ACİL SERVİS KALABALIĞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

ve

ÖNLEME YÖNTEMLERİ

YURTDIŞI TECRÜBELERİNİN ÜLKEMİZDE UYGULANABİLİRLİĞİ

Doç. Dr. Haldun AKOĞLU

Mayıs 2014

İstanbul

1. GİRİŞ

Tüm Dünya'da sağlık sistemi yönetimi ciddi, öncelikli ve profesyonel bir iş olarak görülse de ülkenin kaynakları ve toplumun ihtiyaçları arasındaki dengenin bir parçası olarak farklı önceliklerle ele alınmak durumunda kalınmaktadır. Ülkelerin bu ihtiyaç sıralaması sebebiyle sağlık sisteminin ihtiyaçları çoğu zaman en öncelikli planlar dâhilinde yer alamaz. Ya da devletlerin anlayışları gereği devletçi olmayan ve serbest ekonomiyi benimsemiş sistemlerde tüm ihtiyaçların devletçe karşılanması istenmez. Bu sebeple de farklı kaynaklar yaratarak sistem ihtiyaçlarını fonlamaya çalışırlar. Kaynak olarak da en öncelikli tercih özel sigorta sistemleri, bu sistemlere kaynak yaratan hak sahipleri, bu kaynakları kullanan fonların getirileri ve vergilerdir.

Aynı şekilde, devletler, sağlık sistemine erişimin bir hak mı yoksa hizmet mi olduğuyla ilgili de farklı anlayışlara sahiptirler. Genellikle de bu ikisinin karışımı bir sistem kurmaya çalışırlar. Böylece hak olarak tespit edilen alanları devlet bütçesinden fonlarken hizmet olarak tespit edilen alanlarda fonlamayı özel sigorta sistemlerine ve hizmet alanlara devretmeye çalışırlar. Amaç hep aynıdır: devlet bütçesine olabildiğince az yük bindirerek bütçe dengesini korurken hizmet/hak dengesini olabildiğince tutturmaya çalışarak memnuniyetsizliği en az seviyeye indirmek ve bu karma sistemin yan etkileri olan bireysel hak kayıplarını telafi etmeye çalışmak.

Ama ne yazık ki bu dengeyi korumak pek de kolay değildir. Sistemi tamamen devlet temelli kurarsanız tüm sağlık giderlerini karşılamanız gerekir. Bütçeler hiçbir zaman yeterince fazla olmayacağından kaliteden ödün vermek durumunda kalırsınız ve sektördeki fırsatçılara gün doğar. Bunu engellemek için sert tedbirler almanız ve sektördeki hizmet veren/hak sağlayanları dizginlemeniz gerekir. Sağlık erişimi ve alınan sağlık hizmeti ayırabildiğiniz bütçeyle sınırlanır. Yüksek-orta gelir düzeyindeki vatandaşlarınız özel sağlık sistemlerine kayarak bütçe üzerindeki yükünüzü alabilir, ancak bu erişime sahip olmayan halk kitlelerinde mutsuzluk ve kalitesiz sağlık hizmetinden kaynaklanan problemlerle yüzleşmek zorunda kalırsınız. Sistemi tamamen özel sektöre devreder ve denetleme fonksiyonunu kendi bünyenize alırsanız bu sefer de maddi kaynakları yetersiz halkın sağlık giderlerinin bir kısmını fonlamanız gerekir. Ayırabildiğiniz fon ölçüsünde farklı paketlerde sigortalar oluşturmak durumunda kalırsınız. Ancak yine düşük gelirli ve yüksek sağlık hizmeti ihtiyacı olan kesimde hak mahrumiyetleri doğar. Denetleme fonksiyonunun son derece kuvvetli olmasını gerektiren bu sistemde popülist yaklaşımlar ya da denetleme fonksiyonu eksikliği gereğinden fazla insanın fonlanmasına yol açarak yine bütçesel sıkıntılara yol açabilir (Yeşil Kart Örneği). Dünya'da bu dengeleri mükemmel şekilde sağlayabilmiş bir sistem yoktur.

Ülkemizde de yıllar boyunca farklı sağlık sistemleri denenmiş olup bu sistemlerin artı ve eksileri hepimizin malumudur. Şu anda uygulanan sistem içerisinde devlet-özel sektör birlikteliğinde bir hizmet sunumu söz konusudur. Aynı şekilde karma bir fonlama sistemi kullanılmaktadır. Karma sistemlerde hem denetleme hem de hizmet sunumu fonksiyonlarının devlet tarafından yüksek kalitede sağlanması gerekir, yoksa sistemin özel bacağında yer almayan halk kesiminin tepkisi ve memnuniyetsizliği ile karşılaşılması muhtemeldir. Dolayısıyla da devlet hem hizmet yatırımları yapmak hem de yüksek sigorta maliyetlerine katlanmak zorunda kalır. Bu sistemi biraz rahatlatmak amacıyla kullanılan bazı yöntemler vardır. Bunlardan biri de yukarıda da belirtilen farklı paket sigortalar ile maliyetleri dizginlemeye çalışmaktır. Ülkemizde farklı paket sistemler yerine benzer işlevde farklı bir anlayış geliştirilmiş ve uygulanmaktadır. Bu da tüm halkın acil sağlık hizmetlerine erişimini ücretsiz hale getirip devlet güvencesi altına almak, acil haller dışındaki durumları ise sigorta sisteminin denetlemesine bırakmaktır. Farklı ve denetim fonksiyonunu kaybetmiş sağlık sigortaları (yeşil kart vb.) birleştirilmiş ve denge sağlanmaya çalışılmıştır. Acil sağlık hizmeti dışında kalan tüm bakımların mali yükü ise devlet güvencesi ile Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) devredilmiştir. Sistemin bu basamağı acil olmayan hizmetlerde sigorta primi katkısını kontrol eden ve mali yükü azaltmaya çalışan basamaktır.

Yurtdışında da farklı basamaklarda giderleri dizginlemeye çalışan karma sistemler kullanılmaktadır. Ancak acil-acil olmayan anlayışıyla hak sahiplerine sağlanan devlet güvencesinin bu derece yaygın ve etkin şekilde uygulandığı devlet-özel karma hizmet verilen başkaca sistem yoktur. Kontrol mekanizmasının daha işler ve kolay olarak çalıştırılması amacıyla ülkemizde acil kavramı ilk önce acil servise başvuran herkes olarak tanımlanmış ve tüm harcamalar devlet güvencesi altına alınmıştır. Böylece acil hallerin hepsinde hak mahrumiyeti olmaksızın tüm halkın sağlık hizmetine eşit ve sınırsız erişimine izin verilmiştir. Bu büyük, etkin, takdir edilmesi gereken ancak maliyetli ve acil tanımına uyan hastaların belirlenmesi açısından çok sıkı disiplin gerektiren bir adımdır. Disiplinin popülizm ya da yetersizlik gibi sebepler adına hafifçe gevşetilmesi bile maliyetleri çok ciddi biçimde arttıracaktır ki şu anda ülkemizde yaşanan durum da biraz budur. Bu süreçte ana unsur olan kontrol mekanizmalarının çok etkin olması gerekliliği tam karşılanamamış ve maliyetlerde kontrol edilemeyen yükselmeler meydana gelmiştir. Acil-acil olmayan kavramını sadece acil servislere başvuran-başvurmayan şeklindeki tanımlamanın doğal bir sonucu olarak halk maliyetsiz ve randevusuz olarak her saat hizmet alabileceği acil servisleri hak olan acil durumlar dışında da kullanmaya başlamıştır. Hizmet sunumu konumuna uyan, halkın mali katkısı beklenen, sigorta sisteminin çalışmasını sağlayacak acil dışı sistemin acil dışı hallerdeki tercih edilirliği azalmıştır. Aslında bu durum beklenmeyen bir durum değildir. Benzer karma sistemlere sahip ülkelerde, özellikle acil tıp biliminin kuruluşu ve kaliteli hizmet vermeye başlamasının ardından gözlenmiş rutin problemlerden biridir. Artan acil servis başvuruları kapasite sorunlarına yol açmış, acil servislerin amacı dışında kullanımı artmış, acil servis kalabalığı ve acil serviste şiddet gündeme gelmeye başlamıştır. Devletin üzerindeki mali yük de buna paralel olarak beklenenin üzerine çıkmış ve 10 yıllık ileri dönük öngörülere göre de karşılanamayacak noktalara gelmiştir.

Devlet, mali dengeyi sağlamak ve halkın temel olmayan sağlık hizmetlerinden belli katkılarla faydalanabilmesini sağlamak amacıyla bir dizi önlem almış ve almaya devam etmektedir. Acil servis başvurularını yeşil-sarı-kırmızı şeklinde aciliyet durumuna göre sınıflandırılması ve her alan koduna sahip hastalara farklı ödeme planları dahilinde hizmet verilmesi bunlar arasında en fazla göze çarpan önlemdir. Özel hastanelerin de ücretsiz acil sağlık hizmetine zorunlu olarak dahil edilmesi maliyet paylaşımı ve kalabalığı azaltmaya yönelik bir başka girişimdir. Özellikle devlet yatırımlarının nüfusa oranla yetersiz kaldığı büyük şehirlerde özel sağlık kuruluşları ve sigortalar yük paylaşımında ciddi faydalar sağlamaktadır. Online ve ortak randevu sistemi de yine hizmet sunumu ile talebi arasındaki dengesizliği gidermek adına atılan bu adımların bir parçasıdır. Farklı renk kodlamalarıyla hastaları etiketlendirmek ve başvurduğu alan ya da birime göre sabit ödeme tanımlamanın hastaları sınıflamayı farklı poliçelerle sigorta düzeyinde yapmaktan farkı kişinin alacağı sağlık hizmetinin bedelli ya da bedelsiz olmasına hekimin karar veriyor olmasıdır. Bu yaklaşım, hizmet talep eden kişinin mali yükümlüğüne karar verecek muhatabın canlı bir insan olarak kişinin karşısında belirlenebilir hale gelmesine yol açarak bireysel şiddet olaylarını arttıran unsurlardan biri haline gelmiştir. Özel sektörün üstüne düşen acil hizmet payını almaması, altyapının yeterince hızlı tamamlanamamış olması, aile hekimliği sisteminin acil servislerden ciddi oranda hekim kaybına yol açması ve acillerden hasta yükü çekmek yerine yoğunluğa katkıda bulunan uygulamalar yapması, hızlı ve kaliteli acil tıp uzmanı yetiştirilmesine imkan tanıyacak bu bölümü özendirici önlemlerin alınmaması, aksine acil tıp hekimlerinin memnuniyetlerinin giderek azalması, halkın acil servislere başvurusunu azaltacak önlemlerin verilen hakkın geri alınması şeklinde algılanabilecek politik sonuçları olması gibi sebepler acil servislerde kalabalığa katkıda bulunan en önemli sebeplerdir. Hastane başvurularının %30'undan fazlasını kabul eden acil servislerin yatırımda aynı oranı almaması, acil servis çalışanlarına maddi ve manevi ek hak ve imtiyazlar verilmemesi, dalın zorluğu, kalabalık ve şiddet gibi faktörler sebebiyle acil tıp ihtisasının istenilen düzeyde tercih edilir bir dal haline gelememesi ana istihdam problemleri olarak sayılabilir.

Tüm bu sebeplerin en önemli ortak noktası sadece ülkemize özgü olmamalarıdır. Acil Tıp sistemlerini sağlık hizmetinin odağına koyan tüm ülkelerde benzer sorunlarla karşılaşılmış

ve basamak basamak çözümlenmeye çalışılmıştır. Hem problemler hem de çözümler analitik olarak yıllarca incelenmiş ve en etkili çözümler tespit edilerek başarıyla uygulanmıştır. Kalabalık, şiddet, giderek artan memnuniyetsizlik ve buna rağmen artan maliyetleri ortadan kaldıracak tek bir mükemmel çözüm yoktur. Birçok etmenin göz önüne alınması ve hepsinin aynı kararlılıkla bir arada uygulanması gerekmektedir. Diğer birçok sorunda olduğu gibi acil servis kalabalığı ve şiddet ile ilgili sorunların çözümü için de gerçekleri yeniden keşfetmeye gerek yoktur. Bu yazının amacı da aynı sorunları yaşamış sistemlerin çözümlerini inceleyerek olası yapılabileceklerin bir fotoğrafını çekmektir.

2. Acil Servis Kalabalıklığının Temel Sebepleri

Arthur Kellermann'a göre acil servis kalabalıklığını açıklayacak 3 teori mevcuttur:

a. <u>Ekonomi</u>

ABD'deki Acil Tıbbi Bakım ve İşgücü Kanunu'na göre ihtiyacı olan herkese ödeme gücü olmasına bakılmaksızın tedavi verme zorunluğunun hukuki yaptırımlarından hastanelerin uzak durabilmesinin tek yolu ambulansları kabul etmemek ve kalabalıktan bunalan hastaların muayene olmadan kendi istekleriyle acil servisi terk etmeleridir. ABD Hükümeti'nin raporlarına göre boş yatak sayısı azaldığı zaman elektif vakalar hemen hemen daima acil vakalardan daha önce yatak bulmaktadır. Hastane yönetimlerinin buna göz yumması hatta teşvik etmesinin nedeni bu tip yatışların maliyetinin ve gelirinin öngörülebilir olması, daha yüksek gelir getirmesi ve bu tip girişimler için yatak problemi yaşamayan hekimlerin o hastanede çalışma güdülerinin daha yüksek olmasıdır. Ülkemizde de Dr. Kellermann'ın bu teorisinin geçerli olduğu herkesin malumudur. Buna ek olarak acil vakaların hekim üzerinde yarattığı tedavi başarısı baskısı, hasta yakınlarının şiddet eğilimi ve tıbbi komplikasyon oranının bu tip hastalarda daha yüksek olması da sayılabilir.

b. <u>Kayıtsızlık</u>

Çoğu hastane yöneticisi Dr. Kellermann'a göre kalabalıklığa tam bir kayıtsızlıkla yaklaşmaktadır. Duymakta, görmekte ama ilgilenmemektedir. Dahası ABD'de devlet görevlilerinin de aynı umursamazlık içinde olduğunu ve hastane yöneticilerinin bu ilgisizliklerinin cezalandırılmadığını belirtmektedir. 2010 yılı itibariyle ABD hastanelerinin çoğunun acil servis süreçlerinin süresi, ne kadar ambulansı kabul etmediği ya da kaç hastanın muayene olmadan acil servisi terk ettiği hakkında sayısal verilere sahip olmadığını ifade etmektedir.

c. <u>Alışma</u>

Kellermann, Acil hekimlerinin bir zamanlar kabul edilemez olan durumları zaman içinde kanıksadıklarını belirtmektedir. 30-40 yıl önce bir ambulansı geri çevirmek akla dahi gelmezken bugün artık sık uygulanan bir işlem haline gelmiştir. 30 yıl içinde resüsitasyon odaları ve kırmızı alanlar yoğun bakımlara, müşahede alanları servis yataklarına dönüşmüş ve buna alışılmış durumdadır.

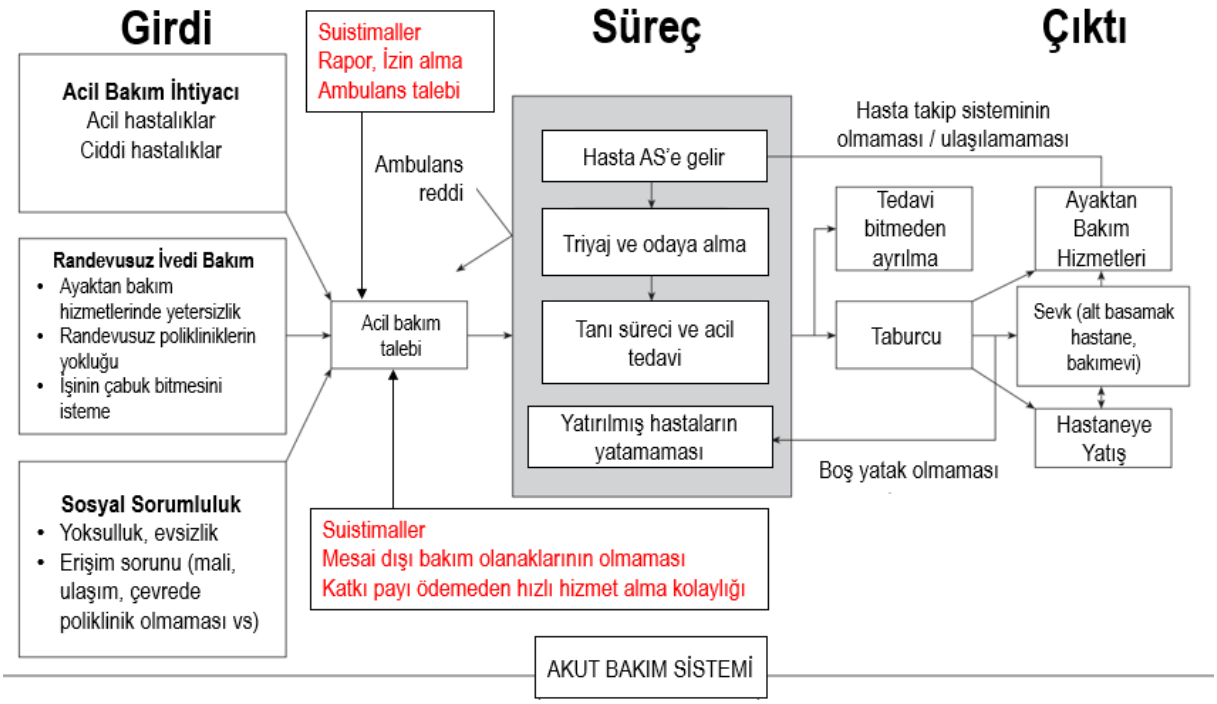
Bu 3 teori ve gözlemlerin birebir ülkemiz için de geçerli olduğunu aşikârdır. ABD temelli bir ihtisas alanı olan Acil Tıbbın sorunlarının, bu ihtisasın doğduğu topraklardakilerle birebir aynı olduğu gerçeğini yadsınamaz. Tek farkımız, 20 yıl geriden takip ediyor olmamızdır. Kellermann'ın bu sorunların hepsine birden çözümü "Acil Servisler hastaneler gibi davranacağına, hastaneler acil servis gibi çalışmalıdır." önermesidir ki günümüz koşullarında farklı bir mantığın herhangi bir geçerliliği kalmamıştır. Tüm alışveriş merkezleri, spor salonları, restoranlar, diyaliz merkezleri hatta hiperbarik tedavi üniteleri 7 gün açıkken, acil servisler dışındaki tüm sağlık kuruluşlarının bayramlar da eklendiğinde yılın sadece

%70'inde (2014 yılı için) ve sadece gündüzleri açık olması anlaşılabilir bir yaklaşım değildir. Gün 24 saat olarak düşünüldüğünde tüm sağlık kurumları yılın %77'sinde kapalıdır. Ancak acil servisler dışında tüm kurumların kapalı olduğu bu %77'lik zaman diliminde sağlık hizmeti talebi hız kesmeden devam etmektedir.

3. Acil Servis Kalabalığı Tanımı ve Akut Bakım Sisteminde Yer Alması Gereken Unsurlar

Acil Servis Kalabalığı acil hizmet ihtiyacının acil servis, hastane ya da her ikisinin mevcut hasta bakım kaynaklarının üstüne çıkması olarak tanımlanır (1). Asplin ve arkadaşları Acil Servis kalabalığına etki eden faktörleri bir kavramsal model ile tanımlamışlardır (2). Kalabalıklığa etki eden faktörleri Girdi, Süreç ve Çıktı bölmelerine ayırmışlar ve her aşamadaki etmenleri ayrı ayrı incelemişlerdir **(Şekil 1).** 2003 yılında yayınlanan çalışmaları, sonraki 10 yıl içinde yapılan acil servis kalabalığı çalışmalarına temel oluşturur niteliktedir. 90'lı yıllarda ABD'de en öncelikli sağlık problemlerinden biri haline gelen acil servis kalabalığının çözümüne yönelik analitik çalışmalar bu kavramsal model sayesinde parçalarına ayrılarak incelenebilmiş, çözümler üretilebilmiştir.

Şekil 1. Asplin'in acil servis kalabalığına etki eden faktörler kavramsal modelinin Türkiye uyarlaması (Haldun Akoğlu).



Asplin ve arkadaşlarına göre sağlıklı bir "Akut Bakım" sisteminde olması gereken unsurlar **Tablo 1'de** verilmiştir. Acil Servisler, akut bakım sisteminin sadece bir parçasıdır. Tüm akut bakım yükünün acil servislere yüklenmesinin çözümden çok sorun yaratacağı belirlenmiş olup diğer unsurlardan herhangi birinin eksikliğinin sistemi zedeleyerek kalabalıklığa ve yetersiz bakıma yol açtığı sonraki çalışmalarla kanıtlanmıştır (2).

Tablo 1. Akut Bakım Sitemini Oluşturması Gereken Unsurlar
Randevusuz ayaktan hasta bakımı ve muayene olanakları
Yarı-acil durumlara bakacak acil servis dışı hizmet alanları
Acil Servisler
Acil Servis hastalarına kesintisiz bakım yapabilecek hastane ve hekim olanakları
Acil Servisten yatırılacak hastalar için daima boş yatak sağlanması
Hastane-dışı ya da evde-bakım hizmetleri

Tablo 1'de yer alan unsurlar incelendiğinde 6 temel unsurdan 5'inin ülkemizde ya eksik ya da hiç mevcut olmadığı görülmektedir. Bu unsurların ortak noktası randevusuz bakım veren destek unsurları olmalarıdır.

Akut Bakım sistemiyle en önemli etkileşime sahip yapıların arasında "Kronik Bakım" ve "Önleyici Hekimlik" çalışmaları gelmektedir. Kronik bakım sistemiyle akut bakım sistemi "bir paranın iki yüzü gibidir" (2). Genel sağlık sisteminin vazgeçilmez parçaları oldukları gibi birçok ortak noktaları da barındırırlar. Bu iki sistemin esas farkı fonksiyonel ve kaynaksal açıdan her ikisinin de kendine özgü durumlara daha hazırlıklı olmasıdır. Bu sebeple de her sistem ayrı ayrı planlanmalı, ancak eşzamanlı ve birbirini tamamlayarak çalışabilecek şekilde organize edilmelidir. Dolayısıyla her Akut Bakım Sistemi iyi kurgulanmış bir Kronik Bakım Sistemine ihtiyaç duyar. Kronik Bakım Sistemleri'nin yapılandırılması bu yazının konusu dışındadır. Ancak, ülkemizde oturmuş, organize bir kronik bakım sistemi olmadığından bu bakımın hemen hemen tamamı Akut Bakım Sistemi ve Acil Servislere bırakılmış olup, kalabalıklığa katkı yapan faktörlerin başında gelmektedir.

Tablo'da yer alan diğer temel unsurların ülkemiz temelinde kısa bir değerlendirmesi ile devam etmek yerinde olacaktır:

a. <u>Randevusuz ayaktan hasta bakımı ve muayene olanakları</u>

Asplin ve ark. çalışmasında ilk sırada önem verilen Akut Bakım bileşeni randevusuz ayaktan bakım olanaklarıdır. Randevusuz ayaktan bakım olanağının sağlanmadığı, mesai dışında muayene imkânı yaratılmadığı koşullarda insanlar sağlık hizmetini acil servislerden karşılamaya çalışmaktadırlar. Acil servislere acil olmayan başvuruların en büyük kesimini bu kişiler oluşturmaktadır. Ülkemizde 2014 yılı başına kadar randevusuz ayaktan bakım aile hekimleri kanalıyla verilmekteydi. Mesai dışı randevusuz muayene imkânları hastaneden hastaneye değişse de genel yapının içindeki oran açısından ihmal edilebilecek kadar azdır. Bu raporun hazırlanması esnasında Aile Hekimleri de randevulu çalışmaya başlamış olup ülkemizde bu en önemli basamağı karşılayan hiçbir kurum kalmamış durumdadır. Bu açıdan Acil Servislerin bu yıl içerisinde beklenen oranın üzerinde kalabalıklaşmaya devam edeceğini rahatlıkla öngörebiliriz.

Sağlık hizmetlerine ödenen maliyet ülkemizde hizmet alımı yapılacak birimin seçiminde en önemli belirleyicilerden biri olduğundan, hastalar, olması gerektiği üzere tetkik olanakları kısıtlı ve acil servislere göre daha yavaş çalışan (ve artık randevuyla sınırlı sayıda hasta bakan) aile hekimliği sistemi yerine hızlı, ücretsiz ve mesai dışı hizmet alabildiği acil servisleri tercih etmektedir. Acil servisler ise ihtiyacı olan hastalar dışında başvuranların ihtiyacı olanlardan ayrılması ve kalabalıktan çıkartılarak hızlı bakılarının yapılabilmesi amacıyla triyaj kodlaması sistemine geçirilmiştir. Burada amaç, acil olmayan ve randevulu sistemde bakılması gereken şikâyetlere sahip halkın acil haller dışında diğer ünitelerden sağlık ihtiyacını karşılamaya teşvik edilmesidir. Bu kapsamda katılım ücreti alınması, uzun bekleme sürelerinin olabileceğini bildiren kartların acil servislere asılması gibi önlemler Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yönetmeliklerle düzenlenmiştir. Ancak, "yeşil alan" olarak

nitelendirilen bu kodlama bölgesine başvuruların sınırlandırılması için alınan önlemler yeterince caydırıcı olmamıştır. Tersine, bu kısımda beklemek istemeyen ve geri-bildirim olanaklarını uygunsuz şekilde kullanan kişilerin şikayetlerine maruz kalmamak amacıyla hastane yönetimleri, yeşil alanlarda hasta kuyruklarının uzaması konusunu Acil Tıp çalışanları üzerinde bir baskı unsuru haline getirmişlerdir. Bu alanlara caydırma politikasına ters biçimde daha fazla hekim ayrılmaya başlanmış ve acil servislerdeki muayenelerin %80'i bu alandan yapılır hale gelmiştir. Acil Tıp uzmanlık eğitiminin temelini oluşturmayan, uzmanlık bilgisi gerektirmeyen ve mesleki memnuniyetsizliğe neden olan bu yaklaşım SB'nin aldığı doğru kararların hastaneler ve birlikler düzeyinde yanlış yorumlanması ve uygulanmasının bir örneğidir. Yeşil Alan uygulamasının sebepleri ne yazık ki yöneticiler tarafından anlaşılamamış ve çözüm olması için oluşturulan bu unsur acil servislerin üzerinde bir kambur haline gelmiştir.

SGK, SB'nin Yeşil Alan kodlamasındaki Acil Servis Kalabalığını azaltma amacına birebir uygun şekilde, belirli tanı kodlarının otomatik olarak yeşil alan olarak tanımlanmasını istemekte ve bu yönde çalışmalar yapmaktadır. Böylece caydırıcı ücret politikası uygulayacağı uygunsuz başvuruları tanımlayabilmeyi amaçlamaktadır. Ancak, bazı hastalar başvuruları esnasında son derece müphem ve belirsiz şikayetlerle başvurabilir. Özgeçmiş ya da hikayelerindeki birkaç ufak nokta hekimin şüphe duymasına ve ek tetkik istemesine neden olabilir. Hastanın güvenliğine yönelik bu yaklaşım sonucunda eğer öngörülen riskli patoloji tespit edilmez (boğaz ağrısı ile başvuran yaşlı hastada EKG istenmesi vb.) ve hasta SGK'nın öngördüğü yeşil tanı kodlarından biri ile (akut tonsillit vb.) sonlanırsa bu hasta için yapılan girişimlerin gereksiz işlem olarak nitelendirilerek maliyetinin karşılanmaması düşüncesi mevcuttur. Bu yaklaşım, uygunsuz başvuru tanımının hastanın son tanısına göre değil de hekimin öntanısına göre yapılmasıyla aşılabilir (Öntanı: Akut Koroner Sendrom, Sontanı: Akut Tonsillit). Hem öntanı hem de sontanısı uygunsuz başvuru koduna sahip başvurular acil sağlık hizmeti kapsamı dışında bırakılmalı ve randevusuz ayaktan bakım sistemi maliyetlerinden çok daha yüksek bir katkı payı alınarak acil servislerin gereksiz kullanımı caydırılmalıdır (örn., Öntanı: Akut Tonsillit, Sontanı: Akut Tonsillit). Şu an için reçeteye yansıtılan katkı payı caydırıcı düzeyde değildir. Alternatif randevusuz bakım olanaklarının bulunmadığı bir durumda hiçbir zaman bu caydırıcılığın yeterince olmayacağı aşikârdır. Henüz yasalaşmamış sistem anlatılan şekilde düzenlenirse son derece faydalı olacak girişimlerden biri haline gelecektir. 2014 Nisan ayı itibariyle SB bu konuda uygun bir adım atarak yeşil alan hastalarından alınacak katkı payını yükseltmiştir. Ancak yine de randevusuz ve mesai dışı ayaktan bakım olanaklarının olmaması sebebiyle bu miktar caydırıcı olmaktan uzaktır ve kendi kliniğimizdeki ilk verilere göre başvuru sayısında herhangi bir azalma sağlayamamıştır.

Kişilerin "hasta raporu" ve "işbaşı kâğıdı" talebiyle başvuruları bir başka handikaptır. Son zamanlarda kurumların aile hekimliği ve özel hastaneler sistemlerinden gelen sağlık raporlarını kabul etmemesiyle bu sorun daha da ön plana çıkmaya başlamıştır. Sigortalı çalışanların özlük haklarına yılda belirli bir sayıda raporsuz ve mazeretsiz hastalık izni konulması ve işverenlerin bu hakkın kullanımını engellemelerinin önlenmesi ile bu taleplerdeki patlama ciddi ölçüde aşılabilir. Acil servislerden, yukarıdaki paragrafta belirtilen acil olmayan ICD tanı kodlarına sahip hastalara rapor verilememesi de suiistimali azaltabilir. Rapor ihtiyacı olan yeşil alan hastaları için (sarı ve kırmızı kodu alanlar için acil servisler bu yetkiye haiz olmaya devam etmelidir) Aile Hekimlerinin tek yetkili olarak tanımlanması da bu sürece yardımcı olabilir.

Hekim muayenehanelerinin SGK ödemesi kapsamına alınması, mesai dışı poliklinik hizmeti veren özel ve devlet kuruluşlarına bu saatlerde verdikleri hizmetin

zamlı tarifeden ve yine SGK tarafından karşılanacak şekilde genişletilmesiyle ayaktan bakım hizmetinin mesai dışı kısmı genişletilmelidir. Benzer mesai dışı ayaktan bakım klinikleri ABD, Fransa ve Avustralya'da başarıyla uygulanmaktadır. Asplin ve arkadaşları yüksek etkinliğe sahip bileşenlerin en başında bu yan sistemlerin etkinleştirilmesi gerekliliği belirtmektedirler (2).

b. <u>Yarı-acil durumlara bakacak acil servis dışı hizmet alanları (İvedi-Bakım Klinikleri – Pharmacy'ler)</u>

Bu yan sistem de ülkemizde mevcut değildir. 1970'lerde ilk olarak ABD'de kurulan bu birimler hızla özel sektör tarafından benimsenmiştir (3). ABD'de şu anda 10.000'e yakın İvedi-Bakım Kliniği mevcuttur. Bu kliniklerin çoğu Acil Tıp hekimlerince kurulmuştur. Benzer klinikler Avustralya ve İngiltere'de Pharmacy adıyla kurulmakta ve işletilmektedir. Basit sağlık hizmetlerinin hepsi bu kliniklerde verilmektedir. Amerika İvedi Bakım Birliği (UCAOA) ve Amerika İvedi Bakım Akademisi (AAUCM) tarafından bu kliniklerde verilecek hizmet ve hizmeti verecek hekimlere bazı standartlar getirilmiştir (4). Bu kriterlerden bazıları şu şekildedir:

- Mesai saatleri içerisinde randevusuz ayaktan hasta kabulü yapmalı
- Geniş bir bakım ve yaralanma tedavisi olanağına sahip olmalı, basit medikal girişimleri yapabilmeli
- Haftanın 7 günü açık olmalı
- Direk grafi, USG vs gibi tanı cihazlarına sahip olmalı
- Temel hasta-başı testlerin yapılmasına imkan vermeli

Bu merkezlerin temel amacı basit kesiler, ÜSYE, düşük riskli pnömoni, İYE, ateşli çocukluk çağı hastalıkları, çeşitli sonda ve kateterlerin değişimi, pansuman, enjeksiyon ve transfüzyon uygulamaları ile benzeri temel bakım hizmetlerini acil servislerden devralmaktır. Acil Tıp ile Aile Hekimliği arasında bir hastalık çeşitliliğine hizmet veren bu merkezler genellikle büyük acil servislere yakın konumlandırılırlar. ABD'de bu merkezlerin %65'inde daima en az 1 hekim mevcut bulunur (3). Ancak hemşire, ATT, hekim asistanı (ülkemizde yok) ve imtiyazlı hemşireler (ülkemizde yok) tarafından yetkilerine uygun hizmetler de verilmektedir.

Sağlık Ocakları'nın ASM'lere dönüşmesinden önce yürüttüğü hizmetler bu merkezlerin fonksiyonlarına son derece uyum göstermektedir. ASM'lerin hastane acil servislerine yakın konumlandırılması, enjeksiyon, pansuman gibi hizmetlerin devlet sübvansiyonuna alınması, bu merkezlerin bayram ve tatiller de dahil olmak üzere haftanın tüm günleri ve en azından gece 20:00'ye kadar açık tutulması ve randevusuz hasta bakımına geri dönmeleri gibi düzenlemelerle ASM'lerin kimliği İvedi-Bakım kliniklerine yaklaştırılabilir. Ayrıca uzman olmayan ve çoğu meslekte yeni olan pratisyen Aile Hekimlerinin en ufak riski dahi almak istememesi nedeniyle bu tip hastalar ciddi oranda acil servislere sevk edilmekte olup negatif performans ve sevk oranı kısıtlaması gibi önlemlerle ASM'lerin bu görevleri devralması sağlanmalıdır.

ABD'de tatiller de dahil olmak üzere İvedi-Bakım kliniklerinin %85'i her gün açıktır. %81,1'i sabah 8'de açılmış durumda olup %91'i en az akşam 7'ye kadar açık kalmaktadır. %35'i hekimlere, %31'i şirketlere, %25'i hastanelere ait kurumlardır (3). Büyük hastanelerin hemen hemen hepsinde, hastanenin acil servis ile tam ters ve en uzak kısmında bir ivedi-bakım kliniği mevcuttur. Acil servis triyajından bu kısma da hasta yönlendirilebilmektedir. ICD kodlarına göre tanımlanmış uygunsuz başvurularda sigortalardan normal polikliniklere göre %10 ila %30 arasında ek katkı payı almaktadırlar. Acil servislerin aynı durumda aldığı ek katkı payı ise %30 ila

%100 arasında daha yüksektir. Sigorta sistemi ihtiyaç dışında gereğinden daha üst bir kuruma başvuran hastalardan bu ek maliyetin bir kısmını katkı payı adı altında tahsil ederek herkesin gereği olan yere başvurmasını sağlamaya çalışır. İvedi-Bakım klinikleri çerçevesinde çözülebilecek bir problem için acil servise başvuru durumunda bazı sigorta şirketleri provizyon bile vermemektedir. ABD'de acil servis başvurusunun en yüksek olduğu Teksas eyaletinde 283 merkez varken, nüfus yoğunluğu düşük Alaska eyaletinde sadece 9, Vermont'ta 3 klinik mevcuttur (3). Kanada, İngiltere, İrlanda, Avustralya, Yeni Zelanda ve İsrail de bu çözümü uygulayan diğer ülkelerdir. İngiltere Sağlık Bakanlığı NHS 111 telefon hattını açarak bu konuda bir halk bilgilendirmesi başlatmıştır. Bilgilendirme kampanyasının ana teması şu şekildedir: "999'dan daha az acilse 111'i arayın, ne yapacağınızı söyleyelim". 111 kapsamında olabilecek ama ambulansla evinden alınması gereken hastaları da ambulansla alarak ivedi-bakım kliniklerinde tedavi etmektedirler (5). Japonya'da da benzeri bir merkezi sistem aranmadan acil servise direk başvurularda, hekim hastanın acil olmadığına kanaat getirirse sigorta sistemleri hiçbir şekilde geri ödeme yapmamaktadır. Bu numara arandığında telefondaki hekim hastaya sistemden randevu vermekte ve aynı şikayetle acil servise başvuru durumunda sigorta kapsamı dışında bırakmaktadır. Bu sistem sayesinde Japonya'da acil servis kalabalığı gibi bir sorun çoğu merkez için tamamen çözülmüş durumdadır.

Hastanelerimizin öz kaynakları ile kurabilecekleri bu merkezler hem yatırım açısından düşük maliyetlidir hem de acil servis kalabalığını ciddi biçimde azaltabilirler. Gündüz poliklinik hizmeti yerine bu bakım merkezlerinin tercih edilmesini kısıtlamak için mutlaka bu merkezlere de katkı payı uygulaması yapılmalıdır. Bu merkezlere yürüyemeyecek kadar ağır hastalar ve acil müdahale ambulansları kabul edilmemelidir. Pansuman, enjeksiyon, basit dikiş, kateter ve sonda değişimleri bu merkezlerde tamamen sübvanse edilerek hastaların yönlendirilmesi sağlanabilir. SB'nin mesai-dışı poliklinik uygulaması, yurtdışı örneklerine yakın ama henüz yetersiz bir ilk adım olarak takdir edilmelidir. Bu uygulama mutlaka ayrı bir klinik olarak tasarlanmalı, yönetmeliklerle düzenlenmeli ve yerel yöneticilerin insiyatifine bırakılmamalıdır. Mesai-dışı poliklinik uygulamasında müşahede altında basit tedavilerin uygulanması ve ufak cerrahi müdahaleler yapılamadığı için bu hastalar birer order ile acil servislere yönlendirilmektedir. Bu da acil servis kalabalığına yeterli faydanın sağlanamaması ve performans sistemi yüzünden hekimler arasında tartışmalara neden olmaktadır.

Son olarak, Acil servis, ivedi bakım/mesai-dışı poliklinik ve normal polikliniklerden alınan katkı paylarının uygunsuz başvurular için seviyelendirilmesi gerekmektedir. İvedi bakım biriminde uygunsuz başvuran bir bireyden mesai saatleri içerisinde %50 fazla fark alınırken, mesai dışında fark alınmayabilir. Acil servislerden uygunsuz başvurular için alınan fark, yakınında ivedi bakım kliniği varsa %100 fazla, yoksa %50 fazla şeklinde planlanabilir. ASM'ler randevusuz hale getirilip fark almaksızın hizmet edebilir. ASM, ivedi bakım ve acil servislerden normal polikliniklere sevk edilen hastalardan fark alınmazken, direk başvurularda %20 fark alınabilir. Bu şekilde basamaklandırılacak bir katkı payı sistemi özellikle dar gelirli popülasyonun aciliyet seviyesine göre aşamalı sisteme entegre olmasını sağlarken, uygun durumda her türlü hizmeti ücretsiz almaya devam etmesini sağlayacaktır.

c. **Acil Servis hastalarına kesintisiz bakım yapabilecek hastane ve hekim olanakları**

Bu başlıkta tanımlanan en önemli unsur icapçı hekim ve icap ile hizmet veren tanı sistemleridir. İcapçı hekimlerin hızla acil servise intikali ve etkin şekilde hasta bakımını tamamlamaları yurtdışında da ülkemizde de tam çözülememiş sorunlar arasındadır.

Yurtdışında icapçı hekimlerin (on-call) acil servislere intikali ve gelmemeleri durumunda yaptırımları bizden çok daha ciddi düzeydedir. Yakın takip edilen kayıt sistemiyle sebepler sorgulanır, davetin gerekliliği ve uygunluğu da denetlenir. İcapçı hekimler genellikle hastanede icap nöbetlerini tutarlar. Evden icap nöbeti tutulması uygulaması çoğu ülkede mevcut değildir. Bizden farklı olarak, BT ve MR gibi tanı testleri de icap sistemiyle yürütülen oldukça fazla hastane mevcuttur. Ülkemizde ise, hastanede ama katta nöbet odasında bekleyerek tutulan nöbete icap nöbeti değil branş nöbeti adı verilmektedir. Dolayısıyla da yurtdışı ile karşılaştırma yaparken bu tanımlamadan doğan bazı karışıklıklar yaşanmaktadır. Branş nöbeti, havuz nöbeti, acil nöbeti, icap nöbeti şeklinde farklı tanımlamalarda birçok farklı nöbet usulü olan ülkemizde, başhekimlerin uygulamaları birbiriyle taban tabana çelişmektedir. Nöbet tanımlamaları ve çeşitlerinin acilen basitleştirilmesi, kriter ve görev tanımlamalarının yapılması, yaptırımların ve zorunlulukların netleştirilmesine ihtiyaç vardır.

Özellikle büyük şehirlerde, 2. basamak hastanelerin acil servislerinde icapçı (evinde nöbetçi) olarak çalışan dal hekimlerinin acil servislere intikallerinde ciddi sorunlar yaşanmaktadır. 2. basamaktan 3. basamağa uygunsuz sevklerin önemli bir bölümünü icapçı hekimin çağırılmasındansa hastanın sevk edilmesi oluşturmaktadır. Çoğunlukla pratisyen hekimler tarafından verilen acil servis hizmeti esnasında hasta bakımı ya da yatışı için icapçı hekime yapılan davetlere icabet etmeyen ya da telefonla hastanın sevk edilmesini salık veren hekimlerin sayısı azımsanmayacak düzeydedir. Bu uygunsuzluğun sebebi belli dallarda yeterli hekim bulunmaması yüzünden çok sık icapçı çalışılmak durumunda kalınması; sağlık problemleri, gebelik, doğum, ileri yaş, idari görev vs. gibi sebeplerle nöbet dışında tutulan hekim sayısının, yönetmeliklerle belirlenmiş, o branşta nöbet tutulması için gerekli asgari hekim sayısının altına düşülmesine neden olması; asgari hekim sayısının tutturulamaması ya da tutturulmaması için yerel yönetimlerin ne yazık ki çaba göstermesi gibi sebeplerdir. Yurtdışında benzer durumda birkaç hastane olması durumunda, bu hastanelerin görevlendirmeleri değiştirilmek suretiyle hizmet dengelenmeye çalışılmaktadır. Örneğin, birbirine 5 km mesafede yer alan, her ikisinde de yeterli hekim bulunmadığından ötürü branş nöbeti (kat nöbeti, on-call) tutulamayan 2 farklı acil bakım hizmeti veren hastane yapılanması yerine, bu hastanelerden biri acil bakım hizmeti kapsamında seçilmekte, iki hastanenin icap sistemi birleştirilerek bu hastanede branş nöbetçisi kalması sağlanmakta, diğer hastanenin acil servisi ise ivedi-bakım kliniği olarak diğerine bağlı şekilde hizmet vermektedir. Yatışlar da bu iki hastaneye yatış merkezi aracılığıyla herhangi bir engellemeye ve müdahaleye ihtimal vermeyecek şekilde yapılmaktadır. İcapçı branş hekimi bulunmasına rağmen, o branş hekiminin çağırılması yerine, 2. basamak hastanelerden sadece konsültasyon amacıyla 3. basamak hastanelere hasta sevki yapılması, il ambulans servisi, 3. basamak hastane ve hasta üzerinde ciddi bir yüke neden olmaktadır. Bu durum, kontrol mekanizmalarının arttırılması, negatif performans, yatış kotası gibi sınırlamalarla kesin bir biçimde engellenmelidir.

Daha önce de bahsedilmiş olan, sağlık kurumlarının tatiller, bayramlar, hafta sonları ve mesai saatleri dışında kapalı olması dolayısıyla sağlık hizmeti talebinin devam ettiği tüm sürenin %77'sinde kapalı olmaları da acil servisler üzerinde binen yükü inanılmaz arttırmaktadır. Acil servislerin açık oldukları sürenin ¾'ünde diğer tüm sağlık kuruluşları çalışmamaktadır. Geri kalan ¼'lük sürede ise acil servisler

hastalarını devretmeye, konsültasyonları tamamlamaya, çalışılmayan tetkikleri yapmaya çalışmaktadırlar. Hastanelerin haftanın 7 günü açık olması ve akşam 20-22'ye kadar hizmet vermesini sağlayacak bir düşünce ve operasyon değişikliğine ihtiyaç vardır.

d. Acil Servisten yatırılacak hastalar için daima boş yatak sağlanması

Acil servis kalabalığına etki eden faktörler arasında en önemli ve etki oranı en yüksek olan durumun yatış kararı verilmiş ancak yatamamış hastaların acil servis sedye ve kaynaklarını işgal etmeleri olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bu unsur ileride detaylıca incelenmiştir.

e. Hastane-dışı ya da evde-bakım hizmetleri

Ülkemizde son zamanlarda hastaneler üzerinden uygulanmaya başlanan bu sistem de etkinliği yüksek yatırımlardan biridir. Özellikle ambulatuvar olmayan kronik hastaların evde bakım hizmetleri sayesinde hastane yatış süreleri ve yatak işgali oranları azalmakta, acil servis yükünün azaltılmasına katkıda bulunulmaktadır. Kronik Bakım Sisteminin bir parçası olarak konumlandırılan bu hizmetin etkinliği ciddi biçimde arttırılmalı, özel sağlık hizmeti sunucularının da sisteme entegre olması sağlanmalıdır.

4. Asplin Modeline Göre Basamaklandırılmış Problemler Ve Çözümler

Şekil 1'de verilen Asplin modeli, acil servis süreçlerini en iyi özetleyen sistemlerden biridir. Orijinal modelde yer almayan ancak ülkemiz şartları dolayısıyla modelde yer alması gereken "*suiistimal*" faktörünü modele dâhil ettik. Bu, Türkiye uyarlamaları kırmızı ile belirtilmiştir.

a. Girdi Faktörleri

Girdi faktörleri adı verilen hastaların acil bakım hizmeti alma talebi, gerçek sebepler olabileceği gibi, **Tablo 1'de** belirtilen ve yukarıda ayrıntısıyla incelenen yan unsurların yokluğu yüzünden de olabilir. Devletin sosyal sorumluluğu dolayısıyla yerine getirmesi gereken görevlerinden kaynaklanan sorumlulukları ve *suiistimal* kaynaklı başvurular girdi faktörlerinden diğerlerini oluşturmaktadır. Bu girdi faktörlerinin kontrolü sayesinde acil servis hizmet talebi azaltılarak acil servis kalabalıklığı kontrol edilebilir. Bu faktörler kabaca Anderson ve Laake'nin Sağlık Hizmeti Kullanımının Davranışsal Modeli ile uyum göstermekte olup kalıp olarak tüm sistemlerde aynıdır (6). Anderson modelinden farklı olan ve acil servise özgü durumlar arasında randevusuz ivedi bakım olanaklarının olmaması ve sosyal sorumluluk sebepli (evsiz, ilaç bağımlılığı vs.) başvurular bulunmaktadır.

i. En Önemli Girdi Faktörleri

1. *Acil Bakım İhtiyacı Olan Hastalar*

Bu hasta grubu acil servislerin sorumluluk alanının temelini oluşturan hasta grubudur. Yurtdışı kaynaklı yapılan çalışmalar ciddi hastalık ve yaralanmalara sahip hastaların sayısının arttığını

göstermektedir (7). Bu artış acil servis kalabalığındaki rölatif artışın bir kısmını açıklayabilir.

2. *Yatış için hastaların yönlendirilmesi, iç sevkler*

Diğer hizmet sağlayıcıları (poliklinikler, evde bakım sistemi, vb.) hasta stabilizasyonu ve yatış endikasyonu olduğunu düşündükleri hastaları acil servislere yönlendirmektedirler. Polikliniklerden hasta yatışı yapılmasının önünde bir engel olmasa da hem yurtdışında hem de ülkemizde genel uygulama bu yönde değildir. Stabil hastaların yatışları polikliniklerden yapılırken stabil olmadığı düşünülen hastalar önce acil servise yönlendirilmekte ve yatıştan önce konsültasyon ve tetkiklerinin tamamlanması beklenmektedir (1). Acil servislerde tetkik ve tedavi olanaklarının son derece geniş ve hızlı olması bu yolun seçilmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla, yatış öncesi hasta stabilizasyonu ve hızlı tanısal değerlendirme, acil servis kalabalıklığına katkıda bulunan faktörlerden biridir. Bu sorunun aşılması için hastane içinde kurulan ivedi-bakım klinikleri üzerinden bazı tanısal test ve konsültasyonların tamamlanması ve bu hastaların acil servislere yönlendirilmemesi, seçilmesi gereken yöntem olup yurtdışında bazı merkezlerde uygulanmaktadır.

Ülkemizde suiistimallerin denetim ve kontrolü yeterli düzeyde yapılamadığından "iç sevk" adı verilen yük gereksiz yere artmaktadır. Polikliniklerde görülen ve basit tedaviler sonrası hekimin tekrar değerlendirmek istediği hastalar için uygun alanlar tanımlanmamıştır. Günübirlik tedavi birimleri sadece cerrahi branşlar düşünülerek tasarlanmış ve uygulamada basit cerrahi müdahale sonrası takip için kullanılmakta, diğer polikliniklere hizmet vermemektedir. Bunun sebeplerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- Poliklinik hekimlerinin günlük hasta bakımı iş yükünün aşırı düzeyde olması (OECD ortalamasının çok üstünde) dolayısıyla günübirlik takip alanına aldıkları hastalara vizit yapma olanaklarının bulunmaması,
- Yurtdışında mevcut olan *hospitalist* adı verilen (hastene tıbbı) ve *kat doktoru* olarak nitelendirebileceğimiz, günübirlik bakım alanlarında hizmet veren, gerekli müdahaleleri yapan ve asıl hekimin orderlarını yerine getirerek poliklinik hekiminin yükünü alan bir hekim grubunun ya da görevlendirmesinin bulunmayışı,
- Hastanelerde boş yatak olmaması,
- Günübirlik tedavi alanlarının hâlihazırda mevcut olmaması,
- Acil servislerin hastayı kabul etme zorunluluğundan ötürü hastaya yer ve yatak arama zahmetinden kaçınma isteği ile hekimin sistemi suiistimali.

Polikliniklerden basit tedavi, tetkiklerin tamamlanması ve ardından yatış için yönlendirilen hasta sayısı, özellikle mesai saatlerinde hiç de azımsanmayacak orandadır. Ne yazık ki diğer branş hekimleri bu konuda gerekli hassasiyeti göstermemekte ya da iş yoğunlukları yüzünden gösterememektedir. Bu sorunun aşılması için işlevsel günübirlik tedavi alanları oluşturulmalı, basit tedaviler ve tetkikler buradan tıpkı acil servislerde olduğu gibi öncelikli olarak istenip sonuçlandırılabilmeli ve bu alanlarda sürekli olarak hizmet veren ve bu hastaların sorumluluğunu alan bir *hospitalist* (kat doktoru) mevcut olmalıdır. Bazı sistemlerde bu hekimler ayrı bir

ihtisas alanında yetiştirilirken, bazı sistemlerde de acil tıp, aile hekimliği, iç hastalıkları, pediyatri gibi anadalların hekimleri görevlendirilmektedir. Sistemin işleyebilmesi için bu hekimlerin takip ettikleri hastaların sorumluluğunu alması, yönlendiren hekimin de hastanın sonlandırılması sürecinde aktif katılımda bulunması gerekmektedir.

3. *Acil Serviste Randevusuz İvedi Bakım*

Akut bakım sisteminin diğer unsurlarının yetersiz olması ya da hiç olmaması nedeniyle bizim gibi ülkelerde acil servislerde randevusuz ivedi bakım da sağlanmak zorunda kalmaktadır. Çoğu zaman, kendi kliniklerinde hastanın akut ya da akut alevlenmeli kronik sorununu hızla çözebilme imkânı olmadığı ya da mesai saatleri dışında diğer hastane kaynakları mevcut olmadığından ötürü bu hastalar acil servislere yönlendirilmektedir. Bazen de randevusunu almış hastalar randevu zamanları gelmeden durumlarının daha da kötüleşmesi sebebiyle acil servise başvurmaktadır. Bu basamak da acil servis yoğunluğuna katkı sağlayan önemli faktörlerden biridir.

Bu durumun çözümü için bazı ayaktan bakım sistemlerinde "öncelikli erişim" adı verilen bir yapı içerisinde hastalara aynı gün muayene olanağı verilmektedir (8, 9). Ancak bu olanakların mesai saatleri dahilinde olması çözümün etkinliğini kısıtlamaktadır. İşyeri, eğitim ve aile sorumluklarıyla daha az çelişmesinden ötürü "öncelikli erişim" sistemine dahil olabilecek hastaların mesai dışında acil servisleri tercih etmeleri yurtdışında da olağan durumlardandır. Bu sebeple de bu basamağın çözümüne yönelik uygulamalar mesai saatleri dışını da kapsayacak şekilde genişletilmediği sürece etkin olamamaktadır.

Ülkemizde randevusuz ivedi bakım olanağı yoktur. Hatta randevusuz ayaktan bakım olanakları da aile hekimliği sisteminin son uygulamaları neticesinde kalmamış durumdadır. Bu yükün azaltılması için ülkemizde olmayan ivedi-bakım klinikleri ile randevusuz mesai dışı polikliniklerin kurulması, mesai dışı laboratuvar ve tetkik imkanlarının poliklinikler için de sağlanması, belki de merkezi olarak bazı hastanelerin seçilerek nöbet usulünce dönüşümlü olarak gece yarısı ya da saat 22:00 gibi genel kalabalıklık saatlerine uzayan zamanlarda hizmet vermesinin sağlanması gerekmektedir. Özellikle büyük şehirlerde hastane başına ayda 2-3 gün düşecek şekilde bir planlamayla ciddi şekilde acil servis hasta yükünün azaltılması sağlanabilir. Bu uygulamanın etkin çalışması için, yanlış ve gereksiz başvurular ile suiistimalleri engellemek için halkın tercih yapmasını etkileyecek düzeyde katkı payı alınması zorunlu bir önlemdir. Alınması gereken katkı payı oranlarını yüksekten düşüğe göre şu şekilde sıralayabiliriz: acil servis, ivedi bakım klinikleri, randevusuz mesai dışı ayaktan bakım klinikleri, randevusuz mesai içi ayaktan bakım klinikleri, randevulu klinikler. Bu sıralamada alınacak katkı payı uygunsuz başvurular için geçerli olmalı, uygun şekilde başvurmuş hastalardan katkı payı alınmayarak doğru kişinin doğru yerde tam sigorta kapsamında tedavi alması da sağlanmalıdır.

Bir başka çözüm yolu da mesai saati dışında bakım ihtiyacının azaltılmasına yönelik önlemlerin alınmasıdır. İş ve eğitim sistemlerinin ayaktan sağlık bakımı olanaklarına erişmek isteyenler için zorluk çıkarmayacak şekilde planlanması ve bazı temel hakların tanımlanması gereklidir. Bazı ülkelerde yıllık izinden ve hastaneden verilecek kayıtlardan bağımsız olarak kişilerin yılda 10 güne kadar sağlık mazeretiyle iş ya da okula gelmemeleri hakkı sağlanmaktadır. Ülkemizde bu hak hastanelerden verilen sağlık raporlarına bağlanmış durumdadır. Bu da hekim ile bireyleri sürekli karşı karşıya getiren ve şiddetin artmasına neden olan negatif faktörlerden biridir. Raporun verilmesinin gerekli görülmediği durumda bireyler maddi kayıplarla karşılaşacaklarından hekimin tavrını kendilerine direk zarar veren bir davranış olarak kabul etmekte, şiddet ve baskıyla yıldırmak suretiyle rapor almaya çalışmaktadırlar. Hekimin bu mekanizmanın dışına çıkarılmasının bazı şiddet ve sürtüşmeleri önleyeceği kesindir. Kişinin sağlık nedenli mazeretsiz izin hakkını doldurduğu durumda basit hastalıklar için rapor verilmeyerek yıllık izinden düşülmesinin sağlanması, bu 10 günlük hakkın düzgün şekilde kullanılması yönünden caydırıcı bir yol olabilir.

4. *Acil servislerin sosyal sorumluluk rolü*

Acil servisler ile toplumun hassas bireyleri arasında çarpıcı bir ilişki vardır. Acil servisler bu gibi kimseler için bir güvenlik çemberi vazifesi görmektedir. Yaşlı, bakıma muhtaç, işsiz, evsiz, bakımevlerinde kalan, bağımlı, engelli, kaçak, kimsesiz bireyler acil servislerin bu güvenlik şemsiyesinden sağlıklı oldukları zamanlarda da faydalanmaktadırlar. Randevusuz bakım hizmetlerine erişimi mümkün olmayan, sigortalı olmadıklarından randevulu bakım olanağı bulunmayan kimseler de bu amaçlarla acil servisleri ziyaret etmektedirler. Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası (GSS) şemsiyesi acil servis bakımlarını sorgusuz sualsiz karşıladığından bu basamak açısından yurtdışı örneklerden çok daha iyi bir konumda olduğumuzu söylemek yanlış olmaz. Burada yapılması gereken, bu tip bireylerin bakımlarını sistemdeki farklı merkezler aracılığıyla vererek acil servis yükünü azaltmaktır. Bakımevleri, aşevleri, bağımlı tedavi merkezleri, engelli merkezleri, yaşlı evleri gibi sosyal merkezlerin hem sayısı hem de sağlık bakımı veren fonksiyonları genişletilerek bu bireylerin ihtiyaçlarının acil servisler dışında karşılanabilmesi sağlanmalıdır. İvedi-bakım kliniklerinin kurulması da buna yardımcı olabilir.

ii. Girdi faktörlerinden hangileri acil servis kalabalığını azaltmak için en etkili müdahale noktaları?

Yapılan çalışmalara göre yukarıda bazıları özetlenen girdi faktörlerinden ambulansların kısa süreli olarak başka merkezlere yönlendirilmesi, acil servisi zaman zaman mesken tutan ve sosyal sorumluluk kapsamında bakım verilen kişiler, güvencesi olmayan kişilerin başvuruları gibi faktörlerin acil servis kalabalığı üzerindeki etkisinin beklendiği kadar yüksek olmadığı belirlenmiştir (12, 13, 14). Girdi faktörleri arasında kalabalık üzerinde en etkili etmenler ***randevusuz ayaktan bakım olanakları olmadığından yapılan başvurular, mesai dışı acil olmayan başvurular, gereksiz iç ve dış sevkler ve gereksiz ambulans kullanımları*** olarak bildirilmiştir. Yukarıda ilgili kısımlarda bu etmenler için çözüm önerileri

ayrıntısıyla tartışılmıştır. Özet olarak, randevusuz ayaktan bakım olanaklarının sağlanması, 7 gün en azından 12-14 saat görev yapan ivedi-bakım kliniklerinin kurulması, mesai dışı poliklinik, tetkik ve tedavi birimlerinin çalıştırılması, günübirlik tedavi alanlarının oluşturulması ve hospitalist hekimlerce yönetilmesi ile bu alanlarda tetkik tedavilerin önceliklendirilmesi, gereksiz çağırılan ambulanslar için müeyyideler oluşturulması etkin olabilecek çözümlerdir.

iii. Girdi faktörleri toplam acil servis kalabalığı üzerinde ne kadar etkin?

Sağlık Bakanlığı ve Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yapılan basın açıklamalarında acil servis yoğunluğunun ana sebebinin gereksiz acil servis başvuruları olduğu, hastane başvurularının dörtte birinin acil servisler üzerinden gerçekleştiği belirtilmektedir (10). Ancak yurtdışı örnekleriyle beraber incelendiğinde ülkemizden çok daha tenha acil servislere sahip ülkelerde acil servis başvuru oranlarının ülkemizden daha yüksek olduğu görülmektedir. Sorun, oranın yüksekliği değil süreçlerin yetersizliği, gerekli kontrol sistemlerin çalışmaması, yüksek suiistimal oranı ve hastaların yatamaması gibi görünmektedir.

iv. Girdi Faktörleri açısından Türkiye-ABD Karşılaştırması

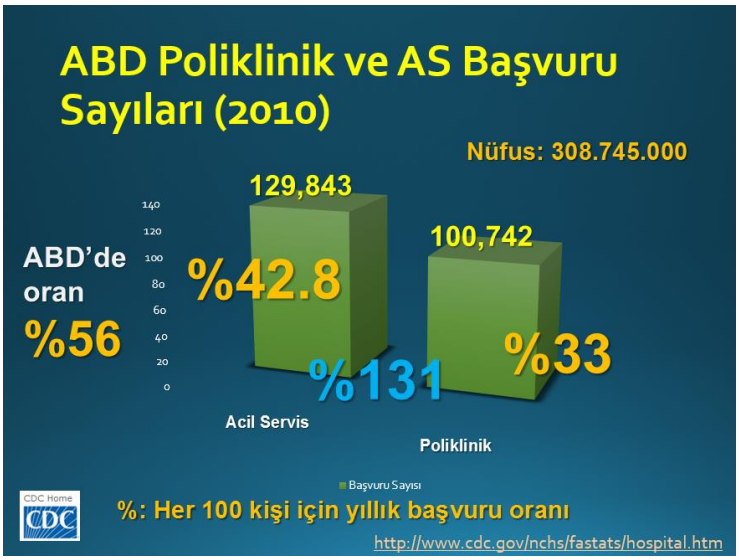
Bu konuyu daha netleştirmek amacıyla Acil Tıp sisteminin bizden 20 yıl önce ilk kurulduğu ülke olan ABD örneğini incelemekte fayda vardır. ABD, Kanada, Avustralya ve İngiltere'de acil servis kalabalığı aslında halen devam eden bir sorundur. Şu anda yaşamakta olduğumuz problemlerin hemen hemen hepsini bu süreç içinde yaşayan ülkelerin oluşturdukları çözümlere biraz ayrıntısıyla bakalım:

Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezlerinin (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) 2010 yılı "ABD Ulusal Hastanelerde Ayaktan Tıbbi Bakım Araştırması"na göre hastanelerin polikliniklerine başvuran toplam hasta sayısı 100 milyon civarındadır. Aynı yıl acil servislere başvuran hasta sayısı 129 milyon civarında (ACEP verilerine göre 130 milyon ya da dakikada 247 başvuru) olup toplam başvuruların yarısından fazladır. Aynı yıl ABD nüfusu 308 milyondur. Bu verilere göre halkın %56'sı acil servislerden sağlık hizmeti almakta olup acil servislere başvuran hasta sayısı diğer başvuruların 1,3 katı daha fazladır **(Şekil 2).** 1995-2010 ile karşılaştırıldığında acil servis başvuruları %34 artmıştır. Ancak aktif hekimlerin sadece %4,5'u acil tıp hekimleridir.

Ülkemiz nezdinde genel ve net bir istatistik bulunmasa da İstanbul ili ASKOM toplantılarında açıklanan İstanbul ili verilerine göre 2010 yılında yaklaşık 9 milyon acil servis muayenesi ve 45 milyon poliklinik muayenesi yapılmıştır. 13 milyondan biraz fazla nüfusu ile ülkemizin 5'de birini temsil eden bu ilimizde ABD'deki oranların tam tersi bir durum söz konusudur **(Şekil 3).** Her yıl 100 kişiden 42'sinin acil serviste muayene olduğu ABD'ye göre İstanbul ilinde 100 kişiden 67'si muayene olmaktadır. İstanbul ilinin herhangi bir anda resmi nüfusundan %10-15 daha fazla nüfusu barındırdığını hesaba katarsak bu oranlar birbiriyle hemen hemen denktir. GSMH açısından iki ülke arasında ciddi fark olmasına rağmen İstanbul ili ortalaması genel anlamda ABD geneli ile yakın olduğundan, karşılaştırmanın denk olması şaşırtıcı değildir. Ancak iki ülke karşılaştırmasında esas fark ayaktan poliklinik başvurularındadır. ABD'de her yıl 100 kişiden 33'ü ayaktan sağlık

sistemine başvururken İstanbul ilinde her 100 kişi için 342 başvuru yapılmaktadır **(Şekil 4).** Bu oran Dünya'da herhangi bir sağlık sisteminin kaldırabileceğinin çok üzerindedir.

Şekil 2. ABD'nde 2010 yılında ayaktan bakım hizmetleriyle acil servis hizmetlerine erişen hasta sayılarının karşılaştırılması



Şekil 3. İstanbul ilinde 2010 yılında ayaktan bakım hizmetleriyle acil servis hizmetlerine erişen hasta sayılarının karşılaştırılması

Enjeksiyon-pansuman gibi basit işlemlerin faturalandırılması esnasında uygunsuz şekilde muayene sayısına katılmasının bu verilerdeki hasta sayısının abartılı olmasına neden olmuş olabileceği argümanı, ABD verilerinde de bu hastaların hesaba katıldığını gerçeğiyle geçersiz hale

gelmektedir. Sağlık ihtiyaçları, önleyici hekimlik uygulamalarıyla azaltılmayan, tedavi edici hekimlik uygulamalarının ön plana alındığı bir sistemde uzun yıllar SSK, Emekli-Sandığı ve Bağ-Kur gibi farklı sigorta sistemleri içerisinde ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini alamayan toplumun, bekletilmiş ihtiyacını gidermek için yaptığı başvurular da bu sayıyı açıklamaktan uzaktır. Herkesin yılda 4 kez hekim ile karşılaştığı bir başka sistem Dünya üzerinde mevcut olmayıp ekonomik olarak da sürdürülmesi mümkün değildir. Reçete ve rapor yenilemek, sağlık raporu almak, ilaç yazdırmak, kontrol için başvuruların performans kaygısıyla ilk muayene olarak kaydedilmesi gibi ülkemize has bazı sistemsel problemler nedeniyle bu sayının gerçeğin çok üstünde raporlandığı iç denetleme raporlarıyla belirlenmiştir. Bu yoğun poliklinik faaliyeti önceki bölümlerde sayılan yardımcı sağlık hizmeti unsurlarının etkin çalışmasını engellemekte, iç sevkleri arttırmakta, günübirlik tedavi olanaklarını kısıtlamakta, konsültan ve tetkik olanaklarını aşırı kullanarak acil servis süreçlerinin süresini uzatarak kalabalıklığa direk etki etmektedir. Ayrıca randevulu muayene olanaklarını tamamen tüketen bu aşırı talep nedeniyle acil hastalarının ilk tedavi sonrası takipleri için polikliniklere yönlendirilmesi yapılamamakta, acil servislere defaten başvuran ve tüm takip ve tedavileri buradan giderilmeye çalışılan bir hasta popülasyonu ortaya çıkmaktadır. Poliklinik başvuru sayılarının idame ettirilebilir ve ihtiyaç sahiplerinin randevu alabileceği düzeye indirilmesi için ulusal sağlık politikaları geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

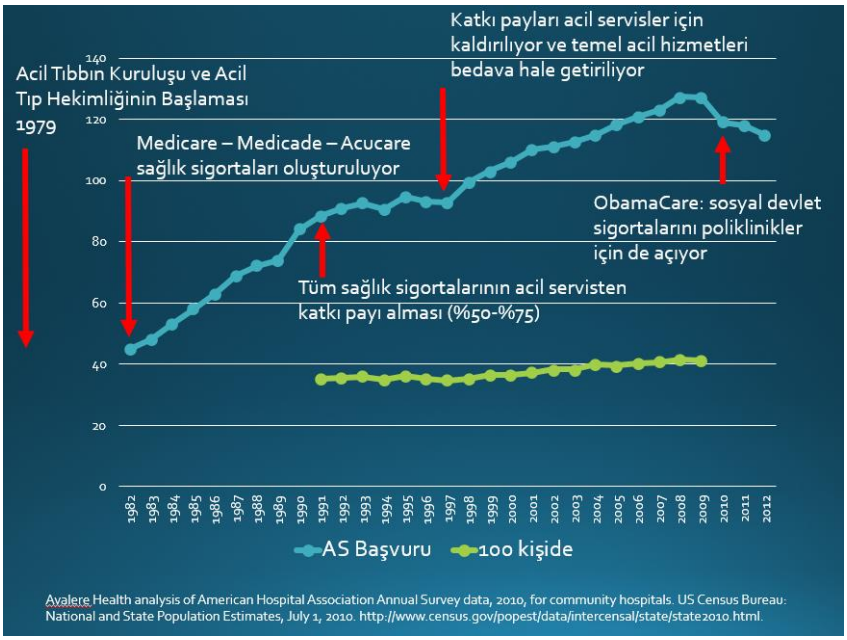
Şekil 4. Nüfusa göre İstanbul ili ile ABD genelinin karşılaştırılması.

v. <u>ABD Acil Sağlık Sisteminin zaman içinde karşılaştığı sorunlar ve çözümler</u>

ABD ve ülkemiz acil sağlık sitemini zaman içinde birbiriyle karşılaştırmak da oldukça faydalı öngörüler oluşturmamıza yardımcı olacak veriler içermektedir. **Şekil 5'de** ABD'nde Acil Tıp anabilim dalının resmen kurulmasından sonra gelişen süreç verilmiştir. 1979 yılında tıpkı ülkemizde olduğu gibi acil sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılmasına yönelik bir ihtiyaç sebebiyle kurulan Acil Tıp dalı, en popüler bilim dallarından biri haline gelmiştir. Sigorta sistemlerinin de işleyişini kolaylaştıran Acil Tıp ile beraber ABD'de acil servis başvuruları da artmış, 80'lerdeki 40 milyon başvurudan 20 yıl içerisinde 3 katına çıkarak 120 milyona ulaşmıştır. Bu

süreçte ulusal politikalarda ufak düzenlemeler yapılarak hem başvuru sayısındaki artış durdurulmaya hem de maliyetler paylaşılmaya çalışılmıştır. Ulusal sağlık sigortalarının kurulması, acil servislerden katkı payı alınması, ivedi-bakım, evde bakım kliniklerinin açılması, tam kapasite protokolü adı verilen (ileride tartışılacaktır) serbest yatış protokollerinin devreye alınması, randevusuz ayaktan poliklinik hizmetlerinin sağlanması gibi müdahaleler zaman zaman etkin olsa da toplam acil servis başvuru sayısını azaltmaya yetmemiş ve eğilim düzenli bir şekilde yukarı doğru devam etmiştir. Buradaki en önemli sorun acil servisler dışında sağlık sigortalarının birçok hastalıkta devre dışı kalması ve sigortasız insan sayısının yüksekliği olmuştur. ABD Başkanı Barrack Obama'nın adı ile bilinen Ulusal Sağlık Reformu kapsamında sigortasız kesimin sağlık ihtiyaçlarının acil servisler dışında da karşılanması yolunu açan "ObamaCare" sistemi sayesinde yasanın yürürlüğe girmesini takiben ilk kez acil servis başvuru sayılarında azalma gözlenmiştir. ABD ulusal sağlık politikası doğru müdahaleyi bulmuş gibi görünmektedir.

Şekil 5. ABD'nde yıllara göre acil servis başvuru sayıları zaman çizelgesi.

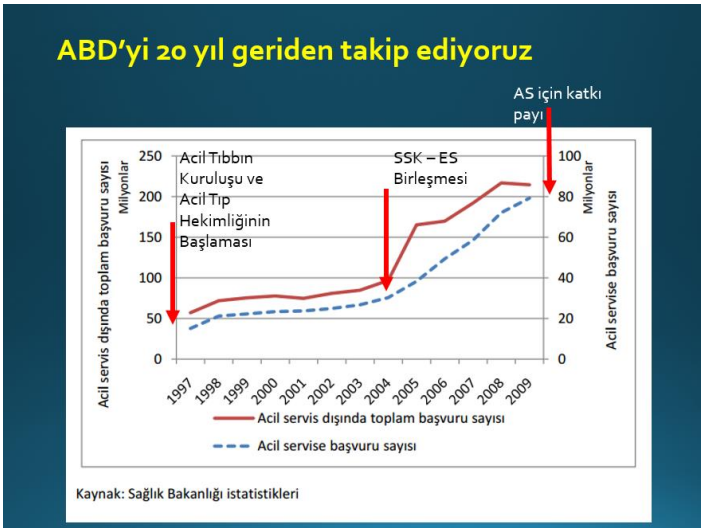


2014 yılı başında ülkemizdeki SGK ile eşdeğer ABD kurumu olan The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), ayaktan poliklinik hastaları için sabit bir ücret ödemeye başlayacağını deklare etti. Bu deklarasyon öncesinde aynı uygulamayı Acil Servisler için de yapmayı düşündüğünü bildiren CMS, Amerikan Acil Tıp Birliği'nin (ACEP) görüşünü aldıktan sonra bunun hastalar için ciddi problemler yaratacağının öngörüldüğünü ve Acil Servisler için bu uygulamadan vazgeçildiğini bildirdi (15). Bu uygulamalar hâlihazırda ülkemizde bir süredir devam eden uygulamalardır. Aramızdaki fark ise, CMS'nin belli ICD kodlarını gruplayarak sabit ödeme düzeyleri belirliyor olmasıdır. Acil servis ödemeleri için 10 farklı seviyede sabit ödeme tavanı, ayaktan hastalar için de 2 farklı seviye mevcuttur. Amaç, hastanelerin sabit ödeme miktarının altında kalmaya çalışarak gereksiz harcamaları kısmalarını sağlamaktır. Ne yazık ki ülkemizde bu sistemin benzeri uygulamaya alınırken hastane yönetimlerinin yetki ve sorumlulukları belirlenmemiştir. Bu sebeple de özellikle polikliniklerde daha maliyetli tetkiklerin istenmesi elektronik sistem tarafından bloke edilmekte, ya da acil servislerde tavan fiyattan daha pahalı tetkik istenen hastalar sistem

tarafından otomatik olarak sarı ya da kırmızı koduna dönüştürülmektedir. Hâlbuki sistemin amacı, istenen tetkiklere göre hastanın dosyasında tahrifat oluşturulmasının önünü açmak değil, tam tersine hekimlerin yaklaşımlarında daha seçici olmalarını sağlarken onları yine de kısıtlamamak, gereken maliyet azaltıcı yatırımların hastane yönetimleri tarafından yapılmasını sağlamaktır. Şu anda bu uygulama kağıt üzerinde var olsa da uygulamada tamamen dejenere olmuş durumdadır.

ABD, ödemelerdeki katsayılar için 1997 yılında Dengeli Ödenek Kanununu (Balanced Budget Act) çıkartmıştır. Buna göre Medicare'in sürdürülebilir bir maliyet politikasına sahip olması hedeflenmiştir. Her sene Medicare için bütçeden ayrılan harcama oranı sabit kalmak kaydıyla, GSMH'daki değişiklik oranına göre tavan ödeme katsayıları yeniden düzenlenmekte, böylece oransal açıdan hekim hizmetlerine ayrılan maliyet sabit tutulmaktadır. Ancak, artan hizmet talebi bu formülün içerisine katılmadığından maliyetleri dengeli tutmak için toplam harcamaları %20'ye varan oranlarda kesmek gereksinimi doğmuş ve kişi başına düşen sağlık harcaması giderek azalmaya başlamıştır. Ülkemizde bu tip bir otomatik tavan bütçe uygulaması olmadığından sağlık harcamalarına ayrılan bütçe her yıl artmaktadır. Bu uygulama ülkemizdeki sağlık sisteminin iyi yönlerinden birini oluşturmakta olsa da maliyeti çok büyüktür.

Şekil 6. Türkiye acil servis başvuruları zaman çizelgesi.



Ülkemizin Acil Tıp ve acil servis reformu açısından ABD'yi 20 yıl geriden takip ediyor olduğunu daha önce belirtmiştik. **Şekil 6'da** görüneceği üzere ortak sağlık sigortaları oluşturarak halkın tüm kesimine katkısız ya da çok düşük katkılarla tam sağlık hizmeti sağlanması 2004 yılından itibaren toplam sağlık hizmeti talebini 4 katına çıkarmıştır. ABD'de 30 yılda 3 katına çıkan yük, ülkemizde sadece 5 yılda 4 katına ulaşmış ve mali olarak sürdürülebilirlik sınırlarını aşmıştır. Sırf maliyet artışı değil aynı zamanda kalite kaybı, yatırımların hızının talebe yetişmemesi, memnuniyetsizlik, kalabalık ve sağlık çalışanlarına şiddet şeklinde ek yansımalara sebebiyet vermiştir. Ayrıca, hekim ve sağlık çalışanı kaynaklarımız da daha yetersiz düzeydedir: ABD'de 1000 kişiye 2,4 hekim düşerken ülkemizde 1,5 hekim düşmesine rağmen acil servis başvurularımız nüfusa oranla %50 daha

fazladır. Zaman çizelgesinde göründüğü üzere tüm sigortalara acil servis başvurularını tamamen ücretsiz hale getirmek ABD'nin bile 30 yıl sonra yaptığı ve dengesi hesaplanmış bir çözümdür. Ülkemiz kaynakları düşünüldüğünde basamaklı katkı payı uygulamasının tekrar gündeme alınmasının faydalı olacağı fikri gelişmektedir.

b. Süreç (Throughput) Faktörleri

Bu faktörler hastanın ***acil serviste kalış süresi***ne etki ederek acil servis yoğunluğuna katkıda bulunur. Bu basamakta yapılacak girişimler genel olarak acil servis işleyiş süreçlerine tek tek odaklanarak hem etkinlik hem de verimliliklerinin arttırılmasını amaçlar (1). Süreç, 2 basamaklı olarak tanımlanır:

- Hastanın acil servise başvurusu, triyajı, uygun alanda bir yatağa yerleştirilmesi ve hekim tarafından görülmesi;
- Tanısal değerlendirme ve tedavi.

Etkin yapılanmaya sahip bir acil serviste sürecin ciddi bir kısmı 2. basamakta geçmelidir. 1. basamak olabildiğince kısa tutulmalı ve bu basamağın kısaltılmasına yönelik işlemler yapılmalıdır.

i. Triyaj

Acil serviste kalabalıklığa etki eden en önemli faktörlerden biri olarak uygun triyaj yapılması belirlenmiştir. Shiver ve arkadaşları "Optimizing Emergency Department Throughput" adlı kitaplarında "Emergency Severity Index (ESI)" temelli 5 tabakalı bir triyaj yapılmasını önermektedirler (16). Triyaj hemşirelerinin ESI sistemi eğitimlerinin tam ve yenilenerek garanti altına alındığı durumda geriye dönük olarak elde edilecek triyaj ve yatış oranı verisine göre hasta yükünün belirlenebileceğini, hastane yatak yükünün buna göre planlanması gerektiğini belirtmektedirler. Örnek olarak **Tablo 2'de** yer alan geriye dönük ESI triyaj verilerini kullanarak belli çıkarımlar yapmaktadırlar.

Tablo 2. Örnek ESI Triyaj verileri

Triyaj Düzeyi	Vaka Yükü (Toplamdaki %)	Yatış Oranı	Acil servis kalış süresi (saat)
Düzey 1	125 (%2)	%73	2,4
Düzey 2	1756 (%22)	%54	4,0
Düzey 3	3173 (%39)	%24	3,4
Düzey 4	2197 (%27)	%2	2,0
Düzey 5	812 (%10)	%0.003	1,4
Toplam	8063		

Yukarıdaki gibi bir veri setini günün belli zamanlarına bölerek acil serviste o saat dilimi için gerekli boş sedye sayısı, gerekli hekim ve hemşire sayısı, bulunması gereken boş yatak sayısı, laboratuvar ve görüntüleme istem sayısı gibi verileri oluşturmak son derece kolaydır. Bu veriler elde edilerek ilgili zaman aralığında gerekli istihdam planlaması yapılmalıdır.

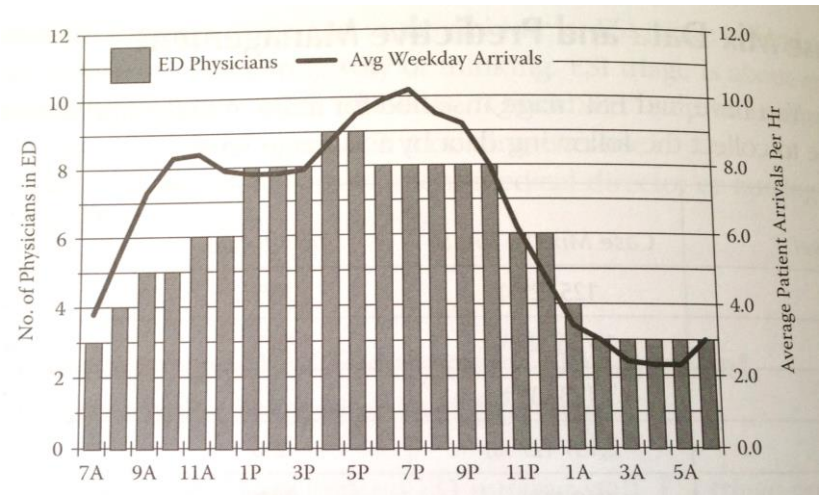
Ülkemizde triyaj 3 kategori altında planlanmış olsa da triyaj verileri herhangi bir elektronik sistem üzerinde saklanmamaktadır. Süreç genellikle tersine işlemekte, hastalar önce triyaj alanına gidip sınıflanmakta, ardından yeşil ve sarı alan hastaları kayıtlarını açtırıp beklemeye başlamaktadır. İlgili muayene ve tetkik işlemleri sonrasında eğer hastanın son tanısı daha yüksek bir triyaj koduna sahip ise hastanın ödeme problemi yaşamaması adına kaydındaki triyaj kodu bir üst gruba güncellenmektedir. Dolayısıyla da bütün yatış hastaları kırmızı koduna sahip, bütün taburcu olanlar yeşil koduna sahiptir. Bu problem hastane yönetimlerinin yeşil alan sabit fiyat sınırlamasını aşmak için geliştirdikleri bir yöntem olup sistemin düzgün veri sağlaması önündeki en büyük engeldir.

Triyaj yapılıp yapılmamasının acil servis bekleme süreleri üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı da belirlenmiştir (16). Triyaj uygulamasının zaman kazandırıcı bir yöntem olmaktan daha çok, zaman ve alan yönetimine yönelik bir uygulama olduğu, verilerinin değerlendirilmesi sayesinde hasta akışını kolaylaştıracağı anlaşılmalıdır. Ülkemizde hastane yönetimlerinin büyük bölümü triyaj ile hızlı bakı birimlerini birbirine karıştırmaktadır. 2. Basamak hastanelerimizde kalabalık zamanlarda triyaj uygulaması yapılması özellikle yönetimlerce istenmektedir. Ancak ek istihdam sağlamadan ve elde edilen verilerle personel sayısı optimizasyonu yapmadan uygulanacak bir triyajın sadece hastaları gruplamaktan öteye gidemeyeceği anlaşılmalıdır.

ii. Personel istihdamı

Yukarıda belirtilen ESI triyaj koduna bağlı istihdam zaman çizelgeleri oluşturulması ve buna göre uygulama yapılması yine öneriler arasındadır. Şekil 6'da ESI triyaj skoru dağılımına göre hekim istihdamı planlaması görülmektedir. Acil servis hekim sayısının 3 ile 9 arasında değiştiği bu sisteme göre dağılımın ülkemiz koşullarına çok benzer olduğu görülebilir. Hasta yükünün öğlen saatlerinden gece yarısına kadar en yüksek düzeyde devam etmesi sebebiyle bu aralıkta vardiyada kalan hekim sayısı arttırılmıştır. Bu şekilde yapılacak bir planlama ile hekim ve hemşire sayılarının verimli bir şekilde dağıtılması mümkün olacaktır.

Şekil 6. York hastanesi örnek istihdam protokolü (16)

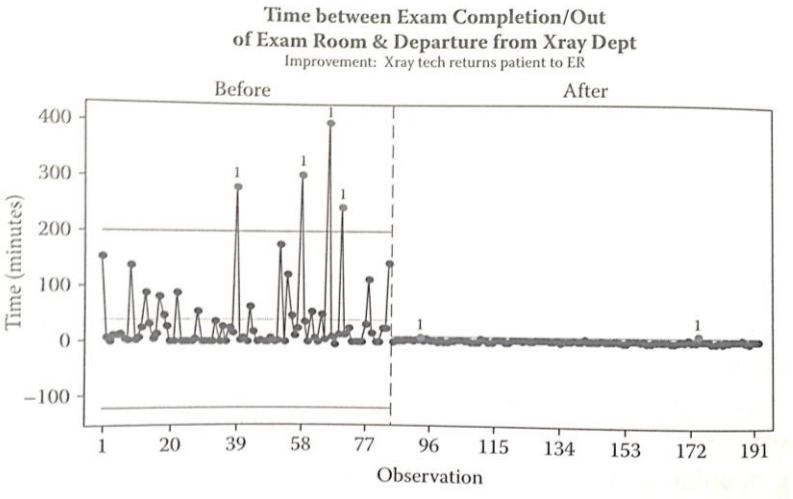


iii. Tetkik sonuçlanma süreleri ve tetkik isteme endikasyonları

Tetkik sonuçlanma sürelerinin de acil servis süreçlerinin süresine ciddi etkileri mevcuttur. **Şekil 7'de** verilen örnekte, radyoloji biriminde tetkikin tamamlanması ile hastanın radyoloji birimini terk etmesi arasında geçen süre, yani işi biten hastanın bu birimde beklediği süre çizelgesi Six Sigma protokolleri çerçevesinde değerlendirilmiş ve çözüm önerisi olan radyoloji teknisyeninin işi biten hastayı acil servise geri teslim etmesi protokolüyle bu süreç belirgin biçimde hızlandırılmıştır.

Benzer şekilde tüm tetkik isteme ve sonuçlanma süreçleri gözden geçirilmelidir. Hastanelerde bunlar istatistik altına alınan veriler olsa da süreçler ve sayılar birbirleriyle uyumsuzdur. Sisteme yüklenen bir test sonucu, ilgili hekim tekrar kontrol edene ya da hasta sonucunu hekime teslim edene kadar görülüp değerlendirilmemektedir. Sürecin bu kısmını yok sayan istatistikler ne yazık ki ülkemizde hızlı tetkik sonucu verme yetisinde olduğumuz yanılgısı yaratmaktadır. Süreçler her hastanede değerlendirilerek, çirkin ve uygunsuz olan basamaklar da dökümante edilmeli ve çözülmeye çalışılmalıdır. Bu aşamada en önemli bariyer, hastane yönetimlerinin bireysel performans değerlendirmesi kaygısıyla bu basamaklar yokmuşçasına daha temiz görünen sonuç protokolleri verme eğilimlerinde olmalarıdır. Son yıllarda bu değerlendirmeler için hastanelerimize gelen bazen de bizzat görevlendirildiğimiz denetleme ekiplerinin süreçleri izleme ve değerlendirme yetileri son derece kısıtlıdır. Genellikle ilgili yöneticiler eşliğinde kontroller yapılmakta ve uygulama prosedürlerinin çok azı değerlendirilmektedir. Bu tip denetlemelerden haberdar olarak rutin uygulamalarını değiştiren kurumların sayısı da azımsanmayacak sayıdadır. Süreç denetlemeleri mutlaka acil servislerin en yoğun olduğu ancak idarecilerin hastanede bulunmadığı akşam-gece saatlerinde gerçekleştirilmeli, denetmenler kendilerini tanıtmamalı, süreçler süreleri ile beraber kayıt altına alınmalı ve ciddi yaptırımları içeren geri bildirimlerle çok sık takip edilmelidir. Halihazırdaki mali sistem, hastane yönetimlerinin kendi süreçlerini denetleyerek iyileştirmesi için motivasyon yaratmaktan uzak olduğundan bunun devlet denetlemesi eliyle yapılmasına ihtiyaç vardır.

Şekil 7. Radyoloji teknisyeninin işi biten hastayı acil servise geri teslim etmesi uygulamasına geçilmesi ve sonuçları



iv. Sıra bekleme teorisi

Sıra beklemek acil servislerin olmazsa olmazlarından olup bu teori de ayrıntısıyla incelenmiş ve hasta bekleme sürelerine farklı teorilerin etkisi araştırılmıştır (16). Virginia Commonwealth Üniversitesi Hastane Yönetimi Bölümünde görevli Profesör Doktor Yaşar Özcan tarafından modellenen sıra bekleme teorisi matematik modellemesine göre belli bir anda acil servisteki bir triyaj noktasına ya da tetkik sırasına ulaşan hasta sayısına ve aynı anda hizmet verilebilecek hasta sayısına göre bekleme sırasının uzunluğunun kesin olarak belirlenmesi mümkündür. Bu hesaplama oldukça basit bir excel dökümanıyla yapılabilir olup buna göre kabul edilebilir sıra uzunluğundan yola çıkarak hangi saatte kaç kişinin çalışması gerektiği sonucuna ulaşılarak planlama yapılabilir. Hâlihazırda yönetimlerin kamera sistemleriyle belli acil servis alanlarındaki kuyruk sırasına bakarak daha ağır hasta bakılan alanlardan hekim ve personel çekerek görüntüde kalabalığı azaltmaya çalışan yaklaşımları ne yazık ki birçok kurumda Acil Tıp hekimlerinin yakındığı mobbing uygulamalarından biri haline gelmiştir. Süreçler değil de anlık görüntünün denetlenmemesinin yol açtığı bu engel, denetleme sistemlerinin yukarıda belirtildiği gibi gizli ve bütünsel olmasıyla çözülebilir. Böylece yönetimler görüntüdeki kalabalığı gidermektense süreci iyileştirmek için bu tip indekslere bakmak zorunda kalacaklardır.

v. Bekleme Odası

Bekleme odalarının etkin kullanımı da sürece katkı sağlayan bir faktördür. Kalabalıklığa bir etkisi olmasa da en azından durumu kötüleşen hastaların belirlenmesi ve bir nevi takip altında olmalarını sağlayan faydaları olabilir. Ancak sürecin bekleme salonlarında çözüm üretmeyi önleyecek biçimde tasarlanması ve problemin bu noktaya aksetmemesi en önemli husustur. İlk kez 2007 yılında *Canadian Journal of Emergency Medicine* dergisinde kara mizah örneği olarak verilen bir ilanda adı geçen Bekleme Odası Tıbbı, ne yazık ki 2010 yılında yayınlanan Scheuermeyer'in göğüs ağrısı hastalarının takibinde bu alanı kullanmayı öneren bir klinik araştırmasıyla gerçeğe dönüşmüştür (17). Sağlık politikaları ve silahsızlanma konusunda ABD'de önemli bir politika belirleyici olan Arthur Kellermann (18), bu konuda derlediği bir editöryal yazıda kendi tecrübesini şu şekilde ifade eder:

"Atlanta Grady Memorial hastanesinde çalışırken Birleşik Komisyon (The Joint Commission) sürpriz bir ziyaret yaptı. Bu hastane Emory Acil Tıp Anabilim Dalı asistan eğitim programının temel hastanesi olup Atlanta'daki tek devlet hastanesi ve 1. Seviye bir Travma merkeziydi. Denetmen, hastaların acil servis koridorlarında sedyeleri doldurduğunu görünce şok oldu. Grady yılda 100 binden fazla hasta bakan bir acil servis olarak hep doluydu ve evet, koridorda hastalarımızı yatırıyorduk. Denetmen hemen acil bir raporla durum düzeltilmezse akreditasyonun askıya alınacağını bildirdi. Bildirilen sebep hasta güvenliği değil hasta mahremiyetiydi. Bizlerin koridorlarda hastalarla konuştuklarımızın geçenler ve diğer hastalar tarafından duyuluyor olmasından endişe etmişti. Hastane yöneticimizin kararı hızlı ve kesindi. Tüm sedyeler kaldırıldı ve koridorlarda hasta bakımını yasaklayan bir iç emir ilan edildi. Ancak yatış bekleyen "yatamayan hastalar" acil servisten yukarı çekilip muayene ve gözlem alanlarımız rahatlatılacağına Grady acil servisinin etkin kullanım alanının küçülmesine göz yumuldu. Sonuç olarak da koridorlarda bakım alan hastalar bekleme odasında kalmaya başladılar.

Hızla bekleme odasındaki hasta sayıları 100'leri geçti. Tehlikeyi gören hekimlerim her acil tıp hekiminin yapacağı gibi kendi çözümlerini bulmaya çalıştılar ve "ilk bakı alanı" adı altında bir bekleme salonu birimi kurduk. Hepimiz ara ara buraya giderek bazen dizlerimiz üzerinde hastalar arasında gezinerek durumu kötüleşebilecek hastaları tespit etmeye çalışıyorduk. Sanırım hasta mahremiyetinin olmadığını söylememe gerek yok. Bu uğraşılarımız neticesinde kimseyi öldürmemeyi başardık. Hastane yöneticimiz yeni uygulamasının büyük bir başarı olduğunu sevinçle belirterek denetmenden olur yazısını aldı. Bunu izleyen birkaç hafta içerisinde tekrar sedyeler geri döndü ve bekleme odasındaki hasta sayısı kabul edilebilir seviyelere geri indi. Çünkü bu kadar sedyeyi hastanede koyacak yer bulunamamıştı!"

Bu anektodun da düşündürdüğü gibi uygulamadaki süreçleri gözetmeksizin, ana sebep yerine bunun izdüşümü olan sorunları ani kararlarla çözmeye çalışmanın herhangi bir faydası yoktur. Yatamayan hastaların (boarders) yarattığı kalabalık, başka çözümlerle çözülemez. Bunu aşmanın en önemli yolu olan "Tam Kapasite Protokolü"ne ilerleyen kısımda değineceğiz.

c. Çıkış (Output) Faktörleri

Çıkış faktörleri acil serviste süreci tamamlanmış bir hastanın taburculuk ya da yatış gibi sonlanımlara ulaşma düzeyini ve bunun acil servis kalabalıklığı üzerindeki etkisini tanımlar. Burada yegâne faktör hastanın acil servisten ayrılması olup hastanın yatması, sevki ya da taburculuğu sonuçlarından birine bağımlıdır.

i. Sevk

Hastaların acil servis bakısından sonra tedavi alabileceği birime sevki önemli sorunlardan biridir. Sevk konusunun birkaç parçası vardır.

1. *2. Basamak hastanelerden 3. Basamağa sevk*

Kontrolsüz ve geri bildirimsiz üst basamak sevkleri özellikle yoğun bölgelerde zaten yatamayan hasta sorunu olan 3. Basamak klinikleri zor duruma sokmaktadır. Bu sevk zincirinin 2 yönlü olması ve ağır hastaların düzenli sevki karşılığında daha hafif ancak yatış endikasyonu olan hastaların 2. Basamak hastanelere kabulü probleminin çözümüne katkıda bulunacaktır. Pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu, basit travma, transfüzyon ihtiyacı ya da yaşam sonu bakımı sebebiyle yatışı gereken hastaların 3. Basamaktan aynı şekilde sorgusuz 2. Basamaklara sevki ve yatışının yapılabilmesi hem bu hastanelerdeki atıl yatak ve hekim kapasitesinin değerlendirilmesini sağlayacak hem de mali karlılığı arttıracaktır.

2. *Dal hastanelerine ve özel birim bulunan merkezlere sevk*

Yanık merkezleri, travma merkezleri ve toksikoloji merkezleri ile inme ya da özel kardiyak bakım yapılan dal hastanelerine sevkler çoğu zaman mesai saatleri dışında mümkün değildir. Bu hastanelerin mesai saatleri dışında temel tetkik ve görüntülemeler dışında

yeteneklerinin kısıtlı olması, branş hekimi bulundurmaması, multidisipliner değerlendirme gereken ancak aynı zamanda spesifik bakım alanlarına ihtiyaç duyan hastalar için problem oluşturmaktadır. Bu tip hastanelerin yakınlarındaki eğitim ve araştırma hastaneleriyle kombine edilerek performanslarının arttırılması zorunludur. Buna örnek olarak Koşuyolu Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi ya da Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesinin yan hastalığı olan hiçbir vakayı kabul etmemesi gösterilebilir. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi mesai saatleri dışında BT çekilmesi yetisine sahip olmadığından yatan hastaları için bile sürekli dış sevk vermektedir.

3. *Yoğun bakımlara sevk*

Özellikle büyük illerde devlet kurumlarında yoğun bakım yatağı bulmak hemen hemen mümkün değildir. Çoğunlukla çevrede yer alan özel hastanelerin yoğun bakımları 112 kriz merkezi aracılığıyla kullanılmaktadır. Ancak diyaliz, ya da branş hekimi takibi gereken hastalar özel yoğun bakımlar tarafından da kabul edilmemektedir. Elektronik yatak takip sistemi kurularak tüm yatakların izlenmesi, bu tip hasta diversiyonu ve seçimi uygulaması yapan hastanelerin sistem dışına çıkarılmak suretiyle cezalandırılması, bu tip özel girişimlerin katkı payının artırılması ile bu tip hasta sevki problemlerinin çözülmesi gereklidir.

ii. Hastane yataklarının müsaitliği

Acil servis kalabalığına etki eden ve yukarıda şu ana kadar tartışılan tüm faktörler klinik araştırmalarla incelendiğinde bunların arasında acil servis kalabalığına en çok etkisi olan faktörün yatamayan hastaların yarattığı kalabalıklık olduğu belirlenmiştir. Hoot ve arkadaşlarının bu konuda yapılan tüm çalışmaları inceledikleri sistematik derlemelerinde 93 tane ilgili çalışma tespit edilerek araştırmaların en yoğun olarak yapıldığı süreçsel faktörler belirlenmiştir (19). En sık çalışılan çıktı faktörleri, yatamayan hastalar ve hastane yataklarının yetersizliğidir. Buna göre acil serviste herhangi bir anda sedyeleri dolduran hastaların %22'sinin aslında yatamayan hasta olduğu tespit edilmiştir (20). Avustralya çalışmalarında hastanın yatamama durumunun 8 saati geçmesi "yatış engeli (Access Block)" olarak tanımlandığında, yatış engelinin ambulans kabul edememe, bekleme süresinde uzama ve doluluk oranını direk etkileyen en önemli faktör olduğu tespit edilmiştir (21). Ayrıca 6 farklı çalışma ile hastanede boş yatak olmaması ile acil serviste tedavi süresinin uzaması arasında çok güçlü korelasyon saptanmıştır (22-27). Hoot ve arkadaşları bu çıktı faktörleri üzerinde etkisi olması muhtemel çözüm önerilerini değerlendiren çalışmaları da biraraya getirerek en etkili çözümleri de belirtmişlerdir. **Tablo 3'de** sol sütunda bu çözüm önerileri verilmiştir. Karşısında yer alan 3 sütunda ise bölge hastanesi konumundaki bir 1 devlet hastanesi ile ülkemizin en kalabalık ve teknolojik olarak en ileri 2 hastanesinde bu çözümlerin ne derece uygulandıkları irdelenmiştir. Bu üç hastane toplam olarak yılda 1 milyon acil hastasına bakmaktadır.

Tablo 3. Hoot'a göre çözüm önerileri ve örnek hastanelerdeki mevcudiyeti

Çözüm	Dr. Lütfi Kırdar Kartal EAH 400 bin / yıl	Zonguldak Atatürk DH 150 bin / yıl	SB Marmara Üniversitesi Pendik EAH 500 bin / yıl
Kaynakların Arttırılması			
İlave personel	+	+	+
Gözlem birimleri	+	-/+	+
Hastane yataklarına serbest erişim	-/+	+	-
Talep Yönetimi			
Acil olmayan sevkler	-	-	-
Ambulans reddi	-/+	+	-/+
Hastane içi yönlendirme	-/+	-/+	-
Süreç Yönetimi			
Kalabalık Kontrolü	+	-	+
Sıra teorisi	+	-	+

Bu tabloya göre hastane yataklarına serbest erişim büyük hastanelerdeki en önemli problem gibi görünmektedir. Personel, ek gözlem birimleri, kalabalığın alan içinde dağıtılması ve farklı birimler önünde farklı sıralar oluşturarak kontrolü yöntemleri büyük hastanelerde hâlihazırda işletilmektedir. Ambulans reddi ve acil olmayan sevklerin engellenmesi tüzüklerle engellendiğinden çoğu zaman kullanılamayan yöntemlerdendir. Hastane içi polikliniklere hastanın yönlendirilmesi küçük hastanelerde daha kolayken büyük hastanelerde mümkün olmamaktadır. Daha küçük olan Zonguldak Atatürk Devlet hastanesinde ise kalabalık kontrolü ve hastaların farklı sıra teorileriyle dağıtılması sistemi işlememektedir. Buna göre klinik araştırmalarla etkinliği kanıtlanmış etkisi yüksek yöntemler arasından büyük hastanelerde sadece hastane yataklarına serbest erişimin uygulanamadığı ve kalabalıklığa etki eden ana faktörün bu olduğu sonucuna varmak en doğrusudur.

iii. Tam Kapasite Protokolü

Benzer değerlendirmeleri yaparak büyük hastanelerde acil servis kalabalığına etki eden en önemli faktörün yatamayan hastalar olduğu sonucuna varan Stony Brook Üniversitesi Acil Tıp Klinik Direktörü Dr. Peter Viccellio "Tam Kapasite Protokolü" adı altında bir sistemi önermiş, uygulamış ve başarısını kanıtlamıştır.

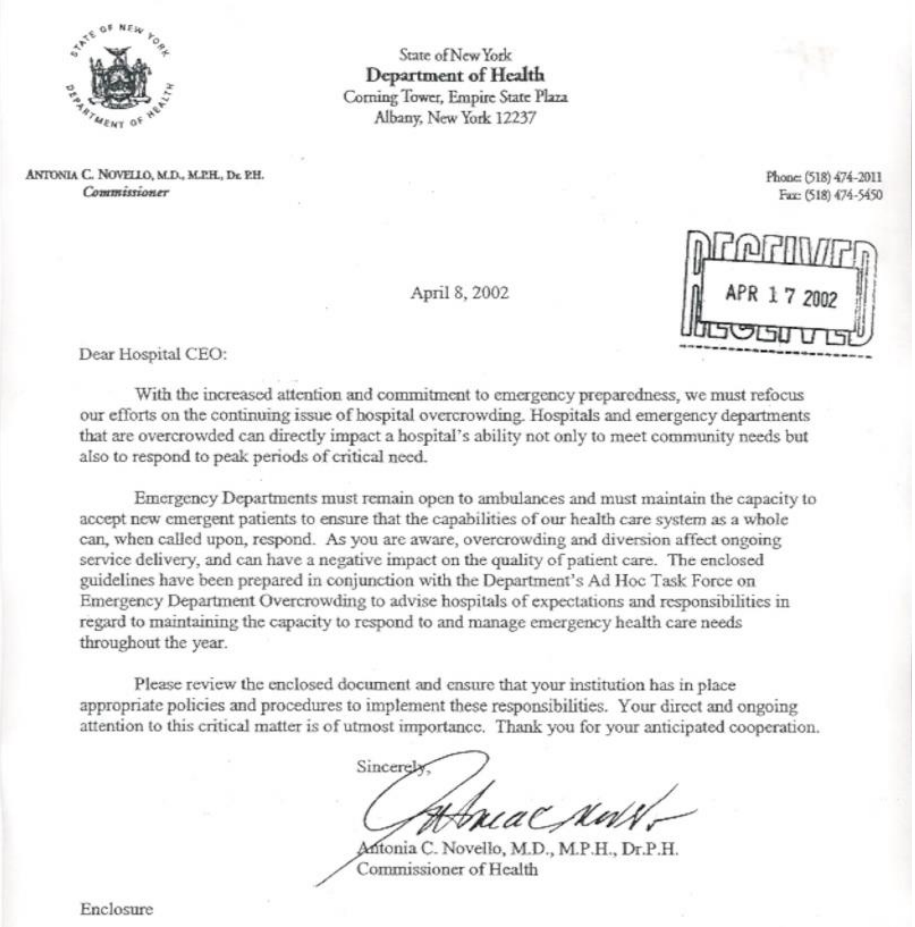
Dr. Viccellio, hastane ve acil servis kalabalıklığına adadığı internet sitesinde acil servis yoğunluğu için çözüm ararken yapılan en büyük hatanın bazı hasta gruplarının kalabalıklıktan sorumlu olduğunu öne sürmek olduğunu söyler. Viccellio'ya göre, fakir, evsiz, bağımlı, sigortasız, gereksiz başvuru ya da nezle-grip gibi şikâyetlerle gelenler acil servis kalabalıklığının asıl nedenleri değildir. Bunun sebepleri ise bu tip hastaları sebep göstermenin

politik olarak çözülemez sorunlar gündeme getirmesi, sizi acımasız göstermesi ve sorununuza sempatik bakılmasını engellemesidir. Çünkü fakir, evsiz, nezle ya da sigortasız hasta eğer hasta değilse beklese de acil servisten eninde sonunda taburcu olur. Hiçbir otorite de bu konuda geri adım atmak istemez. Viccellio'ya göre acil servisin esas sorunu havuzun sürekli dolması ama hiç boşalmamasıdır. Referans gösterdiği bir çalışmaya göre uygunsuz ya da gereksiz başvuruları azaltmak için yapılan toplum eğitimlerinin başvuruları %5 azalttığı ama bazı yerlerde %20'ye kadar arttırdığı belirlenmiştir. Başka çalışmalarla da minör problemleri olan hastaların bekleme süresi ve kalabalıklık üzerindeki etkisinin minimal olduğu gösterilmiştir. Baumann ve ark. göre yatamayan hastalar acil servis bekleme süresini etkileyen en önemli faktördür (28). Forster ise hastane yataklarının doluluğunun uzun bekleme süresiyle ilişkisini en yüksek olarak hesaplamıştır. Yatak sayısının arttırılmasının kalabalıklığı azaltmada faydalı olduğunu göstermiştir (23). Lui de acil servis yoğunluğunun esas sebebinin servis yataklarına hastaların yatırılamaması olarak tanımlamıştır. Bu tip çalışmaların net verileri sonrasında Amerikan Acil Tıp Birliği (ACEP) 2008 yılında yayınladığı Acil Servis Kalabalığı ve Yüksek Etkili Çözüm Önerileri raporunda kanıtlanmış en önemli sebebin yatamayan hastalar olduğunu deklare etmiştir (30).

Dr. Viccellio bu raporu da referans alarak bazı örnekler vermektedir: Örneğin, servis yatakları dolu diye ameliyathane çıkışında asla bir hasta yatak boşalmasını beklemez, ya da kadın-doğum hastalıklarına ait obstetrik hastaları bir şekilde servise mutlaka yatar, asla acilde beklediklerini göremezsiniz. Ancak tam tersine entübe, inotrop altındaki bir yoğun bakım hastası saatler hatta günlerce acil serviste bekler. Yoğun bakım üniteleri donanımlı yatak olmaması, hemşire sayısının yetersiz olması gibi gerekçelerle bu hastaları kabul etmezken acilde beklemeleri sorun edilmez. Viccellio hastane yönetimlerin bu bakış açısından vazgeçmesi ve buradaki tezatı görmeleri gerektiğini belirtmektedir.

2002 yılına kadar ABD'de yatan hastalar yüzünden acil servis doluysa ambulanslar başka hastanelere yönlendirilmekteydi. Ancak bu yönlendirmeler yüzünden hastaların tedaviye ulaşma zamanları uzamakta hatta kayıplar görülmekteydi. 2002 yılı Nisan ayında, ambulans diversiyonunun en yoğun uygulandığı New York eyaleti Sağlık Müdürlüğü hastane yöneticilerine bir iç emir gönderdi (**Şekil 8**). Buna göre acil servisler ambulansları her an kabul edebilecek şekilde yapılandırılmalı ve ambulans retlerinin önüne geçilmeliydi. Buna yönelik önlemleri ise bir ek içerisinde bildirmekteydiler. Sağlık Müdürlüğü gönderdiği bu dokümanda Acil Servislerin her daim hasta kabul edebilecek şekilde açık kalması için yapılması gerekenler madde madde sıralanmaktadır. Buradaki en önemli nokta çözüm önerilerinin hemen hemen hepsinin hastane temelli olmasıdır.

Şekil 8. Nisan 2002 tarihli New York Eyaleti Sağlık Müdürlüğü iç emri



State of New York
Department of Health
Corning Tower, Empire State Plaza
Albany, New York 12237

ANTONIA C. NOVELLO, M.D., M.P.H., Dr. P.H.
Commissioner

Phone: (518) 474-2011
Fax: (518) 474-5450

RECEIVED
APR 17 2002

April 8, 2002

Dear Hospital CEO:

With the increased attention and commitment to emergency preparedness, we must refocus our efforts on the continuing issue of hospital overcrowding. Hospitals and emergency departments that are overcrowded can directly impact a hospital's ability not only to meet community needs but also to respond to peak periods of critical need.

Emergency Departments must remain open to ambulances and must maintain the capacity to accept new emergent patients to ensure that the capabilities of our health care system as a whole can, when called upon, respond. As you are aware, overcrowding and diversion affect ongoing service delivery, and can have a negative impact on the quality of patient care. The enclosed guidelines have been prepared in conjunction with the Department's Ad Hoc Task Force on Emergency Department Overcrowding to advise hospitals of expectations and responsibilities in regard to maintaining the capacity to respond to and manage emergency health care needs throughout the year.

Please review the enclosed document and ensure that your institution has in place appropriate policies and procedures to implement these responsibilities. Your direct and ongoing attention to this critical matter is of utmost importance. Thank you for your anticipated cooperation.

Sincerely,

Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr.P.H.
Commissioner of Health

Enclosure

Bu belgede önerilen ve en kısa zamanda tamamlanması emredilen çözüm basamakları ise şu şekildedir:

- Acil servisten hastanedeki tüm yataklara erişim ve yatış serbestisi sağlanmalıdır
- 24-48 saat acil serviste yatış beklenmesi kabul edilemez. Acil serviste yatışı verilmiş hasta beklememelidir
- Tüm yatakların dolu olması durumunda acil serviste gelecek hastalara serbest alan sağlamak için katlardaki hemşire istasyonlarının yanındaki koridor ve bekleme odalarına hasta alınmalıdır
- Hiçbir şekilde ambulanslar reddedilmemelidir, ambulanslar acil serviste mahsur tutulmamalıdır
- Hastaların gereğinden fazla yatmaması için hasta taburculuğu protokolleri oluşturulmalıdır
- Evde bakım sistemiyle entegre şekilde hastalar hastaneden çıkmadan sisteme girmeli ve hızla taburcu edilerek evde gerekirse bu tedavilerini almaları sağlanmalıdır
- Yoğun saatlerde personel sayısı arttırılacak şekilde çalışma saatleri planlanmalıdır
- Hastane içindeki tüm destek, tanı ve tedavi sistemleri icap olmaksızın 24 saat boyunca çalışabilir şekilde planlanmalıdır

Bu iç emir, etkileri ve önerileri açısından acil servis yoğunluğunun çözümü tarihinde çok önemlidir. O zamana kadar yapılan çalışmalardaki tüm önemli çözümler bir araya getirilerek sunulmuş ve bir devlet otoritesi

tarafından zorunlu kılınmıştır. Ancak sistemler asla dirençsiz çalışmazlar. Bu uygulamalara direnç gösterilmesi de gecikmemiştir. Uygulamayı aksatan ve sürekli üst yazılarla konuyu aksettiren hemşirelik hizmetleri ve farklı hastane yöneticilerinin taleplerine karşı 2004 yılı başında Sağlık Müdürlüğü bir başka yazıyla yanıt vermiştir. Çoğu hastane yöneticisi ve hemşirelik hizmetleri katlarda, hatta bekleme salonlarında hasta yatırmanın yataklı kurumlar yönetmeliğine uygun olmadığını sorgulamıştır. Buna cevaben Müdürlüğün yanıtı tam bir kararlılık örneğidir: "Yönetmelikler hastaların katlarda nerede yatacağını sınırlamamakta olup tek kısıtlılık konulan sedyelerin yangın çıkışlarını engellemeyecek şekilde yapılandırılması gerekliliğidir, sedyelerinizi yerleştirirken buna dikkat edin."

Aynı yanıtta Sağlık Müdürlüğü yeni protokoller uygulamaya alınmasını önermektedir. Buna göre hastaneler aşağıdaki konularda yazılı protokoller hazırlamalı ve uygulamaya geçmelidir. Bunlar:

- Her birim için katta yatış bekleyebilecek maksimum hasta sayılarının tespiti ve geçici yatakların yerlerinin belirlenmesi
- Yatış verilip yatak beklemesinde sakınca olmayan birimlerin belirlenmesi (yoğun bakım ünitesi gibi özel monitörizasyon gerektiren birimler bundan hariç tutulmalıdır)
- Hastaların birimlere dağıtımında ödeme ve sigorta durumlarının asla göz önüne alınmaması
- Tıbbi kayıtların bu esnada da aynı şekilde tutulmasına devam edilmesi
- Acil servis ve ilgili birimler arasında hasta transportu ve devri için yazılı metinler hazırlanması ve tüm birimlerin buna kati biçimde uyması
- Hemşirelik hizmetlerinin bu esnada eksiksiz devam etmesinin sağlanması
- Kat personel sayısı belirlenirken bu ek yataklar da hesaba katılarak planlama yapılması

Tüm bu uygulamalar bir bütün halinde "Tam kapasite protokolü" adını almış olup aynı şekilde 2008 ACEP Raporunda da yer almıştır. Tam kapasite protokolünde ACEP tarafından önerilen ek çözümler şunlardır:

- Hasta taburculukları öğleden önce tamamlanmalı, mesai sonu beklenmemelidir.
- Acil serviste yatış bekleyen hasta varken servislere hiçbir şekilde yatış yapılmamalıdır.
- Elektif cerrahiler haftanın tüm günlerine eşit olarak dağıtılmalı, Pazartesi ve Cuma günlerine özellikle daha az vaka alınmalıdır.

ACEP Raporunda maliyetli olan ancak fayda getirebilecek çözümleri ise şöyle özetlemiştir:

- Tıbbi kayıt personeli sayısının arttırılarak hekimin yazı işinin azaltılması
- Hemşire ve destek personeli sayısının arttırılması
- Daha hızlı tanı testleri ve cihazlarının kullanılması, sayılarının arttırılması
- İmtiyazlı hemşireler tanımlanması ve bu hemşirelere yoğun saatlerde acil serviste triyajdan bazı testleri isteme yetkisi verilmesi

- Hızlı bakı (fast track) birimleri oluşturulması
- Triyajın hekimler tarafından yapılması, ancak bu çözümün işler olması için hastaların yönlendirilebileceği randevusuz ve acile özel günlük poliklinik sıraları ile mesai sonrası bakı birimleri kurulması

ACEP'e göre faydasız hatta zararlı olan çözümler ise şöyledir:

- Acil servislerin büyütülmesi ve hastaneye ek yatırım ve yatak sağlanmaksızın yeni acil servisler açılması
- Servislerde yatak boşaltmak için hastaların ayrıca tutulduğu ara taburculuk bekleme salonları
- Kat hekimleri ya da dahiliye hekimlerinin katlarda görevlendirilmesi suretiyle taburculuk sürelerinin hızlandırılmaya çalışılması
- Ambulansların kabul edilmemesi ya da başka merkezlere yönlendirilmesi

Sağlık Müdürlüğü önerilerinden yola çıkarak hazırlanan etkin bir Tam Kapasite Protokolü Stony Brook Üniversitesinde Dr. Viccellio tarafından 2006 yılında uygulanmaya başlanmıştır. ACEP Raporuna da temel oluşturan bu protokolün tam metni EK 1'de yer almaktadır (31).

Bu protokolün özellikleri şu şekildedir:

- Gözlem ya da akut bakım alanlarına ilk bakı alanlarından hasta gönderilmek istendiğinde boş sedye yoksa aktif hale gelmektedir.
- Hastalar kendi birimlerinden (örneğin, Dahiliye) boş yatak varsa önce oraya, yoksa uygun ikinci seçenek birimlerdeki (örneğin, KBB) yatağa alınırlar. Bunlar da müsait değilse kendi birimindeki koridor, o da doluysa başka birim koridorlarına çekilirler.
- Koridorda hastası olan birimler elektif cerrahi ve yatış yapamaz.
- Tüm hastane koridorları doluysa Acil Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü bilgilendirilerek ambulans kabulü kapatılır. Buna rağmen acil servis dolarsa akut hal dışı ayaktan hasta kabulü ve poliklinik hizmetleri kapatılır.
- Koridorlar için aday olan hastalar hafif-orta risk faktörlerine sahip hastalar olmalıdır.
- Pediatrik yataklara erişkin hasta ya da tam tersi yatış mümkündür.
- Monitörize hastalar acil tıp hekimi onayıyla başına bir monitör konulmak suretiyle koridorlarda takip edilebilir.
- Rutin yataktaki hastalar acil servisten gelecek hastalara yer açmak için koridorlara alınamaz
- Ara YBÜ ve YBÜ'nde yer açmak için koridora hasta çıkarılamaz
- Tüm koridorlar dolu, YBÜ dolu ve acil serviste yatış bekleyen YBÜ hastası varsa boşalan ilk yatağa YBÜ'nden çıkan hasta geçer
- Ara ya da Tam YBÜ gerektiren, ventilatördeki, negatif basınçlı oda gerektiren, 4 L'den fazla oksijen ihtiyacı olan, aspirasyon gerektiren, ağır ishal ya da inkontinansı olan hastalar koridora alınamaz
- Negatif basınçlı oda gerektirmeyen ancak izolasyon gerektiren hastalar koridorlara alınabilir.
- Acil servisten koridora verilecek hasta kalmadığında acil servis sorumlu hekimi, hemşiresi ve hastane yatak koordinatörünün oybirliğiyle protokol sonlandırılır.

iv. Tam Kapasite Protokolünün Sonuçları

Bu protokol uygulanmaya başladıktan sonra elde edilen verileri araştıran Innes ve arkadaşlarının çalışmasına göre, takip edilen süre içinde acil servis hasta sayısı %1,2; kritik hasta sayısı %5,7; ambulans sayısı %1 artmasına rağmen bekleme odasında görülen advers olaylar %28 azalmış, ortalama yatamayan hasta sayısı 12,5'dan 7,9'a düşmüş, her gün için ek 110 saat boş acil servis yatak-saati kazanılmış, muayene bekleyen hastaların toplam bekleme süresi 113 saat azalmıştır. Dahası acil serviste ortalama yatış süresi 18,9 saatten 13,9'a inmiş ve hastanede servis hastalarının yatış süresi ortalama 1 gün kısalmıştır. Yılda 41 bin saat ek sedye zamanı kazanılmıştır (32). 4 yıllık takip sonunda toplam 55062 yatışın sadece 2042'si tam kapasite protokolü çerçevesinde (%4) gerçekleşmiş olup Viccellio'ya göre protokolün esas etkisi yatan hasta sayısında değil servislerde boş yatakların kullanım şekli ve algısındaki değişim ile birimler üzerinde yarattığı baskıdır (33). Bu süre zarfında, acil serviste yatamayan hastaların koridora yatırıldıklarında ¼'ünün hemen, ¼'ünün 1 saat içinde, ½'sinin de 8 saat içinde yataklara geçtikleri görülmüştür. Sedyede takip edilen hastaların mortalitelerinde ya da YBÜ yatış oranlarında herhangi bir fark gözlenmemiştir.

Tam kapasite protokolü, birimleri kendi yataklarına hasta yatırma ve servis yataklarının devir daimi konularında zorlamakta ve daha verimli çalışmaya itmektedir. Protokol çalıştırılmaya başladıktan sonra koridorlara gönderilen hastaların ¼'ünün sedyeye bile geçmeden servis yatağına yatması, protokollerin olmadığı durumda birimlerin pasif direnç gösterdiğinin en büyük kanıtıdır.

5. Sonuç

Acil servis kalabalığını azaltmak için onlarca yöntem ve süreç incelenmiş olup en etkili faktörün hastane yataklarının hızlı boşaltılması ve acil serviste yatamayan hasta kalmaması olduğu gösterilmiştir.

Acil servisler 7 gün 24 saat tam bir hastaneymiş gibi davranacağına hastaneler bir acil servis gibi çalışmalıdır. Bu sebeple tam kapasite protokolü her hastane için uygulanarak birimler üzerinde yatış ve taburculuk baskısı oluşturulmalı ve gerekli yatırımların ardından haftanın her günü çalışan hastanelere geçilmelidir.

Referanslar

1. American College of Emergency Physicians. Crowding. Ann Emerg Med. 2006;47:585.
2. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med. 2003;42(2):173-80.
3. Urgent Care Association of America. "2012 Urgent Care Benchmarking Survey Results." Urgent Care Industry Information Kit. 2013. Dosya: http://www.ucaoa.org/docs/UrgentCareMediaKit_2013.pdf
4. İnternet sayfası: http://www.urgentcarenews.com/June2011/bcbs.php Erişim tarihi: 12.10.2013
5. İnternet sayfası: http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx Erişim tarihi: 12.10.2013
6. Andersen AS, Laake P. A model for physician utilization within 2 weeks: analysis of Norwegian data. Med Care. 1987;25:300-310.
7. Lambe S, Washington DL, Fink A, et al. Trends in the use and capacity of California's emergency departments, 1990-1999. Ann Emerg Med. 2002;39:389-396.
8. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, et al. Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. JAMA. 2003;289:1042-1046.
9. Rask KJ, Williams MV, McNagny SE, et al. Ambulatory health care use by patients in a public hospital emergency department. J Gen Intern Med. 1998;13:614-620.
10. İnternet sayfası: http://yenisafak.com.tr/ekonomi-haber/hastaneye-basvurularin-dortte-biri-acil-servislere-15.02.2013-486112 Erişim tarihi: 13.10.2013
11. İnternet sayfası: http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm Erişim tarihi: 13.10.2013
12. Sprivulis P, Grainger S, Nagree Y. Ambulance diversion is not associated with low acuity patients attending Perth metropolitan emergence departments. Emerg Med Australas. 2005;17:11-15.
13. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, et al. Characteristics of frequent users of emergency departments. Ann Emerg Med. 2006;48:1-8.
14. Weber EJ, Showstack JA, Hunt KA, et al. Are the uninsured responsible for the increase in emergency department visits in the United States? Ann Emerg Med. 2008;52:108-115.
15. Report Card Task Force Members; ACEP Staff. America's emergency care environment, a state-by-state Report Card: 2014 edition. Ann Emerg Med. 2014 Feb;63(2):97-242. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.11.024.
16. Optimizing Emergency Department Throughput: Operations Management Solutions for Health Care Desician Makers. Eds: John M. Shiver, Davit Eitel. 2010. CRC Press.
17. Scheuermeyer F, Christenson J, Innes G, et al. Safety of assessment of patients with potential ischemic chest pain in an emergency department waiting room: a prospective comparative cohort study. Ann Emerg Med. 2010;56:455-462.
18. Kellermann A. Waiting Room Medicine: Has it really come to this? Ann Emerg Med. 2010;56:468-471.
19. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. Ann Emerg Med. 2008 Aug;52(2):126-36.
20. Schneider SM, Gallery ME, Schafermeyer R, et al. Emergency department crowding: a point in time.Ann Emerg Med. 2003;42: 167-172.
21. Fatovich DM, Nagree Y, Sprivulis P. Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia.Emerg Med J. 2005;22:351-354.
22. Cooke MW, Wilson S, Halsall J, et al. Total time in English accident and emergency departments is related to bed occupancy.Emerg Med J. 2004;21:575-576.
23. Schull MJ, Szalai JP, Schwartz B, et al. Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring: trends at twenty hospitals over ten years.Acad Emerg Med. 2001;8: 1037-1043.
24. Forster AJ, Stiell I, Wells G, et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition.Acad Emerg Med. 2003;10:127-133.

25. Hwang JI. The relationship between hospital capacity characteristics and emergency department volumes in Korea. Health Policy. 2006;79:274-283.
26. Warden CR, Bangs C, Norton R, et al. Temporal trends in ambulance diversion in a mid-sized metropolitan area. Prehosp Emerg Care. 2003;7:109-113.
27. Sun BC, Mohanty SA, Weiss R, et al. Effects of hospital closures and hospital characteristics on emergency department ambulance diversion, Los Angeles County, 1998 to 2004. Ann Emerg Med. 2006;47:309-316
28. Baumann BM, Chansky ME, Boudreaux ED. Holding admitted patients in the emergency department is most highly correlated with longer patient throughput times. Acad Emerg Med 2004;11:453.
29. Liu S, Hobgood C, Brice JH. Impact of critical bed status on emergency department patient flow and overcrowding. Acad Emerg Med. 2003 Apr;10(4):382-5.
30. ACEP Task Force Report. Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions. 2008
31. İnternet adresi: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/toolkits/toolkits/2006/rwjf55054
32. Innes GD, Grafstein E, Scheuermeyer F, et al. Impact of an overcapacity care protocol on emergency department and hospital access block. CJEM 2008;10:258.
33. Viccellio A, Santora C, Singer AJ, et al. The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. Ann Emerg Med 2009;54:487-91.

EK 1. Stony Brook Tam Kapasite Protokolü

	ADMINISTRATIVE POLICIES & PROCEDURES MANUAL CODE: LD:0065 RE-REVIEW DATE: (Assigned by Policy Review Committee)	
SUBJECT Full Capacity Protocol		
RESPONSIBLE DEPARTMENT,DIVISION OR COMMITTEE: Medical Director's Office		
EFFECTIVE DATE ORIGINAL POLICY:	EFFECTIVE DATE REVISED POLICY: 2/22/2001	SUPERSEDES POLICY NUMBER:
	LAST REVIEW DATE: 6/15/06	DATED:

SUBJECT: SBUH staff facilitates the admission of patients held in the Emergency department awaiting Acute Unit Bed assignments through utilization of the Full Capacity Protocol.

SCOPE: Hospital wide

PURPOSE: To facilitate the admission of patients held in the Emergency Department awaiting Acute Unit Bed Assignment.

POLICY: When a patient requires admission to an Acute Care Unit from the Emergency Department and that area cannot accommodate the patient because of lack of sufficient beds, the patient will be admitted to the next most appropriate bed. In the event appropriate hospital bed utilization has been maximized, and the number of admitted patients holding in the Emergency Department has prohibited the evaluation and treatment of incoming patients to the Emergency Department in a timely fashion, the admitted Emergency Department patients already awaiting in house acute care bed assignments will be admitted to acute care unit hall beds.

The Bed Utilization Coordinator will facilitate this policy. When unavailable the house wide and will assume responsibility and assign hall beds in conjunction with the Bed Control Supervisor. On nights and weekends the ADN on duty serves this role.

The placement of patients to hall beds will be implemented by the Bed Utilization Coordinator only after the Emergency Department Attending Physician, the Charge Nurse and the Bed Utilization Coordinator have declared the need to implement Full Capacity Protocol. The decision of patient placement by the Bed Utilization Coordinator after discussion with the Emergency Department Attending physician (if indicated) shall be binding.

If hall bed placement has been maximized and the Emergency Department is still overcrowded the Chief Executive Officer, Chief Operating Officer and the Medical Director or their designees will be notified and make decisions on implementation regarding deferral of elective and urgent cases and Emergency Department Diversion.

FORMS: None

POLICY CROSS REFERENCES: Commissioner of Health Memo on Emergency Department Overcrowding dated December 11, 2000.

DEFINITIONS: Full Capacity Protocol identifies 'full capacity" when the main department of the ED is full and admitted (E.D.) patients are awaiting in-house placement..

All unoccupied acute floor beds should be utilized before Hall beds are used, where nurse competency permits such placement.

A. Patient Priorities for Hall Bed Placement:

1 Patients with minimal to moderate risk factor co-morbidity will be first considered for hall bed placement.
2.. Adults can be considered for a Pediatric Unit if a bed is available.

Telemetry patients will be assigned to hall beds only with approval of the Emergency Department Attending Physician and it has been confirmed that the receiving in - house unit has a telemetry box and a central monitoring slot.

B. Exceptions:

1. Patients on Acute Units ordinarily will not be moved to hall beds in order to make room for patients admitted from the Emergency Department.
2. Patients being transferred out of Intermediate Care or the Intensive Care Unit beds will not be placed in hall beds.
3. If hall bed utilization has been maximized and the ICU is full, and there is one or more ICU patients waiting in the Emergency Department, the next available floor bed will go to an ICU patient transferring out of ICU (not to a hall bed patient).
4. Any "exception" to the above will be with the individual approval of the Medical Director or designee.

PROCEDURE

A. Hall Patient Placement

1. The Emergency Department Attending Physician, Charge Nurse and the Bed

Utilization Coordinator will declare full capacity. If there is disagreement between the ED and the Bed Coordinator, the Medical Director or designee will be contacted for a decision.

2 The Bed Utilization Coordinator/house wide ADN will notify the Directors of Patient Care of the activation of the Full Capacity Protocol.

3. Nursing Staffing Office will notify the inpatient units that the E.D. Full Capacity Protocol is in effect and of the need to prepare for hall bed patients. Nurse Managers will be notified that Full Capacity Protocol has been implemented irrespective of that unit receiving a patient.

4. Patients admitted to hallways on in-patient units will be assigned, as possible according to service. Ordinarily no one unit will have more than two hall patients.

B. Hall Bed Exclusions**:**

Admitted Emergency Department patients that will not be placed in hall beds:

1. Patient requiring the Intermediate Care Unit or the Intensive Care Unit.

2. Vented patients

3. Patients requiring Negative pressure room. Patients with an isolation code, other than those requiring negative pressure, may be placed in hallways **only** with the approval of an Infection Control Practitioner.

4. Patients requiring 4 L or greater of oxygen.

5. Patients that require suctioning.

6. Patients that have diarrhea or are incontinent of stool are poor candidates for hall placement.

C. **Procedures for Discontinuation:**

1. Full Capacity Protocol may be discontinued when (1) The Emergency Department no longer needs hall bed placements or (2) The Emergency Department Attending, Charge Nurse and Bed Utilization Coordinator agree to stand down from the Protocol.

2. The Bed Utilization Coordinator/designee will notify the Nursing Staffing Office. The Nursing Staffing Office will notify all units.

D. Considerations for Patients Placed in Hallways

1. **Patients will be placed in areas that least obstruct traffic flow. (e.g.: stretcher alcoves, treatment rooms).**

2. **Patients will be placed, whenever possible, in areas with access to a bathroom.**

3. **A nurse call device, such s a wireless call bell (preferable) or hotel bell will be provided.**

4. **Curtains or privacy screens must be provided.**

5. **A written Evacuation plan, and plan for transport of patient in case of fire/fire drill must be established by units receiving these patients.**

6. **All patients held in inpatient hallways will be sent flowers after they are placed in an actual room. Admitted patients held in the ED >12 hours will be sent flowers once admitted to an impatient bed.**

   a) **The Nurse Manager or designee will secure a supply of Greeting cards and Vouchers from the QOWL administrative representative (call 4-1956).**

   b) **The Nurse Manager or designee will assign a staff member to bring one voucher to the Gift Shop and exchange the voucher for a flower arrangement.**

   c) **The flowers and card will be brought to the patient <u>after they have been moved out of the hallway to a designated inpatient bed.</u>**

   d) **Nurse Managers will renew their par levels of cards/vouchers by completing a "Flower Voucher" sign-out sheet. When all cards/vouchers are used, the sign-out sheet will be exchanged for a new set of cards/vouchers.**