha ucuz ve daha çabuk sağlanmasında önemli bir etkidir.¹¹

4. YÖNETİM FONKSİYONLARI

Yönetimin başarı ile uygulanabilmesi için belirli faaliyetlerin yerine getirilmesi gereklidir. Birbirini takip eden bu faaliyetler yönetimin fonksiyonları olarak adlandırılırlar. Bu fonksiyonlar nerede olursa olsunlar zorunlu olarak aynıdırlar ve bu nedenle evrenseldirler.¹²

4.1. Planlama Kavramı

4.1.1. Planlamanın Tanımı

Planlama, yönetimin ilk fonksiyonudur. Bu fonksiyonda; nereye, niçin, nasıl, hangi araç ve yöntemlerle, kimlerin işbirliği ile, ne zaman ve nerede ulaşılabileceği belirlenir. Amaçlara ulaşmak için araçlar ve yollar kararlaştırılır.

Planlama, amaçlara ulaşmayı sağlayan yolları belirten, ne yapılacağını önceden kararlaştıran, yeni; tasarlanan bir eylem biçimi ve yönetimin temel anahtarıdır.¹³

¹⁰Bilal AK, **Hastane Yöneticiliği**, (Ankara: 1990), s.3.

¹¹Nuri TURTOP, Eyüp G. İSBİR ve Burhan AYKAÇ. **Yönetim Bilimi**, (Ankara: 1993), s.21.

¹²AK, a.g.e., s.4.

¹³AK, a.g.e., s.6.

Planlama ileriye önceden görmek, bir başka deyimle belirli bir hareketi, yürütme sırasında değil, önceden kararlaştırmaktır. Örgütlerin yönetilmesi için, önce amaçların saptanması, izlenen politikanın geliştirilmesi ve bir yürütme planının hazırlanması zorunludur. Kuruluşların çalışmalarının başarılı olması, planların iyi hazırlanmasına bağlıdır.¹⁴

4.1.2. Hastanelerde Planlama

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri “müdahale, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşları olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde ise hastaneler “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır.¹⁵

Sağlık problemi, gelişen teknoloji sonucu çok geniş alana özgü disiplinler arası bir şekle dönüşmüş ve rasyonel planlamayı zorunlu kılmıştır. Sağlık sisteminin önemli bir alt sistemi olan hastanelerde de planlama adı altında toplanan yönetim politikalarının belirlenmesi hastane amaçlarının tespiti ile başlamaktadır. Hastane planlaması mikro düzeyde bir planlamadır ve hastanede iç düzenlemeyi ve hastanedeki birimler arası koordinasyon ile işbölümünü düzenlemeyi, hastane maliyetlerini düşürmeyi, hastane işlerinin düzenli yürütülmesini gibi olanaklara imkan sağlar.

Hastane standartlarının tesbit edilebilmesi için iş analizlerine, iş ölçümlerine vb. teknik çalışmalara ihtiyaç vardır. Faaliyetlerin üretim plan ve programlarının

¹⁴TURTOP. İSBİR ve AYKAÇ, a.g.e., s.51.

¹⁵Hikmet SEÇİM. *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*, (İstanbul: 1991), s.5.

hazırlanması konusunda standart zamanlara dayalı performans standartlarına, kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamak için de iş ölçümü tekniğine ve onlara dayalı planlamaya ihtiyaç vardır. Planlamanın doğru ve güvenilir olabilmesi için standartların çok iyi tespit edilmesi gerekir. Bu standartlar ülkeden ülkeye farklılıklar taşımaktadır.¹⁶ Planlama fonksiyonu hastanelerin bütün alanlarında uygulanabilen bir fonksiyondur. Sağlık hizmetlerinin üretim planlamasından, personel planlamasına, servis planlamasından ameliyathane planlamasına, bütçeden diğer genel ve özel hizmet birimlerinin planlamasına kadar geniş bir kullanım alanı vardır.

Hastanelerin en önemli birimlerini oluşturan kliniklerin planlaması, vazgeçilmesi mümkün olmayan çalışmaların başında gelmektedir. Hastanenin hangi çeşit kliniklere ihtiyacı var, tespit edilen kliniklerin yatak sayıları, olan miktarları, odaların kaçar yataklı olacakları, tuvaletleri, banyoları, servis rutin laboratuvarı, hemşire çalışma mahali, tıbbi sekreter birimi, klinik şef ve doktorların odaları, yemek ofisi ve çok amaçlı odalarla planlanması gerekir.¹⁷

4.2. Örgütlenme Kavramı

Örgüt kurmak ve geliştirmek, yöneticinin ödevidir. Bu nedenle her yönetici, örgütün nasıl kurulacağını iyi bilmelidir. Örgüt kurmak, amacın gerçekleştirilmesi için işleri bölümlerine, sonra işbirliği ve eşgüdüm yoluyla bunları birleştirme etkinliğidir. Bu bir bakıma, bir amaç uğruna çalışacak kimselerin birbiriyle olacak ilişkilerini, bir esasa bağlamak demektir.¹⁸

Planların verimli ve ekonomik bir biçimde uygulanması için gerekli koşullar sağlama ve devam ettirme yolundaki çalışmalara örgütlenme denir.¹⁹

¹⁶AK. a.g.e., s.13.

¹⁷AK. a.g.e., s.15.

¹⁸Cavit BİNBAŞIOĞLU, Eğitim Yöneticiliği, (Ankara: 1983), s.34.

¹⁹TURTOP, İSBİR ve AYKAÇ. a.g.e., s.72.

Örgütlenme süresine ilişkin faaliyetler, yapılacak işlerin belirlenmesi ve planlanması, personelin belirlenmesi ve atanması ile yer, araç ve yöntemlerin belirlenmesi evrelerinde toplanmaktadır.

Yapılacak işler, temel olarak planlama evresinde belirlenir. Ancak bu işleri, en az emek ve masrafla görebilecek şekilde bölmek, sıralamak, düzenlemek, gruplamak, kısımlara ayırmak ve iş birimleri biçimine sokmak örgütlemeye ilişkindir.

İş ve faaliyetlerle ilgili konular tamamlandıktan sonra, bunların kimler tarafından yapılacağı tespitine sıra gelir. Burada, işlerin gerektirdiği bilgi, beceri, deney vb. nitelik ve yeteneklerin belirlenmesi ile bunların personelde bulunup bulunmadığını araştırıp işi personele uydurmak gerekir.

İş görmek için yetki ve sorumluluk yüklenen bireylere bunun için gerekli olan araç ve imkanları da sağlamak zorundadır.²⁰

4.3. Yürütme (Emir-Komuta-Yöneltme) Kavramı

Yürütme (emir, komuta, yöneltme) fonksiyonunun nitelik ve önemi, konunun insan olmasından ileri gelmektedir. Yönetici, insancıl öge ile bu evrede buluşur. Çünkü, örgütte bir iş görmek üzere sürekli olarak çalışan kişiler, psikolojik ve toplumsal niteliklerini yavaş yavaş ortaya koyarlar ve böylece, hergün çözümlenmesi gereken sorunların ortaya çıkması imkanı doğar. Bu nedenle yürütme fonksiyonu, dinamik bir yönetim faaliyetidir. Bu fonksiyon ile örgüte canlılık ve dinamizm gelir. Yöneticinin başarısı yürütme fonksiyonundaki başarı derecesine sıkı sıkıya bağlıdır.²¹

Yürütme, örgütün amaçları doğrultusunda personeli çalıştırabilme veya çalıştırmadır. Yönetimde, en güç ve en önemli iş, yürütme işidir. İnsanlar ne zaman ve

²⁰AK. a.g.e., s.17-18.

²¹AK. a.g.e., s.46.

nasıl çalıştırılırlar sorunu güç bir sorundur. İnsanları verimli bir şekilde çalıştırabilmek için türlü usullerden yararlanılır. Örneğin ödül verme ve cezalandırma gibi motivasyon (güdülenme) yöntemleri vardır. Bunlardan ustaca yararlanmak gerekir. Gelişi güzel uygulamalar ters sonuçlar verir. Uygulanacak yöntem, insandan insana da değişir. Herkese aynı usuller uygulanamaz. Herkesin durumuna ve kişiliğine uygun ödül ve ceza usulleri uygulanmalıdır.

Gerçekten insanlar anlaşılabilirliği güç olan yaratıklardır. Uygarlığın çok ileri olduğu çağımızda, henüz insanların neler düşündüğünü ve aklından neler geçirdiğini bilmeye yarayacak makina bulunmamıştır. Bu güçlüğü rağmen, yönetici çalıştığı kuruluşta, olanaklar elverdiği ölçüde anlamak ve anlamaya çalışmak zorundadır. Bunda başarı sağladığı oranda, iş verimi ve yöneticinin başarısı artar. Kararların uygulanması kolaylaşır.

Yönetme, emretme, kumanda etmek, karar vermek ve uygulamak anlamına gelir. Bir kuruluşun, tüm çalışmalarını uygulama ve başarıyı artıracak biçimde, uyumlu hale dönüştürme yönetme demektir.

Yönetimin kapsamına, insanların yönetilmesi, usullerin yönetilmesi ve kaynakların yönetilmesi olarak üç konu girer. Yönetimin beş unsuru vardır.

- A. Karar vermek,
- B. Haber vermek,
- C. Harekete geçirmek,
- D. Örgütlendirmek,
- E. Yükseltmek'tir.

Bir örgütte, amacın yönetici tarafından seçilmesi karar vermeyi gerektirir. Bu karar alt makamlara ulaştırılmalıdır. Bu haberleşme yani haber vermedir. Ulaştırılan

haberinin uygulanmasını sağlamak için, ilgililerin gerekli bilgi ve yeteneği edinmelerini yani eğitilmelerini zorunlu kılar. Bu geniş ölçüde bir örgütlenme sorunudur. Girişilen çabaların canlandırılması, iyi yönde ve sürekli olarak personelin göreve bağlılığının ve uyanık olmasının sağlanması yani harekete geçirilmesi gerekir. Son olarak da çalışan personelin olanak ve yeteneklerini gözönünde tutarak, onları sürekli olarak güdüleme, teşvik etmek suretiyle çalışmalardan en iyi verim elde etmek sözkonusudur.²² Yürütme sürekli bir görevdir. Yürütme gözetimin bir ögesidir. Yürütme otoriteye dayanır. Otoritesiz başarılı bir yönetim düşünülemez. Bir kuruluşun yönetilmesi liderliği gerektirir. Kuruluşun başında bulunan yönetici liderdir. Bütün bu çalışmalar insanların çabalarına ve lidere bağlıdır.²³

4.4. Eşgüdüm (Koordinasyon) Kavramı

Koordinasyon, yönetimle ilgili birimlerin belli bir amacı gerçekleştirmek için aynı konuda çalışan diğer kuruluşlarla ve birimlerle işbirliği yapmaları demektir. Bazı yönetim bilimi uzmanları, koordinasyonu yönetme, sevk ve idare karşılığı olarak ele almakta ve yönetmeyi, sevk ve idareyi koordinasyon sağlamak olarak tanımlamaktadırlar.²⁴

Koordinasyon örgütün bütünlüğünü ve dolayısı ile varlığını sağlayan etmenlerin başında gelir. Örgüt, grup halinde çalışma, aynı amaca doğru çaba harcama kısaca bir sistem ve işbirliği mekanizmasıdır.

Örgütte her bölüm diğerlerinin ne yaptığından haberli ve onlarla uyumlu olarak faaliyetlerini sürdürür ve her bölüm, değişen şartlara, sürekli olarak uyum gösterirse iyi bir koordinasyondan bahsedilebilir. İyi bir örgütün sorumlusu örgütün tepe yöneticisidir.²⁵

²²TURTOP, İSBİR ve AYKAÇ, a.g.e., s.117-129.

²³AK. a.g.e., s.48.

²⁴TURTOP, İSBİR ve AYKAÇ, a.g.e., s.148.

²⁵AK. a.g.e., s.50.

Koordinasyonun üç unsurundan bahsedebiliriz. Bunlar sırasıyla:

- Ahenkli birleştirme,
- İşbirliği,
- Teşvik olmaktadır.²⁶

Eşgüdüm, uzmanlaşmanın bir sonucudur. Örgütte eşgüdümünden sorumlu kişi ve eşgüdümü sağlayan kurullar, tıpkı bir orkestra şefi gibi çalışır. Eşgüdümünden sorumlu kişi, bir danışmacı değil, bir icracıdır. Yönetimin parçalanıp verimsiz hale gelmemesi, ters yöndeki uygulamaları durdurması için eşgüdüme gereksinme vardır.

Henri Fayol'a göre eşgüdüm, yönetimde örgütün çeşitli kısımları arasında "bağ kurma" sürecidir.²⁷

4.5. Denetleme (Kontrol) Kavramı

Kontrol, yönetim fonksiyonunun sonucusudur. Örgütlerin elde ettiği gerçek sonuçlara, önceden tesbit ettiği amaçları biraraya getirmek, her ikisi arasındaki farkları tesbit etmek ve bundan sonra amaçlarında ve uygulamalarında elde edilen sonuçlara göre gerekli değişiklikleri yapmaktadır. Kontrol fonksiyonu, diğer fonksiyonların neyi, nasıl ve hangi ölçüde başardığını araştırır.²⁸

Yönetim bilimciler genellikle denetimi, yönetim faaliyetlerinin kabul edilen plana, verilen direktife ve konulan ilkelere uygun olarak etken bir şekilde yapılıp yapılmadığını belirten araç olarak tanımlarlar.

²⁶TURTOP, İSBİR ve AYKAÇ, a.g.e., s.149.

²⁷BİNBAŞIOĞLU, a.g.e., s.35.

²⁸AK, a.g.e., s.61.

Denetim; belirli bir planın yapılması, çalışmaların gözetimi ve rapor edilmesi, elde edilen sonuçlarla arzulanan sonuçların karşılaştırılması ve gerekli düzeltici faaliyetlerde bulunulması aşamalarının varlığı halinde sözkonusudur.²⁹

Kontrol fonksiyonu ile planlama işlerine yardımcı olunur. Hata ve hataların tekrarı önlenir. Personel, programın etkinliği, özel projeler ve diğer işlemler kontrol edilir. Planların öngördüğü sonuçlara ne ölçüde ulaşıldığı tesbit edilir ve faaliyetlerin aksamaması sağlanır. Kontrol sonucunda yönetici iyi çalışmayan bir projeyi durdurabilir veya uygulama yolunu değiştirebilir. Yanlış giden planlar sonucunda belirlenen problemlere zamanında tedbir alınır. Kontrol fonksiyonu sorumluluk ve hatadan dolayı suçlama yönünden rahatsız edici, terfi, transfer, görev değiştirme, düzeltici işlemler yapma açısından önemli özellik taşır.

İyi kontrol sisteminin gerçekleştirilmesi için şu niteliklerin sağlanması gereklidir.

- Kontrol sistemi, ilgili çalışmaların kapsam ve gereklerine uygun olmalıdır.
- Plandan sapmaları, imkan bulduğu kadar çabuk bildirmelidir.
- Umulmayan olaylar karşısında özellik göstermelidir.
- Yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde belirtilmelidir.
- İstisnalar üzerine çabaları yoğunlaştırmalıdır.

Kontrol fonksiyonu icra edilirken, kişisel gözlem, iç kontrol, raporlar, istatistikler gibi kontrol araçlarından yararlanılmaktadır.³⁰

²⁹TURTOP, İSBİR ve AYKAÇ, a.g.e., s.160-162.

³⁰AK, a.g.e., s.62.

İkinci Bölüm

HASTANELERDE ACİL SERVİS YÖNETİMİ

1. ACİL SERVİSİN PLANLAMASI

Bu bölümde acil servisin yönetimi ve işleyişi yönetim fonksiyonları açısından ele alınıp ayrıntılı olarak incelenmiştir.

1.1. Acil Servis Planlama İşlevi

Amerikan Acil Hekimleri Birliğinin önerilerine göre, eğer acil servisin kuruluşuna veya yeniden yapılandırılmasına karar verilmişse, plan uygulamadan önce analiz ve hesaplar yapılır. Acil servisin toplumun ihtiyaçlarına cevap vermesi ve bölge ile uyumlu olması için hastanenin misyonu ve dış çevresi ayrıntılı olarak tanımlanır. O andaki mevcut durum ile gelecekte nerede ve nasıl olunması gerektiği plan üzerinde belirtilir. Hastanenin ve çevresinin bulunduğu yerle ilgili değişiklik ve gereksinimler belirlendikten sonra acil servis ve acil servisle bağlantılı diğer hastane servislerinin kullanımı kapasite ve olanak kaynakları değerlendirilebilirler. Gereğinde planda değişiklik yapmak için çeşitli seçenekler belirlenir.

Hastanın hizmet verdiği nüfusun istatistiksel analizi yapılarak hastalıkların popülasyonu, insidansı, kaza ve yaralanmalar, demografik özellikler, yaş cinsiyet belirlenir. Böylece acil servis ihtiyaçlarına göre düzenlenir. Örneğin; çocuk kazaları çok oluyorsa çocuk acil kapasitesinin artırılması, yanık ve kimyasal kazalar çok oluyorsa yanık merkezinin daha geniş tutulması gibi.

Acil servis kurulmadan önce verilen hizmetin yerinde ve eksiksiz olması için aşağıdaki istatistikler mutlaka çıkarılmalıdır.

- Son beş yılda acil servis ziyaret edenlerin sayısı,
- Gelecek beş yılda ziyaret edecek olanların sayısı,
- Acil servise başvuran hasta ve yaralıların sayısı, nedenlerine göre sınıflandırılması ve oranları saptanır.

Sınıflandırma yapıldıktan sonra gelecek hastaların yüzde oranları belirlenir. Bu oranlar acil servisin kurulmasında ve yeniden yapılanmasında bölüm kapasitelerinin düzenlenmesine yardımcı olur.

Plan için analiz ve amaçlar belirlendikten sonra planın sonunda kontrol yapılarak amaca uygun olup olmadığı kontrol ölçümleriyle belirlenir. Finans için ise hastanenin kendi kaynakları ile dış kaynakları araştırılarak hesaplanır.³¹

Acil tıp servisinin planlaması iki ana kavrama bağlıdır.

- Birinci, planlama süregelen aktif bir eylemdir.
- İkincisi ise, amaca yönelik olmalıdır. Bu amaçlar statik değildir.

Buna rağmen amaç belirli olmalıdır ve ana amacı tıbbi acil ve kazalardan kaynaklanan ölümler ve sakatlanmaları azaltmaktır. Diğer amaçlardan örnekler verecek olursak;

1. Acil tıp servisi olan hastaneler müşterek çalışmalar sonucu standart içinde güven kazanmış olması gerekmektedir.
2. Bütün ambulans çağrılarına cevap süresi ortalama 10 dakikadan az olmalıdır.

³¹ Leonard M. RIGGS, **Emergency Department Design**, (Indianapolis: 1993) s.25-30.

3. Alkole bağlı kazaların sebep olduğu ölümler, tüm bölgelerde en düşük seviyede olmalıdır.

Acil Tıp Servisi planlama işlevi dört aktiviteden oluşmaktadır;

1.1.1. Amaçları Ortaya Koyma

Acil Tıp Servisi sistemi birçok ayrı fakat birbiriyle ilişkili elemanlardan oluşmaktadır. Bunlar haberleşme, halkın eğitimi, taşıma vb. sistem için hedeflenen amaçların tümü, bütün bu maddelere hitap etmelidir. Amaçlar sistemin; a) Şekline, b) İşlerine, c) Sonuca hitap eden ifadeler olarak sınıflandırılabilir.

a. Sistemin şeklini hedef alan amaçlar. Örneğin bu amaçlar sistemde çalışacak kişi sayısını, kabiliyetini, eğitim seviyesini hedef alabilir veya sistemde yer alacak birimlerin sayısını, lokalizasyonu, donanım kapasitesini, araçları ve diğer kaynakları kapsayabilir. “Acil departmanına sahip hastaneler birleşik komisyonunun standartları içinde güven sertifikası kazanmış olmalıdır” ifadesi sistemin, şeklini hedef alan amaca örnektir.

b. Sistemin işlevini hedef alan amaçlar. “Bütün ambulans çağrılarında ortama cevap süresi 10 dakikadan az olacaktır” ifadesi sistemin işlevini hedef alan amaca örnektir.

c. Sonuçlara hitap eden amaçlar, “alkole bağlı kazalardan kaynaklanan ölümler, herhangi bir coğrafik bölgelerinde en düşük seviyede olmalıdır” ifadesi sonuçları hitap eden amaçlara örnektir.³²

³²İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Hekimlik Sempozyumu, (İstanbul: 1997), s.20.

1.1.2. Güncel Sistemin Tanımlanması

Acil servis ihtiyaçları acil servise başvuran kişi veya acil servis çağırılan kişi sayısına problemlerin tipine (travma, kalp krizi vb.) yaşa (çocuk, yaşlı) günün hangi zamanında veya haftanın hangi gününde bulunmasına göre değişmektedir. Mevsimsel değişikliği ele alacak olursak, yazın boğulma olayları kışın trafik kazaları gibi.³³

1.1.3. Program Amaçları Belirleme

Myocard infarktüsü geçiren hastaların sadece %40'ı ileri kardiak destek sertifikasına sahip doktorlar tarafından tedavi ediliyorsa hedef bu oranı %75'e çıkararak olmalıdır.³⁴

1.1.4. Program Geliştirme

Eğer boğulma ve kalp vakalarının oranı acil servis departmanlarına geliş zamanında varış oranını arttırmak %50'i aşma hedeflenirse, ileri yaşam destek ünitelerinin;

- Sağlanması veya yenilerinin açılması,
- Ambulansın nasıl çağırılması konusunda halkın eğitilmesi,
- Acil servis göndericilerinin eğitilmesi gerekmektedir.

Acil servisler çoğunlukla tam teşekküllü büyük hastanelerde kurulmaktadır. Ortalama olarak 150000 nüfusa 30-35 yatak düşecek şekilde acil ve kaza servislerinin planlanması gerekmektedir.³⁵

Acil serviste gözlem için kullanılacak hasta sayısı için yılda 2000 acil başvuruya

³³İ.Ü. Cerrahpaşa..., s.20-21.

³⁴İ.Ü. Cerrahpaşa..., s.21.

³⁵AK. a.g.e., s.36.

bir yatak planlanması önerilmektedir. İdeal olanı bu yatakların tek hastalık odalar şeklinde organize edilebilmesidir. Ancak maliyetin yüksekliği daha esnek çözümleri gündeme getirmektedir. Tekerlekli masalara monte edilmiş cihazlar ve tekerlekli yatakların kullanımıyla, çok yataklı koğuşlar oldukça kullanışlı hale getirilebilir. Yine de ajite ve ölümcül hastalar için (en az % 10 oranında) tek yataklı (iyi ses yalıtımlı) odalar planlanmalıdır.³⁶

ABD’de 80 milyon kişi acil servislere başvurmakta, bunların % 80’inin acil tıbbi tedaviye ihtiyacı olmayıp ancak primer bakıma ihtiyacı vardır. % 15’lik kısım gerçek acil hastalar olup, bunlar minör travma, infeksiyon hastalıkları ve diğer akut medikal ve cerrahi ihtiyacı olan hastalardır. Kalan % 5’lik hastalar ise kritik hastalar ve yaralanmalardır. ABD’de bölgesel acil servis merkezleri, acil hastalar 7 hedef hasta grubuna ayrılmış olup (yanık, majör travma, spinal kord yaralanması, kardiyak, zehirlenme, perinatal ve psikiyatrik) bunlar için gerekli müdahale imkanları sağlanmıştır. Ayrıca her grupta o bölgeye özel mesleki ve coğrafik hastalıklar ile ilgili plan ve program geliştirilmiştir.

Bir hasta çok ciddi bir hastalık ve travma ile başvurduğunda onun problemi bir kaza, bir kardiyak sorun, yanık, doğum esnasında oluşan problem veya zehirlenme ya da emosyonel durumuyla ilgili bir problem olup, değişik ciddi potansiyel taşırlar ve ciddiyetlerine göre değişik planlarda değerlendirilir. Derinleştirilmiş bir demografik, epidemiolojik ve klinik ihtiyaçları göz önünde tutan araştırmalar ve programlar belirlenir.³⁷

1.2. Acil Servisin Fiziksel Tasarımı ve Yerleşimi

Acil servisler insanlar tarafından insanlara hizmet verilen bir yer olduğu için teknoloji ile insanlığın birleştiği huzur veren, sıcak, fonksiyonel yapılar olmalıdırlar.

³⁶ÖZŞAHİN, a.g.e.. s.379.

³⁷İ.Ü. Cerrahpaşa..., s.28-29.

Mimari olarak genel anlamda ortada bir sekreterlik ve etrafında belirli standartlarda serpiştirilmiş tedavi alanlarından oluşmuş bir yapıdır. Yapımında mutlaka mimari triaj uygulanmalıdır. Yani en acil hastanın alınacağı oda (kapalı resüsitasyon odası) giriş kapısına en yakın oda olurken ayaktan gelen ağır olmayan stabil hastaların kabul edildikleri bakı birimleri acil servis girişine en uzak noktada bulunabilirler.

İdeal bir acil servis ilk öncelikle ana yola çok yakın olmalıdır. Acil olarak gelen hasta ve ambulans acili bulmak için uğraşmamalıdır. Bir afet durumunda genişleyebilmesi ve acil servisin kapasitesinin artırılabilmesi için mutlaka hastanenin bir köşesine kurulmasında fayda vardır. Hem bu şekilde birbirinden farklı iki ayrı girişi de olabilir. Acilin önünde de trafik akışı U şeklinde olmalı, gelen ambulansların ve hasta yakınlarının park edebilecekleri bir otopark bulunmalıdır.

1.2.1. Giriş

1.2.1.1. Bekleme Salonu ve Halkla İlişkiler

Hasta yakınlarının en çok sıkıntı duydukları şey hastaları hakkında bilgi alamamak ve tedavileri süresince vakit geçirebilecekleri uygun bir yerin bulunmamasıdır. Diğer önemli bir nokta da bekleme salonunun acil servis ile hiçbir bağlantısının olmaması, buradan içerisinin görülmeyecek şekilde dizayn edilmesi gereğidir. Burayı sadece triaj alanı gözleyebilmelidir. Burada bekleyen hasta ve/veya yakınlarının genel durumunda bir değişiklik olacak olursa hemen müdahale edebilmelidir. Bu nedenle bekleme salonlarının alımlı, hastasını beklemekte olan insanların rahat edebilecekleri ve ihtiyaçlarını giderebilecekleri sıcak bir ortam şeklinde olup mutlaka şu özellikleri içermelidir;

- Yeterince geniş olmalı,
- Duvarlarda tablolar olmalı,

- Erkek ve bayan tuvaletleri olmalı,
- Hastaların durumunu gösterir ışıklı bir pano,
- İyi bir aydınlatma olmalı,
- Çocuklar için oyuncaklar ve oyun bahçeleri,
- Konforlu koltuklar (karşılıklı olacak şekilde),
- Anket kutusu,
- Karşılıklı yerleştirilmiş koltuklar,
- Jetonlu yiyecek ve içecek makineleri,
- Kredi kartı ve kart ile çalışan ankesörlü telefonlar,
- Televizyon cihazı bulunmalıdır.

1.2.1.2. Kantin

Acil servis yakınında ve/veya bekleme salonu içinde mutlaka bulunması gerekir. Burada çay, kahve, meşrubat, telefon kartı, hasta ihtiyaç malzemeleri yani sigara dışında her şey satılmalıdır. Hatta burası 24 saat açık olmalıdır.

1.2.1.3. Triaj (Seçme, Ayırma ve Hasta Karşılama)

Burada hastalar hastalıklarının ciddiyetine göre bir hemşire tarafından ayrılarak ilgili tedavi birimine alınmaktadırlar. Konum olarak burada oturan görevli hemşire, paramedik bekleme salonunu, acil servisin girişini doğrudan gözleyebilmelidir. Sekreteryaya işinin daha da kolaylaşması için dış sekreterlik ile aynı alanları kullanabilirler. Burada aynı zamanda acile hastaların ambulans dışı yöntemlerle getirildiklerini düşünecek olursak boyunluk ve sırt tahtası bulundurmak yerinde olacaktır.

1.2.1.4. Dekontaminasyon Odası

Savaşlarda veya sanayii ortamında fabrikalarda radyoaktif madde ile kontamine

olan, organofosfatlar ile zehirlenen kişiler doğrudan bu odaya alınırlar. Aynı anda birkaç hastaya birden cevap verebilecek kapasitede olması gereken bu odada resüsitasyon ile tedavi ekipmanı ve en önemlisi duş şeklinde akar suyu olmalıdır. Kendisine özel havalandırma sistemi gerektiğinde kapatılmalı, buradan radyasyon hastaneye yayılmamalıdır. Getirilen kişi veya kişiler önce bu odada yıkandıktan sonra ileri tedavileri başlatılır. Bölümün drenaj suyu özel kaplarda saklanır, normal drenaj sistemine akıtılmaz. Bu amaçla, akar suyun bulunması nedeniyle hastane morgununun kullanılması da önerilmektedir. Bu dekontaminasyon odasını içine bir sedye girebilecek büyüklükte olmalı ve kapısı kilitlenebilmelidir.

1.2.1.5. Ayaktan ve Ambulansla Hasta Giriş Kapıları

Bu girişler birbirinden ayrı olmalıdırlar. Çünkü ambulans ile getirilen ve genel durumu bozuk olan hastanın diğerleri tarafından görülmemesi gerekir. Acil servis girişinin üstü kapalı olmalı, tabiat şartlarından etkilenmemelidir. Acilin girişi ile yol arasında düzey farkı olmamalıdır. Giriş kapısı optik gözlü otomatik açılıp kapanan bir kapı olmalıdır. Acil servis içindeki tüm kapılar gibi bu kapıların bir sedyenin rahatlıkla geçebileceği genişlikte olması şarttır. Hatta bu sedyenin yanında monitör, respiratör gibi cihazlarında asılı olabileceklerini unutmamak gerekir.

1.2.1.6. Polis ve Güvenlik Görevlisi

Acil servisi girişinde mutlaka bulunmalılar hatta girişte bu kişiler insanların üstünü aramalıdırlar. Çünkü hastane içi şiddet olayları en sık olarak acil servislerde meydana gelmektedir. Gerekirse burada hava alanlarının girişlerinde görmeye alıştığımız güvenlik geçiş sistemleri ile metal dedektörlerinde bulundurulması önerilmektedir.

1.2.1.7. Dış ve İç Sekreterlik

Başvuran hastaların kayıt ve ödeme işlemleri, kimliklerinin alınması dış sekreterlik

bölümünde, acilin içindeki işlemleri ise iç sekreterlik bölümünde yapılır. Burada kredi kartı ile ödemeler yapılabilmektedir. İç sekreterlikte hastalara istenen grafi ve tetkiklerin bilgisayara girişi yapılmaktadır. Ambulans sistemi 112 ile irtibat kurabilmek için bir telsiz cihazı da bulunmalıdır.

1.2.1.8. Sedye, Tekerlekli Sandalye Parkı

Acil servisin hemen girişinde bulunmalıdır. Ambulans dışı yollarla gelen hastalar hemen burada tekerlekli sandalye veya sedyeye alınırlar. Sedye miktarı acilin en yoğun olduğu saatlerdeki ihtiyaca bakarak hesaplanırken tekerlekli sandalye için yıllık her 7500 hasta için bir adet olarak hesaplanmaktadır.

1.2.1.9. Psikiyatrik Bakı Odası

Bu oda ajite hastalar için ayrılmalıdır. İçeriden kolu olmayan, dışarıdan açılıp kapanabilen bir kapısı olmalıdır. İçinde hastanın kendisini yaralamasına neden olabilecek gereçler olmamalıdır. Hasta, oda tavanındaki bir kamera ile triaj tarafından sürekli olarak gözlenmelidir. Oksijen aspiratör cihazı vanaları oda içinde bulundurulmamalıdır, hasta kendisini yaralayabilir.

1.2.2. Acil İçi Tedavi Alanları

1.2.2.1. Kapalı Resüsitasyon (Şok ve CPR Odası)

Hızla resüsitasyon gerektiren majör travma ve medikal hastaların ilk müdahalesi burada yapılır. Genel durumu oldukça kötü, aynı anda çok sayıda müdahale yapılacak (entübasyon, tüp torakostomi, DPL, acil torakotomi, santral damar yolu vb.) hastaların ve arrest olguları, siyanoze, kötü görünen kalp yetmezliği veya astım hastaları, ciddi miyokard infarktüsü olgularının alındığı birimdir.

Kapalı resüsitasyon odası hastaların özelliği nedeniyle zaman kaybetmeden müdahalenin yapılabilmesi için giriş/triaj bölümüne en yakın bölüm olacaktır. Yine aynı nedenle hastanın yaşamını tehdit eden sorunların hızla tanınıp tedavi edilebilmesine yönelik havayolu, damar yolu vb. müdahaleler için malzeme hastaya en yakın konumda olmalıdır. Örneğin resüsitasyon gerektiren hastanın ne zaman ve nerede ortaya çıkacağı önceden kestirilemeyeceğinden hareketle, atropin, adrenalin gibi yaşam kurtarıcı ilaçlar etiketli enjektörlere önceden çekilmiş halde uygulamaya hazır beklemeli ve 2 günde bir yenilenmelidir. Laringoskop ışığının, aspiratörlerin, oksijen kaynağının çalışır durumda olması her an için sağlanmış olmalıdır. Bu gibi işlemler hemşirelerin sorumluluğundadır.

Bu odada bulunan sedyenin çevresi tamamen boş olmalıdır ki ekip hastanın etrafında 360 derece dönebilmelidir. Bu odanın uluslararası alanda önerilen büyüklüğü hasta (sedye) başına 2.30x2.80 m.'dir.

1.2.2.2. Resüsitasyon

Göğüs ağrısı, nefes darlığı, miyokard infarktüsü, KOAH-astım alevlenmesi, trafik kazaları, yüksekte düşmeler, serebrovasküler olaylar, boğulma, zehirlenme, abdominal aort anevrizma rüptürü, aort disseksiyonu, ciddi damar yaralanmaları, kardiyak aritmi gibi anstabil görünen olguların alındığı birimdir.

Resüsitasyon odası kapalı resüsitasyon odasından sonra giriş/triaj bölümüne en yakın bölümlerdendir. Yine kapalı resüsitasyon odasında olduğu gibi havayolu, damar yolu vb. müdahaleler için malzeme hastaya en yakın konumda olmalıdır. Kan grubu, cross-match gibi yaşamsal incelemelerde gecikmenin önlenmesi ise kan vb. örneklerinin laboratuara transferinde ara eleman gereksinimini ortadan kaldıran asansör veya vakum sistemi ile başarılır. Paramedik ve Acil Tıp Uzmanlarının gereğinde

radyoloji vb. bölümlerinde senkop veya arrest konumundaki olgulara müdahalelerini kolaylaştıran “resüsitasyon çantası” gibi hazırlıklar da önemlidir.

Burada da aynen kapalı resüsitasyonda olan malzemelerin aynen olması önerilmektedir. Tek olmayacak olan röntgen cihazıdır. Bu odalarda sedyenin her tarafına ulaşabilmek şart değildir. Baş ve bir tarafına ulaşabilmek yeterlidir. Eğer sedyenin diğer tarafına ulaşarak hastaya bir girişim yapmamız gerekiyor ise sedyeyi çekmemiz gerekecektir.

1.2.2.3. Monitörlü Gözlem

Resüsitasyon hastalarına benzer hastalar yanında, akut batın, ciddi karın ağrısı, suisid hastaları, diabetik ketoasidoz, dehidrate yaşlı hastalar, kan şekeri ve tansiyon izlemi yapılacak, menenjit vb. hastaların alındığı birimdir. Diğer özellikleri resüsitasyon odasına benzemektedir.

1.2.2.4. Çocuk Acil

17 yaş ve altındaki tüm olgular bu kısımda bakılır. Kardiyak ve vital monitörizasyonu gerektiren olgular resüsitasyon odalarında izlenebilmektedir.

Çocukların bakımı yapılan bölüm olduğundan perde veya duvar boyaları çocukların ilgisini çekebilecek renklere olmalı, değişik yaşlarda çocuklar için oyuncak vb. bulunmalıdır. Sedyeler ve koltuk gibi demirbaşların boyutları çocuklara uygun olmalıdır. Solunum problemleri ön planda olduğundan nebulizatör, soğuk buhar uygulaması vb. yapılabilir.

1.2.2.5. Sütür Odası

Az sayıda sedyeler mevcuttur. Bu odaya genellikle hafif travmalı olgular (klavikula,

ön kol fraktürü, ayak bileği burkulması) ile kesi ile başvuran hastalar kabul edilir. Bununla ilgili ışık kaynağı, sütür malzemesi, yazı masası, ayarlanabilir sedyeler vb. bu odada bulunur.

1.2.2.6. Jinekolojik Bakı Odası

Bir yatak bulunur. Jinekolojik bakı için spekulumlar, zefiran, eldivenler vb. bulunur. Örneğin karın ağrısı veya vaginal kanama ayırıcı tanısı gereken olguların bakısı burada yapılır.

1.2.2.7. KBB ve Göz Odası

Bir yatak bulunur. Otoskop/oftalmoskop, aspiratör ve sondaları, KBB bakı koltuğu bulunur. Kulaktan yabancı cisim çıkarma, görme keskinliği bakısı vb. yapılır. Biomikroskop, KBB muayene masası, snellen chart olması önerilir.

1.2.2.8. Alçı Odası

Bu odada kırık ve bağ/tendon yaralanma tanısı konan hastaların alçı/atelleri yapılır. Bu işlemler için su kovası, üzeri yıkanabilir alçı hazırlama masası, değişik boylarda alçılar, sargı bezi vb., bulunur.

1.2.2.9. İzole Oda

Tıbbi veya sosyal nedenlerle diğer hastalardan ayrılması gereken migren atağı, psikoz, cinsel saldırı, saldırganlık, kuduz şüphesi vb. olguların bakım ve tedavileri bu odada diğer hastalara rahatsızlık vermeden yapılabilmektedir. Bir de buraya tüberküloz, AIDS gibi hastaların alınması gereklidir. Olguların özellikleri nedeniyle kesici alet, enjektör, cam şişeler bulunmamalıdır. Aslında bu odanın havalandırması bu nedenle

genel sistemde ayrı olmalıdır çünkü aksi taktirde bu yolla enfeksiyon tüm hastaneye yayılabilecektir.

1.2.2.10. Bakı Birimleri

Triaj kategorisinde “non-urgent” veya “acil olmayan” gruptaki olgular, yani vital bulguları stabil, yaşamı tehdit eden organ sistem bozukluğu düşünülmeyen, poliklinik tipinde hastalar kabul edilir. Buraya alınan hastaların mutlaka stabil olmaları beklenmektedir. Bakı birimlerindeki sedyeler birbirlerinden perde ile ayrılmalıdırlar. Yine her sedyenin başında otoskop oftalmoskop ve tansiyon aletinin olması gerekir.

Hastanın genel durumunda veya vital fonksiyonlarında bir bozulma meydana gelir veya bulguları ile yakın izlemi gerekir hale gelir ise (örneğin hastanın EKG'sinde değişiklik bulunursa, bir enjeksiyon yapılan hastada göğüs ağrısı, nefes darlığı, bilinç bozukluğu, ani beklenmeyen hipotansiyon ortaya çıkarsa vs.) derhal resüsitasyon/monitörlü gözlem odasına taşınır.

Bütün bakı birimlerinde kullanılabilen şekilde dil basacağı, eldiven kutuları, enfekte normal ve kesici delici aletlerin iğne uçlarının atılacağı, çöp kutuları, glikometre, serum askıları ki bunun ideali duvara monte olmasıdır (yer kaplamaması ve düşme tehlikesi açısından), tüm tetkik kağıtları, gaitada gizli kan, idrar, gebelik testi kitleri, böbrek küvetler bulundurulmalıdır.

1.2.2.11. Radyoloji

Mutlaka acil servis içinde bulunmalıdır. İçinde mutlaka olması gerekenler ise konvansiyonel filmler için cihazlar, ultrason, seyyar röntgen cihazı ve bilgisayarlı tomografidir. Radyoloji bölümünde Acil Servisteki olguların kullanımı için hazır bulunan CT, USG aygıtlarının dışında portabl ve sabit X-ray aygıtları vardır. Acil

radYOlojik girişimler ve anstabil hastaların kontrolü açısından olabildiğince bulunduğu bÖlÜme yakın olmalıdır.

1.2.3. Destek Birimler

1.2.3.1. Seminer Odası

Mutlaka acil servis içinde, tercihen yÖnetsel bÖlümde planlanmalıdır, çünkü burada seminerler ve toplantılar dÜzenlenecektir. Bu nedenle çağdaş ders araçları slayt makinesi, barkovizyon aygıtı vb. bulunmalıdır. SÜrekli devinim içinde ve ani kriz durumları oluşmasına yatkın bir ortam olması nedeniyle Kriz YÖnetimi Sistemi (Critical Incident Command System, CISD) işlevi için de bÖyle bir merkez yaşamsal Önem taşır.³⁸

1.2.3.2. Anabilim Dalı

Bu Anabilim Dalında gÖrev yapan uzmanların ve başkanının odalarının bulunduğu bÖlÜmdür. Seminer salonu da burada bulunabilir. İnternet erişimi ve yeterli bilgisayar donanımı bulunmalıdır. Bu birim T¼rkiye’de Acil Tıp Anabilim Dalı üniversiteler içindedir.³⁹

1.2.3.3. Sosyal Hizmetler Uzmanı

Acil servis içindeki hastaların ve/veya yakınları ile olan sorunların anında profesyonel bir yaklaşımla halledilebilmesi için bÖyle bir uzmanın 24 saat acil serviste hizmet vermesi uygundur.

³⁸Acil Servis ve Akademik Acil Tıp, (D.E.Ü. Tıp Fak. 2001, Yayınlanmamış Ders Notları), s.5.

³⁹Acil Servis..., s.5.

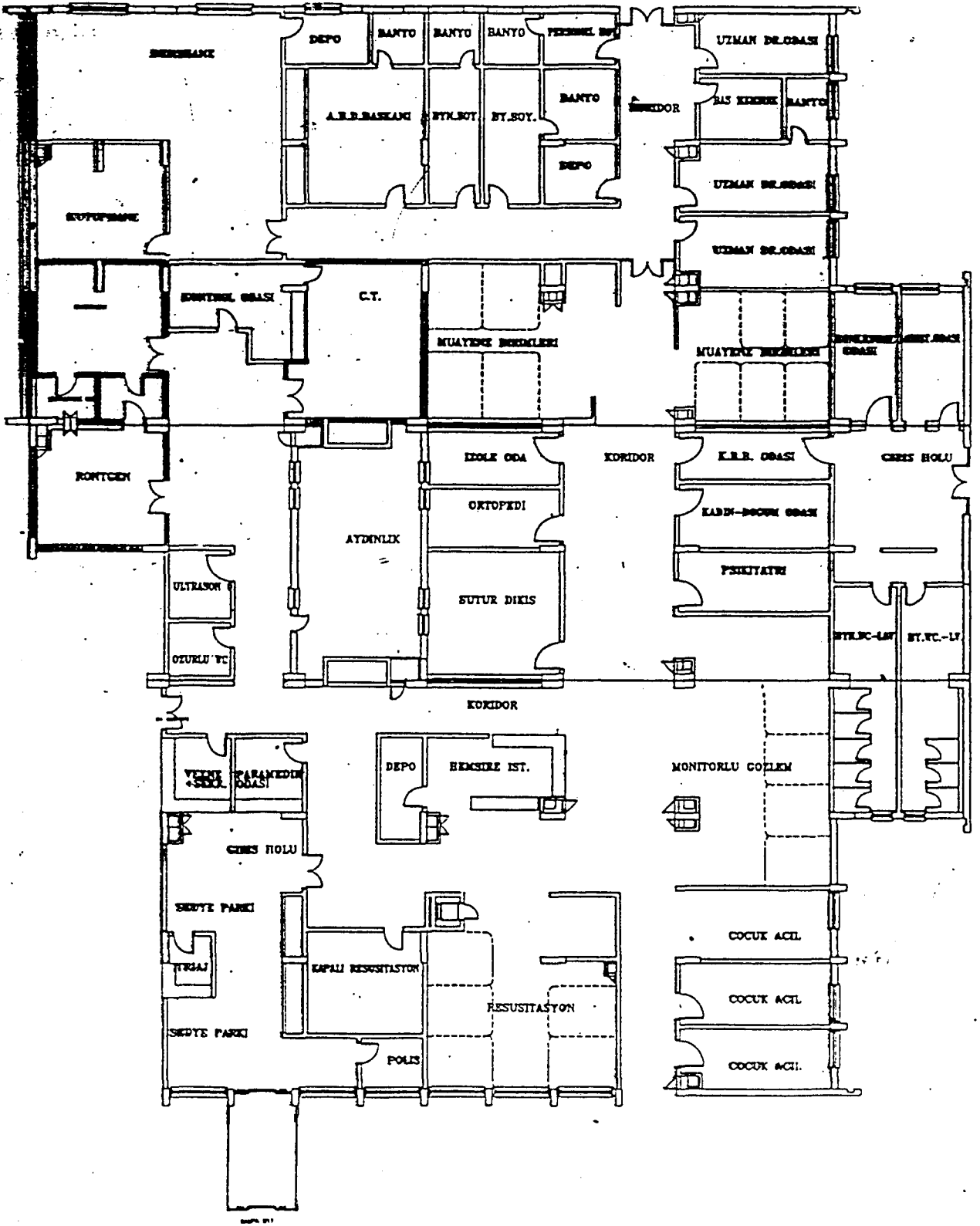
1.2.3.4. Depolar

Mevcut aletlerin, yedeklerinin, arafların saklanacakları uygun büyüklükte depolar olması gerekir.⁴⁰

1.2.3.5. Doktor, Hemşire, Personel Dinlenme ve Soyunma Odaları

1.2.3.6. Normal Tuvaletler ve zrl Tuvaleti

⁴⁰Acil Servis..., s.5.



Şekil 1: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Planı

1.3. Acil Servislerle İlgili Standartlar

ABD'de Hastanelerin, Standardizasyonu Programından kaynağını alarak geliştirilen Hastaneleri Kredilendirme Birleşik Komisyonu'nun acil servislerle ilgili standartları şu şekilde belirtilmiştir;

Standart 1: İlk yardım bakımı, nitelikli bireyler tarafından sağlanır ve uygun servisler halkın ihtiyaçlarına ve hastanenin belirlenmiş olan yeterliliğine dayanan, iyi tasarlanmış bir plan sayesinde sağlanır.

- Bir topluma tıbbi acil servis sunan tüm hastaneler, acil servis için toplum planlamasına katılırlar.
- Hastanenin bir prosedürü vardır ki bununla acil bakım bekleyen tüm hasta ve yaralı bireyler, nitelikli bireyler tarafından değerlendirilir ve belirtildiği şekilde ya tedavi edilirler ya da uygun bir bölüme sevk edilirler.
- Hastane kendini hizmet için tıbbi acil servis sağlamadaki yeterliliğini göstererek değerlendirir ve sınıflandırır.
- 1. Düzey acil departmanı/servisi, en azından acil bakım alanında görevli acil bakımda uzman bir doktor ile günde 24 saat geniş bir acil bakım sağlar.
- Hastane içinde en azından tıbbi cerrahi, ortopedi, jinekolojik ve anesteziik müdahaleler için tıbbi personel üyeleri ya da sürekli hastanede kalan kıdemli doktorlar tarafından uygulanır.
- Diğer uzmanlık alanı görüşmeleri yaklaşık 30 dakika sürer, iki yönlü sesli iletişimi yoluyla ilk görüşme kabul edilir.
- 2. Düzey Acil departmanı/servisi, acil bakım alanında görevli acil bakım uzmanı, en azından bir doktor ve tıbbi personel veya sürekli hastanede kalan kıdemli üyelerce yapılan yaklaşık 30 dakika süren sürekli alanı görüşmeleri ile günde 24 saat acil bakım sağlar.
- 3. Düzey Acil departmanı/servisi, tıbbi personel görev listesine göre

yaklaşık 30 dakika içinde acil bakım alanında alacak en azından bir doktorla günde 24 saat acil bakım sağlar.

- Uzmanlık alanı görüşmeleri, hazırda bulunan tıbbi personel üyesinin isteğiyle ya da kesin bakımın sağlanabileceğini belirten bir hastaneye sevkiyle sağlanır.
- 4. Düzey Acil departmanı/servisi, acil bakımın gerekli olup olmadığına karar veren kısıtlı bir bakımı sağlayabilecek en yakın kuruluşlara uygun bilgiyi verir.
- Her zaman doktor tarafından sağlanan mekanizma tıbbi personel tarafından kabul edilir.
- Hastalar, toplum temelli hastane acil planına uygun olarak sevk edilirler.
- Hastane, gerekli hayat kurtarma önlemlerinin almaya ve sevk edilecek herhangi bir bebeğin, çocuğun veya yetişkinin durumunu ileriki tehlikeleri en aza indirecek şekilde acil prosedürleri uygulamaya hazırdır.
- Hastanın raporunda, iyileştirme belirtileri belgelenmedikçe, eğer hastanın ilk geldiği hastanede yeterli bakımı sağlayacak araç varsa hiçbir hasta keyfi olarak başka bir hastaneye sevk edilemez.
- Sevk edilecek kuruluş, hastanın kabulüne izin verene ve hasta sevki için yeterince sağlıklı olduğunun kararına varılana dek hasta sevk edilemez.
- Sevk sırasında hastanın güvenliği sağlanır ve tüm ilgili tıbbi bilgiler sevk edilen hasta ile birlikte gönderilir.
- Acil bakım alanından istenildiğinde ki buna sıkça rastlanır. Hastanenin acil departmanı/servisi tarafından baskın nüfus grubunun kullandığı dilde hizmetten bir iletişim yolu sağlanır.

Standart 2: Acil departman/ servis iyi organize olmuştur. Düzgün yönetilir ve umulan sağlık bakım ihtiyaçlarının ve sunulan servis alanlarının içeriğine ve genelliklerine uygun personel tayin eder.

- Acil departmanı/servisi tıbbi personelin üyesi bir doktor tarafından yönetilir.
- Yönetici, vekil ya da 1. düzey veya 2. düzey acil departmanı servisinin sorumlusu nitelikli bir doktor, acil hastaların bakımı ve tedavisine uygun bir uzmanlık alanında eğitim görmüştür ve/veya deneyim sahibidir.
- 1. düzey acil departmanı / servisinin yöneticisi ya da vekil yönetici ya da atanmış nitelikli bir doktor hazır bir şekilde bulunur.
- 3. düzey acil departmanı/servisinin yönetimi, tıbbi personel üyesi bir doktor ya da acil departman/servisin yöneticisi olarak hizmet eden komite başkanı ile birden fazla alanın uzmanı, tıbbi personel komitesi tarafından sağlanır.
- Tıbbi personel sağlama yöntemi tespit edilir.
- Tıbbi personel acil bakımın sorumluluğunu üstlendiğinde üyelerin her birinin klinik yeterliliklerine ve ayrıcalıklarına göre tıbbi personel tarafından belirtilen şekilde acil departman / serviste sorumlulukları vardır.
- Sınırlı deneyime sahip uzmanlar, acil hastaları ihtiyaçlarına göre danışmanlık yapmak veya acil hastalara özel servisler sağlamak için bulunur.
- Bir doktor, oraya gelmiş ya da acil bakım alanına getirilmiş herhangi bir hastaya yapılacak değerlendirmenin ve tedavinin derecesinden sorumludur.
- Uzmanlık eğitimi görmüş personel, bir doktorun bakacağı acil bakıma ihtiyacı olan insanlardan kime öncelik verileceğini, acil departman/servis yönetimince kararlaştırılmış ve tıbbi personelin de kabul etmiş olduğu klavuza göre karar verebilir.
- Özel ve uzmanlık danışmanlığı için görevde kalacak ya da çağrılacak tıbbi personel üyelerinin saatlerini bildiren listeler acil servis alanına asılır.
- Acil servis için görevlendirilen uygun eğitimi olan, deneyimli ve yeterli diploması olan bir hemşire acil departman/servis içindeki tüm bakımı (personel üyelerince sağlanacak) yönetir ve denetler.
- Bölüm personel elemanlarının sayısı, hizmet edilecek hasta çeşidi ve yoğunluğuna göre yeterli olmalıdır.
- 1. ve 2. Düzey Acil departman/servislerinde her zaman acil servis alanının

içinde daima zamanı belli ve görevde olan yeterli sayıda bölüm personel elemanı ile en azından bir diplomalı hemşire vardır.

- 3. düzey bir acil departman/servisinde her zaman evinden çağrılacak bir diplomalı hemşire vardır.
- Acil bakım servislerinde yöneticilik sorumluluğuna atanmış diplomalı bir hemşire, acil departman/servisini ilgilendiren komite aktivitelerine katılır.
- Acil tıbbi teknikerler ve diğer ilgili personel kullanıldığında acil serviste bakım sağlayan uzmanlara ve hemşirelere karşı görevli ve sorumlulukları yazılı olarak belirtilir.

Standard 3: Acil departman/servis hastanenin diğer üniteleri ile departman/servisleri ile uyum içinde çalışır.

- Tüm rutin çalışmaları uygulayacak yeterliliğiyle klinik laboratuvar servisleri, her zaman 1.2.ve 3. düzey acil departman/servislerinde hazır bir şekilde bulunur.
- 1. ve 2. düzey acil departman/servislerini destekleyen laboratuvar servisleri, kan gazları ve pH tespitleri, pıhtılaşma çalışmaları, serum ve idrar osmalite çalışmaları, mikrobiyolojik çalışmalar ve ihtiyaç olduğu takdirde toksikolojik çalışmalar sağlar.
- Yeterli kan temini, hastane içinde ya da tıbbi kuruluşun uygun gördüğü başka bir dış kaynaktan her zaman bulunmalıdır.
- Hastane acil departman/servisi için her an hazır olan kan grubu, crossmatch ve kan deposu birimlerini sağlar.
- Diagnostik radyoloji servisleri, hem sabit hem de hareketli donanımı kullanarak rutin çalışmalar sağlamak için her an hazır bir şekilde bulunur.
- 1. Düzey ve 2. Düzey acil departman/servisleri, anjiografinin tüm çeşitleri, sonografi ve nükleer tarama gerektiği şekilde hazır bir şekilde bulunur.
- 1. Düzey acil departman/servislerinin sıralanan yeterliliklerine sahip

operatör bölümlerinde gerekli şekilde hızlı kullanım kolaylıkları vardır: kardiopulmoner by-pass, oksijen pompası, operatör mikroskobu, hasta ve kan için termal kontrol donanımı, kırık masası, görüntü güçlendiricisi olan röntgen donanımı, her çeşit endoskop, kraniyotomi donanımı, elektrokardiografi, asiloskop, defibrilatör, mekanik ventilatör ve doğrudan kan dolaşımını, dereceyi, kan akış hızını ve solunumu monitörden görüntüleyen donanım gibi.

- 1. Düzey acil departman/serviste çalışan tıbbi personel (cerrahi uzmanlar, anesteziolog ve operatör odası personeli) evlerinden bulunur ve kısa süre içinde hazırdır.
- 2. Düzey acil departman/servislerinin sıralanan yeterliliklere sahip operatör bölümlerinde gerekli şekilde hızlı kullanım kolaylıkları vardır: Hasta ve kan için termal kontrol donanımı, kırık masası, uygun endoskopik tasarım, elektrokardiografi, asiloskop, defibrilatör, mekanik ventilatör ve monitörizasyon donanımı gibi.
- 2. Düzey acil departman/serviste röntgenografik donanım hazır bir şekilde bulunur.

Standart 4: Acil departman/servis hastasının bakımı, yazılı belgelerle ve prosedürlerle yönlendirilir.

- Acil departman/serviste sağlanacak hasta bakımının kapsamını ve tavrını açıkça belirten yazılı belgeler ve prosedürler vardır.
- Bu tür belgeler ve prosedürler tıbbi personele ve hastane yönetimi tarafından onaylanır.
- 1. Düzey, 2. Düzey acil departman/servislerindeki ve uygun olduğunda 4. Düzey departman/servislerindeki belgeler ve prosedürler en azından aşağıdakilerle ilgilidir.
 - İlaç yeri, depolama ve sağlama, kan tedariki ve her iki durumda donanımı.

- Bir veli ya da vasi tarafından getirilmemiş yani yalnız, bilinçsiz durumu iyi, reşit olmamış hastanın bakım şartları,
- Hastaların sevki ve taburcu olma hali,
- Bulaşıcı hastalık kontrol ölçümleri,
- Donanım hatası durumunda izlenecek prosedürler,
- Uygun güvenlik uygulamaları,
- Acil departman/servisinde tıbbi kuruluş tarafından uygulanamayacak özel ve genel prosedürleri de içine alan, izin verilmiş tedavi kapsamının ve anestezi kullanımının açıklanması,
- Uzman doktorların dışında, kim özel prosedürler uygulayabilir, hangi durumlarda ve hangi gözetim derecesinde uygulayabilir,
- İddia edilen ya da şüpheli bulunan işkence veya ihmalin yetişkin ve çocuk kurbanlarının ele alınış şekli,
- Kriter. olası işkence saptamak için geliştirilir.
- Kriter en azından aşağıdaki işkence çeşitlerini kapsar.
 1. Fiziksel saldırı
 2. Tecavüz ve diğer cinsel tacizler,
 3. Yaşlıların, eşlerin, çiftlerin ve çocukların aile içi işkenceleri
- Şu kriter içerikleriyle karşılaşan hastaların değerlendirilmesi için prosedürler;
 1. Hastanın rızası
 2. İnceleme ve tedavi
 3. Toplama, tutma ve koruma örnekleri, fotoğraflar ve hastadan çıkan diğer belli eşyaların hastane sorumlularına iletilmesi
 4. Yasal olarak gerektiği takdirde yetkililere bilginin iletilmesi ve duyurulması
- Tıbbi kayıtlar, inceleme dokümanterlerini, yapılan bakımı, diğer bakım kuruluşlarına ve halk hastanelerine yapılan herhangi bir başvuruyu ve uygun yetkililere yapılmış gerekli kayıtları içerir.

- Tespit edilmiş ve olası işkence kurbanlarının işleniş şeklinin prosedürleri ve kriterlerinin belirlenmesine dair uygun personelin eğitim planı vardır.
- Mevcut toksikolojik referans materyalleri ve panzehir bilgileri, bölgesel zehir kontrolü bilgi servisinin telefon numarası acil departman/serviste hazır bir şekilde bulundurulur.

Standart 5: Acil departman/servis, hastanın güvenliğini ve etkili bakımı kolaylaştırmak için düzenlenmiş ve donatılmıştır.

- Özellikle ölüm tehdidi altındakilerin ve diğer acil hastaların bakımı için yeterli alan sağlanmıştır.
- Acil departman/servis alanının düzeni, hasta bakımından ödün vermede, hastaların görsel ve işitsel haklarını kolaylaştırır.
- Gözlem yatakları izleminde, yatan hastanın tipini, en fazla yatma süresini, uygun gizli görüntü izlenim sağlayan araçları ve bakım uygulayan hemşire ve bakım uygulayan hasta çeşidini belirten yazılı belgeler ve prosedürler vardır.
- Acil bakım alanının büyüklüğü ve karmaşıklığı gerektirdiğinde, hemşire odaları arasında ve gözlem odası, bakım odası ve acil bir durumda çağrı ihtiyacı olabilecek ek personelin bulunduğu diğer alanlarda da iç iletişim/alarm sistemi bulunmalıdır.
- Acil departman/servis genel anestezi yönetimi, Sağlık Bakım Standartları, Cerrahi ve Anestezi Servisleri Standartları, Ulusal Yangın Koruma Örgütü standartlarını içinde barındırmalıdır.
- Acil departman/sergisinde kullanılan donanım ve malzemeler, hastanede kullanılanlarla aynı nitelikte olmalı ve bakımı yapılacak her çeşit hasta için uygun olmalıdır.
- Donanım hastane koruyucu bakım programı ve yerleşim, teknoloji ve güvenlik idaresindeki içerikler gereğince dayandırılan bir program üzerinden kontrol edilir.

- En azından aşağıdakiler 1. ve 2. düzey ve 4. düzey acil departman servislerinde hazır bir şekilde bulundurulur.
 - Oksijen ve yardımcı donanımı :
 - Havayolları için mekanik ventilatör cihazı, elle çalışan solunum cihazı, airway vb. donanım
 - Kardiak defibrilatör ve donanımı
 - Solunum ve dolaşım görütüleyen monotorizasyon donanımı
 - Torakosentez ve kapalı torakostomi setleri
 - Trokeotomi ve cricotirotomi setleri
 - Turnike setleri
 - Vasküler cutdown setleri
 - Laringoskop ve endotrakeal tüpler
 - Trekeobranşial ve nazogastrik donanım
 - Üriner kateterler
 - Plevral ve perikardial drenaj setleri
 - Küçük cerrahi müdahale setleri
 - Acil doğum için yer, araç donanımı
- Acil ilaç depoları veya acil eczane alanları ve her kullanımdan sonra acilen bulundurulması gereken tüm malzemenin depoya temini için ve kullanılabilir durumda olduğu en azından her nöbette uygun birisi tarafından kontrol edilmelidir.

Standart 6: Tıbbi birkayıt, acil bakım bekleyen her hasta için tutulur ve hastanın daimi hastane kayıtlarına eklenir.

- Acil departman/servise daha önceki gelişlerini de içeren tüm önceki hastane yatırıllarıyla ilgili ve ambulansla hasta bakımı, tıbbi kayıt dokümantasyonu, görevli doktor veya başka bir yetkili birey tarafından istenildiğinde ne zaman mümkün olursa hazır bulundurulur.

- Acil departman/servise bir hastanın her gelişinde aşağıdaki bilgiler hastanın tıbbi kaydına eklenir.
 - Yaralanmanın veya hastalığın ilgili hikayesi ve hastanın hayati belirtilerini de içeren fiziksel bulgular,
 - Gelişinden önce hastaya yapılmış acil bakım,
 - Teşhis ve tedavi edici yöntemler,
 - Tedavinin sonucunu da içeren klinik gözlemleri,
 - Tedavi prosedürü,
 - Teşhisin doğruluğu, ayırıcı tanı
 - Taburcu veya başka bir yere sevki halinde hasta durumun son eğilimlerini de içeren değerlendirme / tedavi sonucu.
- Hastanın tıbbi kaydına yaş, cins, öğrenim durumu, tarih, medeni hali, özgeçmişi düzenli bir şekilde kaydedilir.
- Tıbbi kayıttın klinik geçerliliği için sorumlu tıbbi personel doktor tarafından onaylanır.

Standart 7: Acil departman/servis uygun kalite kontrol mekanizmaları bulundurulur.

- En azından acil servislerin tuttuğu kaydın bir kopyası, sorumlu tıbbi personel yada bakımı tamamlamaktan sorumlu tıbbi kuruluş için hazır bulundurulur.
- Aşağıdaki sıralananlar, hastanın özel doktoru ve acil bakımı yapacak doktor için hazır bulundurulur. En son alınanlara dayanılarak X-Raylerin açıklaması, laboratuvar testlerinin kayıtları, bu tür haklara sahip doktorlar tarafından yapılan elektrokardiogramların açıklaması.
- İlaveten radyolojik, laboratuvar veya elektrokardiografik çalışmalarını gerektiren hastaları bildirim ve tekrara çağırılması için bir mekanizma vardır.
- Hasta sevki bir şekilde ve yazılı sevk protokolü gereğine uygun yapılır.⁴¹

⁴¹ WHO. **Accreditoion Manuel for Hospitals Standarts of Emergency Services**, (London: 1994), s.101-108.

1.4. Hastane Acil Afet Planı

Hastane acil afet planı üç çeşit afet için hazırlıklı şekilde olmalıdır. Bunun ilki hastane içi afettir (patlama yada büyük yangın gibi), ikincisi dış afetlerdir (kasırga, hortum, fırtına yada ulaştırma kazaları gibi), üçüncüsü ise önceden uyarılmış haberli afettir.⁴²

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| Haberleşme | Çevresel faktörler |
| Bilgilenme | Ulaşım |
| Planlama | Personel |
| Koordinasyon | Yapabilme yeteneği |
| Kaynakların kontrolü | Basit kişisel ihtiyaçlar |
| Sınırlı zaman ve efor cevabı | Finans |

Afet planları yapılırken bölgesel ve ulusal sağlık birimleri birlikte hareket etmek zorundadırlar. Bu planlamada Tablo 2’de belirtilen sorunların yanıtları aranmalıdır.

Tablo 2: Afet Hazırlığında Değerlendirilmesi Gereken Etkenler

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bölgede ve ülkede ne tip bir afet olasılığı vardır? • Her hastanenin, tehlikeli bölgelerin afet planları var mı? • Ülkenin ulusal afet planı var mı? • Afet planlarını kim yapar ya da yapmalıdır? • Afet olgusunu yönetecek bölgesel-ulusal kurum ve kişiler kimlerdir? • Bölgesel ve ulusal hastane ve öncesi kurumların kapasiteleri nedir? |
|---|

Hastane afet planları yapılırken Tablo 3’deki maddeler belirlenmelidir. Bu değerlendirmelerdeki hatalar afet anında kargaşa ve zararlara neden olmaktadır.

⁴²SNOOK. a.g.e., s.55.

Tablo 3: Hastane Afet Hazırlığında Değerlendirilmesi Gereken Etkenler

| | |
|--|-------------------|
| 1. Afet plan aktivasyonu | |
| 2. Hastane kapasitesinin belirlenmesi | |
| 3. Afet yönetiminin koşullara uygunluğu | |
| 4. Haberleşme | |
| 5. Lojistik destek ve finans yeterliliği | |
| 6. Hastane afet uygulama ve tedavi alanları | |
| - Afet merkezi | - Triaj |
| - Hasta bakım istasyonu | - Dekontaminasyon |
| - Cerrahi hazırlık odası | - Cerrahi odası |
| - Halkla ilişkiler | - Psikiyatri |
| - Bekleme ve çıkış alanı | - Morg |
| - Hasta tanımlanması kayıt ve dökümantasyonu | |
| 7. Eğitim ve tatbikat | |

Kaynak: Eric K.NOJI, "Disaster Medical Services Emergency Medicine", In: J.E. Tintinalli, G.D. Kelen, J.S.Stapczynski eds. **Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide**, 5th ed. North Carolina: Mc Graw Hill, 1999, s.24.

Afet alan triajında hastalar 4 renk grubundan oluşan fişler ile sınıflandırılarak tedavi öncelikleri belirlenir.

Kırmızı; Birinci önceliklidir, çok acildir, hayatı tehdit eden şok veya hipoksi var ya da olacaktır, stabilize edilebilir, acil bakım verilirse yaşam olasılığı vardır.

Sarı; İkinci önceliklidir, acildir, hasarın sistemik etkileri vardır, fakat henüz şok veya hipoksi gibi hayatı tehdit edici durumlar yoktur. Uygun bakım verilir, hastalar 45-60 dakika gözlemlenirken bekleyebilirler.

Yeşil; Üçüncü önceliklidir, acil değildir, hasar lokalizedir, sistemik etkisi yoktur, minimum bakım ile hastalar saatlerce dezoryante olmadan bekleyebilirler.

Siyah; ölüdürler, spontan solunum ve dolaşım yoktur, uygun resüsitasyona rağmen prognozları kötü kabul edilir, resüsitasyon yapılmaz.⁴³

⁴³NOJI, a.g.e., s.22-30.

Hastane Afet Planı (HAP) afet sırasında kaos esnasında süratle olaya müdahale eden belirli bir sistem içinde olaya yaklaşan, müdahale eden kişilerin görevlerinin çok iyi tanımlandığı düzenli kayıtların tutulduğu ve her alanda ortak dilin kullanıldığı bir afetle mücadele sistemidir.

Bu planın bazı çok önemli özellikleri vardır. Bir defa çok fleksibl bir programdır. Sadece hastanelere özel değildir. Bu yapısı ile her türlü kuruluşta kullanılabilir, oralara da entegre edilebilir. Köy hizmetleri, vilayet, belediye gibi. Bu şekilde bir şehir veya bölgede afet olduğu zaman diğer kurumların çalışanları da aynı görevleri bildikleri için sistemi kolaylıkla orada kurabileceklerdir. Bu sistem hem dikey hem düşey anlamda çalışan bir emir komuta zincirini içermektedir. Üst kademede 'olmazsa olmaz' durumunda sekiz kişilik bir ekip vardır; HAP Komutanı, Halkla İlişkiler Yetkilisi, Kurumlar Arası Koordinasyon Yetkili, Güvenlik Şefi, Lojistik Şefi, Planlama Şefi, Döner Sermaye Şefi, Operasyon Şefi.

Bir afet durumunda ilk anda ortaya çıkan tablo kaos, şaşkınlık ve kargaşadır. Bu plana göre üst pozisyondaki sekiz kişi süratle afet merkezinde toplanır. O anda oradaki en kıdemli ve mümkünse doktor olmayan kişi afet planı sorumlusu yani hastane afet komutanı konumuna geçer. İlgili komutan gelinceye kadar bu görevini devam ettirir. Diğer sekiz kişi ile birlikte sadece bu merkezde bulunurlar ve astlarından aşama aşama gelecek bilgileri komutana ileterek aksiyon planının oluşturulmasına yardımcı olurlar. Her pozisyon kendisi ile ilgili planı bir üstüne aktarır. Alt kademelerdeki ve bu sekiz kişi dışında hiç kimse bu odaya giremez. Basına haberleri sadece halkla ilişkiler uzmanı verir. Böylece hastane veya ilgili kuruluşun her noktasından gelen son durum ile ilgili bilgiler belirli bir sıra takip ederek ve tek elden afet komuta merkezine ve dolayısıyla da hastane afet komutanına iletilir. Oda alacağı kararları aynı yolu takip ederek alt kademelere uygulanmak üzere iletir. Mesela morg sorumlusu asla operasyon şefi ile buluşup konuşamaz. Güvenlikten sorumlu kişi bu odaya başkalarının girmesini mutlaka engeller.

HAP'na göre bu tablolardaki herkesin ne yapacağı yani görev tanımlamaları belirlidir. Bunlar ilgili kişiler tarafından daha önceden okunarak ezberlenirler. Böylece bir afet sırasında belirli bir düzen içinde herkes kendisine verilen görevi yerine getirir ve hizmet tamamlanır.

Bu arada vurgulanması gereken en önemli noktalardan bir tanesi triaj alanlarıdır. Yani yeşil, sarı, kırmızı ve siyah alanlar. Buralara hastalar aciliyetlerine göre sıralanmaktadır. Bu bölgeler acil servis yakınında bulunurlar. Yerlere o renklere muşambalar serilir, eğer gece ise o renk lambalar yakılır. Hastalar aciliyetlerine göre buraya alınırlar.

Bir kuruluş veya hastane bu planı ne kadar sıklıkla uygularsa plana o kadar çabuk alışacaklar, başarılı olacaklardır. Normalde önerilen yılda dört defa tatbikatın yapılmasıdır. Bunun iki tanesi masa başı iki tanesinde hastanenin tümünün harekete geçirilerek yapılan bir tatbikat olması önerilmektedir.⁴⁴

Kabaca hastanenin acil afet planı şunları içermektedir;

Haberleşme kanallarının güvenliği (telefon, haberci), tüm hekim yardımcı sağlık personelinin, önemli idari personelin, teknik personelin, mutlak personelinin ve ulaştırma görevlilerinin isim, adres ve telefonlarının listesi hazır tutulmalıdır. Afet halinde kullanılacak olanlar belirlenmelidir. İdare merkezi, triaj alanı, müşahede odaları, bekleme odaları gibi. Tanıtım işaretleri hazırlanmış olmalı, ayrıca afet halinde görev yapacakların dinlenme ortamları belirlenmiş olmalıdır.

Öncelik sırasına göre aşağıdaki önlemler gerekli olabilir;

Klinik şefi (Başhekim) ve yardımcısının onayı ile alarm vermek idare komitesinin oluşturulması, haber geliş gidişinin bu komite merkezinden yönlendirilmesi.

⁴⁴NOGI, a.g.e., s.22-30.

Rutin müdahaleler durdurulmalıdır, poliklinikler boşaltılmalıdır. Çalışma alanları hemen müdahaleye hazır hale getirilmelidir.

Ziyaretçiler ve diğer yabancılar hemen uzaklaştırılmalıdır. Yatan hastalar mutlaka odalarında kalmalıdır.

Tali girişler hemen kapatılmalıdır. Araç giriş çıkışları boşaltılmalı, boş tutulmalı ve tabela ile belirtilmelidir. Civardaki park alanları boşaltılmalıdır.

Yaralıların Gelişi

- Acil müdahale gerektiren ağır yaralılar, bu iş için ayrılmış kısa yoldan ameliyat salonu veya şok odasına götürülmelidir.
- Bütün diğer yaralılar, triaj için ana girişten giriş salonuna götürülmelidir.

Hasta yatakları hazırlanmalıdır. Müdahale servisi mümkün olduğince boşaltılmalı, hafif olanlar yürüyebilen hastalar taburcu edilmeli veya izinli bırakılmalıdır. (Civardaki hastanelerde de) ilave hacimlerde acil yataklar hazırlanabilir (yemekhane vb.).

Stoklar kontrol edilip tamamlanmalıdır. (Kan bankaları ve infüzyon sıvıları, pansuman malzemeleri, ateller vb.).

Triaj alanı ve hasta kabul yeri giriş salonunda kurulmalıdır. Buraya polikliniklerden muayene masaları getirilmelidir. Pansuman arabası ve tekerlekli sedye taşıyıcılar da getirilmelidir.

Bekleme odaları, triaj alanı yakınında oluşturulmalı, tabelalarla belirtilmeli, oturacak yerler hazırlanmalıdır.

Kayıt ve dokümantasyon yeri belirlenmelidir. Protokol numaraları yazılmış hasta kartları hazır tutulmalıdır.

Mutfak sıcak içecek servisi için hazırlanmalıdır.

Getirilen yaralılar, triaj sonrası kategorilerine göre düzenlenmiş odalara taşınmaktadır. Örneğin, müdahale gerektirmeyen ancak gözlenmesi gereken hafif yaralılar yemek salonuna müdahale gerektiren hafif yaralılar acil servis ve polikliniklere, kötü prognozlu veya ölümcül derecede ağır yaralılar mescit ve benzeri sakin odalara, acil bakım gerektiren yaralılar acil servis veya şok odasına, ileri tetkik için müşahade servisine, diğer servislere veya ameliyat salonuna gibi.⁴⁵

2. ACİL SERVİSİN ORGANİZASYONU

Bu kısımda acil servis personeli kadrosunun oluşturulması ve ekip çalışmasının önemi açıklanmış, izlenmesi gereken süreçler ve çözümler vurgulanmıştır.

2.1. Acil Servis Faaliyetlerinin Sınıflandırılması

A.B.D.'de 1970'lerin ilk yıllarında birçok organizasyon, ülke ve bölgede acil servis birimleri kapasitelerine ve departmanlarına göre sınıflandırılmıştır.

Seviye 1: Bu seviyedeki acil servislerde günde 24 saat, acil servis bakımı alanında deneyimli (acil tıp uzmanı, genel cerrahi uzmanı, anestezi uzmanı vb.) doktorların bulunduğu ve kapsamlı bakımın yapıldığı, üniteleri içeren acil ve kaza servisleridir. Ülkemizdeki örnekleri üniversite ve eğitim hastanelerinin acil ve kaza servisleridir.

Seviye 2: Günde 24 saat hizmet veren, acil servis bakımı alanında deneyimli en az

⁴⁵ÖZŞAHİN. a.g.e., s.386-387.

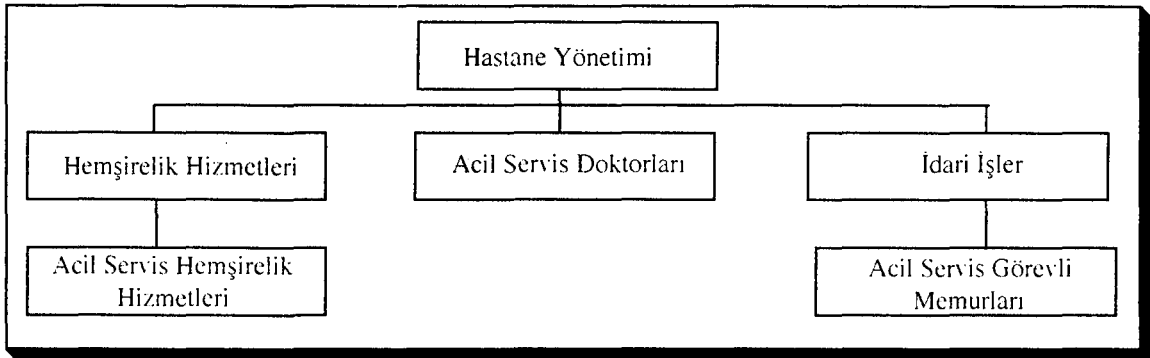
bir doktorun bulunduğu ve yardımcı tıbbi ekip tarafından verilen acil ve kaza servisleridir. Hastanın gereksinim duyduğu ünite ve yoğun bakım merkezi aynı hastane içinde nakil ile gerçekleşir. Ülkemizde il devlet hastaneleri, il SSK hastaneleri ve büyük ilçe devlet ve SSK hastaneleri acil ve kaza servisleridir.

Seviye 3: Bir nöbet çizelgesin uygun olarak 24 saat boyunca bir acil doktoru bulunmalıdır. Bizlerdeki örnekleri küçük ilçe devlet ve SSK hizmetleri, sağlık merkezleri ve bazı sağlık ocağı ve dispanserler olarak verilebilir.

Seviye 4: Bir acil durum oluştuğunda, bir ilk yardım/hayat kurtarma durumu sözü olduğunda acil servis konusunda özel eğitim almış personel hazır bulundurulur. Gerekliğinde acil servisin bağlı bulunduğu hastane ve/veya sağlık merkezinden doktor çağrılır.⁴⁶ Ülkemizde örnek; 112 Acil Yardım ve Kurtarma ekibi bulunmaktadır.

Acil ve kaza servisleri organizasyon yapılarına göre 4'e ayrılmaktadır;

Şekil 2



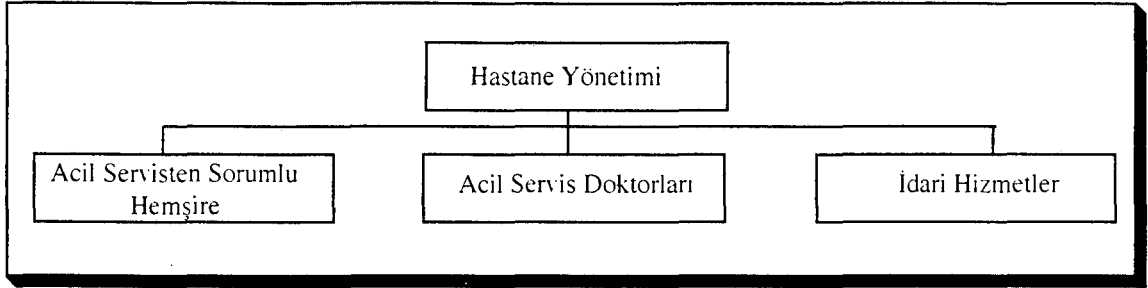
Kaynak: LEMY. a.g.e., s.303.

a. Şekil 2'de görülen organizasyon yapısında doktorlar tam gün çalışmamakta, acil servise çağrıldıkları zaman gelmektedirler. Yani icapçı olarak çalışmaktadırlar. Doktorlar acil servisin idari işleriyle uğraşmamaktadırlar. Üç ayrı emir

⁴⁶SNOOK. a.g.e., (1992). s.49.

komuta zincirinin olması, kurumsal düzeylerde yavaş karar alınmasına neden olmakta ve hasta bakımı yeterli seviyede olmamaktadır.

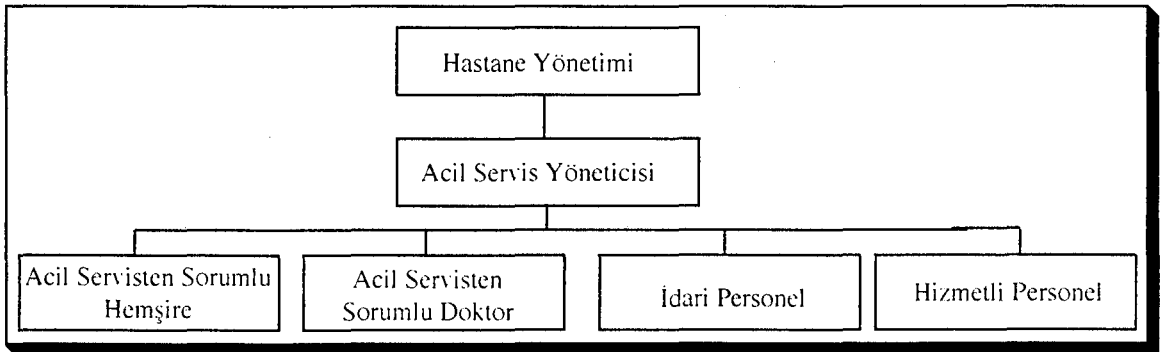
Şekil 3



Kaynak: LEMY. a.g.e., s.303.

b. Şekil 3’de görülen organizasyon yapısı yukarıdaki organizasyon yapısından farklı, acil servis hemşirelik hizmetlerinin hemşireler arasından seçilen bir sorumluya verilmesidir. Acil servis yoğun olarak çalışıyorsa doktorlardan biri acil servisin idari işleriyle ilgilenmekte ve koordinasyonu sağlamaktadır.

Şekil 4

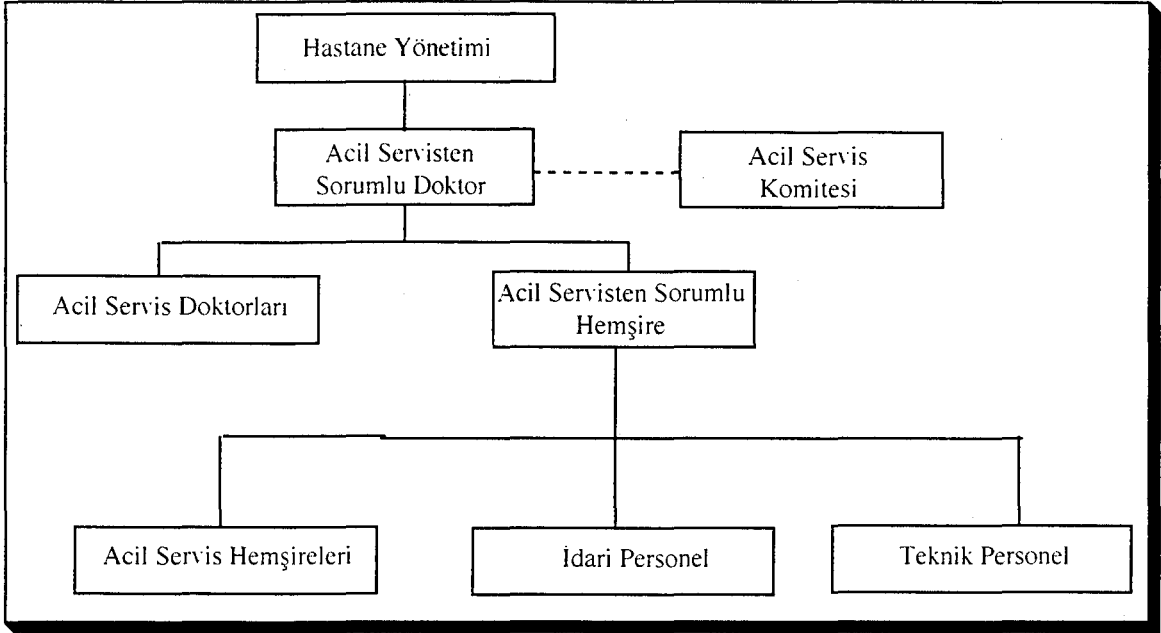


Kaynak: LEMY. a.g.e., s.304.

c. Şekil 4’deki kurumsal yapı hasta sayısının fazla olduğu acil ve kaza servisleri tarafından kullanılmaktadır, ancak burada emir komuta zincirinin uzaması nedeni ile doktor, hemşire ve diğer tıbbi personel arasında zaman zaman çeşitli çatışmalar ortaya çıkmakta, problem genellikle tıbbi ve teknik sorumlulukların

belirlenmesinde meydana gelmektedir. Bu yapı ağır derecede hastaların tedavi edildiği gelişmiş merkezler tarafından kullanılmaktadır.

Şekil 5



Kaynak: LEMY, a.g.e., s.304.

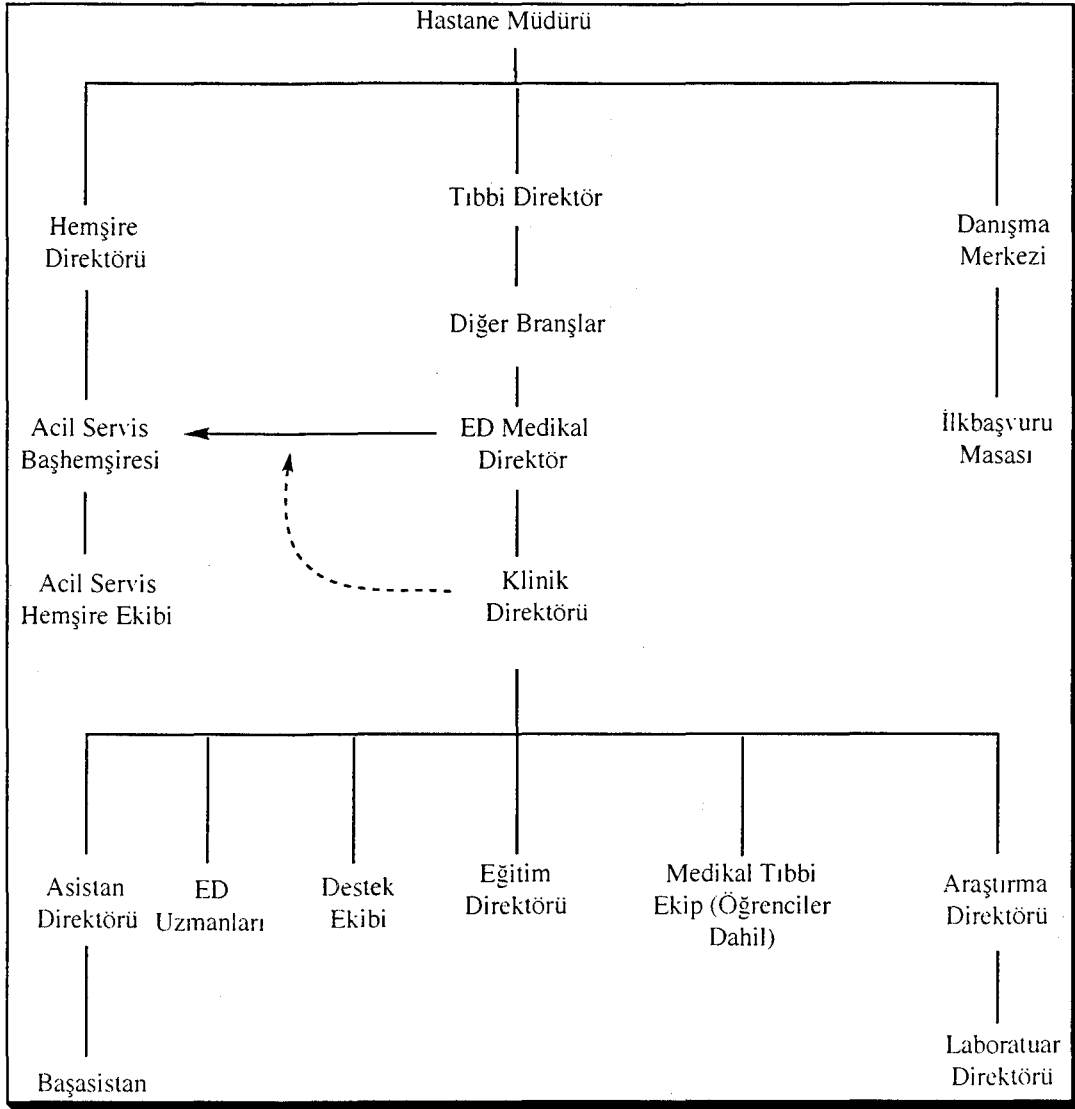
d. Şekil 5'deki organizasyon yapısı son yıllarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yapıya göre hem yönetimden, hem de tıbbi konulardan sorumlu olan bir tıbbi yönetici bulunmaktadır. Bu emir-komuta zinciri ile karmaşık ortamda kararlar hızla alınmakta, personelin görev ve sorumlulukları konusundaki yanlış anlama potansiyeli azaltılmaktadır. Ortak amaç doğrultusunda hasta bakımı ileri düzeyde olmaktadır.⁴⁷

Anlatılan organizasyon yapılarını ülkemize uyarladığımızda, (Şekil 2-3) İlçe SSK ve Devlet Hastanelerinde hatta İl SSK ve Devlet Hastanelerinde, (Şekil 4-5) ise özel tıp merkezlerinde ve yeni eğitim hastanelerinde ve üniversitelerinde görmekteyiz.

⁴⁷John H. Von D LEMY, **Management of Emergency Services**, (Indiana: An Aspen Publication 1987), s.303-305.

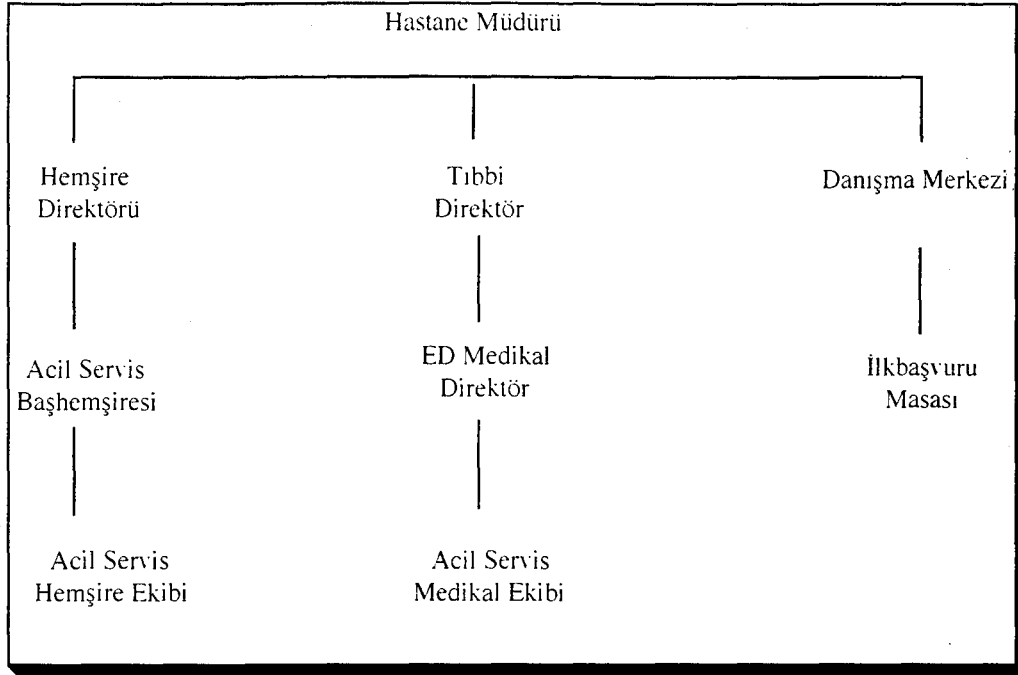
ABD’de de hastaneler organizasyon yapılarına göre genel olarak akademik ve nonakademik acil departmanları olarak ayrılmaktadır.

Şekil 6: Akademik Acil Departman Organizasyon Şeması



Kaynak: R.SALLUZO, T.A.MAYER, R.W. STRAUSS. **Emergency Department Management; Principles & Applications**, Mosby-Year Book Inc., St Louis, Missouri, 1997, s.31.

Şekil 7: Nonakademik Acil Departman Organizasyon Şeması



Kaynak: SALLUZO, MAYER, STRAUSS, a.g.e., s.30.

2.2. Acil ve Kaza Servislerinin Bileşenleri

İyi bir acil servis sisteminin beş ana bileşeni vardır. Bunlar;

- Çalışma Alanı:** Yeni sistem gelişmeye açık, diğer sağlık sistemi ve bilgi merkezleri ile bağlantılı olmalıdır.
- Bireysel Bakım Merkezleri:** Koruyucu sağlık eğitimi bölgesel olarak verilmeli, sağlık bakım programları, evde bakım, sağlık sistemi ve seviyeleri anlatılmalıdır.
- Koruyucu Bakım ve Tanı Merkezleri:** Bu merkezlerde çok yönlü ve disiplinli hareket eden bir ekip bulunmaktadır. Bu ekip doktor, hemşire, farmakoloji, beslenme uzmanı, tıbbi teknisyen, terapist ve hastanın gereksinim duyduğu herhangi bir tıbbi personelden oluşmaktadır. Bu merkezler temel olarak ileri sağlık bakım teknolojisi ile donatılmıştır.

- d. **Yoğun Bakım Merkezleri:** Özellikle multitravmalı ve organ yetmezliği olan hastalar için gereklidir. İleri tanı ve tedavi için en yüksek tıbbi teknoloji ile donatılmıştır.
- e. **İlave Yaşam Merkezleri:** Bu merkezler kronik hastalarla yaşamı boyunca tıbbi tedaviye gereksinim gösteren hastaların yaşam standartlarını yükseltmeye yönelik faaliyetleri içerir. Psikiyatrik, pediatrik, rehabilitasyon ve uzun süreli hemşire bakımlarını içerir.

Bu merkezler yapılırken dikkat gereken şartlar şunlardır:

- Her seviyeye uygun teknoloji ile donatılmalıdır.
- Çok disiplinli, uyumlu ve örgütlü olmalıdır.
- Yöneticilerin aldığı kararlar kolay ve anlaşılır olmalıdır.
- Tüm merkezler ile ilgili bilgiler bilgisayar sistemi sayesinde bilgi bankasına kaydedilmelidir.

Bu şartlar yukarıdaki merkezlerin iyi ve etkin çalışması için önemli faktörlerdir.⁴⁸

2.3. Acil Servis Personel Kadrosunun Oluşturulması

Acil servis verdiği hizmet gereği, konusunda bilgili, uzman çabuk karar verme yeteneğine sahip ve soğukkanlılığı muhafaza edebilen elemanlara gereksinim duyan bir birimdir.

2.3.1. Acil Servis Yöneticisi

Acil servisin sorumlu yöneticisinin (hekimin) iyi bir klinisyen olması yeterli

⁴⁸RIGGS. a.g.e., s.7-15.

değildir, aynı zamanda iyi bir yönetici olması gerekir. Ne yazık ki hekimin eğitiminde çoğu zaman yönetim becerilerinin nasıl kazanılacağı konusu yer almamaktadır. İyi bir yönetici olmak da yeterli değildir, acil servis sorumlusu etkin bir iradede olmak zorundadır. Ekibin güvenini kazanabilmeli ve yeterli denetimi yapabilmelidir.⁴⁹

Acil bölüm içindeki uygulamalar verilen hizmet gereği yetki ve sorumlulukların kesin olarak tanımlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bölüm yöneticisi, bölüm içindeki hizmet kalitesinden sorumludur ve hizmet uygulamalarına katılan personele etkili bir lider olmak zorundadır.

Örgütü geliştirmenin en önemli unsuru insan hayatındaki iyileştirmelerin sürekliliğidir. Bu iyileştirme unsurları şunlar olabilir.⁵⁰

- a. Örgüt üyelerinin başkalarıyla insancıl ilişkiler kurma yeteneğini geliştirmek,
- b. Çalışanların örgüt ve işi hakkındaki bilgilerini, iş yapabilme yeterliliklerini ve performansını arttırmak,
- c. Üyeler arasında karşılıklı güven ve destek sağlayacak tutum ve davranışlar geliştirmek,
- d. Çalışanlar arasında açıklık, işbirliği ve bağımsız davranma yeteneği geliştirecek diğer yargıları kazandırmak,
- e. Takım halinde çalışabilme ve grup davranışını anlayabilme yeteneği kazandırmak,
- f. Yönetenlerin yönetilenlere bakış açılarını iyileştirmek ve değerlendirme yönlerini geliştirmek,
- g. Çalışanların iş doyumunu ve morallerini yükseltecek gelişmeleri sağlamak.

⁴⁹John FOWLER. **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (Aydın: 1994). s.54.

⁵⁰Ömer PEKER. "Yönetimi Geliştirme". **Amme İdaresi Dergisi**, C:22. 1997. s.6-7.

Birçok araştırma, acil servislerle ilgili hasta tatmininin teşhis, bakım ve tedavisinin doğrulundan çok psikososyal faktörlerle, örneğin hasta sağlık personeli arasındaki iletişimle ilgili olduğunu ortaya koymuştur. İyi bir tedavi hizmeti verilse bile hoşnut olmayan bir hasta kendine zarar vermek pahasına başka bir kuruma başvurabilir veya kurumdan yakınabilir.⁵¹

Acil tıp yeni, hızla gelişen bir branştır ve yönetimi de kadro üyelerinin katılımını gerektirir. Tüm ekip üyelerinin bölüm amaçlarını belirlemesi önemlidir ve amaçların karşılıklı onaylanması sonucunda başarıya ulaşılabileceği gibi, acil servis yönetim komitesinde yer alan tüm yönetim kadrosu üyeleri tarafından da belirlenir.

Hastane yönetimi çağdaş yöneticilik konseptine uygun olarak hekim olmayan profesyonel kişilerle yürütülmelidir. Hastane yönetici ve müdürleri tıbbi olmayan konularda söz sahibidir ve başhekimlikle koordine şekilde çalışırlar. Acil servisin yatış, iş akışı, hasta akışı şemaları gibi konulardaki planlanması ve ortaya çıkacak sorunları çözümünde, teknik donanım, tıbbi malzeme, laboratuvar konularında yönetimin açık desteğine gereksinimi vardır. Yine yardımcı personelin her an yoğun çalışmanın gerekliliklerini karşılayabilecek sayı ve nitelikte olması yönetimce sağlanmalıdır. Acil servisin doğası gereği diğer bölümlerden farklı olarak hafta sonu, tatil gibi "atipik" zamanlarda daha fazla acil sorunlarla karşılaşması olasıdır ve yönetimin de bu özelliğe yanıt verebilmesi istenir.

Mesai saati dışında hastane yönetimini gece idaresi temsil eder, bu zamanlarda her türlü medikal ve paramedikal sorunlarla ilgili en yetkili kişi gibidir. Acil servisler ile ilgili ortaya çıkan sorunların çözümünde Acil Tıp Uzmanı ile koordine çalışması esastır.⁵²

⁵¹FOWLER. a.g.e., s.54.

⁵²Acil Servis..., s.13.

2.3.2. Tıbbi Personel

2.3.2.1. Acil Tıp Uzmanları

Acil serviste 24 saat, haftada 7 gün acil tıp uzmanı hekim bulundurulmalıdır. Eğer uzman kontrolör olarak acil serviste bulunuyorsa 8 saatte 21-30 hastaya 1 kontrolör uzman uygundur. Acil Tıp Uzmanları ölkemizde Acil Tıp ABD olan üniversitelerde mevcuttur.

2.3.2.2. Acil Tıp Asistanları

Acil Tıp Uzmanlığı kadrosundaki asistanlardır. Çalışma gündüz ve gece şiftleri şeklindedir. Her bir şifte yeterli sayıda kıdemli ve kıdemsiz asistan bulunur.

Amerika Birleşik Devletlerinde “Emergency Medicine Residency Review Committee (EMRRC)” acil tıp asistanları için şift sistemi için bazı kuralları belirtilmiştir. Buna göre:

- 12 saatten fazla nöbet tutulamaz.
- 2 gece şifte arasında en az 12 saat olmalıdır.
- Her 7 günde 1 gün tamamıyla boş olmalıdır.
- Haftada 72 saatten fazla nöbet tutulamaz.

12 saat olarak yapılan şiftlerinde son saatlerine yaklaşıldığında ise yorgunluk ortaya çıkmakta, bu şift bir gece şifti ve saat 08:00’de değiştiriliyorsa biolojik ritme göre uyanıklığın en az olduğu 03:00-06:00 saatlerinde eklenen yorgunlukla beraber hata riski artmaktadır.

Genel olarak bakıldığında 12 saatlik şiftlerin avantajları:

- Nöbet listesini yapan için kolaylık sağlar.
- Bir hafta içinde daha fazla boş gün yaratılabilir.
- AAS'ler için, eğitim günlerine mümkün olduğunca fazla katılım sağlanabilir.

12 saatlik şifflerin dezavantajları:

- 40 saatlik haftalık çalışma saatini tam olarak tutturulamaz.
- AS yoğun ise yorucu olabilir.
- EMRRC'nin kuralları gereği eğer şiffler arasına eğitim, konferans vs. gibi aktiviteler girerse, 2 şift arasında istenen 12 saatlik boşluk yaratılamayabilir.

Acil servisin hasta yoğunluğu da nöbet şifflerinin belirlenmesinde önemli rol oynar. Örneğin gündüz şiffleri çok yoğun fakat gece şiffleri sakin geçen acil servisler için gündüz şifflerinin 8-10 saat, gece şifflerinin 14-16 saat yapılması uygun olabilir. Fakat ülkemizdeki çoğu acil servislerin hasta yoğunluğu özellikle poliklinik hizmetleri bittikten sonra (akşamüstü 17:00 civarı) artmakta ve gece geç saatlere kadar bu yoğunluk devam etmektedir. Bu nedenle 12 saatlik şift sistemi şeklinde düşünüldüğünde gündüz şifflerinin son 3-4 saati, gece şifflerinin ise ilk 3-4 saati çok yoğun geçecektir.

Amerikan College of Emergency Physicians 1990 yılında acil servislerin ihtiyacı olan hekim sayıları ve tutulacak şifflerinin saatleri ile ilgili olarak politikasını şu şekilde belirlemiştir. Tablo 4'de hasta sayılarına göre önerilen şift saati ve acil tıp hekimi sayıları yer almaktadır.

Tablo 4: Acil Servise Gelen Yıllık Hasta Sayısına Göre Bulunması Gereken Hekim Sayıları

| Hasta Sayısı / Şift Saati / Hekim Sayısı | | | |
|--|------------|------------------------|--|
| Hasta Sayısı/Yıl | Şift Saati | Bir Şifte Hekim Sayısı | AS Kadrosunda Bulunması Gereken Minimum Hekim Sayısı |
| <8.000 | 24 | 1 | 3 |
| 8.000-12.000 | 12 | 1 | 4 |
| 12.000-20.000 | 12 | 2 | 4 |
| 20.000-30.000 | 8 - 10 | 2 | 5 |
| >30.000 | 8 - 10 | 3 | 6 |

Acil serviste çalışan hekimlerin sayısı şu yöntemle de hesaplanabilir. Uzman primer hasta bakan pozisyonda çalışıyorsa 8 saat için 10-20 hastaya 1 acil servis (AS) doktoru uygun olacaktır. Yani eğer bir acil servise 8 saatte 45 hasta giriyorsa burada aynı saatlerde görev yapan AS doktoru sayısı en az 2-3 olmalıdır. Eğer uzman kontrolör olarak acil serviste bulunuyorsa 8 saatte 21-30 hastaya 1 kontrolör uzman uygundur. Başka bir deyişle acil serviste primer olarak hasta bakan bir doktor 8 saatten fazla görev yapmamalıdır. Bu da bir acil servisin 24 saat kontrolü için en az 3-4 doktor gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Belirlenen bu sınırlar çerçevesinde nöbet listeleri diğer tıbbi personele de uyarlanabilir.

2.3.2.3. İcapçı Uzmanlar

Hastane yönetimi 24 saat, haftada 7 gün acil servisin ihtiyaçlarına yanıt verebilecek kliniklerin asistan ve uzman konsültan listelerini Acil Tıp Anabilim dalına iletmiş olmalıdırlar. Hastane yönetimi ve AS yöneticileri icapçı uzman listelerini AS hasta sayı ve niteliklerine göre belirlemelidirler. Buna ilişkin liste Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5: Acil Serviste Hasta Bakım Niteliğinin Yükseltilmesine Yardımcı Olacak İcapçı Uzman Listesi

| Dahili | Cerrahi |
|-------------------------|--------------------------------|
| Kardiyoloji | Anestezi |
| İnfeksiyon Hastalıkları | Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi |
| Genel İç Hastalıkları | Genel Cerrahi |
| Gastroenteroloji | Üroloji |
| Hematoloji | Kadın Hastalıkları ve Doğum |
| Nefroloji | Kulak-Burun-Boğaz |
| Nöroloji | Nöroşirurji |
| Pediyatri | Oftalmoloji |
| Göğüs Hastalıkları | Ortopedi |
| Diğer | Pediyatri Cerrahi |
| Radyoloji | |
| Girişimsel Radyoloji | |
| Anjiyografi | |
| Patoloji | |
| Psikiyatri | |

2.3.2.4. Konsültan Doktorlar

Unutulmaması gereken nokta acil servisteki hastanın en hızlı ve net bir şekilde kaliteli ve doğru tıbbi bakımına ulaşmasıdır. Bu da ancak konusunda deneyim ve bilgi sahibi acil hekimi ve konsültan hekimlerle gerçekleşebilir. Hastane içinde bulunması gereken konsültan doktorların ulaşıldıktan 5’dk içinde acil serviste olmaları önerilmektedir. Bu hekimlerin nöbet listeleri AS içinde asılı olmalı ve 24 saat, haftada 7 gün As desteği sağlanmalıdır.

Konsültan hekimler aynı zamanda hastanın sevk işlemlerinden de sorumludurlar.

2.3.2.5. Radyoloji Doktoru

24 saat hizmet vermelidir. Başlıca görevleri; Acil USG’nin yapılması, gerektiğinde BBT ve radyografilerin yorumlanması ve olgularda doppler USG yapılması vb. gibi acil hasta değerlendirme sürecine aktif katkıda bulunmaktır. Bu hizmetin radyoloji uzmanı tarafından verilmesi idealdir.

2.3.2.6. Hemşireler

a. Acil Servis Sorumlu Hemşiresi: İdeal olarak bu görevin 3 yıl meslek ya da 2 yıl acil servis deneyimi, 1 yıl yöneticilik deneyimi olan, bunun yanında liderlik özellikleri taşıyan hemşirelere verilmesi gerekir. Bu hemşireler tercihen ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri pediatrik yaşam desteği gibi kursları başarıyla tamamlamış olmalıdırlar. Bu kurslar 2 yılda bir tekrarlanmalıdır. Acil serviste hemşire hasta bakımınının 24 saat, haftada 7 gün kontrolü ve düzgün yürütülmesinden, geliştirilmesinden, acil servisteki klinik ve yönetsel kuralların hemşirelere aktarılmasından, hemşirelerin eğitiminden, hemşire ve diğer yardımcı personelin nöbet listelerinin yapılması ve yürütülmesinden sorumludur. Sorumlu hemşire acil servis direktörü ile eşgüdümlü çalışarak, hekim ve hemşirelerin uyum içinde çalışmasına yardımcı olur.

b. Acil Servis Hemşireleri: Acil servis hemşireleri en az 1 yıl klinik deneyim sahibi, acil servis oryantasyonunu başarıyla tamamlamış, acil servis işlem ve prosedürleri hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Bu hemşirelerin de ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri pediatrik yaşam desteği gibi kursları başarıyla tamamlamış olması hasta bakım kalitesini yükseltecektir. Bu hemşireler 24 saat, haftada 7 gün acil serviste hasta bakımından, hasta eğitiminden ve diğer yardımcı personelin denetlenmesinden, triajdan sorumludurlar.

**Tablo 6: Bir Hastane Acil Servisi İçin Uygun Olabilecek
Hemşire: Yatak Sayıları**

| | |
|-----------------------|-----|
| • Monitörlü yatak | 1:4 |
| • Monitörsüz yatak | 1:6 |
| • Gözlem ünitesi | 1:8 |
| • Resüsitasyon yatağı | 2:1 |

2.3.2.7. Ek Yardımcı Doktor ve Hemşireler

Hastane yönetimi gerektiği durumlarda (afetler, toplu kazalar vs.) acil servis ekibine yardımcı olacak doktor ve hemşirelerin listesini önceden belirlemek ve bunu acil servis direktörüne bildirmek durumundadır.

2.3.2.8. İntörn Doktorlar

İntörn doktorlar acil servis rotasyonları boyunca çalışmaktadır. Ülkemizde Tıp Fakültelerinde son sınıf öğrencileridir.

2.3.2.9. Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT; Paramedik)

Hastane öncesi acil bakımın bir parçası olan AABT; genellikle kritik durumdaki hasta ya da yaralıya ilk anda müdahale eden profesyonel kişilerdir. Acil tıp hizmetlerinde, AABT yaşam zincirinin anahtarı olarak tanımlanmaktadır. AABT'nin bilgi merkezinde, organize edilmiş etkin değerlendirme, hareket planı geliştirme, acil tedavi, triaj ve nakil için karar verme becerisi olmalıdır. Çünkü, hastanın yaşaması için bunlar gerekmektedir.

Hastane öncesi acil bakım, olayla (hastalanma, kaza geçirme gibi) başlar, transport sırasında devam eder ve tıbbi olanaklara sahip bir yere nakledildikten sonra biter. AABT, hastanın sorununu tanıyıp, durumunu değerlendirir ve gereksindiği acil bakımı verir, bunları yaparken hem kendisinin hem de hastasının güvenliğini sağlar. Bir AABT ambulansı emniyetli bir şekilde kullanırken, diğer AABT hastanın yanında hastaneye kadar hastanın bakımını devam ettirir. Amerika'da paramedikler anında (on-line) ve sonradan (off-line) hekim kontrolünde çalışmaktadırlar.

Paramediklerin birçok görevinden başlıcaları, acil çağrı halinde olay yerinin güvenliğini sağlamak, birden fazla hasta olduğunda triajını yapmak, gerekli olduğunda CPR ve entübasyon gibi acil müdahaleyi yapmak, hastayı stabilize etmek, hastanın uygun koşullarda taşınmasını sağlamaktır.

Türkiye’de paramedikleri, Sağlık Bakanlığı resmen tanımına rağmen Maliye Bakanlığı henüz yasal olarak tanımamıştır. Bu nedenle yasal sorumluluklar ve sınırlar tanımlanmamıştır. Ancak Türk Ceza Kanunu’ndaki dokunulmazlık yasasına göre hastaya müdahale edebilmektedirler. Bu madde “zorunluluk hakkı ve iztirar hali” denilen durum nedeniyle hastanın hayatının kurtarılması işlemi için yetki vermekte ve TCK 49. Maddesi dokunulmazlık sağlamaktadır.

2.3.3. Diğer Ekip Elemanları

2.3.3.1. Sekreterlik Hizmetleri

Sekreterlik işlemleri tercihen Tıbbi Sekreterlik eğitimi almış kişiler tarafından yürütülmelidir. 8 saatlik şifitlerde 12’den fazla hastaya bakan hastaneler için acil servis içinde bir sekretere gereksinim vardır. Bu sekreter tetkiklerin girilmesi, hasta yatış - çıkış işlemleri, diğer hastaneler ve hekimler ile telefon bağlantısının kurulması gibi görevleri üstlenmektedir.

Dış sekreterlik: 24 saat, haftada 7 gün acil serviste bulunmalıdır hasta kayıt, kimlik takibi, vezne, resmi mühür vb. işlemlerini yürütmektedir. İç ve dış sekreterlik işlemleri acil servisin durumuna göre iki farklı elden verilebileceği gibi tek merkezde de toplanabilir.

2.3.3.2. Sosyal Hizmetler Uzmanı

24 saat, haftada 7 gün tüm acil servislerde verilmesi gereken bir hizmettir. Bu

görev en az 1 yıl sosyal hizmet deneyimi olan kişilerce verilmelidir. Acil servisler sosyal güvencesi olan ya da olmayan tüm hastalara hizmet veren birimlerdir. Acil serviste sıkça karşılaşılan sosyal hayatı yakından ilgilendiren aile içi şiddet, alkol kullanımı, her türlü hasta ve aile problemleri, çocuk suistimali gibi durumlar bir sosyal hizmet uzmanına ihtiyacın ne derece büyük olduğunun bir göstergesidir.

2.3.3.3. İdari Sorumlu

Bu görevin hastanenin klinik basamağında en az bir yıl deneyim sahibi olan hastane yönetimi eğitimi almış kişilere verilmesi uygundur. Bu kişi acil servisin 24 saat, haftada 7 gün sekreter ve yardımcı personel görevlilerinin uyum ve süreklilik içinde yürütülmesinden sorumludur. Acil servis direktörü ve acil servis sorumlu hemşiresinin desteği ve kontrolünde bu işlemleri yürütür.

2.3.3.4. Hasta Transfer Ekibi

Hasta transferi hastane içinde başka bir servise, tetkike (radyolojik inceleme gibi) ya da başka bir hastaneye olabilir. Acil serviste hasta transferinden sorumlu bir ekip bulunmalıdır. Bu ekip hastanın ileri yaşam desteği ihtiyacına cevap verecek donanım ve eğitime sahip olmalıdır. Bu ekip içinde paramedik, hekim, hasta bakım ve taşıma eğitimi almış hastabakıcı bulunmalıdır.

2.3.3.5. Teknisyenler

Tüm acil servislere özellikle radyoloji, mikrobiyoloji ve biyokimya laboratuvarlarda görev yapan teknisyenler 24 saat, haftada 7 gün bulunmalıdır. Anstabil hastalar gibi belli olgularda yatak başı X-ray çekilebilmelidir.

2.3.3.6. Yardımcı Personel (Hasta Bakım/Taşıma Elemanı)

Bu kişiler hastaların taşınma ve transferi yanında, temizliğine yardım, çarşafların değiştirilmesi, gerektiğinde arşivden dosya çıkarılması, bazı tetkiklerin ulaştırılması ve gerekli malzemelerin depodan acil servise aktarımından sorumludur.

2.3.3.7. Güvenlik

Acil servis çalışma sürecini bilen, sürekli ve düzenli bir güvenlik görevlisi olmalıdır. Görevleri arasında sürekli asayiş sağlama, hasta yakınlarının dışarı alınması, personelin korunması, acil servis içinde şiddeti önlemeye yönelik çaba harcamak önceliklidir.

2.3.3.8. Hastane Polisi

Acil servis çalışma sürecini bilen, sürekli ve düzenli bir hastane polisi olmalıdır. Adli raporların alınması, darp, yaralanma ve ölümlerde kriminolojik kanıt toplama, acil personelinin korunması, asayiş sağlama ve gerekli emniyet birimlerinden yardım isteme gibi görevleri üstlenirler.

2.3.3.9. Psikolojik Danışman

Alkol ve madde bağımlılıkları gibi özel hasta grupları için danışmanlar tüm acil servisler için olmasa da özellikle büyük illerde bulunan hastanelerin acil servislerinde bulunması faydalı olabilir.

2.3.3.10. Temizlik Görevlileri

Acil servislerde 24 saat, haftada 7 gün hizmet veren bir temizlik ekibi olmalıdır. Yeni gelen hastaların temiz, bakımlı oda ve yataklara alınması sağlanmalıdır.

2.3.4. Diğer Hizmetler

2.3.4.1. Ambulans Hizmetleri

Acil serviste ilk müdahale ve stabilizasyonu tamamlandığı hamde daha ileri olanakları bulunan bir kuruma transferi veya yatış amaçlı transferi gereken olgular için ambulans hizmetleri sağlanmalıdır. Ambulans hizmetleri mutlaka eğitimli paramedikler aracılığıyla yürütülmelidir. Burada en önemli kural, stabil olmayan hastanın asla transfer edilmemesi gerekliliğidir.

2.3.4.2. Acil Laboratuvar Testleri ve Görüntüleme Yöntemleri

Biyokimya, mikrobiyoloji ve radyoloji olarak 3 ana başlıkta incelenir.

a. Biyokimyasal İncelemeler

Rutin Biyokimyasal Parametreler

| | |
|------------|--------------------------------|
| Sodyum | Miyoglobin |
| Potasyum | AST |
| Klorür | Amilaz |
| BUN | Total bilirubin |
| Glukoz | Direkt bilirubin |
| Kreatinin | Kalsiyum |
| CK | Albumin |
| CK-MB | Total protein |
| Troponin-I | D-Dimer (Pulmoner emboli için) |
| Troponin-T | |

Diğer biyokimya: BOS baskısı (protein, glikoz, klorür, pandy, hücre sayımı vb.) arteriyel kan gazı, kooksimetrik analizler (CO-Hb, sülfö-Hb, met-Hb) Gaitada gizli kan, Serbest T3, T4 ve TSH, Kan osmolalitesi.

Hematolojik incelemeler: Tam kan sayımı, kanama profili (PT, aPTT, fibrinojen), kan grubu, kan bankası tarama testleri.

İdrar: Tam idrar tetkiki, gebelik testi (idrar ve kanda), idrarda spot sodyum, idrarda miyoglobin.

b. Mikrobiyolojik ve Farmakolojik İncelemeler

1. Mikrobiyolojik İncelemeler:

Kültür ve mikroskopik bakı;

Boğaz-balgam kültürü

İdrar, yara yeri, apse, diğer kültür

Dışkı kültürü

Kan kültürü

BOS kültürü

Mikroskopik bakı (çini mürekkebiyle kriptokok baskısı vb. dahil)

Tarama testleri: HbsAg, Anti-HIV, VDRL, Anti-HCV.

2. Farmakolojik İncelemeler:

Kan ilaç düzeyi:

Teoflin Alkol (etil alkol, metil alkol, etilen glikol)

Fenobarbital Parasetamol

Digoksin Kolinesteraz

Valporik asit Salisilat

Karbamazepin Serbest ilaç düzeyi

Toksikolojik tarama Fenitoin
(esrar, kokain, opiat, anfetamin, fensiklidin)

c. Görüntüleme Yöntemleri ve Girişimsel Radyoloji

1. Direkt Radyografiler

Kafa: Kraniografi, townes, submentoverteks, nasal, orbita, waters', mandibula, caldwell.

Boyun, vertebra, pelvis: Boyun (havayolu), servikal (AP, lateral odontoid), dorsal, LSV, pelvis, koksiks.

Akciğer-Batın

Üriner Sistem: (DÜS, IVP, sistogram, voiding sistogram)

Ekstremiteler: (Klavikula, skapula, omuz AP, transskapular omuz, transtorasik omuz, humerus, dirsek, ön kol ... vb.)

2. Ultrasonografi

Üst abdomen

Pelvik

Obstetrik

Transrektal, transvaginal

Yüzeysel dokular (tiroid, kas-iskelet, skrotal vb.)

3. Bilgisayarlı Tomografi: Beyin, orbita, dış-orta-iç kulak, hipofiz, vertebra, toraks, abdomen, ekstremiteler, yüksek çözünürlüklü toraks (HRCT), nazofarinks, temporo mandibüler eklem vb.

4. Noninvaziv Kardiyoloji Laboratuvarı: Ekokardiyografi (transtorasik, transösefajial), ekokardiyografi 2 boyutlu, treadmill egzersiz testi vb.

5. Nükleer Tıp: Akciğer ventilasyon/perfüzyon sintigrafisi, miyokard perfüzyon sintigrafisi, GIS kanama tepiti, apse sintigrafisi vb.

6. **Manyetik Rezonans Görüntüleme:** Beyin, maksillo-fasyal, temporal kemik, orbita, hipofiz, vertebral kolon, toraks, üst abdomen, kalp ve anjiyografi inceleme vb.
7. **Anjiyografi:** Pulmoner, intraarteriyel DSA, intravenöz DSA, serebral anjiyografi, aortografi, üst ekstremité-alt ekstremité arteriyografisi, karotid anjiyografi, superior ve inferior mezenterik anjiyografi vb.
8. **Vasküler ve Nonvasküler Girişimsel Radyoloji:** Anevrizma embolizasyonu, fibrinolitik tedavi, embolizasyon, stent uygulamaları, vena kava filtresi, parasentez, perkütan abse drenajı, perkütan nefrostomi-gastrostomi, ureteral stent yerleştirilmesi, bronkografi vb.
9. **Doppler USG:** Servikal bölge (karotis, vertebral juguler), üst ve alt ekstremité (arteriel ve venöz), abdominal anavasküler yapılar, skrotalpenil, transkranyal, transvajinal, renovasküler vb.
10. **Diğer:** Bronkoskopi, endoskopi, özefagoskopi vb.⁵³

2.4. Acil Servis Ekip Çalışması ve Önemi

Acil birimlerde çalışanların duyguları da diğer klinik çalışmalarından farklıdır, çünkü bu kişilerin duyguları, acil problemlerin önceden bütünlemesinden kaynaklanan tecrübelerle doludur. Ani gelişen olaylar karşısında kişilerin tepkileri de ani gelişebilir. Sinirlilik ve acele, hasta bakımına yansiyabilir. Bunu en aza indirmenin yolu ise teknik, klinik ve kadro olarak ortaya çıkabilecek problemlere hazırlanmak, ekibin her üyesinin yaptığı işin bilincinde ve sakin olabilmesidir.⁵⁴

⁵³ Acil Servis..., s.13-22.

⁵⁴Sevgi HAKANTÜRK, "Acil Hemşireliği". **Türk Hemşirelik Dergisi**, Cilt: 41, No: 4, 1991, s.11.

Acil birim ekibi, hekim, hemşire gibi değişik disiplinlerden meslek üyelerinin ve hastane yönetiminin birlikte belirledikleri, acil bakım standartları ile ilgili ortak amaçlar doğrultusunda sunulan acil tedavi ve bakım hizmetleri belirli görev, yetki ve sorumluluklar çerçevesinde uyumlu şekilde sunan profesyonel ve profesyonel olmayan kişilerden oluşur. Acil bakım hizmeti veren bu kişiler arasında sürekli bir iletişim, disiplinler arası işbirliğinin varlığı verilen bakımın etkinliği ve niteliğini yükselttiği gibi, ortamın ve ekibin huzur ve düzen içinde olmasına ve hasta akışının hızlanmasına da neden olur. Tersini düşünülürse bu disiplinler arasında işbirliğinin koptuğu durumlarda ise hizmet olumsuz yönde etkilenecektir.⁵⁵

24 saat boyunca sağlık bakımı alanında hemşirelerin, hekimlerin, teknisyenlerin ve diğer görevlilerin çalıştığı tek bölüm acil servislerdir. Bu nedenle ekip içindeki çatışmalar hizmetin kalitesi ve verimini düşürecektir.

3. ACİL SERVİS YÜRÜTME İŞLEVİ

Yürütme fonksiyonu, örgütte yer alan kişilere görevlerini en verimli ve en etkin bir biçimde yaptırmayı amaç edinmiştir. Sürekli bir nitelik taşır. Yürütme fonksiyonu ile bilgi verilecek, yol gösterilecek, inandırılacak, barışçıl ve demokratik araçlarla astlar yönetilecek ve böylece örgüt amacına ulaştırılmaya çalışılacaktır.⁵⁶

Etkin bir yürütme sisteminin kurulabilmesi için bazı şartların sağlanması gereklidir. Bu şartları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- a) Takım ruhu yaratmak
- b) Personeli iyi tanımak
- c) Görev ve sorumlulukları yüklenecek nitelikte olmadıklarını gösteren kişilerin örgütten uzaklaştırmak

⁵⁵OKTAY, AKSOY ve YÜRÜGEN, a.g.e., s.8.

⁵⁶AK, a.g.e., s.46.

- d) Personel ile işletme arasındaki ilişkileri yakından tanımak
- e) Yönetici, kişiliği ile astlarına örnek olmak
- f) Personeli sürekli denetim ve kontrol altında bulundurmak
- g) Yardımcıları ile sık sık raporlar yapmak ve onlardan yazılı ya da sözlü raporlar almak
- h) Ayrıntılar içinde boğulmamaya dikkat etmek
- i) Personelde birlik ve beraberlik ile orantılı görev, yetki ve sorumluluk sağlamak
- j) Astlara yetenek ve becerileri ile orantılı görev, yetki ve sorumluluk sağlamak
- k) İyi bir ödüllendirme ve insan ilişkilerinin rolünü kavramak
- l) Astlara yanılma hakkı tanımak

Bütün bunlara rağmen yürütmenin sağlanmasında, insanı anlama ve tanıma güçlüğü, otorite biçimleri ve otoriteyi kullanmadaki güçlükler, bireysel özgürlüklerle otoritenin bağdaştırılması, iş görevleri inandırma ve eğitime sorumluluğu, disiplin ve itaatli insanlar yetiştirme zorunluluğu gibi sorunlar söz konusudur.⁵⁷

3.1. Acil Yardım ve Ambulans Hizmetleri

Yardım çağrısı, uluslararası standart geliştirilmesi için üzerinde en çok çalışılan konular arasındadır. Genellikle, acil durumların birden fazla kurumu ilgilendirmesi nedeniyle (polis, itfaiye, ambulans vb.) ABD'de tek merkez (tek numara: 911) uygulaması tercih edilmiştir. Avrupa'da ise her üç kurumun bambaşka uzmanlık konuları olması nedeniyle, ayrı merkezleri ve telefon numaraları olması gerektiği düşüncesi hakimdir. Ancak Avrupa'da ambulans hizmetleri aynı ülkede birden fazla örgüt tarafından sunulduğu için, buna bağlı çeşitli telefon numaraları acil yardım çağrısı

⁵⁷AK. a.g.e., s.47.

için kullanılmaktadır. Avrupa Birliği'nin öngördüğü ortak numara, acil sağlık hizmetleri için 112'dir.⁵⁸

Ambulansın yapısı, teknik ve tıbbi donanımı konusunda da çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Hakim olan görüş, ambulans hizmetlerinin iki grupta toplanması gerektiği şeklindedir:

a) Basit nakil amaçlı; stabil vakaların acil olmayan nakli için kullanılacak, randevulu çalışan, tıbbi donanımı basit olan ambulanslar.

b) Acil tıbbi yardım amaçlı; hastane hizmetlerinin olay yerine ulaştırılması prensibine dayalı, ileri düzey yaşam desteğini erken dönemde başlatabilecek üzere her an hazır bekleyen (tam donanımlı) ambulanslar.

Ancak her iki gruptaki ambulanslar, ülkelere hatta bölgelere göre önemli değişiklikler gösterebilmektedir. Ambulans boyutu ve donanımı açısından, hızlı nakli amaçlayan küçük seri araçlardan, içinde cerrahi operasyonun başlatabileceği komplike araçlara kadar gelişebilen geniş bir yelpaze oluşturmaktadır.

Daha çok kırsal bölgedeki ve otoyollardaki acil vakalara ulaşmayı hedefleyen helikopter ambulanslar, kritik vakanın uzun mesafelere taşınabilmesini amaçlayan uçak ambulanslar; deniz kıyısında özellikle liman kentlerinde deniz ambulansları gibi bölgenin özelliklerine uygun değişik ambulans tipleri de mevcuttur.

Ayrıca, Almanya'da doktoru olay yerine taşıyan özel araçlar, ambulans gerektirmeyen acil vakalara hızlı doktor ulaştırabilmek için hazırlanmış özel araçlar (taksi, motosiklet vb.) büyük kazalar ve afet halleriyle birden çok hasta veya yaralı taşıyabilecek ambulanslar gibi çok çeşitli araçlar, acil sağlık hizmetleri de kullanılmaktadır.⁵⁹

⁵⁸ÖZŞAHİN. a.g.e., s.373.

⁵⁹ÖZŞAHİN. a.g.e., s.373.

Ambulansta görev yapan personel konusunda da çok çeşitli düzenlemeler bulunmaktadır.

ABD’de ambulans doktor bulundurulmamasına karşın, Avrupa (Güney Avrupa Modeli) ülkelerinde doktor ambulans görev yapmaktadır. Almanya gibi bazı ülkelerde de doktor ayrı özel bir araçla (geçiş üstünlüğü olan, şoförlü) olay yerine gönderilmektedir.

ABD’de paramedik acil tıbbi teknisyen (ATT) ambulansı kullanma, hasta taşıma görevlerinin yanısıra, intravenöz tedavi, havayolu açma, kardiak monitorizasyon ve defibrilasyon gibi ileri yaşam desteği verebilecek düzeyde yetkili olarak çalışmaktadır. Böylece ambulans doktor, şoför gibi diğer personel giderinden tasarruf sağlanabilmektedir.⁶⁰

Avrupa ülkelerinde doktor ve şoför yanında, birden fazla (eğitimi acil tıp konusunda yoğunlaşmış) yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır.

Ambulanların komuta merkezi ve hastanelerle telsiz aracılığıyla iletişim kurulabilmesi, yaşam kurtarıcı öneme sahiptir. Uygulamada, hastaların sürekli telsiz dinlemesi kullanışlı bulunmamıştır. Hastane içinde, dahili çağrı sistemleri kullanılması, dahili telefon hatlarından, santrale konacak bağlantı cihazlarıyla telsiz hattına ulaşılabilmesi maliyet/yararlılık oranı açısından en uygun çözümdür. Böylece olay yerinde ve yolda hasta uzman doktor desteği olacaktır. Ayrıca hastayı bekleyen acil servis gerekli hazırlığı yapabilecektir.⁶¹

Acil birimlerde yürütme fonksiyonundaki eksiklikler, hastanın hayatına mal olabileceğinden önemi büyüktür.

⁶⁰ÖZŞAHİN. a.g.e., s.374.

⁶¹ÖZŞAHİN. a.g.e., s.374.

3.2. Hasta Kabulü ve Triaaj Sistemi

Hayati tehlike geçirmekte olan bir hasta veya yaralının hastaneye kabulü ve yatırılması şarttır. Kaza hayati tehlikesi olup olmadığı şüpheli ise, yine hastaneye kabul edilmesi ve yatırılması şarttır. Kendiliğinden gelen veya başka hastanelerden gerekli önlemler alınmadan resmi veya gayri resmi gönderilen acil vakalar kabul edilmeli ve yatırılmalıdır. Acil vakalar boş yatak bulunmadığı gerekçesiyle geri çevrilmemelidir. Özel Hastaneler Kanunu'na göre özel hastanelerde acil vakaları kabule mecburdur. Hasta, ileri tetkik için, naklinde sakınca yoksa ilk yardımı takiben, gerekli tıbbi önlemleri aldıktan sonra, doktor veya uzman hemşire gözetiminde tam teşekküllü bir hastaneye sevk edilmelidir. Hastane içinde de ileri tetkikler için, hastanın durumu uygunsuzsa, tıbbi önlemler alındıktan sonra doktor veya hemşire gözetiminde nakledilmelidir. Hastaneye ölmüş olarak getirilen vakalarda, ceset hastane morguna alınmalıdır.

Hasta kabulünde öncelikle hasta muayene edilir ve tedavisine başlanır. Hasta kabul ve poliklinik kayıtları düzenlenir. Hastanın kendisinden ya da getirilenlerden kimliği sorulur. Mümkünse kimlik belirtimi yapılır. Cinsiyeti, yaşı, genel durumu ve muayene bulguları yazılır. Hastaneye kabul edildiği andan itibaren 24 saat içinde anamnez, müşahade ve tedaviye ait kayıtlar tamamlanır.⁶²

Triaaj: Ayırmak, seçmek, ayıklamak, sınıflandırmak anlamına gelen 'Triaaj', Fransızca'daki 'trier' kelimesinden köken almaktadır. Tıbbi alanda ilk Napolyon savaşlarında, yetersiz sayıdaki sağlık kaynakları nedeni ile ciddi şekilde yaralanmış askerleri ölüme bırakarak ve daha hafif yaralı olanlara müdahale ederek yeniden savaş alanlarına geri dönmelerini sağlamak için uygulanmıştır.⁶³

Triaaj sistemlerinin günümüzdeki amacı ise, başvuru anında hastaları hemen değerlendirip, yakınmalarına ve başvuru şekillerine göre, aciliyetin önceliğini belirlemek

⁶²Semra ÇALANGU, *Acil Dahiliye*, (5. Baskı, 1997), s.2-3.

⁶³SALLUZO, MAYER, STRAUSS, *a.g.e.*, s.179.

ve sınıflandırmak, hastaların güvenliğini ve acil serviste daha hızlı bir şekilde değerlendirilmelerini sağlamaktadır. Etkili triaj sistemi hastanın bekleme süresini azaltmaya ve hekim tarafından değerlendirilmeden, ayrılan hastaların sayısını azaltmaya yönelik olmalıdır.

Tablo 7: Triaj Kategorilerinin Tanımı ve Bu Durumlara Uyan Örnekler

| TRİAJ KATEGORİSİ | TANIM | ÖRNEK |
|---------------------------------|--|--|
| Çok Acil (Emergent) | Akut ve potansiyel olarak hayatı ve ekstremitayı tehdit eden, mortalite veya artmış morbiditeden korunmak için acil değerlendirme veya tedavi gerektiren yakınma, vital bozukluk, hastalık veya yaralanma. | Kardiyopulmoner arrest, solunum sıkıntısı, anafilaksi, koma, havayolu obstrüksiyonları, kontrol edilemeyen kanama, şok, multipl travma, zehirlenme, ciddi ağrılı durumlar, doğum, febril infant. |
| Acil (Urgent) | Akut ve potansiyel olarak hayatı veya ekstremitayı tehdit eden, mortalite veya artmış morbiditeden korunmak için birkaç saat içinde değerlendirme veya tedavi gerektiren, yakınma, vital bozukluk, hastalık veya yaralanma | Karın ağrısı, çoklu veya açık kırıklar, kalça veya uzun kemik kırıkları, renal taşlar, orta derece yanıklar, kesiler, ciddi baş ağrısı (afebril), yutma zorluğu ile beraber olan boğaz ağrısı. |
| Acil Olmayan (Nonurgent) | Subakut veya kronik, hayatı veya ekstremitayı tehdit etmeyen, morbiditeden korunmak için 24 saat içinde değerlendirme ve yaklaşım gerektirmeyen yakınma, vital bozukluk, hastalık veya yaralanma. | Döküntü, kronik baş ağrısı, burkulmalar, soğuk algınlığı belirtileri, vaginal akıntı, yara bakımı, sütür alımı, kronik eklem ağrısı, anafilaksi oluşturmeyen böcek ısırıkları, minör kulak ağrısı, minör izole ekstremita yaralanması. |

Kaynak: SALLUZO, MAYER, STRAUSS, a.g.e., s.195.

Triaj hizmeti ön lisans mezunu ve yüksek hemşireler tarafından yürütülür.

Bazı hastaneler triaj hizmetinden önce bir süre acil servis içinde çalışmayı zorunlu

kılmaktadır. Bazı hastaneler ise Advanced Cardiac Life Support (ACLS), Pediatric Advanced Life Support (PALS), Emergency Nursing Pediatric Course (ENPC), Certified Emergency Nurse (CEN) kursları düzenlemektedir. Triaaja özgü kurslar düzenlenebilir.

Triaj tüm giriş ve çıkışların kontrol edilebileceği bir alanda olmalıdır. Giriş ve çıkışların denetlenebilmesi amacıyla girişe yakın olmalıdır. Yarı kapalı bir oda triaj odası olarak kullanılabilir.

Triajın giriş bölümü tekerlekli sandalye ve sedyelerin yerleştirilebileceği genişlikte olmalıdır.

İyi bir triaj uygulaması için, hastanın tedavi gördüğü alanlarda sürekli iletişim halinde olmak şarttır. Triajla acil bölümleri, hastanenin diğer bölümleri ve ambulansla iyi bir haberleşme sistemi kurulmalıdır. Triajla bakım verilen alanlar arasında iletişim, hastanın uygun yere alınıp alınmadığı geri bildirim yapılmalıdır. Bu sonradan gelecek hastalar için daha uygun triaj yapılmasını sağlar.

İletişimi kolaylaştırmak için hızlı arama fonksiyonu olan telefonlar kullanılabilir. Sık aranan telefonların numaralarını gösteren telefon rehberi bulundurulmalıdır.

Acil servislerde öncelikli bakıma ihtiyacı olan hastalar için ortak sınıflandırmalar yapılmıştır. Sınıflama basit, kolay uygulanır ve kapsamlı olmalıdır. Hastalar, yakınma ve öykü, fizik muayene bulguları, vital bulgular ya da her üç özellik dikkate alınarak genelde 2-5 sınıfa ayrılır. Acil servis çok yoğun olduğunda bu sınıflamaya göre stabil hastalar, doktorun da onayı alınarak başka bir kuruma gönderilebilir.

Aşağıdaki tabloda travmaya bağlı göğüs ağrısı ile gelen hastalar için sınıflama kılavuzu görülmektedir.

Tablo 8: Travmaya Bağlı Göğüs Ağrısında Triaaj

| | | |
|------------------------|--|---|
| 1. Çok acil | Uzman hekim ya da sorumlu hemşirenin bilgilendirilmesi ve acil tedavinin başlayacağı yere alınması | Penetran göğüs travması, hipotansiyon ve künt göğüs travması, anstabil vital bulgular ve künt göğüs travması |
| 2. Acil | Sorumlu hemşirenin bilgilendirilmesi ve acil tedavinin başlayacağı yere alınması | Künt travma öyküsü<24 saat, şiddetli ağrı, genel durum bozukluğu (soluk, soğuk görünüm gibi), hipoksi (O ₂ saturasyonu<90), tek taraflı solunum seslerinde azalma. |
| 3. Yarı Acil | Acil serviste tedavi için kaydetme | Yukarıdaki bulguların ve yakınmaların olmaması, vital bulguların stabil olması, travma>24 saat ve < 1 hafta. |
| 4. Acil Olmayan | Acil serviste tedavi için hızlı değerlendirme | Yukarıdaki bulguların ve yakınmaların olmaması, vital bulguların stabil olması, çok az ağrı. |

Kaynak: SALLUZO, MAYER, STRAUSS, a.g.e., s.186.

Sınıflama sistemleri geliştirildikten sonra her bir sınıfa düşen hasta için neler yapılacağı belirlenir. Bu süreçte ilk basamak triaj hemşiresinin tedavi başlamasıyla ilgili kararlardır.

Triaaj hemşiresi acil sorunu ayırt edebilecek yetenekte olmalıdır. Acil durumlarda tanı ve tedaviye yönelik girişimler birlikte yapılır Doktor dışındaki triaj personelinin yetkisi yasal olarak sınırlandırılmıştır. Ortak kararlarla doktor denetiminde triaj hemşiresine laboratuvar ve radyoloji tetkik isteme, tedavi başlatma konusunda yetki verilebilir. Bu durumda doktor hastayı görmeden hemşire tanı ve tedaviye yönelik girişimleri başlatır. Bu yetkiler: buz uygulama, pansuman yapma, elastik bandaj uygulama gibi hemşirelerin yapabileceği işlemlerle ilgilidir.

Hekimlerin ve triajda çalışan personelin ortak kararlar alması şarttır. Bu kararların bir kılavuz şeklinde yazılması idealdir. Herhangi bir sorun olduğunda ya da karar vermede zorlanıldığında doktora danışılmalıdır.

3.3. Güvenlik

Acil servise girişler kontrol altında olmalıdır. Bugün birçok hastanede elektronik olarak açılıp kapanan kapı kullanılmaktadır. Güvenlik personelinin yerinin tedavi alanında olması avantajlıdır. Acil servis monitörde izlenmeli ve birçok kişi günümüzde silah taşıdığından metal tarayıcı bulunmalıdır.⁶⁴

Acilde görülmeyen köşeler kamera, konveks ayna ve monitörle izlenmeli, aynı zamanda giriş kısmı ve park yerinde kamera olmalıdır. Uyuşturucu kontrol kısmı tedavi kısmının merkezinde bulunmalı, malzeme ve mobilyalar ise hasta ve personelin yaralanmasına izin vermeyecek şekilde olmalıdır. Gözlem odalarının pencereleri kırılmaz ve akrilikten yapılmalıdır.

Alarm sistemi olarak siren, mikrofon bulunmalı, güvenlik bürosu herhangi bir olay anında hemen müdahale edecek yeterlikte olmalıdır.⁶⁵

3.4. İletişim Sistemi

Acil ekibi, bölüm içindeki rollerini ve bölümün işlevlerini değerlendirebilmek için iyi bir iletişim sistemine sahip olması sayesinde mümkündür.

3.4.1. Bölüm İçindeki İletişim

Hasta ile iyi bir iletişim kurulmalıdır. Hasta yakınlarının duygu ve kaygıları da aynı derecede önemlidir. Bazı durumlarda hekim veya hemşire hastanın dilini konuşamayabilir veya anlamakta zorlanabilir. Acil kadrosunda, birden fazla dili konuşabilen elemanlar bulunmalıdır ve bu kişilerin yardımı alınmalıdır. Kaza ve acil

⁶⁴RIGGS, a.g.e., s.168.

⁶⁵RIGGS, a.g.e., s.168.

durumlarla ilgili standart soru ve yanıtların yer aldığı, bir çok dilde hazırlanmış broşürler bu gibi durumlarda yararlıdır. Sağır ve dilsizler için geliştirilen işaret dili, iletişim aracı olarak kullanılabilir.

Acil birimde çalışan kadro üyeleri, hafta sonları ve tatiller de dahil olmak üzere 24 saat nöbet çizelgesine bağlı olarak çalıştıklarından bölüm içindeki idari iletişim zorlaşmaktadır. Ancak tüm üyeler, bölüm talimatları ve politikasında yapılan değişiklikleri bilmelidir. İdari danışmanlık ve iletişim, hizmetliler, sekreterler, hemşireler, hekimler, sosyal görevliler, radyoloji teknisyenleri, laboratuvar teknisyenleri ve yöneticiler de dahil olmak üzere tüm kadro üyeleri açısından önemlidir.⁶⁶

3.4.2. Hastane İçindeki İletişim

Hastaların en iyi bakıma ulaşabilmesi için, bölümler arası sınırlar kaldırılmalı ve kadro üyeleri arasında bağımsız iletişim sağlanmalıdır. Acil birimde çalışan kişilerin mesleki rollerine bakılmadan deneyimler paylaşılmalıdır.

Acil bölümlerin hem hemşirelik hem de tıbbi kadrosu, hastane yönetim yapısında temsil edilmelidir, aksi takdirde bölümün önemi azalacaktır. Acil bölümlerdeki hasta sayısı, hastalarla ve halkla kurulan ilişkinin önemi ve hastanedeki diğer bölümlerle kurulan yakın ilişkiler, bu temsilin önemini haklı çıkarmaktadır.⁶⁷

Hastane içindeki diğer bölümlerle iletişim geliştirilmeli ve klinik eğitim toplantılarına, acil bölüm üyeleri de katılmalıdır. Ayrıca diğer bölüm üyeleri de acil bölümdeki eğitim toplantılarına katılmalıdır. Bu iletişim hastalar hakkındaki bölümler arası tartışmaları kolaylaştıracaktır.⁶⁸

⁶⁶LEMY. a.g.e., s.18.

⁶⁷LEMY. a.g.e., s.18-19.

⁶⁸LEMY. a.g.e., s.19.

3.4.3. Hastane Dışındaki İletişim

Ambulansların komuta merkezi ve hastanelerle telsiz aracılığıyla iletişim kurabilmesi, yaşam kurtarıcı etkiye (öneme) sahiptir. Uygulamada, hastanelerin sürekli telsiz dinlemesi kullanışlı bulunmamıştır. Hastane içinde dahili çağrı sistemleri kullanılması, dahili telefon hatlarından, santrale konacak bağlantı cihazları ile telsiz hattına ulaşabilmesi maliyet/yararlılık oranı açısından en uygun çözümdür. Böylece olay yerinde ve yolda, hasta uzman doktor desteği alacaktır.⁶⁹

Hastaneler arası sevk protokolü oluşturulduğu takdirde, yetkili personelin hızlı iletişim olanağı sağlanabilecek, böylece hastaneler arası sevklerde sorun yaşanmayacaktır.

Acil durumlarda zehir danışma merkezlerinin sağladığı yarar, internet kanalının da kullanılabileceği hızlı bilgi paylaşımı da önemlidir.⁷⁰

3.5. Kayıtlar

Eğer iyi bir tıbbi ve yönetim uygulaması isteniyorsa, hastanenin acil servis birimine gelen her hasta için kayıt tutulması gerekir. Bu bir hastanenin kendini yasal olarak koruması için şarttır.⁷¹

Hasta ile ilgili genel bilgiler kaydedildikten sonra bu kayıtlar triaj hemşiresine iletilir. Bu hemşire temel fiziksel belirtileri ve sosyal detayları kaydeder. Hastayı kontrol eden hekimin tuttuğu klinik kayıta, hastanın geçmişi, fiziksel bulguları, laboratuvar bulguları, tedavi prosedürü ve son olarak da taburcu edilme ile ilgili bilgileri içerir. Tüm hastalarla ilgili kayıtlar acil bölümde mevcut olmalıdır ve hastanın her müracatında hasta

⁶⁹ÖZŞAHİN. a.g.e., s.381.

⁷⁰ÖZŞAHİN. a.g.e., s.382.

⁷¹SNOOK. a.g.e., s.52.

tıbbi kayıt formuna gerekli bilgi yazılmalıdır. Bilgisayar veya elle tutulan kayıt kartı hiçbir zaman acil bölümden dışarı çıkarılmamalıdır. Diğer bölümlere sevk edilen hastalara bu kartın fotokopisi verilmelidir.⁷²

Bıçaklanma, kurşunlanma, ırza geçme, çocuk düşürme, zehirlenme gibi adli olaylar TCK 530. maddesine göre Cumhuriyet Savcılığına ihbar edilmelidir. Şüpheli ölüm olaylarında, polis ve jandarma Cumhuriyet Savcılığı ve mahkemeler adına işgördüğü için nöbetçi hekim bu makamlara da başvurabilir. Hastane başhekiminin, klinik şefinin, üniversitelerdeki bölüm veya bilim dalı başkanlarının çalışma saatleri dışında ise onları temsil eden nöbetçi şef bildirimde bulunmalıdır.

Adli vaka kayıtlarında tarih, olayın oluş saati, açık kimliği, hekimin muayene saati, tarihi, şahsın fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, hayati tehlikesi bulunup bulunmadığı, darb ve cebir izine rastlanılıp rastlanılmadığı, iş ve güce engel durumu olup olmadığı gibi durumlar mutlaka bulunmalıdır. Ayrıca yapılan tıbbi girişimler, ilaçlar vb. işlemler kayıta yerelmalıdır.⁷³

Acil medikal kayıtlarda tutulması önemli olan belgeler;

- Allerji öyküsü (ilaçlar, çevresel etmenler)
- Rutin ve gerekli medikasyon
- Gebelik
- Tetanoz (immünizasyon öyküsü)
- Tedaviyi yapan hekimin adı
- Hastanın imzası⁷⁴

İyi bir kayıt tutmanın gerekçeleri;

⁷²RUTHERFORD. a.g.e., s.20-21.

⁷³ÇALANGU. a.g.e., s.4-5.

⁷⁴SALLUZO. MAYER. STRAUSS. a.g.e., s.556.

- Hasta bakımının en düzeye çıkarılması
- İleride oluşacak sorunların önlenmesine neden olunması,
- Acil serviste veya ameliyathanede ölen vakaların adli ve tıbbi açıdan oluşabilecek sorunlarının önlenmesi

Acil servise başvuran hastaların bazılarının ana dili bilmemeleri, sağır veya dilsiz olmalarından dolayı, acilde çalışan personelin bildiği yabancı dillerin listesi yapılmalı, konuşulan dillerde standart soruların olduğu formlar hazırlanmalı, sağır ve dilsizler için el alfabesi ve işitme cihazı bulundurulmalıdır.⁷⁵

Kayıt tutulması gereken özel durumlar;

- Adli vakalar
- Bildirimi zorunlu hastalıklar
- Tedavinin (naklin) hasta veya yakını tarafından reddedilmesi
- Ölümler
- Hastaneye sevki gerektirmeyen vakalar
- Afetler.

Adli bildirim zorunlu durumlar:

- Kaza sonucu yaralanmalar
- Başkalarının kasıtlı davranmaları sonucu yaralanma ve hastalanma halleri
- Tüm intoksikasyonlar veya intoksikasyon şüphesi
- İntihar girişimi veya şüphesi
- Kimliği bilinmeyen, bilinci kapalı halde getirilen kişiler.⁷⁶

⁷⁵RUTHERFORD. a.g.e., s.17.

⁷⁶ÖZŞAHİN. a.g.e., s.383-384.

3.5.1. Kayıt Sistemleri

Triaj sisteminin gelişiminde kurum ve bölümün ihtiyacını karşılayacak bir kayıt sistemi olmalıdır. Kayıtlar sürekli ve kalıcı bir şekilde tutulmalıdır. Triaj ya da hemşire formunda elle veya bilgisayarda yazılabilir. Çoğu formda hastanın geliş şekliyle ilgili bilgilere yer ayrılır.

Hastanın aciliyet durumuna göre nasıl davranılacağı, hangi bölüme alınacağı kodlama sistemine göre yapılabilir. Standart bir acil servis bilgi formu geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu formda, geliş yakınması, odaklanmış fizik muayene, allerji, ilaç öyküsü ve özgeçmiş kaydedilir. Triaj personeliyle iletişime geçildiği andan itibaren kayıtlar tutulmaya başlanmalıdır. Alanda alınan bilgiler triajda kontrol edilmelidir.⁷⁷

3.6. Eğitim Programları

Hizmetin kalitesinin artırılabilmesi için eğitim vazgeçilmez bir faktördür. Eğitim, oryantasyon programı, kardiopulmoner resüsitasyon, sürekli eğitim ve referans materyalinin sağlanmasını içerir. Ancak acil ekibi içerisinde birbirinden farklı mesleklerin bulunması eğitim programlarının planlanmasında etkili olmaktadır. Ancak tüm acil ekip üyelerinin acil servise yeni başladıkları dönemde bir oryantasyon programından geçmeleri gerekmektedir. Bu programda öncelikle personelin acil bakımdaki sorumlulukları konusunda bilgi verilmelidir. Bunun dışında hasta bakı eğitimi, seminerler ve kurslar düzenlenerek acil ekip üyelerinin bilgileri ve becerileri yenilenmelidir. Bu eğitim programının içeriği acil birim direktörü eğer yoksa tıbbi komite tarafından belirlenir.

Eğitim programı hekimler için şunları içermelidir:

⁷⁷ Acil Servis..., s.112.

- Havayolu kontrolü (entübasyon, krikotritomi, yabancı cisim çıkarılması)
- Damar yolu açmak (santral ven kateteri, cutdown, intraosseöz)
- CPR (geçici pacemaker takılması vb.)
- Yoğun bakım sağaltımları, vantilatör teknikleri
- Extrameta sağaltımları (askı, bandaj, atel, eklem aspirasyon/enjeksiyonu)
- Pnömotoraksın sağaltımı (kateter, drenaj, toraks tüpü)
- Karın girişimleri, peritoneal lavaj, parasentez, suprapubic kateter takılması, anoskopi
- Pelvik muayene ve örneklerin incelenmesi, adli jinekolojik muayene
- Acil torakotomi
- Sinir blokları ve estetik sutur
- Kulak: timpanisentez, yabancı cisim ve buşonların çıkartılması
- Göz; korneal çapak çıkartılması, biyomikroskopla bakım
- Burun; katerizasyon, anterior ve posterior tampon yerleştirilmesi, yabancı cisim çıkartılması, septal hematoma drenajı
- Tüm tıp kliniklerinin acil hastalıkların teşhis ve tedavileri.⁷⁸

Eğitim programının içeriği acil servis hemşireleri için şunları içermelidir;

- Hastanın tanınması, ayırt edilmesi, belirtili ve semptomların kaydı
- Önceliklerin belirlenmesi
- CPR ve diğer yaşamı destekleyici işlemlerin başlatılması
- Parenteral kullanılan elektrolitler, sıvılar, kan ve kan ürünlerinin kullanımı
- Yanıklarda ilk müdahale
- Merkezi sinir sistemi ve ekstremiteler yaralanmalarında ilk yaklaşım
- Acil serviste kullanılan aletlerin etkili kullanımı
- Bulaşma ve çapraz enfeksiyonun önlenmesi
- Yoğun bakım hastasının takibi

⁷⁸FOWLER, a.g.e., s.55.

- Kayıt tutma
- Bulaşma ve çapraz enfeksiyonun önlenmesi
- Hasta ve ailesinin psikososyal ihtiyaçları⁷⁹

ATT (Acil Tıbbi Teknisyen) için eğitim programı:

- Havayolunun kontrolü
- CPR
- Göğüs ve karın yaralanmaları
- Kırık-çıkık
- Şok ve transfüzyon
- Spinal yaralanmalar
- Dolaşım yetmezliği
- Kardiak aciller
- Kafa travmaları
- Psikolojik krizler
- Haberleşme (telefon, telsiz, radyo)
- Hasta muayenesi
- Vital bulgular
- Oksijen kullanma
- Hasta taşınması ve pozisyonlar
- Aspirasyon tekniği
- Zehirlenmeler
- Tüpler, nazogastrik tüp, üriner kateter, göğüs tüpü vs.
- Örnekler; gaita, idrar örneği, balgam kültürü, boğaz kültürü
- Teknikler, önlemler, steril teknik, izolasyon teknikleri⁸⁰

Eğitim şimdiye kadar bilinen en pahalı yatırımdır. ABD’de acil serviste çalışacak

⁷⁹Joint Commission on Accreditation of Hospitals, (Chicago: 1976). s.37.

⁸⁰Roger SNOOK. Medical Aid at Accident, (London, 1974), s.73.

tüm hemşireler üç veya altı aylık bir acil kursu aldıktan sonra acil hemşiresi sertifikası alırlar ve triaj hemşiresi olarak görev alacak kişi ayrı bir eğitimden geçirilir. Ayrıca bu bölümde çalışan kişiler yeterlilikleri belirli aralıklarla test edilir. Yeterli görülmeyen personelin çalışmasına izin verilmez.

Temel eğitim programları yılda bir defa tekrarlanır. Bununla beraber her hafta veya haftanın belirli günlerinde seminerler yapılarak sürekli eğitim sürdürülür. Ayrıca acil servisin eğitim sorumlusu gerekli gördüğü zaman, kişilere belli konularda bire bir veya grup eğitimi yapar. Her acil servisin eğitim salonunda yeterince eğitim materyalinin bulunması, politika ve prosedür dosyasının oluşturulması hizmette kaliteyi arttıracaktır.⁸¹

3.7. Enfeksiyon Kontrolü

Hasta ile doğrudan teması olan hemşireler, hasta bakıcılar, doktorlar, paramedikal personel, tıp ve hemşirelik öğrencileri en çok risk altında olanlardır. Hastane personelinin enfeksiyonlardan korunması için sağlık personeline uygun sağlık hizmeti verilmesi, enfeksiyon kontrolü konusunda devamlı ve etkili eğitim yapılması, işe başlama öncesinde tarama ve aşılardan yapılması işe başladıktan sonra tarama ve aşılardan yapılması, personelde görülebilen hastalıklar hakkında plan yapılması, özel risk taşıyan çalışanlar için plan yapılması gerekmektedir.

Hastaların hastane enfeksiyonlarından korunması için ise, tüm personelin enfeksiyon kontrolü konusunda eğitimi birinci derecede önemlidir. ABD'deki hastanelerde yapılan araştırmalarda hastanelerde çalışanların enfeksiyon kontrolü hakkında temel bilgi düzeylerinde yetersizlik saptanmıştır.

Bu nedenlerle; hastanelerde enfeksiyon kontrol komitesinin kurularak faaliyet

⁸¹TITLE and DANOFRIO, a.g.e., s.98.

göstermesi, malzeme ve yer temizliğinde kullanılan dezenfektanların doğru kullanımı, hastane temizliğinin standartlara uygun, doğru olarak yapılması, gereken hastalar için uygun izolasyonun sağlanması, hastaların enfeksiyon kontrolü konusunda eğitimi gereklidir.⁸²

4. KONTROL İŞLEVİ

Acil servislerde yürütülen faaliyetlerin ne kadar başarılı olduğunu planlanan hedeflere ne derece ulaşıldığını saptamak ve hedeflere ulaşılmamışsa, başarısızlığın nedenlerinin bulunması ve verimli bir hizmetin sunulması için her üniteye mutlaka kontrol mekanizmaları kurulması ve sonuçlar değerlendirilerek hizmetin kalitesinin nasıl artırılacağı elde edilen verilerle planlanmalıdır.

4.1. Kalite Sağlama

Kalite sağlama, bir kişi veya grubun sağlık hizmetleri kalitesini yükseltmeyi sağlayabilmesi demektir. Bu, aynı zamanda yüksek kalitede hasta bakımına kişiyi ve grubu yönlendiren bütün faaliyetler için büyük bir hedeftir.

Hastane hizmetlerinin kalitesinin yüksek olması, hastaların zamanında tedavi edilmeleri ve iyileşmeleriyle doğrudan ilişkilidir. Kalite değerlendirme ise verilen hizmetlerde kalite sağlamada ne derece başarılı olduğunun saptanmasıdır.

Gelişmiş ülkelerde bir hastanenin güvenilir olması, bakım hizmetlerinde kalite sağlamak ve değerlemek için oluşturduğu komitelerle ve bu komitelerin başarılı çalışmasıyla ölçülmektedir.⁸³

⁸²TITLE and DANOFRIO, a.g.e., s.122.

⁸³Hikmet SEÇİM. *Hastane İşletmeciliği*, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1995, s.77-78.

4.2. Kalite Değerleme

Hastane hizmetlerinde kalite sağlama faaliyeti ne kadar önemli ise kalite değerleme faaliyeti de o kadar önemlidir. Çünkü, bir hizmetin kaliteli olmasını sağlamak o hizmeti devamlı olarak denetlemek ve değerlendirmekle mümkündür. Bu amaçla hastanelerde tıbbi denetim komitesi ve yönetim kurulu oluşturulmaktadır. Tıbbi denetim komitesinin en büyük yardımcısı tıbbi kayıtlardır. Tıbbi denetim komitesinin başlıca görevleri;

- Hastanenin bütün kliniklerindeki tıbbi personelin klinik uygulamalarını gözden geçirme, inceleme ve değerleme,
- Hastanedeki tıbbi bakım ile ilgili değerleme ve denetleme prosedürleri oluşturma,
- Kliniklere ait denetim alt komitelerinin çalışmalarını izleme, yönetme ve koordine etme,
- Çalışma raporlarını her ay yönetime sunma,
- Bütün uzmanlık faaliyetlerini denetleme,
- Hastane içindeki uzmanlık standartlarının kurulması, bakımı ve geliştirilmesi hakkında yürütme komitesine önerilerde bulunma,
- Klinik uygulamaların herbirine ait tıbbi denetim programı hakkındaki saatleri ve bütün kayıtları alma.

Hastane içi denetimde başarılı olunabilmesi için şu faktörlere de ihtiyaç duyulmaktadır:

- Hastanenin modern bilgi merkezi içinde tıbbi kayıt departmanına sahip olması,
- Doktorların tıbbi denetim ve kullanımı, yeniden gözden geçirme tekniklerini öğrenmiş olmaları.

- Tıbbi kadronun etkili bir şekilde örgütlenmiş olması.

Yönetim kurulu, bakımın kalitesini sağlama faaliyetlerini denetleyen hastane içi organların en önemlisidir.

Yönetim kurulunun görevlerini şöyle sıralamak mümkündür:

- Hastanenin amaçlarını toplumun ihtiyaçları doğrultusunda belirlemek,
- Hastane ile ilgili plan ve program yapmak,
- Yeni işe alınacak personeli seçmek,
- Hasta bakımı ile ilgili uygun uzmanlık standartlarını korumak,
- Yönetmelik, finansal ve toplumsal ihtiyaçlarla uzmanlık çıkarları arasındaki koordinasyonu sağlamak,
- Faaliyet kayıtlarını saklamak,
- Hasta bakım kalitesi ile yönetimin faaliyetlerini değerlendirmek.⁸⁴

4.3. Finansal Performansın Değerlemesi

Tüm işletmelerde olduğu gibi, bir hizmet işletmesi olan hastanelerin de amaçlarından bir tanesi verdiği hizmet karşılığında kâr sağlamaktır.

Acil servisin hastane için bir gelir mi yoksa gider kaynağı mı olduğu konusunda çok farklı görüşler olmasına rağmen, çoğu görüş gelir kaynağı olduğu yolundadır. Acil servisin kabullerinin % 30'undan fazlasını oluşturduğu ve geniş kapsamlı yardımcı hizmetler grubunun kullandığı (Lab. radyoloji vs.) düşünüldüğünde gelir kaynağı olduğu söylenebilir. Ancak acil servisler uygun şekilde yönetilmezlerse gelirin düşeceği de bir gerçektir.

Gerçek finansal tablo birçok değişken ögeye bağlıdır. Acil servisteki hasta

⁸⁴SEÇİM. a.g.e., s.98-101.

birikme hızı ne kadar yüksek ise, ünite kendi çapında o kadar kazançlı çıkabilir. Ancak diğer bir açıdan bakılırsa, bir acil servis sadece fakir hastalara hizmet veriyorsa, finansal özellikleri nasıl hesaplanırsa hesaplanırsın hiçbir zaman kârlı görünmeyecektir.

Bir ünitenin gelir ve giderlerini tanımlamak için birkaç yöntem vardır. Gelir hastanenin hasta fatura bölümünde oluşturulur. Bunda ücreti yeterince yüksek tutmak önemlidir. Ayrıca hastalardan, kullanılan araç, gereç ve malzemenin ücreti alınır.

Hizmet ve araç-gereçlerin uygun fiyatlandırılmaları yöneticilerin yeni öğrenmeye başladığı bir olaydır. Eğer bir yönetici bu konuda yeterli ve uygun şekilde davranmazsa, yöneticinin acil servisin kayıpları, hesap açıkları ve zararları açısından şikayetçi olmaya hakkı yoktur.

Hasta masrafları birkaç yolla meydana gelebilir. Bir sistem ihtiyaç duyulan bakım hizmetlerini; diğer bir sistem ise, zaman çalışmaları sonucunda kurulacak zaman skalasını dikkate alır. Böyle bir sistemi benimsemek için kişi ya başkalarının skalasını kullanmalı ya da kendi skalasını geliştirilmelidir. Bu skala uzmanların hasta bakımına ayırdıkları zamana dayanır. Her zaman birimi için bir para miktarı uygun görülmüştür ve masrafların hesaplanmasında bu, temel olarak ele alınmıştır. bu sistemde koşulların bir seviyede toplanmasını sağlamak için yeterli sayıda seviye oluşturulması tavsiye edilir. Bu seviyeler aşağıdaki gibi oluşturulabilir.⁸⁵

0. Seviye; Tedavi yok, hastalar hastaneye yatmadan taburcu olurlar ama kaybolmuşlardır.

1. Seviye; Çok kısa süreli bakım almışlardır. Örneğin 0-6 dakika personel ilgilenmiştir (yara bakımı, dikiş alma, pansumanı değiştirme vb.).

2. Seviye; Kısa vadeli bakım yapılmıştır. Örneğin 6-15 dakika psikolojik problemi

⁸⁵John H.Van De LEMY, *Economics of The Emergency Department*, (Indiana: An Aspen Publication 1987), s.261.

olan ve değerlendirilmeden danışmanlık yapılan hastalar.

3. Seviye; Orta derecede ilgilenilmiş (15-30 dakika) hastalar. Örneğin, IV tedavi gerektirmeyen astım, ateş tedavisi gerektirmeyen üst solunum yolu enfeksiyonu, parmak çıkığı, hafif burun kanaması vs. Bir saatten az tutulacak ve sadece müşahade uygulanacak hastalar.

4. Seviye; 30-45 dakika doğrudan hemşirelik bakımı yapılan hastalar. Bu hastalar genellikle birtakım uygulamalar sonrası tedavi edilir ve gönderilir. Örneğin, akut bronşit, bakıma ihtiyacı olan alerjik reaksiyon, böbrek taşı, vaginal kanama, karın ağrısı, asemptomatik zehirlenmeler, ciddi burun kanaması, flebit, hypoglisemi vb.

5. Seviye; bu hastaların 45-74 dakika doğrudan hemşirelik bakımına ihtiyacı olduğundan, tutmak ve uzun süreli tedavi etmek, monitorize etmek gerekir. Örneğin, kardiyak problemler, (miyokard enfarktüsü) merkezi sinir sistemi problemleri, astma bronşiale, girişime ihtiyaç duyulan gastroentestinal problemler, akut apendisit barsak obstrüksiyonu vb.

6. Seviye; Yoğun bakıma ve iyi bir müşahadeye ihtiyacı olan hastalar. Bunlarda hemşire hasta oranı 1:1'dir. Örneğin şok, akciğer ödemi, ciddi aritmiler, hipertansiyon krizi, diabetik ketoasidoz, doğumlar hayatı tehdit eden travmalar, büyük yanıklar kafa travmaları.

7. Seviye; ileri derecede kritik problemleri olan hastalar. Hasta hemşire oranı 1:1'dir. Resüsitasyon gerektirebilirler. Örneğin, hayati tehlikesi olan travma veya multipl sistem yaralanmaları, kalp durması, solunum durması, kardiyojenik şok, ciddi yanıklar, hayatı tehlikeye sokan ilaç zehirlenmeleri.

Bu sistemin üstünlüğü ve avantajları, personel takviyesi gereken bölümleri ortaya koyabilir. Sözkonusu olan serviste hesap yapılırken unutulmamalıdır ki, amaç bir tutarı toplamaktır. Ancak bu tutar yeterli ise işlem veya operasyon uygundur. Hesaplamalar her seviye için ayrı ayrı olmalıdır. Eğer tüm seviyeler için gelir hesaplanır şematik olarak gösterilirse bir gelir eğrisi oluşur. Böylece istenen amaca ne oranda ulaşıldığı görülebilir.

Acil servisin toplam giderleri, dolaysız giderler dolaylı giderlere eklenerek bulunur. Dolaysız giderler; maaşlar, küçük alet ve edevatlar, araç-gereçler, hizmet için satın alınan şeyler ve aşınma payıdır. Dolaylı giderler ise; gelir sağlanmayan bölümlerdeki hizmet için harcanan miktardır. Bunlar yönetim maaşları, kiralama bedeli ve mühendislik giderleridir.

4.4. Personel Değerleme

Personel değerlemesi personelin işindeki başarısını o işin gereklerine göre değerlendirmesi sürecidir.

Personeli işle ilgisi olmayan faktörlere göre (sınırlı, içine kapanık, inatçı, vefakar, dürüst gibi) değerlemek çağdaş anlamda bir performans değerlemesi olmayacaktır. Personel değerlemesinin öncelikli amacı, işini başarılı bir biçimde yapan ve yapmayan personeli belirlemek ve kendi içinde sıralamaktır.⁸⁶

Personel değerlemesi bilgilerinin başlıca kullanım alanları;

- Personelin uyarılması
- Ücret düzenlemesi
- Yerleştirme kararlarının alınması
- Eğitim ihtiyacının belirlenmesi
- Adamlama işlevindeki etkinliğin ölçülmesi
- İş tasarımı yapılan yanlışların belirlenmesi
- Personel envanterinin çıkarılması⁸⁷

⁸⁶Ramazan GEYLAN. **Personel Yönetimi**, (Eskişehir: Birlik Ofset Yayıncılık, 1995). s.140.

⁸⁷GEYLAN. **a.g.e.**, s.142.

Personel değerleme sistemi 3 alt sistemden oluşur. Bu alt sistemler; başarı ölçütlerinin belirlenmesi, başarının ölçülmesi ve geri bildirimdir.⁸⁸

Başarı ölçütlerini objektif ve subjektif başarı ölçütleri olarak ikiye ayırmak mümkündür. Objektif başarı ölçütleri başkaları tarafından da kolayca belirlenebilecek kantitatif değerlerdir. Subjektif başarı ölçütleri değerleyen yargılarına göre biçimlenen ve kişiden kişiye farklılık gösteren ölçütlerdir. Çalışkanlık, iyi giyim, güvenilirlik, açık yüreklilik ve dürüstlük gibi kantitatif olmayan ölçütlerin tümü subjektif başarı ölçütleridir.⁸⁹

Personel değerleme yöntemleri;

- a) Geçmişe yönelik değerleme yöntemleri
 - Bireysel Değerleme Yöntemleri
 - Boylandırma çizelgesi yöntemi
 - Kontrol listesi yöntemi
 - Zorunlu seçim yöntemi
 - Kritik olaylar yöntemi
 - Yeniden inceleme yöntemi
 - Başarı testleri yöntemi
 - Grup Değerleme Yöntemleri
 - Sıralama yöntemi
 - Zorunlu dağıtım yöntemi
 - Puan tahsis yöntemi
 - İkili karşılaştırma yöntemi
- b) Geleceğe Yönelik Değerleme Yöntemleri
 - Kendi kendini değerleme yöntemi
 - Psikolojik değerleme yöntemi

⁸⁸GEYLAN, a.g.e., s.142-143.

⁸⁹GEYLAN, a.g.e., s.146.

- Amaçlara göre yönetim yöntemi⁹⁰

Değerleme sonuçlarının personele bildirilmesi (geri-bildirimi) değerlemeci tarafından düzenlenen değerlendirme görüşmesiyle gerçekleştirilir. Değerlemeci, bu görüşmelerde üç türlü yaklaşım izleyebilir. Bu yaklaşımlar anlatma ve ikna etme, anlatma ve dinleme ve sorun çözmedir.⁹¹

⁹⁰GEYLAN, a.g.e., s.150.

⁹¹GEYLAN, a.g.e., s.164.

Üçüncü Bölüm

ESKİŞEHİR VE İZMİR'DEKİ DEĞİŞİK STATÜDE OLAN HASTANELERİN ACİL SERVİSLERİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN AMACI, EVRENİ VE YÖNTEMİ

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı, çeşitli statüdeki hastanelerin acil servislerinin yönetsel sorunları, mevcut durumları ve mevcut durumdan kaynaklanan sorunların çözümüne ilişkin görüşlerini tesbit ederek çözüm önerileri geliştirmek ve daha etkili bir yöntem saptayabilmektedir.

Acil servislerde verilen hizmetin özelliği gereği acil servis yönetiminin önemi daha iyi bilinmektedir. Batı ülkelerinde otuz yıl önce başlayan acil servislerin yönetim ve işleyişine yönelik iyileştirmeler, ülkemizde yeni yeni başlamaktadır. Acil servislerle ilgili ülkemizde bu konuda yapılan az sayıda araştırma vardır. Ve neredeyse konuyla ilgili Türkçe kaynak yok denecek kadar azdır. Bu nedenle bu araştırmanın hastane yöneticileri ve acil servis yöneticilerinin ilgisini çekeceği, konunun öneminin anlaşılması ve bu konuya ilgi duyarlılığın artacağı düşünülmektedir.

Bu düşünceden hareketle ve araştırmacının mesleki gözlemleri sonucu acil servis yönetimine gerekli önemin verilmediği yolundaki genel yargıları irdelemek amacıyla yapılan bu çalışmada Eskişehir ve İzmir ilindeki çeşitli statüdeki hastanelerin acil servis yöneticileriyle yüzyüze görüşmek yoluyla onların da konuya bakış açılarının bir ölçüde genişletilmesi planlanmıştır.

Tanımlayıcı araştırmanın başlıca hedefleri:

- Hastanedeki acil servislerin fiziksel konumunu değerlendirmek.
- Bina, hasta yatağı, tıbbi malzeme ve cihaz gibi fiziksel kaynaklarını değerlendirmek.
- Ek hizmet birimlerin sayı ve kapasite yüzünden değerlendirmek.
- Yöneticilerin yönetim fonksiyonlarına hazırlıklarını değerlendirmek.
- Yöneticilerin yönetsel kararlarla ilgili uygulama ve görüşlerini değerlendirmek.
- Yöneticiler acil serviste yaşanan çatışmalarla ilgili düşüncelerini değerlendirmek.
- Acil servis yöneticilerinin sorunlar ve sorunları çözümüne ilişkin görüşlerini değerlendirmek.
- Acil servisleri, tıp, hemşirelik acil tıbbi teknisyen ve hizmetli personelini sayı ve nitelik açısından değerlendirmek.
- Personelin çalışma şeklini değerlendirmek.
- Performans değerlendirme sistemini değerlendirmek.
- Kriz durumlarıyla ilgili uygulamalarını değerlendirmek olmuştur.

Bu amaçla hazırlanan soru formu toplanan veriler yorumlanarak acil servisler için daha etkili ve sağlıklı bir yönetim şekli ana hatları ile ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

1.2. Araştırmanın Evreni

Araştırma Eskişehir ve İzmir'deki çeşitli statüdeki onaltı hastanede yapılmıştır. Bu hastanelerin acil birimlerinde görevli tıbbi yöneticiler ve hemşirelik hizmetleri yöneticileri araştırma grubuna alınmıştır.

1.3. Araştırmanın Yönetimi

Araştırmada anket tekniği kullanılmış, veri toplama aracı olarak geliştirilen anket önce araştırmaya alınan bir hastanenin yöneticilerine uygulanmış, gerekli düzeltmelerden sonra yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır.

1.3.1. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Analizi

Araştırmada veri toplama aracı olarak Ek 1-2'de görülen anket formları kullanılmıştır. Anket formları Eskişehir ve İzmir'deki çeşitli statüdeki toplam onaltı acil serviste uygulanmıştır.

Araştırmada 1 nolu anket formu acil servis hekim yöneticilerine, II nolu anket formu ise acil servis hemşire yöneticilerine uygulanmıştır. I nolu formda 23, II nolu formda 18 olmak üzere toplam 41 soruya yer verilmiştir. Sorular yer yer açık, yer yer kapalı uçlu olarak verilmiştir.

Sorulan sorulara yanıtlayıcıların vermek istedikleri bilgileri doğru alabilmek için yöneticilerine araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme sırasında araştırmanın amacı anlatılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullandığı anketlerdeki sorulara verilen cevaplar tablolar halinde ve veriler yüzdeler ve yüzdeler arasındaki farkın değerlendirilmesi yöntemi ile analiz edilmiştir.

2. BULGU VE YORUMLAR

2.1. Acil Servis Yöneticilerinin Demografik Özelliklerine Ait Bilgiler

2.1.1. Acil Servis Yöneticilerinin Cinsiyetleri ve Yaş Grupları

Tablo 9: Çalışmaya Katılan Acil Servis Hemşirelik Hizmetleri Yöneticilerinin Yaşlarının Dağılımı

| Yaş | Hemşireler | | Hekimler | |
|--------|------------|--------|----------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| 27-31 | 4 | 25,00 | 0 | 0,00 |
| 32-36 | 1 | 6,30 | 4 | 25,00 |
| 37-41 | 4 | 25,00 | 6 | 37,50 |
| 42-46 | 5 | 31,30 | 5 | 31,25 |
| 47-51 | 2 | 12,50 | 1 | 6,25 |
| TOPLAM | 16 | 100,00 | 16 | 100,00 |

Acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin yaşlarının 42-46 yaş grubunda (%31.30) yoğunlaştığı görülmektedir ve tümü bayandır. Çalışmaya katılan 16 acil servis tıbbi yöneticinin tamamı erkekti ve yaşları 37-41 arasında yoğunlaşmaktaydı (% 37.50).

2.1.2. Acil Servis Tıbbi Yöneticilerinin Ünvan ve İhtisas Dalları

Tablo 10: Çalışmaya Katılan Acil Servis Yöneticilerinin Ünvanları

| Yöneticilerin Ünvanları | Sayı | Yüzde |
|-------------------------|------|-------|
| Pratisyen Dr. | 5 | 31,3 |
| Uzm. Dr. | 10 | 62,5 |
| Hastane Yönetimi Y.L. | 1 | 6,3 |
| TOPLAM | 16 | 100 |

15'i tıp doktoru (%93.8), 1 tanesi (%6.3) hastane idaresi yönetimi mezunuydu. Tıp doktorlarının 10'u uzman hekim (%62.5), 5 tanesi pratisyen hekimdi (%31.3).

Çalışmaya katılan uzman doktorların ihtisas dalları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Çalışmaya Katılan Uzman Doktorların İhtisas Dalları

| İhtisas Dalı | Frekans | Yüzde |
|--------------------------|---------|-------|
| G.Cerrahi | 2 | 20 |
| Aile Hekimliği | 3 | 30 |
| Kadın Doğum | 2 | 20 |
| Plastik Cerrahi | 1 | 10 |
| Göğüs Cerrahisi | 1 | 10 |
| Ortopedi ve Travmatoloji | 1 | 10 |
| TOPLAM | 10 | 100 |

Çalışmaya katılan acil servis yöneticilerinden hiçbirinin acil tıp ve ilk yardım uzmanı olmaması dikkat çekiciydi.

2.1.3. Acil Servis Hemşirelik Hizmetleri Yöneticilerinin Eğitim Durumları

Tablo 12: Çalışmaya Katılan Acil Servis Hemşirelik Hizmetleri Yöneticilerinin Aldıkları Eğitimin Dağılımı

| Eğitim | Sayı | Yüzde |
|------------------------|------|--------|
| Lise | 3 | 18,80 |
| Ön-lisans | 7 | 43,80 |
| Yüksek okul (2 yıllık) | 2 | 12,50 |
| Yüksek okul (4 yıllık) | 2 | 12,50 |
| Yüksek lisans | 2 | 12,50 |
| TOPLAM | 16 | 100,00 |

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin % 43,80'i ön-lisans mezunuydu. Yüksek lisansı tamamlayan 2 (%12,50) acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticisinin biri "hastane ve sağlık kurumları yönetimi" yüksek lisansı, diğeri "halk sağlığı hemşireliği" yüksek lisansını tamamlamışlardı. Tablodan genel olarak edinilen fikir, acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin yüksek öğrenim görmüş olduğuydu.

2.1.4. Acil Servis Yöneticilerinin Görev Süreleri

Tablo 13: Acil Servis Hemşirelik Hizmetleri Yöneticilerinin Şu Anda Çalıştıkları Acil Servislerdeki Görev Sürelerinin Dağılımı

| Görev süresi | Sayı | Yüzde |
|-----------------|------|--------|
| 0-1 yıl | 3 | 18,75 |
| 2-5 yıl | 8 | 50,00 |
| 6-10 yıl | 2 | 12,50 |
| 10 yıl ve üzeri | 3 | 18,75 |
| TOPLAM | 16 | 100,00 |

Acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin % 50'si çalıştıkları acil servislerde 2-5 yıllık deneyime sahipti. Yine 16 yöneticinin % 50'si, daha önce başka görevlerde yönetici konumunda bulunmuşlardı. Gelişmiş ülkelerde acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticileri, 2 yıl acil servis, 1 yıl yöneticilik deneyimi olan, liderlik özellikleri taşıyan hemşireler arasından seçilmektedir. Bu bağlamda, ülkemizdeki acil servislerde de acil servis hemşirelik hizmetlerinin yönetiminde bu nitelikleri taşıyan insanların sayısının artması gerekmektedir.

Çalışmaya katılan acil servis tıbbi yöneticilerinden sadece 2'si (% 12.50) yöneticilik konusunda eğitim almıştı. Çalışma grubunun görev süreleri ve daha önceki görevlerinin süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

2.2. Acil Servislerle İlgili Genel Bilgiler

2.2.1. Çalışmaya Alınan Hastanelerin Statüleri

Çalışma, İzmir ve Eskişehir'de bulunan çeşitli statülerdeki 16 hastanenin acil servis yöneticileri arasında yapılmıştır. Bu hastanelerin özellikleri Tablo 14'de gösterilmiştir.

**Tablo 14: Araştırmaya Katılan Acil Servis Yöneticilerinin
Çalıştıkları Hastanelerin Statüleri**

| Statü | Sayı | Yüzde |
|----------------------|------|-------|
| Üniversite Hastanesi | 3 | 18,75 |
| SSK Hastanesi | 5 | 31,25 |
| Devlet Hastanesi | 5 | 31,25 |
| Belediye Hastanesi | 1 | 6,25 |
| TCDD Hastanesi | 1 | 6,25 |
| Mediko-Sosyal Hst. | 1 | 6,25 |
| TOPLAM | 16 | 100 |

2.2.2. Acil Servislerdeki Görevli Personeller

Ankete katılan acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin çalıştıkları acil servislerdeki personelin sayısal dağılımı Tablo 15’de özetlenmiştir.

Çalışmaya grubunun çalıştığı hastanelerden sadece bir tanesinin (Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi) acil servisinde acil tıp uzmanı ve acil tıp asistanları çalışmaktadır. Diğer üniversite hastanelerinde ve Atatürk Devlet Hastanesi’nde değişik uzmanlık dallarından (acil tıp uzmanlığı dışındaki) uzmanlar acil servis kadrosunda yer almakta ve nöbetlerde icapçı uzman ve diğer birimlerden gelen araştırma görevlileri bulunmaktadır.

Doğumevi hastanelerinde sadece kadın doğum uzmanları bulunduğu ve hemşireler gibi rotasyon şeklinde nöbet tuttukları için, hastane personeli olduğu kadar acil servis personeli olarak da görünmektedirler. Aynı durum hemşireler için de geçerlidir.

Üniversite hastaneleri ve doğumevleri haricindeki diğer hastanelerde acil servislerde yoğunluk pratisyen hekimlerdedir.

Tabloda dikkat çekici bir diğer nokta, çalışmada adı geçen 16 hastanenin sadece 5 (%31.25) tanesinde acil tıbbi teknisyen (paramedik) çalışmaktadır. Bu da acil tıbbi teknisyenlerin acil tıp hizmetlerinde yaşam zincirinin anahtarı olarak öneminin daha yeni yeni algılanmaya başladığını göstermektedir.

Genel olarak tabloya bakıldığında 24 saat hizmet veren acil servislerde hemşire ve hizmetli sayılarında yetersizlikler göze çarpmaktadır.

Tablo 15: Çalışmaya Alınan Acil Servislerdeki Personelin Sayısal Dağılımı

| Hastane | Uzman Doktor | Ar. Gör. | Pratisyen Dr. | Hemşire | Paramedik | Sağlık Memuru | Hizmetli |
|---------------------|--------------|----------|---------------|---------|-----------|---------------|----------|
| Bornova D.H. | - | - | 10 | 13 | 4 | - | 3 |
| Eşrefpaşa Bel. H. | 1 | - | 12 | 4 | - | - | 1 |
| Alsancak D.H. | 1 | - | 16 | 8 | - | 5 | 5 |
| Karşıyaka D.H. | 1 | - | 20 | 14 | - | - | 8 |
| SSK Bozyaka Hast. | - | - | 9 | 16 | - | - | 12 |
| SSK Tepecik Hast. | 1 | - | 4 | 25 | - | - | 8 |
| Atatürk D.H. | 10 | - | 22 | 36 | 14 | - | 3 |
| Dokuz Eylül Unv. H. | 8 | 30 | - | 16 | 8 | - | 12 |
| Ege Unv. H. | 10 | 12 | - | 40 | 7 | - | 37 |
| Eskişehir SSK H. | - | - | 20 | 14 | - | - | 6 |
| Eskişehir Doğumevi | 20 | - | 5 | 42 | - | - | 24 |
| Esk. Med-Sos H. | 1 | - | 8 | 5 | - | - | 1 |
| Osmangazi Univ. H. | 3 | 4 | - | 14 | 5 | - | 12 |
| Esk. TCDD Hast. | 1 | - | 10 | 2 | - | - | - |
| Esk. SSK D.evi | 12 | - | 4 | 3 | - | - | 1 |
| Eskişehir Devlet H. | 1 | - | 20 | 15 | - | - | 10 |
| TOPLAM | 70 | 46 | 160 | 267 | 38 | 5 | 143 |

2.2.3. Acil Servis Personelinin Eğitim Durumu

Tablo 16: Acil Serviste Çalışan Hemşire, Sağlık Memuru, Paramedik ve Hizmetlilerin Eğitim Durumlarının Dağılımı

| | Hemşire | | Paramedik | | Sağlık Memuru | | Hizmetli | |
|----------------|---------|-------|-----------|--------|---------------|-------|----------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| İlkokul | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 106.00 | 74.13 |
| Ortaokul | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 21.00 | 14.69 |
| Lise | 121.00 | 45.32 | 0.00 | 0.00 | 3.00 | 60.00 | 16.00 | 11.19 |
| Ön-lisans | 76.00 | 28.46 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 40.00 | 0.00 | 0.00 |
| Y.okul (2 yıl) | 44.00 | 16.48 | 38.00 | 100.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Y.okul (4 yıl) | 26.00 | 9.74 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Yüksek lisans | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

Tabloda dikkati çeken, acil servislerde hizmet veren hemşirelerin % 45,32'sinin lise mezunu olmasıydı. Eldeki veriler, acil servis gibi bilgi, beceri ve çabuk karar verme yeteneğinin gerekli olduğu birimlerde eğitimin öneminin yeterince anlaşamadığını ortaya koymaktadır. Ek olarak, hizmetli sayısının % 74,13'ünün ilkokul mezunu olması.

iletişim ve kişiler arası ilişkilerin önemli olduğu acil servislerde hizmetli seçimine gerekli özenin gösterilmediğini gözler önüne sermektedir.

2.2.4. Acil Servis Ek Hizmet Birimleri

Tablo 17’de de görüldüğü gibi acil servislerin hiçbirinde ekokardiyografi mevcut değildir. En az bulunan ek hizmet birimleri sırasıyla ameliyathane ve bilgisayarlı tomografi iken en çok bulunan ek hizmet birimi EKG laboratuvarıdır. Ek hizmet birimlerinin hastanelerde dağılımına bakıldığında, maliyetin ön planda tutulduğu gözlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde ek hizmet birimleri acil servisin içinde oluşturulmakta, bu da acil serviste hasta bakım kalitesini arttırmaktadır.

Tablo 17: Acil Servislerdeki Ek Hizmet Birimlerinin Sayısal Dağılımı

| Ek hizmet birimi | Mevcut | | Mevcut değil | | Toplam | |
|------------------|--------|-------|--------------|--------|--------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Radyoloji | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | 16 | 100,00 |
| Laboratuvar | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | 16 | 100,00 |
| Ameliyathane | 3 | 18,75 | 13 | 81,25 | 16 | 100,00 |
| Yoğun bakım | 6 | 37,00 | 10 | 62,50 | 16 | 100,00 |
| EKG-Lab | 14 | 87,50 | 2 | 12,50 | 16 | 100,00 |
| BT | 4 | 25,00 | 12 | 75,00 | 16 | 100,00 |
| EKO | 0 | 0,00 | 16 | 100,00 | 16 | 100,00 |
| USG | 7 | 43,75 | 9 | 56,25 | 16 | 100,00 |
| Anestezi | 4 | 25,00 | 12 | 75,00 | 16 | 100,00 |
| Güvenlik | 12 | 75,00 | 4 | 25,00 | 16 | 100,00 |

2.2.5. Çalışma Grubunun Yıllık Başvuru, Toplam Yatak Sayısı

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin çalıştıkları acil servislerdeki yıllık hasta başvuru, yatak ve hemşire sayılarının birbirine oranları Tablo 18’de görülmektedir.

Acil servislerde bilimsel olarak 24 saatte 3 hastaya 1 yatak düşmektedir ve bu

tabloda görülebileceği gibi bu koşul sadece bir hastane tarafından sağlanmaktadır. Diğer hastanelerde ise yatak sayısı son derece yetersizdir. Bu durum acil servislere başvuran, normalde poliklinik hastası olan hasta sayısının çokluğuyla –acil olmayan hasta sayısının fazlalığıyla- açıklanabilir.

Genel olarak bakıldığında Avrupa ve USA istatistiklerinde bildirilen rakamların üzerinde olan "hemşire/yatak" oranlarının bu kadar yüksek olmasının nedeni ise hemşire sayısının yeterli/çok olmasından öte yatak sayısının mutlak azlığından kaynaklanmaktadır.

Tablo 18: Acil Servislerin Yıllık Başvuru, Yatak Sayıları ve Oranları

| Hastane | Yıllık başvuru | Yatak sayısı | Günlük hasta/ yatak oranı | Hemşire/ yatak oranı |
|---------------------|----------------|--------------|---------------------------|----------------------|
| Bornova D.H. | 25000 | 8 | 8.56 | 1.63 |
| Eşrefpaşa Bel. H. | 18000 | 2 | 24.66 | 2.00 |
| Alsancak D.H. | 45000 | 4 | 30.82 | 2.00 |
| Karşıyaka D.H. | 59000 | 7 | 23.09 | 2.00 |
| SSK Bozyaka Hast. | 150000 | 23 | 17.87 | 0.70 |
| SSK Tepecik Hast. | 150000 | 23 | 17.87 | 1.09 |
| Atatürk D.H. | 150000 | 17 | 24.17 | 2.12 |
| Dokuz Eylül Unv. H. | 35000 | 33 | 2.91 | 0.48 |
| Ege Unv. H. | 70000 | 35 | 5.48 | 1.14 |
| Eskişehir SSK H. | 130000 | 20 | 17.81 | 0.70 |
| Eskişehir Doğumevi | 70000 | 8 | 23.97 | 5.25 |
| Esk. Med-Sos H. | 30000 | 4 | 20.55 | 1.25 |
| Osmangazi Univ. H. | 40000 | 20 | 5.48 | 0.70 |
| Esk. TCDD Hast. | 30000 | 3 | 27.40 | 0.67 |
| Esk. SSK D.evi | 6000 | 3 | 5.48 | 1.00 |
| Eskişehir Devlet H. | 120000 | 30 | 10.96 | 0.50 |

2.3. Acil Servislerin İşleyişi İle İlgili Bilgiler

2.3.1. Acil Serviste Görevli Personelin Çalışma Şekilleri

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin çalıştıkları hastanelerin % 37, 50 sinde sadece full-time çalışma şekli vardır. Sadece rotasyon şeklinde çalışan hastanelerin oranı % 12,50 dir. Rotasyon ve part time çalışma şeklinin kombine edildiği hastanelerin yüzdesi %25’dir. Part time ve full time çalışma şeklinin

kombine edildiği hastanelerin yüzdesi % 12,50'dir. Full time ve rotasyon çalışma şeklinin kombine edildiği hastanelerin yüzdesi % 6,25'dir.

Acil servislerde hizmetlerin insan kaynakları açısından daha verimli bir şekilde kullanılabilmesi açısından full time çalışma şeklinin uygun olmadığı görüşünderiz.

2.3.2. Acil Servis Personelinin Eğitim Gereksinimi

Acil serviste çalışacak kişilerin ayrıca bir eğitim alması gerektiği konusunda çalışma grubunun tamamı aynı fikirdedir. Grubun % 68,8'i acil serviste görev yapacak kişilerin mesleki eğitime ek olarak özel eğitim almış kişilerden seçilmesi gerektiğini belirtirken % 25'i sağlık personelinin kısa süreli kurslarla hizmet içi eğitimden geçirilerek acil serviste çalıştırılmaları seçeneğini işaretlemişlerdir. 1 acil servis yöneticisi bu soruya cevap vermemiştir. Buna rağmen acil servislerde çalışan mevcut personele bu tür eğitimlerin verildiğini söyleyemeyiz. Acil servis yöneticilerinin personel seçimi konusunda söz sahibi olamamaları ve yetersiz nitelikteki personel nedeniyle personelde istenen kriterlerin gözardı edilmesi, bu durumun başlıca nedenidir. Bu da hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.

2.3.3. Acil Serviste Çalışmaya Yeni Başlayan Personele Verilen Eğitim

Tablo 19: Yeni Başlayan Personelin Eğitimi

| | Sayı | Yüzde |
|---------------------|------|--------|
| Eğitim verilmiyor | 1 | 6,25 |
| Hizmet içi eğitim | 3 | 18,75 |
| Hastabaşı eğitimi | 4 | 25,00 |
| Adaptasyon programı | 4 | 25,00 |
| Özel acil kursu | 3 | 18,75 |
| Hepsi | 1 | 6,25 |
| TOPLAM | 16 | 100,00 |

Acil servise yeni başlayan personelin bu göreve başlarken aldıkları eğitime

bakıldığında 1 hastanede böyle bir eğitimin verilmediği, özel acil kursunun ise sadece 3 (%18.75) hastanede verildiği göze çarpmaktadır. Acil servislerde iş yükünün fazla olması ve verilen hizmetin "acil" niteliği nedeniyle acil servislerde uygulanan girişim, tedavi, kısaca prosedürlerin pratik içinde öğrenilmesi söz konusu değildir. Bu nedenle acil serviste çalışmaya başlayacak personelin mutlaka özel bir eğitimden geçirilmesi gerekmektedir.

2.3.4. Acil Servislerde Sürekli Eğitim Veren Kişiler-Gruplar

Çalışma grubunun çalıştığı hastanelerin % 37,50'sinde sürekli eğitim verilmemektedir. Hastanenin kendi bünyesindeki eğitim departmanının sürekli eğitim verdiğini ifade eden acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin oranı % 37,50 idi. Sadece bir (%6.25) hastanede sürekli eğitim acil servis yöneticileri tarafından verilmekteydi.

"Diğer" seçeneğini işaretleyen bir acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticisi, sürekli eğitimi acil servis hemşireleri arasında kendilerinin düzenlediğini ifade etmiştir.

Gelişmiş ülkelerde acil servis bünyesinde yılda en az bir kez tüm eğitim konularının tekrarı ve her hafta en az bir gün seminerler yapılarak sürekli eğitim sağlanmaktadır.

Tablo 20: Sürekli Eğitim Veriliyorsa Kimler Tarafından Verilmektedir

| | Sayı | Yüzde |
|------------------------------|------|-------|
| Sürekli eğitim verilmiyor | 6 | 37,50 |
| Acil servis yöneticisi | 1 | 6,25 |
| Dışarıdan uzman eğiticiler | 0 | 0,00 |
| Hastanenin eğitim departmanı | 6 | 37,50 |
| Acil servis eğitimcisi | 2 | 12,50 |
| Diğer | 1 | 6,25 |
| TOPLAM | 16 | 100 |

2.3.5. Acil Servislere Başvuran Hastaların Özellikleri

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin sadece %

18,75'i acil servise başvuran hastaların büyük çoğunluğunun gerçek acil vakalar olduğunu ifade ederken, % 81,25'i ise acil servise başvuranların gerçek acil vakalar olmadığını, acil servise başvuran hastaların büyük çoğunluğunu polikliniklerde sıra beklemek istemeyen veya reçete yazdırmak isteyen hastaların oluşturduğunu ifade etmişlerdir.

2.3.6. Acil Servis Personelinin Çalışma Koşulları

Acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin tümü acil servis personelinin ücret, özlük hakları ve sosyal haklar açısından hastanenin diğer bölümlerine göre farklı şartlara tabi olmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Ameliyathane, yoğun bakım ve acil servis personelinin tüm hastanelerde en azından özlük hakları açısından hastanelerin diğer bölümlerinde çalışan personelden farklı olması gerekmektedir.

2.3.7. Acil Servislerde Triage Sisteminin Kullanımı

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin çalıştığı toplam 16 hastanenin sadece % 18,75'inde triage sistemi mevcuttur. Hastaların kabulünde kabaca çok acil olan/ acil olan/acil olmayan ayrımı yapılmaktadır. Acil servislere hasta kabulü sırasında karışıklık yaşanmaması, hayati tehlikesi olan hastaların değerlendirilmesine öncelik verilmesi ve genel olarak acil serviste zamanın efektif bir şekilde kullanılabilmesi için gerekli olan sistemin tüm acil servislerde yaygınlaştırılması gerektiğine inanmaktayız.

2.3.8. Acil Servislerin Doğrudan Bağlantıda Olduğu Kurumlar

Tablo 21: Acil Servislerin Bağlantıda Olduğu Kurumlar

| Kurum | Bağlantı mevcut | | Bağlantı mevcut değil | | Toplam | |
|-----------------|-----------------|--------|-----------------------|-------|--------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| 112 acil yardım | 16 | 100,00 | 0 | 0,00 | 16 | 100,00 |
| Kan merkezi | 13 | 81,25 | 3 | 18,75 | 16 | 100,00 |
| Polis | 16 | 100,00 | 0 | 0,00 | 16 | 100,00 |
| İtfaiye | 6 | 37,50 | 10 | 62,50 | 16 | 100,00 |
| Zehir Dan. Mer. | 15 | 93,75 | 1 | 6,25 | 16 | 100,00 |
| Diğer | 3 | 18,75 | 13 | 81,25 | 16 | 100,00 |

Çalışmaya alınan hastanelerin acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin tamamı 112 acil yardım ve polis ile doğrudan bağlantılarının bulunduğunu ifade etmişlerdir. 3 (% 18,75) hastanenin kan merkeziyle doğrudan bağlantısı bulunmamaktadır. İtfaiye ile doğrudan bağlantısı bulunan sadece 6 (% 37,50) hastane vardır.

Günümüzde, çağdaş bir acil servisin acil servise başvurabilecek hastalarla bire bir temasta olan/olabilecek kurumlarla doğrudan bağlantısının olması kaçınılmazdır.

Acil servisteki hasta için temasa geçilmesi gerekebilecek kurumlarla doğrudan bağlantının olması ise kesin bir gerekliliktir.

Diğer seçeneğini işaretleyen 3 (% 18,75) acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticisi, çalıştıkları acil servislerde helikopter pisti bulunduğunu ifade etmişlerdir.

2.3.9. Acil Servislerin İletişim Sağlamakta Kullandıkları İletişim Araçları

Tablo 22: İletişim Araçları

| İletişim aracı | Mevcut | | Mevcut değil | | Toplam | |
|---------------------|--------|--------|--------------|-------|--------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Telefon | 16 | 100,00 | 0 | 0,00 | 16 | 100,00 |
| Telsiz | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | 16 | 100,00 |
| Radyo-TV | 2 | 12,50 | 14 | 87,50 | 16 | 100,00 |
| Anons | 14 | 87,50 | 2 | 12,50 | 16 | 100,00 |
| Fax | 6 | 37,50 | 10 | 62,50 | 16 | 100,00 |
| İnternet bağlantısı | 1 | 6,25 | 15 | 93,75 | 16 | 100,00 |

Çalışma grubunun çalıştıkları acil servislerin tümünde telefon aracılığıyla hastane içi-dışı iletişim kurulabilmektedir. Hastanelerin % 50'sinde telsiz kullanılmaması, ambulansla gelen hastaların çok büyük bir kısmını getiren 112 acil servisin telsizle haberleşmeyi sağlıyor oluşu göz önüne alındığında oldukça yetersizdir.

Radyo-TV, ülkedeki veya dünyadaki –en azından yakın coğrafyadaki- doğal veya insan kaynaklı felaketlerden haberdar olunmasında ve gerekli hazırlığın yapılmasında etkili araçlardır ancak çalışmaya katılan hastanelerin % 12,50'sinde bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden bir tanesinin çalıştığı bir referans hastanede ülke içindeki belirli acil vakaların tanısında ve bir üst merkeze sevinde internet bağlantılı bilgisayar iletişimde önemli rol oynamaktadır.

2.3.10. Acil Servislerin Kayıt Saklama Yöntemleri

Tablo 23: Kayıtların Depolanması

| Yöntem | Sayı | Yüzde |
|----------------|------|-------|
| Hastane arşivi | 12 | 75,00 |
| Servis arşivi | 7 | 43,75 |
| Bilgisayar | 10 | 62,50 |

*Bu soruda birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablodan da anlaşılacağı gibi çalışma grubunun çalıştığı hastanelerin sadece % 43.75'inde acil servis arşivi kullanılmaktadır. Bilgisayar kullanımının tüm acil servislerde yaygın hale getirilmesi ve hastane arşivinden ziyade acil servis arşivinin kullanılmasının daha uygun olacağı söylenebilir.

2.3.11. Acil Servislerde Verilen Laboratuar Hizmetleri

Tablo 24: Laboratuar Hizmetleri

| Laboratuar hizmeti | Mevcut | | Mevcut değil | | Toplam | |
|------------------------|--------|-------|--------------|-------|--------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Pıhtılaşma testleri | 5 | 31,25 | 11 | 68,75 | 16 | 100,00 |
| Kan gazı analizi | 3 | 18,75 | 13 | 81,25 | 16 | 100,00 |
| İdrar tetkiki | 7 | 43,75 | 9 | 56,25 | 16 | 100,00 |
| Elektrolit tayini | 4 | 25,00 | 12 | 75,00 | 16 | 100,00 |
| Mikrobiyoloji-toksiko, | 2 | 12,50 | 14 | 87,50 | 16 | 100,00 |
| Cross-Match tayini | 6 | 37,50 | 10 | 62,50 | 16 | 100,00 |
| Tam kan sayımı | 6 | 37,50 | 12 | 62,50 | 16 | 100,00 |

İdeal bir acil serviste tüm bahsedilen tetkiklerin yapılabilmesi gerekmektedir. Maliyeti düşük olması nedeniyle idrar tetkikinin acil servislerde en çok yapılan tetkik olması dikkat çekmektedir.

2.4. Acil Servis Yöneticilerinin Yönetim ve İşleyişine İlişkin Görüşlerine Ait Bilgiler

2.4.1. Acil Servis Yöneticilerinin Çalışanlarla Yaptıkları Toplantılar

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin % 81,25'i çalışanlarla değişen aralıklarla, % 18,75'i ayda bir toplantı yapıldığını belirtmişlerdir. Acil servis çalışanlarıyla mümkün olduğunca sık ve geniş katımlı toplantılar yapılması acil servis işleyişinin düzenlenmesi ve sonuç olarak hizmet kalitesinin ve çalışan memnuniyetinin artırılması açısından önemlidir.

2.4.2. Acil Servislerde Kriz Planı Varlığı

Çalışmaya katılan 16 acil servis yöneticisinin çalıştığı hastanelerin sadece bir tanesinin (% 6.25) hastane afet planı mevcuttu ancak plan içeriği bilimsellikten uzak ve yetersizdi. Son yıllarda artan doğal ve insan kaynaklı afetler nedeniyle her hastanenin bu planı yapmasını zorunlu kılmaktadır. Daha önceden planlanıp organize edilmiş, tatbikatı yapılmış bir afet planına ihtiyaç, günümüz dünyasında kaçınılmazdır. Böylesi bir planın, afetlerin doğası gereği acil servis yöneticisi tarafından yapılması en doğrusudur.

2.4.3. Acil Serviste Çalışan Personelin Performans Değerlemesi

Çalışma grubundaki 16 acil servis yöneticisinin 14 (% 87,50) tanesi acil servis çalışanlarının performanslarının değerlendirilmesinde hangi kriterleri gözönünde bulundurdukları sorusuna kişisel özelliklerin ve iş performansının eşit önemde olduğunu belirtmişlerdir. 2 (% 12,50) yönetici çalıştıkları acil servislerde performans değerlemesinin yapılmadığını ifade etmişlerdir. Kritik hastaya hizmet veren acil servislerde performans değerlendirme kriterlerini gözönünde bulundurmak zorunludur. Ne yazık ki ülkemizde performans değerlendirme sonuçlarının ücret belirleme ve işten çıkarma amacıyla hiçbir acil serviste kullanılmıyor olması memurun özlük haklarından dolayıdır. Ödül ve ceza sistemi üzerinde acil servis yöneticilerinin kısıtlı yetkilerinin olması sağlıklı performans değerlendirme yapılmasını engellemektedir.

2.4.4. Acil Servis Yöneticilerinin Yöneticilik Nitelikleri

Tablo 25: Acil Servis Yöneticilerinde Bulunması Gereken En Önemli Özellik

| Cevap | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| Hastane yönetimi ile ilgili eğitim almış olmak | 3 | 18,8 |
| Acil yönetimi ile ilgili özel eğitim almış olmak | 9 | 56,3 |
| Yöneticilik özellikleri olan bir hekim olmak | 4 | 25,0 |
| Hekim olması yeterlidir | 0 | 0 |
| Toplam | 16 | 100 |

Çalışma grubunun acil servis yöneticilerinde bulunması gereken en önemli özellik nedir sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo 25’de gösterilmiştir.

Acil servisler bir hastanenin vitrinidir ve bu nedenle acil servislerde verilen hizmet hastanenin kalitesi hakkında genel bir fikir vermektedir. Acil servis yöneticisi bu hizmeti verirken hizmet sunumunun tüm yönlerini bilmek, hizmet sunabilecek yeterlilikte olmak, sorunların tespiti ve çözüm yollarını araştırmak, hizmet kalitesinin artırılabilmesi için gerekli değişiklikleri uygulamak gibi özelliklere sahip olmalıdır. Ülkemizde acil tıp uzmanlığı ve acil servis yönetimi ile ilgili eğitim programlarının yaygınlaştırılmasıyla hizmet sunumunun üst düzeylere çıkabileceği açıktır.

2.4.5. Acil Servislerde Yönetimsel Kararlara Katılan Kişiler-Gruplar

Acil servisin yönetimiyle ilgili kararlar, çalışmaya katılan 16 acil servis yöneticisinin çalıştığı hastanelerden sadece 1’inde (%6.25) acil servis yönetim komitesi tarafından alınmaktadır. Diğer hastanelerde kararlar sıklığına göre sırasıyla bölüm başkanı (acil servis sorumlusu), acil servis başhemşiresi ve diğer birimlerce alınmaktadır. Acil servislerde değişik hizmet grupları birarada hizmet verdikleri için acil servis yönetimi ile ilgili kararların hizmette yer alan hizmet gruplarının her birinin yöneticisinin yer aldığı bir tıbbi yönetici, bir hemşirelik hizmetleri yöneticisi ve bir teknik hizmetler yöneticisinin bulunduğu bir acil servis yönetim komitesi tarafından alınması daha rasyonel olacaktır.

2.4.6. Acil Servisin Hastane İçindeki Yerinin Uygunluğu

Çalışmaya katılanların 10’u (%62.5) yönettikleri acil servislerin hastane içindeki yerlerinin uygun olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 26). İdeal bir acil servis ana yola yakın, özellikle doğal veya insan kaynaklı afetler gibi durumlarda kapasitesinin

arttırılabilmesi için hastanenin ana girişinde değil, ayrı girişle ulaşılabilen bir köşesinde olmalıdır. Ayrıca ayaktan ve ambulansla gelen hastaların acil servise girişlerinin farklı olması sağlanmalıdır. Acil servis önündeki trafik akışı "U" şeklinde sağlanmalı ve acil servis çalışanları ile hasta yakınlarının araçları için ayrı bir otopark olmalıdır. Acil servislerin hastane içindeki yerlerinin uygun olmadığını belirten yöneticilerin tümü bu fikirleri paylaşmaktadır.

Tablo 26: Acil Servisin Hastane İçindeki Yerinin Uygunluğunun Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|-------------|------|-------|
| Uygun | 6 | 37,5 |
| Uygun değil | 10 | 62,5 |

2.4.7. Acil Servislerde Çeşitli Kaynakların Yeterliliği

Acil servislerdeki kaynakların ne ölçüde yeterli olduğu sorusuna çalışma grubundaki yöneticilerin büyük bir kısmı ana binanın, tıbbi malzemenin, hekim ve hemşire sayısının, yatak sayısının ve hizmetli sayısının yeterli olduğunu ancak ek hizmet birimlerinin ve tıbbi cihazların yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 27).

Tablo 27: Acil Servis Yöneticileri Tarafından Çalıştıkları Acil Servislerin Kaynaklarının Yeterliliğinin Değerlendirmesi

| Kaynak | Yetersiz | | Yeterli | | Toplam | |
|------------------|----------|-------|---------|-------|--------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Ana bina | 7 | 43,75 | 9 | 56,25 | 16 | 100,00 |
| Hekim sayısı | 2 | 12,50 | 14 | 87,50 | 16 | 100,00 |
| Hemşire sayısı | 6 | 37,50 | 10 | 62,50 | 16 | 100,00 |
| Yatak sayısı | 7 | 43,75 | 9 | 56,25 | 16 | 100,00 |
| Ek hizmet birimi | 10 | 62,50 | 6 | 37,50 | 16 | 100,00 |
| Tıbbi cihaz | 10 | 62,50 | 6 | 37,50 | 16 | 100,00 |
| Tıbbi malzeme | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | 16 | 100,00 |
| Hizmetli sayısı | 7 | 43,75 | 9 | 56,25 | 16 | 100,00 |

Tablo 27’de görüldüğü gibi, acil servis yöneticilerinin büyük bir kısmı hekim, hemşire ve hizmetli sayısının yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak Tablo 18’deki verilerle bu ifade çelişmektedir. Bu çelişkiye neden olarak acil servise başvuran hasta

sayısı ile acil serviste çalışması gereken hekim, hemşire ve hizmetli sayısı arasındaki oranın hesaplanmamış olması, acil servislerin primer sorumlu oldukları hasta popülasyonunun dışındaki hastalara da hizmet veriyor olması gösterilebilir.

Tıbbi cihaz ve ek hizmet birimlerinin yetersiz olduğu Tablo 27’de de farkedilmektedir.

2.4.8. Acil Servislerde Yürütülen Hizmetlerin Yeterliliği

Acil servislerde yürütülen hizmetlerin acil servis yöneticileri tarafından değerlendirmesi istendiğinde acil servis yöneticileri tıbbi hizmetlerin, hemşirelik hizmetlerinin, idari-teknik hizmetlerin ve temizlik hizmetlerinin yeterli olduğunu; acil tıbbi teknisyenlik hizmetlerinin ise yetersiz olduğunu (%62.50) belirtmişlerdir (Tablo 28).

Yöneticiler tarafından en yüksek oranda yetersiz bulunan hizmet, acil tıbbi teknisyenlik hizmetidir. Acil tıbbi teknisyenlik hizmetinin acil servis işleyişindeki öneminin yeterince anlaşılmadığı, acil tıbbi teknisyenlerle teknik personelin aynı anlamda algılandığı şeklinde yorumlanabilir.

Acil servis yöneticilerinin tümünün yeterli olduklarını ifade ettikleri hizmetlerin yeterliliğinin kontrolü, hizmet verilen hastaların geri bildirimleri ile doğrulayan çalışmalarla desteklenmelidir diye düşünmekteyiz.

Tablo 28: Acil Servislerde Yürütülen Hizmetlerin Değerlendirilmesi

| Verilen hizmet | Yetersiz | | Yeterli | | Toplam | |
|---------------------------|----------|-------|---------|--------|--------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Tıbbi hizmetler | 0 | 0.00 | 16 | 100.00 | 16 | 100.00 |
| Hemşirelik hizmetleri | 0 | 0.00 | 16 | 100.00 | 16 | 100.00 |
| İdari-teknik hizmetler | 5 | 31.25 | 11 | 68.75 | 16 | 100.00 |
| Acil-tıbbi teknisyenlik h | 10 | 62.50 | 6 | 37.50 | 16 | 100.00 |
| Temizlik hizmetleri | 2 | 12.50 | 14 | 87.50 | 16 | 100.00 |

2.4.9. Acil Servislerde Değişik Faktörlerin Hizmet Üretimini Etkileme Derecesi

Çalışmaya katılan acil servis yöneticilerinin 9'u (% 56,25) çalışma alanı yetersizliğinin hizmet üretimine etkisinin az, 7'si (%43,75) ise çok olduğunu belirtmişlerdir. İnsan gücünün sayısal ve niteliksel eksikliğinin hizmet üretimine etkisini az veya çok olarak belirtenlerin sayısı eşittir.

Acil serviste hizmet üretimini çok etkilediği belirtilen faktörler sırasıyla, ek hizmet birimlerinin yetersizliği, tıbbi donanımın yetersizliği ve iletişim eksikliğidir (Tablo 29).

Tablo 29: Hizmet Üretimini Etkileyen Faktörler

| Faktörler | Az | | Çok | | Toplam | |
|-------------------------------|------|-------|------|-------|--------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Çalışma alanının yetersizliği | 9 | 56,25 | 7 | 43,75 | 16 | 100,00 |
| İnsan gücünün sayısal eks. | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | 16 | 100,00 |
| İnsan gücünün niteliksel eks. | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | 16 | 100,00 |
| Ek hizmet birim. yetersizliği | 5 | 31,25 | 11 | 68,75 | 16 | 100,00 |
| Tıbbi donanımın yetersizliği | 5 | 31,25 | 11 | 68,75 | 16 | 100,00 |
| İletişim eksikliği | 5 | 31,25 | 11 | 68,75 | 16 | 100,00 |

Hizmet üretimini olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörlerin mali konularla ilgili olduğu dikkat çekmektedir. Hastanelere yapılan tüm başvurular içinde acil servis başvurularının önemli bir yeri olduğu gözönünde tutulacak olursa hastane yönetimlerinin gelirlerine önemli bir katkısı olan acil servislere gerekli mali desteği sağlamadığı söylenebilir.

2.4.10. Acil Servislerde Hizmet Başarısını Arttıran Faktörler

Acil servis hizmet başarısının nasıl artırılabileceğini sorgulamaya yönelik tek seçeneğin işaretlenebildiği 4 seçenekli soruya çalışma grubunun % 81,3'ü "acil servis ekip anlayışı", % 18,7'si "beceri sahibi, yetenekli yöneticiler" cevabını vermişlerdir. Acil servislerde verilen hizmetin başarısı hekiminden temizlik görevlisine kadar uzanan ekip

çalışmasına bağlıdır. Acil servislerde teşhis ve tedavideki gecikmeler genellikle hasta için kötüye doğru hızlı bir gidişe neden olduğundan, hastane içindeki diğer birimlere göre ekip çalışmasının önemi daha da artmaktadır.

2.4.11. Acil Servis Yöneticilerinin Alınan Kararlarda Yetkilerinin Yeterliliği

Çalışmaya katılan acil servis yöneticileri, personel alımı, cihaz ve tıbbi malzeme alımı, personel ödüllendirme-cezalandırma ve eğitim ile ilgili kararların alınmasında yetkilerinin genel olarak yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 34).

Tablo 30: Acil Servis Yöneticilerinin Yetkilerini Değerlendirmeleri

| | Yetersiz | | Yeterli | | Toplam | |
|---------------------|----------|-------|---------|-------|--------|--------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Personel alımı | 12 | 75,00 | 4 | 25,00 | 16 | 100,00 |
| Cihaz alımı | 10 | 62,50 | 6 | 37,50 | 16 | 100,00 |
| Tıbbi malzeme alımı | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | 16 | 100,00 |
| Personel ödül/ceza | 12 | 75,00 | 4 | 25,00 | 16 | 100,00 |
| Eğitim | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | 16 | 100,00 |

Görüldüğü gibi, acil servis yöneticilerinin etkin bir yönetim için gerekli yetkilerle donatılmamış olduğu ve bu durumun verilen hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği söylenebilir.

2.4.12. Acil Servis Personelinin Hizmet Sunumunun Teşvik Edilmesine Yönelik Faktörlerin Değerlendirilmesi

Acil servis çalışanlarının nasıl teşvik edilebileceğini öğrenmeye yönelik soruda çalışmaya katılan 16 acil servis yöneticinin 12'si (%75) iş miktarına göre ücretlendirme seçeneğini, 1'i (% 6.3) ilerleme ve terfi imkanlarını sağlanmalı seçeneğini, 1 (% 6.3) yönetici periyodik eğitim programları ile yeterliliklerini arttırmak seçeneğini ve 2 yönetici (% 12,5) de çalışma saatleri kısa olmalıdır seçeneğini işaretlemişlerdir (Tablo 31).

Tablo 31: Acil Servis Çalışanlarının Teşvik Edilmesinde En Önemli Etken

| Etken | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| Çalışma saatlerinin kısaltılması | 2 | 12,5 |
| Eğitim programları ile yeterliliklerinin artırılması | 1 | 6,3 |
| İlerleme ve terfi imkanlarının sağlanması | 1 | 6,3 |
| İş miktarına göre ücretlendirme | 12 | 75 |
| Diğer | 0 | 0 |

Ülkemizde iş miktarına göre ücretlendirme hiçbir hastanede yapılmadığından acil servis çalışanlarının özveri ile çalıştığı söylenebilir.

2.5. Acil Servislerde Yaşanan Sorunlar İle İlgili Bilgiler

2.5.1. Acil Servisteki Hizmet Gruplarının Çatışması

Çalışmaya katılan acil servis yöneticilerinin % 56,3'ü servis içindeki hizmet grupları arasında çatışma yaşandığını ifade etmektedirler. Çatışmanın kaynağını sorgulamaya yönelik birden çok seçeneğin işaretlenebildiği soruya verilen cevapların % 50'si görev, yetki ve sorumlulukların, standartların belirlenmemiş olması şeklindedir. Ekip üyelerinin kişisel özellikleri ve ekip anlayışının benimsenmemiş olması seçeneklerinin işaretlenme yüzdeleri aynıdır (% 18).

Acil servis içindeki hizmet grupları arasında çatışma yaşanmasının temel nedeni görev, yetki ve sorumlulukların açıkça tanımlanmamış olması, hiç bir acil serviste iş tanımları ve iş analizlerinin yapılmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Hekimlerin acil tıp konusunda bilgi almamış olmaları, acil servis işleyiş ve düzeni hakkında bilgi sahibi olmamaları, acil servis ekip anlayışının önemini bilmemeleri ve acil servislerde standart ve politikaların belirlenmemiş olması diğer önemli faktörlerdir.

2.5.2. Acil Servislerde Tıp Teknolojisinin Güncel Kullanımı

Acil servislerde gelişen tıp teknolojisinin güncel olarak kullanılıp kullanılmadığı sorulduğunda çalışmaya katılanların % 31,3'ü evet, % 58,7'si hayır cevabını vermişlerdir. Hayır cevabını verenlerin % 27,3'ü yönetim alanındaki yetersizlikler, % 27,3'ü mali kaynakların yetersizliği, %9,1'i sağlık kurumlarının özertleştirilememesi / özelleştirilememesi ve % 36,4'ü bu nedenlerin tümü nedeniyle gelişen teknolojiyi acil servislerde kullanamadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 32).

Tablo 32: Acil Serviste Gelişen Tıp Teknolojisinin Güncel Olarak Uygulanamamasının Nedenleri

| Nedenler | Yüzde |
|---|--------|
| Yönetim alanındaki yetersizlikler | % 27,3 |
| Sağlık kurumlarının özel/özertleştirilememesi | % 9,1 |
| Mali kaynakların yetersizliği | % 27,3 |
| Tümü | % 36,4 |

Acil servis gibi tek ve en önemli unsurun insan sağlığı olduğu birimlerde hergün değişen tıbbi teknolojiyi kullanmak, verilen hizmetin kalitesi açısından önemlidir.

2.5.3. Çalışma Grubunun Çalışma Ortamını Tanımlaması

Çalışmaya katılan 16 acil servis yöneticisinin tamamı acil servisleri diğer klinik ve polikliniklerden çok farklı, yoğun ve gerilimli birimler olarak tanımlamaktadırlar. Acil servisler 24 saat kesintisiz hizmet sunan birimlerdir ve acil serviste mevcut hasta sayısı devamlı değişkenlik göstermektedir. Bir acil servisin kendisine yapılan başvuruları kısıtlamak gibi bir lüksü yoktur. Trafik kazası gibi beklenmedik acil durumlarda bir anda acil servis karışabilmekte, iş yükü artmaktadır.

2.5.4. Acil Servislerde Hizmetlerin Yürütülmesinde Karşılaşılan Sorunlar

Tablo 33: Acil Servis Hizmetlerinin Yürütülmesinde Karşılaşılan Sorunlar

| Sorunlar | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| Koordinasyon eksikliği | 3 | 18.75 |
| Personel eksikliği | 7 | 43.75 |
| Malzeme eksikliği | 4 | 25 |
| Güvenlikle ilgili sorunlar | 4 | 25 |
| Nöbet fazlalığı | 5 | 31.25 |
| Hasta yakınları ile iletişim bozukluğu | 10 | 62.5 |
| Çalışma alanının yetersizliği | 2 | 12.5 |
| Acil olmayan başvuruların çokluğu | 1 | 6.25 |
| Niteliksiz personel | 3 | 18.75 |
| Diğer bölümlere bağlı olunması | 1 | 6.25 |
| Ücret yetersizliği | 1 | 6.25 |
| Özlük hakları | 1 | 6.25 |
| Eğitim eksikliği | 1 | 6.25 |
| Bürokrasi | 1 | 6.25 |

* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Tabloya genel olarak bakıldığında, acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin en fazla değindikleri sorunlar hasta yakınları ile iletişimin bozukluğu (% 62.5) ve personel sayısının eksikliği (%43.75).

2.5.5. Acil Servislerde Uygulanan Çeşitli Prosedürler

Tablo 34: Prosedürler

| | Sayı | Yüzde |
|-------------------------------------|------|--------|
| CPR uygulaması | 7 | 43.75 |
| İlaç uygulamaları | 12 | 75.00 |
| Kan ve kan ürünleri tedavisi | 7 | 43.75 |
| Kayıtların tutulması | 16 | 100.00 |
| Ziyaretçi kabulü | 9 | 56.25 |
| Personelin nitelikleri | 4 | 25.00 |
| Kriz planı | 2 | 12.50 |
| Bölüm kalitesinin değerlendirilmesi | 3 | 18.75 |
| Malzeme temini ve devri | 12 | 75.00 |

*Bu soruda birden fazla şık işaretlenmiştir.

Acil servislerde istenilen sonuçlara ne oranda ulaşıldığını belirlemek ve hizmet kalitesini arttırabilmek için uygulanan prosedürlerin yazılı olarak bulundurulması görüşünü taşımaktayız.

2.5.6. Acil Servislerde İhtiyaç Halinde Uzman Doktora Ulaşım Süresi

Ankete katılan acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin çalıştıkları acil servislerde gündüzleri ve geceleri hastanelerin % 25'inde uzman doktor bulunmaktadır. Diğer hastanelerde geceleri uzmana ulaşma süresi bir hastanede 5 dakika, 10 hastanede 30 dakikadadır. Bir hastanede ise (%6.25) icapçı uzman doktora ulaşma süresi 30 dakikadan fazlaydı.

Acil servislerde hastanın sağlığı açısından her dakikanın önemi büyüktür. Bu bakımdan her acil serviste uzmanların çalışması, hatta acil tıp uzmanlarının çalışması hastanın tanı ve tedavisinde büyük yarar sağlayacaktır.

2.5.7. Acil Servisteki Hizmetlerin Aksama Nedenleri

Acil serviste hizmetin aksama nedenlerinin sorgulandığı birden çok şıkkın işaretlenebildiği soruda personel sayısının yetersizliği, hasta sayısının çokluğu ve halkın eğitimsizliği ve kurum içi iletim eksikliği en çok işaretlenen şıklardı ve işaretlenen şıklar içindeki ağırlıkları aynıydı (Tablo 35). Diğer nedenler, sırasıyla acil servis çalışanlarının eğitim eksikliği, tetkik-tedavi imkanlarının yetersizliği ve ücretlerin yetersizliği olarak belirtilmişti.

Tablo 35: Acil Servis Hizmetlerinin Yürütülmesinde Karşılaşılan Sorunlar

| | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|------------------------------------|------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Ücretlerin yetersizliği | 6 | 37,50 | 10 | 62,50 | 16 | 100 |
| Personel sayısının yetersizliği | 11 | 68,75 | 5 | 31,25 | 16 | 100 |
| Hasta sayısının çokluğu | 11 | 68,75 | 5 | 31,25 | 16 | 100 |
| Tetkik-tedavi imkan. yetersizliği | 7 | 43,75 | 9 | 56,25 | 16 | 100 |
| Acil S. çalışanlarının eğitim eks. | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | 16 | 100 |
| Kurum içi iletişim eksikliği | 11 | 68,75 | 5 | 31,25 | 16 | 100 |
| Diğer | 4 | 25,00 | 12 | 75,00 | 16 | 100 |

2.5.8. Acil Servislerde Yeni Düzenleme Gereksinimi

Çalışmaya katılan acil servis yöneticilerinin % 81,3'ü çalıştıkları acil servislerde yeni bir düzenlemeye gereksinim olduğunu, % 18,2'si ise böyle bir düzenlemenin gerekli olmadığını belirtmişlerdir. Bu noktadan hareketle acil servis yöneticilerinin büyük bir kısmının bölümlerinde yeniden düzenlemenin gerekliliğinin farkında oldukları söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servisler hastanelerin en gözönünde olduğu birimlerdir ve gelen hastalar acil serviste gördükleri ve aldıkları acil bakım hizmetlerini tüm hastaneye yansıtırlar. Bu nedenle acil servisler hastane vitrinleri olarak tanımlanmaktadır.

Araştırmaya alınan değişik statüdeki 16 hastaneden yönetim ve işleyişe ilişkin pek çok sorunun olduğu göze çarpmaktadır.

- Acil servis yöneticilerinin çoğunluğu çalıştıkları acil servisin yeniden düzenlenmesi gerektiğini belirtmektedir.
- Acil servis çalışanları ücret, özlük hakları ve sosyal hakları açısından ayrıcalıkları olması gerektiğini düşünmektedir.
- Sadece bir hastanede acil tıp uzmanlarının görev yaptığı, diğer hastanelerde acil tıp uzmanlarının bulunmadığı görülmektedir.
- Acil servislerin hastane içindeki konumu genel anlamda uygun değildir.
- Sadece bir hastanenin acil servisinin fiziksel tasarımı gelişmiş ülkelerdeki standartlara yaklaşıktır.
- Tüm acil servislerde fiziksel kaynaklar genelde yetersizdir. (Tıbbi cihaz, tıbbi malzeme, ana bina, yatak sayısı gibi)
- Acil servis içinde ek hizmet birimlerinde sayı ve kapasite açısından yetersizlik mevcuttur.
- Genel olarak bakıldığında hemşire ve hizmetli sayısı yetersizdir. Mevcut personelde acil konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip değildir.
- Acil servislerde verilen hizmetin gereği çalışanların eğitim düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmamaktadır.
- Acil tıbbi teknisyenlerin (paramedik) acil servis hizmetinde öneminin yeni

yeni farkına varılmaya başlanıldığı görülmektedir.

- Sadece 3 hastanede triaj sisteminin olması ilgi çekicidir.
- Tüm acil servislerde (bir hastane hariç) yürütülen eğitim faaliyetleri oldukça yetersizdir.
- Acil servis tıbbi yöneticilerinden ve acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin birisi dışında hiçbiri hastane yönetimi konusunda herhangi bir eğitim almamıştır.
- Acil servislerdeki yönetsel kararlar genellikle hastane yönetimi tarafından alınmaktadır. Acil servis yöneticilerinin yönetsel kararlarda hastane yönetiminde aktif olarak görev almadıkları göze çarpmaktadır.
- Acil servis yöneticilerinin çalışanlarla yaptıkları toplantılar gerekli sıklıkta yapılmamaktadır.
- Acil servislerde hastanın aciliyeti nedeniyle acil çalışanlarıyla hasta yakınları arasında genelde iletişim bozukluğu olduğu göze çarpmaktadır.
- Acil servislerin çoğunda (özellikle itfaiye) doğrudan bağlantı kurması gereken kurumlarla iletişim sorunları mevcuttur.
- Hiçbir acil servisin kriz planı yoktur denilebilir.
- Acil servislerde kullanılan iletişim araçları günümüz Türkiye'sinde yinede yetersizdir. Bazı acil servislerde iletişim araçlarından telsizin bile bulunmaması dikkat çekicidir.
- Tüm acil servislerde bilgisayar kullanımı ve acil servis içinde arşiv oluşturulmasının yaygınlaştırılması gerekmektedir.
- Hiçbir acil serviste performans değerlendirme bilimsel olarak yapılmamaktadır.
- Acil servis yöneticilerinin yönetsel kararlarda yetkileri yetersizdir.
- Acil servislerin çoğunda yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olmasına bağlı hizmet grupları arasında çatışma yaşanmaktadır.
- Acil servislerde çalışan personelin hastane çalışanlarına göre yaptıkları iş miktarı açısından önemi yöneticiler tarafından bilinmektedir. Fakat ülkemizde işe göre ücret politikaları belirlenmediğinden yapılan iş ile alınan

ücret orantılı değildir.

- Acil servis hemşire/yatak sayıları bir hastane hariç standartlara uygun değildir.
- Acil servislerde güncel tıp teknolojisi kullanımını genel olarak yetersizdir.
- Acil servislerde uygulanan yazılı prosedürlerin kullanılmasının genelde yetersiz olduğu söylenebilir.

Acil servis yönetiminin geliştirilmesi boyutunda yapılması gerekenler şöyle özetlenebilir:

- Acil servislerde hizmet veren hekimlerin acil hizmet konusunda uzmanlık eğitimi almış kişiler olması.
- Acil servis tıbbi yöneticilerinin ve acil servis hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin, acil servis yönetimi veya hastane yönetimi konusunda lisans, lisans üstü veya hizmet içi eğitimlerle geliştirilmesi.
- Üniversitelerde ve uzmanlık eğitimi veren büyük hastanelerde yeni acil anabilim dallarının kurulması ve acil tıp uzmanlarının yetiştirilmesine devam edilmesi.
- Acil servislerin hastanenin dışında (köşesinde) ayrı bir binada olması ve ek hizmet birimlerinin acil servis içinde hizmet vermesi.
- Acil servisin hizmet özelliğine uygun şekilde planlanması ve yatak, tıbbi donanım, tıbbi malzemenin yeterli hale getirilmesi.
- Acil servislerde hemşire/yatak oranlarının ve hasta/yatak oranlarının hesaplanması.
- Acil tıbbi teknisyenlerin acil servislerde sayısının artırılması, hizmetli yerine acil birim teknisyenlerinin yetiştirilmesi.
- Performans değerlendirme sisteminin acil servise uygun kriterlerle yapılması ve sonuçlarının uygun bir şekilde kullanılması.
- Acil serviste hizmet verecek kişilerin nitelikleri gözönünde bulundurularak

personel alımı yapılması.

- Personel alımı yükseltme ve yer değişikliği kararlarında acil servis yöneticilerinin yetkilerinin artırılması.
- Acil servis çalışanlarına iş miktarına göre ücret verilmesi.
- Triaj sisteminin tüm acil servislerde yaygınlaştırılması ve triaj hizmetlerinin USA gibi gelişmiş ülkelerde mümkünse eğitilmiş hemşireler tarafından yapılması veya triaj hizmetini yapacak kişilerin eğitilmesi.
- Acil servislerde iletişim ağının yaygınlaştırılması.
- Acil servis kayıtlarının acil servis içinde arşiv ve bilgisayarda depolama şeklinde tutulması.
- Acil serviste uygulanan prosedürlerin yazılı olarak bulunması ve acil servis içinde sergilenmesi.
- Acil servise yeni başlayan her personele adaptasyon eğitimi sürekli eğitim verilmeli hemşire ve acil tıbbi teknisyenlerin özel acil kurslarından geçirilmeleri ve bunun sürekliliğinin sağlanması.
- Acil servis çalışanlarının acil servis içindeki çalışma sürelerinin standardizasyonunun yapılarak, verilen hizmetin kalitesinin yükseltilmesi.
- Gelişmiş ülkelerdeki itfaiye, ambulans hizmetlerinin birleştirilerek tek merkezden koordinesinin Türkiye şartlarında da uygulanması, acil servis hizmetlerinin yönetimini kolaylaştıracaktır.
- Hasta yakınlarının hastaları hakkında bilgilendirilmesi için acil servis içinde halkla ilişkiler görevlisinin bulundurulması bu görevin mümkünse bir doktor tarafından yürütülmesi.
- Acil servislerde hizmetin önemi açısından ekip ruhunun geliştirilmesi.
- Acil servis yönetiminde acil servis komitelerinin oluşturularak yaygınlaştırılması.

EKLER

ANKET NO: 1

ACIL SERVİS YÖNETİCİLERİNE UYGULANAN ANKET FORMU

1- Acil servis yöneticilerinde olması gereken en önemli özellik sizce nedir?

- Hastane yönetimi ile ilgili eğitim almış olmak.
- Acil yönetimi ile ilgili eğitim almış olmak.
- Yöneticilik özellikleri olan bir hekim olmak.
- Hekim olmak yeterlidir.

2- Acil servisler size göre;

- Diğer klinik ve polikliniklerden çok farklı, yoğun ve gerilimli birimlerdir.
- Önemli bir fark yoktur.
- Daha düzenli ve rahat birimlerdir.
- Diğer _____

3- Acil servisin hastane içindeki yeri uygun mudur?

Evet () Hayır ()

4- Cevabınız hayır ise ne gibi sorunlar yaşıyorsunuz?

- Hastane dışında ayrı bir acil servis girişi ve binası yoktur.
- Park yeri sorunu mevcuttur.
- Ambulans ve diğer araçların ulaşım sorunu vardır.
- Hastane içindeki birimlere uzaktır.
- Diğer _____

5- Bölümünüzle ilgili yönetsel kararlara kimler katılmaktadır?

- Bölüm başkanı
- Bölüm başhemşiresi
- Acil servis yönetim komitesi
- Diğer _____

6- Acil servisiniz hangi üst yönetime bağlıdır?

7- Acil serviste hizmetin aksamasına neden olabilecek sorunlardan sizce hangisi en önemlidir?

- Ücretlerin yetersizliği
- Personel sayısının yetersizliği
- Hasta sayısının çokluğu
- Tetkik ve tedavi imkanlarının yetersizliği
- Acil servis çalışanlarının eğitim eksikliği
- Kurum içi iletişim eksikliği

8- Acil servisinizde kriz planınız var mı?

124

Evet ()

Hayır ()

9- Cevabınız evet ise kriz durumunda ne yapıyorsunuz?

10- Acil serviste çalışan personelin eğitimi ile ilgili düşünceniz nedir?

- () Sağlık personeli kısa süreli kurslarla hizmet içi eğitimden geçirilerek çalıştırılmalı.
- () Acil serviste çalışabilmesi için ek bir eğitime gerek yoktur.
- () Acil serviste görev yapacak kişiler mesleki eğitime ek olarak özel eğitim almış kişiler arasından seçilmelidir.
- () Diğer _____

11- Acil servisinizde hizmet veren gruplar arasında çatışma yaşanıyor mu?

Evet ()

Hayır ()

12- Cevabınız evet ise çatışmaların kaynağı sizce nedir?

- () Ekip üyelerinin kişisel özellikleri
- () Ekip anlayışının benimsenmemiş olması
- () Görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olması
- () Standartların saptanmamış olması

13- Performans değerlendirme sisteminde çalışanların hangi özellikleri gözönüne alınmaktadır?

- () İşe devamı, dürüstlük, çalışkanlık gibi kişisel özellikler.
- () İş miktarı, iş kalitesi gibi iş performansı.
- () Değerleme yapılmıyor.

14- Sizce acil servis personelinin teşvik edilmesi için hangisi en önemlidir?

- () Çalışma saatleri kısa olmalıdır.
- () Periyodik eğitim programlarıyla yeterlilikleri artırılmalıdır.
- () İlerleme ve terfi imkanı sağlanmalıdır.
- () İş miktarına göre ücretlendirme yapılmalıdır.

15- Tıpta gelişen teknolojiyi acil servis hizmetlerinde kullanabiliyor musunuz?

Evet ()

Hayır ()

16- Cevabınız hayır ise sizce en önemli neden hangisidir?

- () Yönetim alanındaki yetersizlikler
- () Mali kaynakların yetersizliği
- () Sağlık kurumlarının özelleştirilememesi/özerkleştirilememesi
- () Hepsi

17- Sizce başarılı bir acil servis hizmeti için aşağıdakilerden hangisi en önemlidir?

- () Acil servis ekip anlayışı.
- () Beceri sahibi, yetenekli yöneticiler.
- () Başvuran hastaların eğitim düzeyi
- () Kullanılan ilaç ve malzemenin kalitesi

18- Size göre sunulan hizmetin iyileştirilmesi için aşağıdakilerden hangisi en önemlidir? 125

- () Personel sayısını arttırmak.
- () Nitelikli personelle hizmet sunmak.
- () Çalışanlar arasında ekip ruhunu geliştirmek.

19- Aşağıdaki faktörlerin servisinizdeki hizmet üretimini ne ölçüde etkilediğini belirtiniz.

| | Çok yeterli | Yeterli | Vasat | Yetersiz | Çok yetersiz |
|--|-------------|---------|-------|----------|--------------|
| a) Çalışma alanının yetersizliği | () | () | () | () | () |
| b) İnsan gücünün sayısal eksikliği | () | () | () | () | () |
| c) İnsan gücünün niteliksel eksikliği | () | () | () | () | () |
| d) Ek hizmet birimlerinin yetersizliği | () | () | () | () | () |
| e) Tıbbi donanımın yetersizliği | () | () | () | () | () |
| f) İletişim eksikliği | () | () | () | () | () |
| g) | | | | | |

20- Aşağıdaki konularda yöneticilik yetkinizi ne ölçüde yeterli buluyorsunuz?

| | Çok yeterli | Yeterli | Vasat | Yetersiz | Çok yetersiz |
|---|-------------|---------|-------|----------|--------------|
| a) Personel alımı kararları | () | () | () | () | () |
| b) Cihaz alım kararları | () | () | () | () | () |
| c) Tıbbi malzeme alım kararları | () | () | () | () | () |
| d) Personel ödüllendirme/cezalandırma kararları | () | () | () | () | () |
| e) Eğitim ile ilgili kararlar | () | () | () | () | () |

21- Bölümünüzdeki kaynaklar ne ölçüde yeterlidir?

| | Çok yeterli | Yeterli | Vasat | Yetersiz | Çok yetersiz |
|---------------------|-------------|---------|-------|----------|--------------|
| a) Ana bina | () | () | () | () | () |
| b) Hekim sayısı | () | () | () | () | () |
| c) Hemşire sayısı | () | () | () | () | () |
| d) Yatak sayısı | () | () | () | () | () |
| e) Ek hizmet birimi | () | () | () | () | () |
| f) Tıbbi cihaz | () | () | () | () | () |
| g) Tıbbi malzeme | () | () | () | () | () |
| h) Hizmetli sayısı | () | () | () | () | () |

22- Bölümünüzde verilen hizmetleri değerlendiriniz.

| | Çok yeterli | Yeterli | Vasat | Yetersiz | Çok yetersiz |
|------------------------------------|-------------|---------|-------|----------|--------------|
| a) Tıbbi hizmetler | () | () | () | () | () |
| b) Hemşirelik hizmetleri | () | () | () | () | () |
| c) İdari ve teknik hizmetler | () | () | () | () | () |
| d) Acil tıbbi teknisyenlik hizmeti | () | () | () | () | () |
| e) Temizlik hizmetleri | () | () | () | () | () |

23- Size göre acil servisinizde yeni bir düzenleme gereksinimi var mıdır?

Evet () Hayır ()

Kişisel bilgiler

Yaşınız: _____

Cinsiyetiniz: _____

Ünvanınız: _____

İhtisas alanınız: _____

Bu yöneticilik konumundaki görev süreniz: _____

Daha önce yöneticilik yaptysanız süresi: _____

Yöneticilik konusunda herhangi bir eğitim aldıysanız türü ve süresi: _____

ANKET NO: 2

ACIL SERVİS HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİLERİNE UYGULANAN
ANKET FORMU

1- Bölümünüzde çalışan personelin sayısı ve eğitim durumlarını belirtiniz.

Hekim _____

Hemşire _____

Acil Tıbbi Teknisyen _____

Sağlık memuru _____

Hizmetli _____

2- Toplam yatak sayınız ve yıllık poliklinik kayıt sayınız nedir?

3- Personelin çalışma şekli nasıldır?

Part-time

Full-time

Rotasyon

Diğer _____

4- Aşağıdaki ek hizmet birimlerinden hangileri bölümünüzde vardır?

Radyoloji

BT

Ameliyathane

Yoğun bakım

EKG-lab

Ultrason

Laboratuvar

Anestezi

Güvenlik

Ekokardiyografi

5- Aşağıdaki kurumlardan hangileriyle doğrudan bağlantınız vardır?

Acil yardım ve can kurtarma müdürlüğü (112)

Polis

İtfaiye

Zehir danışma merkezi

Kan merkezi

6- Bölümünüzün hastane içi ve dışı iletişimi sağlamasında kullanılan iletişim araçları nelerdir?

Telefon

Telsiz

Radyo-TV

Faks

Anons

Diğer

7- Bölümünüzde hastaları seçmeye ve ayırmaya yönelik seçme ayırma sisteminiz (triage) var mı?

Evet ()

Hayır ()

8- Cevabınız evet ise hastaların gruplamasını nasıl yapıyorsunuz?

9- Acil servise başvuran hastalarla ilgili gözleminiz nedir?

- () Çoğunlukla acil yardıma ihtiyacı olan hastalardır.
- () Acil yardıma ihtiyaç duyan hastaların yanı sıra polikliniklerde sıra beklemek istemeyen hastaların da sayısı fazladır.
- () Başvuranların çoğu ilaçlarını yazdırmak veya gerçekte acil olmayan hastalıkları için başvururlar.

10- Size göre acil servis çalışanları,

- () Ücret, özlük hakları ve sosyal haklar bakımından farklı şartlara tabi olmalıdır.
- () Diğer sağlık çalışanları ile aynı şartlara tabi olmalıdır.
- () Fikrim yok

11- Bölümünüzün kayıtları nasıl tutuluyor?

- () Hastane genel arşivi
- () Acil servis arşivi
- () Bilgisayar

12- Bölümünüzde verilen laboratuvar hizmetleri nelerdir?

- () Pıhtılaşma testleri
- () Kan gazı analizi
- () İdrar tetkiki
- () Elektrolit
- () Mikrobiyolojik ve toksikolojik çalışmalar
- () Cross-match
- () Tam kan sayımı

13- Çalışanlarla ne sıklıkla toplantı yapıyorsunuz?

- () Haftada bir
- () Ayda bir
- () Değişen aralıklarla
- () Diğer

14- İhtiyaç halinde uzman hekime ne kadar sürede ulaşabiliyorsunuz? (gece/gündüz)

15- Bölümünüzde yeni başlayan personele nasıl bir eğitim veriliyor?

- () Eğitim verilmiyor
- () Hizmet içi eğitim
- () Hasta başı eğitimi
- () Adaptasyon programı
- () Özel acil kursu
- () Hepsi

- CPR uygulaması
- Kayıtların tutulması
- İlaç uygulamaları
- Ziyaretçi kabulü
- Kan ve kan ürünleri tedavisi
- Personelin nitelikleri
- Kriz planı
- Bölüm kalitesinin değerlendirilmesi
- Malzeme temini ve devri

17- Bölümünüzde sürekli eğitim kim tarafından yapılıyor?

- Yapılmıyor
- Acil servis yöneticisi
- Dışarıdan uzman eğitimciler
- Hastanenin eğitim departmanı
- Acil servis eğitimcisi
- Diğer _____

18- Bölümünüzdeki hemşirelik hizmetlerini yürütürken karşılaştığınız sorunları belirtiniz.

Kişisel bilgiler

Yaşınız: _____

Cinsiyetiniz: _____

Ünvanınız: _____

İhtisas alanınız: _____

Bu yöneticilik konumundaki görev süreniz: _____

Daha önce yöneticilik yaptıysanız süresi: _____

Yöneticilik konusunda herhangi bir eğitim aldıysanız türü ve süresi: _____

KAYNAKÇA

AK, Bilal. **Hastane Yöneticiliği**, Ankara: 1990.

BİNBAŞIOĞLU, Cavit. **Eğitim Yöneticiliği**, Ankara: 1983.

ÇALANGU, Semra. **Acil Dahiliye**, 5. Baskı, 1997.

FOWLER, John. **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Aydın: 1994.

GEYLAN, Ramazan. **Personel Yönetimi**, Eskişehir: Birlik Ofset Yayıncılık, 1995.

GÖKSOY, Ertuğrul. "Acil Bakım ve Hekimlik Hizmetlerine Toplu Bakış", **Acil Hekimlik Sempozyumu**, 1997.

HAKANTÜRK, Sevgi. "Acil Hemşireliği", **Türk Hemşirelik Dergisi**, Cilt: 41, No: 4, 1991.

HECKMAN, James D. ve ROSENTHAL, Ronald E. **Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı ve Nakledilmesi**, Çev: Tarık Minkari, İstanbul: Nosetti Ltd., 1991.

LEMY, John H. Von D. **Management of Emergency Services**, Indiana: An Aspen Publication 1987.

LEMY, John H. Van D. **Economics of The Emergency Department**, Indiana: An Aspen Publication 1987.

OKTAY, S. AKSOY, G. ve YÜRÜGEN, B. **Acil Hemşireliği**, İstanbul: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, 1990.

ÖZALP, İnan. **Yönetim ve Organizasyon**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi ESBAV Yayınları, 1986.

ÖZŞAHİN, Ayhan. **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitabevi, 1997.

PAUSADA, Lidia. OSBORN, Harold H.& LEVY, David B. **Emergency Medicine**, Hong Kong: Williams&Wilkins, 1997.

PEKER, Ömer. "Yönetimi Geliştirme", **Amme İdaresi Dergisi**, C:22, 1997.

RIGGS, Leonard M. **Emergency Department Design**, Indianapolis: 1993.

SALLUZO, R., MAYER, T.A. & STRAUSS, R.W. **Emergency Department Management; Principles & Applications**, Mosby-Year Book Inc., St Louis, Missouri, 1997.

SEÇİM, Hikmet. **Hastane İşletmeciliği**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1995.

SEÇİM, Hikmet. **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, İstanbul: 1991.

SNOOK, Donald. **Hospitals What They Are And How They Work I**, 1992.

SNOOK, Roger. **Medical Aid at Accident**, London, 1974.

TITLE, M. and DANOFRIO, Monica J. **Handbook of Administrative Policies and Procedures in Health Care Management of Patients** Manroe, 1996.

TORTOP, Nuri. İSBİR, Eyüp G. ve AYKAÇ, Burhan. **Yönetim Bilimi**, Ankara: 1993.

Kurum Yazarlılar ve Yazarı Belli Olmayanlar

Acil Servis ve Akademik Acil Tıp, D.E.Ü. Tıp Fak. 2001, Yayımlanmamış Ders Notları.

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Hekimlik Sempozyumu, İstanbul: 1997.

Joint Commission on Accreditation of Hospitals, Chicago: 1976.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, I. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Kongresi Çalışma Grupları Raporları, Ankara 1992.

WHO, Accreditoion Manuel for Hospitals Standarts of Emergency Services, London: 1994.

İnternet Kaynakları

<http://www.atd.org.tr>

<http://www.acep.org>

<http://www.saem.org>

<http://www.abem.org>

<http://www.aaem.org>

<http://www.sem.org.tw>

<http://www.caep.ca>