



ACIL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI

SONUÇ RAPORU

Çalıştay Başkanı

Dr. Muhammed Bayram

Bilimsel Sekreteryaya ve Raportörler

Doç. Dr. Şervan Gökhan

Doç. Dr. Haldun Akoğlu

Uzm. Dr. Yusuf Ali Altuncı

12-13 MAYIS 2014

ANKARA

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

İçindekiler

GİRİŞ	3
AMAÇ	3
KATILIMCILAR VE YÖNTEM	4
1. KISIM: ACİL SERVİS GİRDİ FAKTÖRLERİ	6
Sorunlar Listesi	6
Çözüm Önerileri Listesi	7
2. KISIM: ACİL SERVİS SÜREÇ FAKTÖRLERİ	15
Sorun Listesi	15
Çözüm Önerileri Listesi	16
3. KISIM: ACİL SERVİS ÇIKTI FAKTÖRLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	26
Sorun Listesi	26
Çözüm Önerileri Listesi	28
4. KISIM: PERSONEL VE ÖZLÜK PROBLEMLERİ	32
Sorun Listesi	32
Çözüm Önerileri Listesi	32
SONUÇ	41
Komisyon Kurulmasına Karar Verilen Konular	41
EKLER	43
EK-1. ÇALIŞTAY KATILIMCI VE GÖREVLENDİRMELERİ LİSTESİ	43
EK-2. PROGRAM	46

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

GİRİŞ

AMAÇ

Acil sağlık hizmetleri toplum sağlığı hizmetlerinin en önemli yapıtaşıdır. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Dairesi tarafından yürütölen ve takip edilen bu hizmet uzun yıllar hastane öncesi ve hastane hizmetlerini beraberce yönetmekteydi. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun (TKHK) kurulması ile ölkemizden yer alan 1400'e yakın hastaneden 700 civarındaki kısmının Acil Servis ve Acil Tıp Klinikleri yönetsel açıdan bu kuruma bağlanmıştır. Ancak yakın bir zamana kadar Acil Tıp ve Acil Servis hizmetleri TKHK altında Hastane Hizmetleri Daire Başkanlığı altında diğer birimlerle beraber yürütölmekteydi. Acil Servis hizmetlerinde yaşanan sorunlar, şiddet, kalabalık, hekim memnuniyetsizliği, acil tıp asistanlığının tercih edilmemesi, istifalar gibi sebeplerin daha etkin şekilde çözüme kavuşturulması amacıyla TKHK Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'na bağlı olarak Sağlık Tesisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı kurulmuş ve göreve başlamıştır.

TKHK Sağlık Tesisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından 12-13 Mayıs 2014 tarihinde Ankara Gürkent Otel Toplantı Salonunda "Acil Servis Sorunları Çalıştayı" düzenlenmiştir. Amacımız, TKHK içerisindeki tüm paydaşlarımızı Türkiye Acil Tıp çalışanları ile buluşturarak sorunlar ve çözümler için önerilerini almak, yapılabirliklerini değerlendirmek ve önümüzdeki yıllar için bir yol haritası oluşturmaktır.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

KATILIMCILAR VE YÖNTEM

Çalıştay, TKHK Sağlık Tesisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın başkanlığında, TKHK, Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD), Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER), Üniversiteler, Eğitim Araştırma Hastaneleri ve 2. basamak Acil Servislerden hizmet sunan hekim temsilcileri ile 32 kişinin katılımıyla 12-13 Mayıs 2014 tarihlerinde Ankara'da gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların tam listesi EK-1'de, Çalıştay Programı EK-2'de yer almaktadır.

Çalıştay TKHK Sağlık Tesisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Muhammed Bayram ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Şervan Gökhan'ın moderatörlüğünde açılmıştır. Çalıştay metodunun uygulanması ve kaydı için Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Haldun Akoğlu ve Ege Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanı Uzm. Dr. Yusuf Ali Altuncu Çalıştay Sekreterleri olarak görev almışlardır. Çalıştay öncesinde, moderatörler ve sekreteryaya tarafından çalışma yönteminin ve programın belirlenmesi için ön değerlendirme toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda yurtdışı örnekleri, yapılmış akademik yayınlar ve raporlar değerlendirilmiş ve belirlenen 6 ana başlık altında tüm sorunların toplanacağı planlanmıştır. Acil Tıp alanında görev yapan 2 ulusal dernekten dernek başkanları ile beraber 4'er temsilci bildirmeleri istenmiş, bunun dışındaki temsilciler ise halihazırda ve öncesinde çalıştıkları kurumlar ile derneklerin temsilcilerinin temsil ettikleri kurum ve şehirler değerlendirilerek ülkenin farklı yerlerinin ve farklı basamaktaki hastanelerin temsiline olanak verecek şekilde Daire Başkanlığı tarafından belirlenmiştir.

Çalıştay, programda (EK-2) belirtilen kısımlar halinde açılmıştır. Her kısım için temsilcilerden en önemli gördükleri 3 ila 5 sorunu yazılı bildirmeleri istenmiş, bu sorunlar tasnif edilerek heyetin öncelikleri sıralanmıştır. Ardından tasnif edilen sorunlar en çok bildirilenden başlamak kaydıyla listelenmiştir. Aynı sırayla her sorun için heyetten en etkin olacağını düşündükleri 3 ila 5 çözüm önerisi yazılı olarak alınmıştır. Bu çözüm önerileri de aynı şekilde tasnif edilerek her sorun için önerilen çözüm önerileri en çok bildirilenden itibaren listelenmiştir. Ardından her sorun başlığı tartışmaya açılmış ve moderatör yönetiminde irdelenmiştir. Her sorun için çözüm önerisi listesi ile ilgili karşıt görüş kalmadığında bir sonraki sorun listesi ile devam edilmiştir. Tartışmalı kalan ya da ayrıntılı çalışma gerektiren çözüm önerileri için komisyon

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

kurulmasına karar verilerek bu başlıklar ayrıca belirtilmiştir. Çalıştay, taslak sonuç raporu daire başkanlığına sunulmuş ve tüm çalışmanın sonucunda çalıştayın kesin raporu oluşturulmuştur.

1. KISIM: ACİL SERVİS GİRDİ FAKTÖRLERİ

Bu kısımda acil servis başvurularına etki eden faktörlerin tartışması yapılmıştır. Bu faktörler arasında uygun başvurular, uygunsuz başvurular, ambulanslar, iç ve dış sevkler, ve suistimaller yer almaktadır. Bu aşamadaki yaşanan sorunlar heyetle tartışılarak 6 ana başlıkta toplanmıştır:

Sorunlar Listesi

1. basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği sebebiyle hastaların acil servisleri tercih etmesi
- Hastane içi ve dışından acil servislere uygunsuz olarak yönlendirilen, diğer birimlerde sonuçlandırılması gereken hastaların acil servisler üzerinde yarattığı ek yük
- Kronik hasta bakım olanaklarının yokluğu sebebiyle bu hastaların acil servisler dışında alternatifinin olmaması
- Randevusuz bakım olanaklarının olmaması dolayısıyla bu şekilde hizmet veren tek yer olan acil servislere hastaların başvurmak zorunda kalması
- Adli vaka giriş-çıkış muayeneleri, enjeksiyonlar, pansumanlar, hastalık raporu alma, işbaşı kağıdı alma gibi acil olmayan durumların acil servis üzerinde yarattığı ciddi iş yükü
- Acil servis hizmetlerinin acil olmayan haller için diğer bakı birimlerine göre daha ucuz olması

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

Çözüm Önerileri Listesi

1. 1. basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği sebebiyle hastaların acil servisleri tercih etmesi

1.1. ASM'ler daha güçlü ve etkin hale getirilmelidir.

1.1.1. ASM'lerde mesai dışında hasta bakımı yapılmalıdır. Randevusuz ana bakım ünitesi olarak çalışması ve yeşil alan hasta yükünün ASM'lere kaydırılması gereklidir.

1.1.2. Enjeksiyon, pansuman, sonda takılması gibi basit tıbbi işlemlerin acil servisler yerine ASM'lerde yapılması gereklidir. **(Madde 5.2)**

1.1.3. ASM'lerde yapılan muayene, müdahale ve uygulamalardan katkı payı alınmayarak hastaların ASM'leri tercih etmesi teşvik edilmelidir.

1.1.4. ASM'lere baktıkları hasta sayısı üzerinden bir oran dahilinde 3. basamak hastanelere sevk sınırı getirilmeli, uygunsuz sevkler için negatif performans uygulaması yapılmalıdır.

1.1.5. Aile hekimlerine hizmet içi eğitim uygulaması yapılmalıdır.

1.1.5.1. Halihazırda eksik olan ÇİLYAD, İKYD ve benzeri eğitimler hızla tamamlanmalıdır.

1.1.5.2. Daha önce aile hekimliği yapmamış pratisyen hekimlere ASM'lerde çalışmaya başlamadan önce en az 6 ay acil serviste çalışmış olma zorunluluğu getirilmelidir.

1.1.6. Kamu spotlarıyla ASM'lerin bu hizmetleri ve katkı payı alınmayacağı net şekilde belirtilerek halk bilgilendirilmelidir.

2. Hastane içi ve dışından acil servislere uygunsuz olarak yönlendirilen, diğer birimlerde sonuçlandırılması gereken hastaların acil servisler üzerinde yarattığı ek yük

2.1. Dış Sevkler - Başka hastanelerden acil servislere yapılan sevkler

2.1.1. Sevk komisyonu etkin ve yaptırım gücü yüksek bir hale getirilmelidir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- 2.1.1.1. Bu başlık için yapılan tartışmalarda sevk denetleme kurullarının aktif olarak çalışmadığı (YÇ), bazı hastalık ve durumlar için sevk kural ve kriterlerinin olmadığı, mutlaka hazırlanması ve ilan edilmesi gerektiği (ii), hastaların hastanelerde servis ya da yoğun bakımlardan taburcu edilip acil servislere yönlendirildiği, bunun engellenmesi gerektiği (ŞAA) ifade edilmiştir.
- 2.1.1.2. Öneri olarak servis ya da yoğun bakımdan taburcu olan hastanın aynı ya da ertesi gün farklı bir hastane acil servisine başvurusu ya da poliklinikten yatışı olması durumunda ilk hastanedeki hizmetlerin faturasının tamamının SGK tarafından kapsam dışı bırakılması ve ilgili hastaneye rücu edilmesi getirilmiştir. Bu öneri özel hastane yoğun bakımlarından acil servislere yapılan taburculuklar ile hekimlerin görüşmesi ile sonucunda mutabakatla yapılan sevkleri kapsamamalıdır.
- 2.1.1.3. Birlik dışı yapılan sevkler kayıt altına alınarak sebepleri sorgulanmalıdır.
- 2.1.1.4. ASKOM'lara yaptırım yetkisi verilerek sorunların yerelde çözülmesi sağlanmalıdır.
- 2.1.1.5. Birleşik otomasyon sistemi kurularak hastanın tıbbi geçmişi, tedavileri ve önceki laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarının en azından aynı birlik ya da il içerisinde görülebilmesi sağlanmalıdır.
- 2.1.1.6. Çalıştay heyeti, bu önerinin kapsamının netleştirilmesi ve belirli hastalıklar için sevk kural ve kriterlerinin nasıl oluşturulacağına dair çalışma yapmak üzere **komisyon kurulmasına karar vermiştir.**

2.1.2. Hastaneler arası hasta sevki net tanımlanmalı ve işletilmelidir.

- 2.1.2.1. 112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) hasta sevki kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığı konusunda daha etkin kontrol yetkileriyle donatılmalıdır.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

2.1.2.2. Sevklerde hastanenin özelliklerini göz önünde bulundurularak gereğinde hastanın özelliğine göre (el yaralanması, kalp ve damar cerrahisi vb) sevklerin yapılabilmesi amacıyla belirli merkez acil servisler tanımlanmalı ve buna uygunsuz sevk istemleri reddedilmelidir.

2.1.2.3. Hastanelerin uygunsuz sevkleri (icapçı hekim olmasına rağmen icapçı hekim çağrılmadan hastanın üst basamak hastaneye sevk edilmesi, sevk edilen hastanede yatış endikasyonu konulmayan hastalar vb) sevkeden hastaneye negatif performans olarak yansıtılmalı ve sevk emrini imzalayan hekimden bu konuda yazılı olarak sevk sebebi sorulmalıdır.

2.1.2.4. 112 KKM'nin yapılan ambulans sevklerinin hepsini gitmekte olduğu hastaneye bildirmesi konusunda özenli davranılmalı, ekiplerin merkezle irtibata geçmeden hasta nakli gerçekleştirmemeleri sağlanmalıdır.

2.2. İç Sevkler - polikliniklerden tedavi, yatış ve basit işlemler için acil servislere yönlendirilen hastalar

2.2.1. Polikliniklerden yazılan enjeksiyon reçetelerinin uygulanması ve poliklinik hekiminin kısa süreli tedavi önerilerinin (oksijen-bronkodilatör tedavileri, kısa süreli IV infüzyonlar, IV demir preparatları verilmesi, rutin transfüzyonlar vb) uygulanması için hastane içerisinde ilgili branş hekiminin takip edebileceği acil servis dışında ara bakım / gününbirlik bakım birimleri oluşturulmalı ve bu hastaların iç sevk yükü oluşturması önlenmelidir. Bu amaçla ASM'ler de aktif olarak kullanılabilir. **(Madde 5.2)**

2.2.2. Tüm polikliniklere KHK'dan acil servislere iç sevklerin engellenmesi için bir düzenleme ve uyarı yazısı gönderilmelidir.

2.2.3. Poliklinikten görülen hastaların acil servisten tetkik edilmesi ve yatış için gönderilmesi engellenmelidir. Bu hastaların tetkik ve tedavileri ilgili branş hekimi tarafından ya yatırılarak ya da oluşturulacak ara bakım / gününbirlik tedavi üniteleri üzerinden sağlanmalıdır. Yer olmadığı gerekçesiyle poliklinik

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

hastalarının acil servise gönderilmesi yerine yer bulunana kadar bu hastalar ilgili branşın servisinde takip ve tedavi edilmelidir.

3. Kronik hasta bakım olanaklarının yokluğu sebebiyle bu hastaların acil servisler dışında alternatifinin olmaması

3.1.1.Kronik hastaların rutin işlemleri (parasentez, torasentez, sonda değişimi, pansuman değişimi vs) için hastanelerde gününbirlik tedavi bakım üniteleri oluşturulmalı, aynı zamanda ASM'lerin de bu tip işlemleri yapması zorunlu hale getirilmelidir. Eğitim açısından da aile hekimliği kuvvetlendirilmeli

3.1.2.Evde bakım hizmetleri güçlendirilerek kronik bakım hastalarının bu tip tedavilerini evde almaları sağlanmalıdır.

3.1.3.Kamu spotlarıyla halkın bu hizmet hakkında bilinçlenmesi sağlanmalıdır.

4. Randevusuz bakım olanaklarının olmaması dolayısıyla bu şekilde hizmet veren tek yer olan acil servislere hastaların başvurmak zorunda kalması

4.1. Hastanelerde mesai dışı poliklinikler açılması için mesai kaydırması yapılmalı, acil poliklinik tanımı kaldırılmalıdır.

4.1.1.Hastaneler bünyesinde belirlenen polikliniklerde vardiya sistemine geçilmelidir. Bölgesel hasta sayısı dağılımı gözetilerek yoğun başvuru olan branş polikliniklerinin hem gündüz sayısı artırılmalı hem de mesai kaydırması suretiyle yoğun saatlerde çalışmaları sağlanmalıdır. Bu polikliniklerde çalışan hekimler o branşta o günün nöbetçilerinden farklı kişiler olmalıdır. Aynı paraya insanların çalışması beklenmemeli, bu sebeple çalışmıyor vardiya sistemi

4.1.2.Hastane içi mesai dışı poliklinik hizmeti esnasında laboratuar ve görüntüleme hizmetlerinin de acil servis dışında devam etmesi sağlanmalıdır.

4.1.3.Randevusuz başvurular için hastane idaresi acil servis dışı alternatif çözümler üretmelidir, acil poliklinik tanımı kaldırılmalıdır. Aile hekimleri için hastane içinde poliklinik imkanı sağlayarak, hem laboratuar tetkik istemlerini hem de gerekli konsültasyonları isteyebilmelerine olanak sağlanabilir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- 4.2. Aile hekimleri ASM'lerde mesai dışında da randevusuz hasta bakım hizmeti vermelidir. Bölgesel nöbetçi ASM
- 4.3. Acil servisten taburcu olan hastaların kontrol için başvurularına randevusuz öncelik tanınmalı, bu hastaların tekrar tekrar acil servislere başvurması önlenmelidir. Acilden çıkarken kontrol randevusu ayarlanıp günü alınarak çıkmalıdır.
- 5. Adli vaka giriş-çıkış muayeneleri, enjeksiyonlar, pansumanlar, hastalık raporu alma, işbaşı kağıdı alma gibi acil olmayan durumların acil servis üzerinde yarattığı ciddi iş yükü**
- 5.1. Acil olmayan Adli Giriş-Çıkış muayeneleri sebebiyle diğer hastaların beklemesi şiddet ve kalabalıklığa katkı sağlayan en önemli unsurlardandır.**
- 5.1.1. Adli Giriş-Çıkış muayeneleri acil servisler üzerinde çok ciddi bir yük olup bu muayaneler için aşağıdaki çözüm önerileri sunulmuştur:
- 5.1.1.1. Adliyelerde adli tabiplerce bu iş yürütülmelidir.
- 5.1.1.2. Hastane içerisinde acil servis personeli haricinde bir kişinin görevlendirilmesi suretiyle acil servis dışında bir nöbetçi adli tabip polikliniği açılmalıdır.
- 5.1.1.3. ASM'lerde aile hekimleri tarafından hem mesai hem de mesai dışında bu hizmet sağlanmalıdır.
- 5.1.1.4. Her il ya da ilçede acil servis çalışanı olmayan bir nöbetçi adli tabip belirlenmelidir. Büyük illerde 2-3 ana merkezde adli tabiplerle bu problem giderilebilir.
- 5.1.1.5. Belediye hekimlerinin adli rapor verebilmesi sağlanmalıdır.
- 5.1.2. Konunun çok yönlülüğü ve önemi sebebiyle önerinin netleştirilmesi maksadıyla çalıştay başkanının önerisiyle **bir komisyon kurulmasına karar verildi.**
- 5.2. Enjeksiyon ve pansumanların aşırı sayısı acil servisler içinde kalabalık ve şiddet sebeplerinin en önde gelenleridir.**

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

5.2.1. Enjeksiyon, pansuman, sonda takılması gibi basit tıbbi işlemler için acil servis dışında başka birimler kullanılmalıdır:

5.2.1.1. ASM'lerin mesai dışında da çalışması sağlanmalı ve tüm bu işlemler için ASM'ler mecburi kılınmalıdır. ASM'lerde yapılan muayene, müdahale ve uygulamalardan katkı payı alınmayarak hastaların ASM'leri tercih etmesi teşvik edilmelidir.

5.2.1.2. Hastane içi enjeksiyon ve pansuman sebepli iç sevklerin azaltılması amacıyla acil servis dışında poliklinik katlarında enjeksiyon ve pansuman poliklinikleri açılmalıdır. Mesai kaydırması yapılan polikliniklerin de kullanabilmesi için bu birimler gece de çalışıyor olmalıdır.

5.2.1.3. Polikliniklerden yazılan enjeksiyon reçetelerinin uygulanması ve poliklinik hekiminin kısa süreli tedavi önerilerinin (oksijen-bronkodilatör tedavileri, kısa süreli IV infüzyonlar, IV demir preparatları verilmesi, rutin transfüzyonlar, vb.) uygulanması için hastane içerisinde, ilgili branş hekiminin takip edebileceği, acil servis dışında ara bakım / gününbirlik bakım birimleri oluşturulmalı ve bu hastaların iç sevk yükü oluşturması önlenmelidir. Bu amaçla ASM'ler de aktif olarak kullanılabilir.

5.2.1.4. Aynı etkinlikteki oral tedaviler yerine komplikasyon ihtimali de olan enjeksiyon ile tedavilerinin tercih edilmesini azaltmak amacıyla "yazan-yapar" uygulamasına geçilmelidir. Hasta mağduriyetini engellemek için bu uygulama ASM'lerde yazılan enjeksiyon reçeteleri ASM'lerde yapılır şeklinde genellenmelidir.

5.2.1.5. Acil servislerde muayene kaydı olmadan enjeksiyon kaydı yapılması engellenmeli, dışarıda yazılmış reçetesi ile gelerek enjeksiyon yapılan hastalar için elektronik sistemde muayene kaydının ayrıntılı şekilde doldurulması zorunluluğu getirilerek enjeksiyon uygulamaları yönündeki heves kırılmalıdır.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- 5.2.1.6. Acil serviste tedavi amaçlı enjeksiyon ile reçete edilen enjeksiyonların kodları ayrıştırılmalıdır.
- 5.2.1.7. Yurtdışı çıkışlarda zorunlu olan aşılar, özel subkütan hormon uygulamaları vb acil olmayan enjeksiyon uygulamalarının yazan ilgili branş tarafından yapılması zorunluluğu getirilerek acil servisler üzerinden bu yük kaldırılmalıdır.
- 5.2.1.8. Dışarıda yazılan enjeksiyon reçetelerinin acil servislerde yapılması durumunda ilgili kodun geri ödemesi kaldırılmalıdır. Bu kod ile yapılan uygulama ASM'ler, ilgili poliklinik ve gününbirlik tedavi ünitelerinde ücretsiz olmalıdır. Bu uygulamanın işlerliği için mutlaka hastane içi enjeksiyon üniteleri çalışıyor olmalı ve ASM'lerin en azından gece yarısına kadar hizmet vermesi sağlanmalıdır.

6. Acil servis hizmetlerinin acil olmayan haller için diğer bakı birimlerine göre daha ucuz olması

6.1. Acil servis hizmetlerinin acil olmayan kısımlarından katkı payı alınması konusu çalıştay heyetince ayrıntılı olarak tartışılmıştır. 18-9 oranında katkı payı alınması yönünde görüşler yoğunlaşmıştır. Ancak konunun önemi sebebiyle ayrıntılı olarak çalışmak, gerekçeleri netleştirmek ve karar bu yönde olursa katkı payı esaslarını belirlemek amacıyla bir **komisyon kurulmasına karar verilmiştir.**

6.2. Komisyon kurulmasına sebep olan lehte ve aleyhteki çalıştay görüşleri şu şekildedir:

6.2.1. Katkı Payı alınsın

6.2.1.1. Katkı payı, sadece, yeşil alan ICD kodları arasından belirlenecek ve acil olmayan uygunsuz başvuru olarak kabul edilecek tanı koduna sahip hastalardan alınmalıdır.

6.2.1.2. Bu hastalardan acil servislerde tam katkı payı alınırken ASM'lerde katkı payı alınmayarak tanıya göre seviyelendirilmiş katkı payı sistemi uygulanmalıdır.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- 6.2.1.3. Acil olmayan uygunsuz başvurular için katkı payı en azından polikliniklerden daha yüksek olmalıdır.
- 6.2.1.4. Katkı payı alımı azdan çoğa doğru ASM, poliklinik, acil servis yeşil alan şeklinde derecelendirilerek düzenlenmelidir.
- 6.2.1.5. Bilgi işlem entegrasyonu ile sürekli acil servise uygunsuz başvuru yapan ve poliklinikleri kullanmayan kişilerin uygunsuz acil servis başvurularına provizyon verilmemelidir.
- 6.2.1.6. Yeşil alan hasta sayısı fazlalığı hastaneler için negatif performans olarak yansıtılarak hastane yönetimlerinin mesai dışı poliklinikleri kurması özendirilmelidir.
- 6.2.1.7. Hasta mağduriyetini önlemek amacıyla hastalar tek tanı kodu değil çift tanı kodu almalıdır. Öntanı ve Sontanı tanı kodlarının her ikisi birden uygunsuz yeşil alan ICD koduna sahip olan hastalardan acil serviste katkı payı alınırken poliklinik ve ASM'lerden alınmamalıdır.
- 6.2.2. Katkı Payı alınmasın
- 6.2.2.1. Hekimlik etiği açısından acil servislerden katkı payı alınması doğru değildir (YÇ)
- 6.2.2.2. Katkı payı alınması gerçek acil hastaların acile başvurmasını negatif yönde etkileyebilir.
- 6.2.2.3. Katkı payı miktarı sosyoekonomik düzeye göre planlanmalıdır.

2. KISIM: ACİL SERVİS SÜREÇ FAKTÖRLERİ

Bu kısımda acil servis içerisindeki süreçten kaynaklanan problemler ve çözümlerinin tartışması yapılmıştır. Bu aşamadaki yaşanan sorunlar heyetle tartışılarak 7 ana başlıkta toplanmıştır:

Sorun Listesi

1. Konsültanlar, İcapçılık ve klinikler arası iletişim sorunları: konsültasyon standardı, mevzuatı ve kalite denetlemesi olmaması sebebiyle konsültanların keyfiyetine göre hareket edilmekte, konsültasyonlar uzamakta, notlar eksik, yönlendirici, hatalı ve standart dışı yazılmakta, sonradan değiştirilmekte, yatışların geciktirilmesi için tekrar konsültasyon önerisi (re-konsültasyon) bir araç olarak kullanılmaktadır. İcapçı hekimler acil servis konsültasyonlarına gelmemekte, pratisyen hekimlere baskı yaparak hastaları sevk ettirmekte, görse bile yatırmamaktadır. Ayrıca çoğu 2. basamakta uzman branş nöbetleri eksik olup hiçbir havuz nöbetçisi hekim kendi branşı dışında hastayla ilgilenmemektedir. Tüm bunlar hasta bakım kalitesi düşmekte, acil servis bekleme süresi uzamakta ve şiddet sebeplerinden biri haline gelmektedir.
2. Triyaj süreci mevzuatı ülke gerçekleriyle örtüşmemektedir. Paralel tedavi olanaklarıyla Triyaj uygulamasının etkileşimi olmaması yüzünden etkinliği yetersizdir.
3. Acil servislerin mimari/fiziki şartları, cihaz/donanım envanteri ve personel yetkinliği ile sayısı yetersizdir. Acil servis standartları güncel değildir ve ciddi eksiklikler vardır. Buna rağmen çoğu hastane yönetimi bu standartları bile uygulamamaktadır.
4. Radyoloji ve Laboratuvar hizmetlerindeki her türlü gecikme ve yetersizlik direk olarak acil servis kalabalıklığına etki etmektedir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

5. Mevzuat net olmayan ifadeler içermesinden ötürü çoğu konuyu hastane yönetimlerinin keyfiyetine bıraktığından standart yakalanamamaktadır. Ayrıca mevzuatta verilen haklar fiilen uygulanmamaktadır.
6. Özel hastaların bakımı için acil servislerin hiçbir altyapısı yoktur.
7. Acil servis asistanlarının istifaları, ihtisasın tercih edilmemesi, hekim memnuniyetsizliği ve can kayıplarının en önemli sebebi ve acil servisin en önemli sorunu olan şiddet bu çalıştayda görüşülen tüm sorunlardan beslenen bir süreçtir.

Çözüm Önerileri Listesi

1. Konsültanlar, icapçılık ve klinikler arası iletişim sorunları için çözüm önerileri

1.1. Konsültasyonlar ve klinikler arası iletişim sorunları için çözüm önerileri

1.1.1.Konsültasyon notunun içeriği, sürecin yönetimi ile konsültanın yetki ve sorumluluklarını belirleyen ayrıntılı bir mevzuat mutlaka çıkarılmalıdır. Bu mevzuat ile konsültasyona en geç yanıt verme süreleri, hangi hallerin yanıtlanmış bir konsültasyon olarak kabul edileceği, notun içeriğinde yer alabilecek ve alamayacak hususlar (konsültanın öneride bulunmayıp konsültasyon istemesi vb), mutlaka net bir karar içermesi gerekliliği (yatış, taburculuk, sevk, kontrol vb), konsültanın yetkilerinin sınırları ve sorumlulukları net bir biçimde belirtilmelidir. Acil servis ve yataklı servis konsültasyonları bu mevzuatta hem içerik, hem şekil, hem de puan yönünden birbirinden tamamen ayrılarak tanımlanmalıdır.

1.1.2.Hastanın acil servis içinde kalış süresinin konsültasyonda geçen süreye oranı o birimin etkinlik faktörü değerlendirmesinde yer almalı ve negatif performans ile engellenmelidir.

1.1.3.Tekrar konsültasyon (belli takip ve tedavilerin ardından x saat sonra yeniden danışılması orderı) için sabit bir üst saat sınırı (2-4 saat) getirilmeli, bu orderın ardarda tekrarlanması engellenerek hastanın yatışı sağlanmalı,

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

yatamayan hasta durumunda (yer yokluğu) tüm takip (ya da sevk) sorumluluğu konsültanda olmalıdır. Hastanelerde işler hale getirilmeli. Hasta acil serviste kalıyor ancak sevk işlemleri esnasında olsun, bakım ve hizmet işlemleri esnasında olsun sorumluluk paylaşımı olmuyor.

1.1.4. Eğer konsültan hastayı belirli bir süre içerisinde yatırmaz ya da taburcu etmez ise sevk edilmesine karar vermiş sayılmalı ve sorumluluğu tamamen kendisine bırakılmalıdır. Konsültan bu durumdaki hastaların takip sorumluluğunu üstüne almalıdır.

1.1.5. Her hastanenin basamağına göre konsültasyon yönergesi oluşturulmalıdır.

1.1.6. Hastaneler arası konsültasyon geliştirilmeli, dal hastanelerinde konsültasyon sıkıntısının giderilmesi sağlanmalıdır. Bu problem ancak dal hastanelerinin kaldırılması ile sağlanabilir.

1.1.7. Konsültan iletişimde sabit telefon dışı etkin bir yöntem seçilmeli ve kullanımı zorunlu tutulmalıdır (tablet, çağrı sistemi, mobil telefon vs).

1.1.8. Konsültanlara zorunlu iletişim becerisi eğitimleri verilmedi.

1.1.9. Eğitim kliniklerinde de konsültasyonların uzman düzeyinde yapılması mevzuatla zorunlu tutulmalıdır. Uzman tarafından görülmeyen konsültasyon geçersiz sayılmalıdır. Acil Tıp hekimleri uzman tarafından yapılmayan konsültasyonları tutanak altına aldıklarında net yaptırım olan cezalar mevzuatla tanımlanmalıdır.

1.1.10. Konsültasyonun elektronik ortamda acil tıp hekimi tarafından görülerek kilitlenmesi (imzalanması), sonradan konsültan tarafından değiştirilememesi mevzuatla güvence altına alınmalıdır.

1.1.11. Klinikler arası konsültasyon prosedürleri yazılmalıdır. Acil servis içi klinik algoritmaların işleyiş şemaları oluşturulmalıdır. Algoritmaların uygulanması önemli. Bazı durumlarda

1.2. İcap ve branş nöbeti ile ilgili sorunlar için çözüm önerileri

1.2.1. Havuz nöbet sistemi gözden geçirilmeli, icap nöbeti kaldırılmalı, merkez hastanelerde toplu ve hastanede sabit nöbetçilerin yer alması sağlanmalıdır.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

1.2.2. İşlevsel 2. basamak hastaneler oluşturulmalı ve seviyelendirmeler donanıma göre değil hekim sayı ve yeterliliğine göre tanımlanmalıdır.

1.2.3. Preklinik branşlara acil serviste hekim nöbeti yazılmamalıdır.

2. Triage

2.1. Triage'nin amacı yüzlerce başvuruyu tamponlamak veya acil olmayanları ayırmak değil acil hastaların triyajıdır ve önceliklendirilmesidir (CÖ).

2.2. Triage personeli tanımı güncellenmeli ve eğitimi yeniden tanımlanmalıdır

2.2.1. Triage eğitimleri tam yapılmalı, eğitim almış triyaj personelinin yeri değiştirilmemeli, tecrübeli personelin triyaj yapması sağlanmalıdır.

2.2.2.3. basamak hastanelerde triyaj personeli tanımı eğitilmiş ATT ya da hemşire triyajı yapılması şeklinde mevzuatta düzeltilmelidir. Hekim triyajı zorunluluğu kaldırılmalıdır.

2.2.3. ATT'lerin acil servislerde dışında herhangi bir birimde görevlendirilmesi mevzuatla engellenmelidir.

2.2.4. Triage sağlık meslek yüksekokulları kurulmalıdır.

2.2.5. Kampüs hastanelerde örnek triyaj mimari planlaması yapılmalıdır.

2.3. Triage alanından hastanenin diğer birimlerine hasta yönlendirmesi yapılabilmelidir.

2.3.1. Tüm polikliniklerde acil triyajından yönlendirilecek hastalar için belirli sayıda kontenjan ayrılması mevzuatla garanti altına alınmalıdır.

2.4. Triage uygulamasının bir gereklilik olduğu, acil olmayan hastanın acil serviste bekleyeceği, bekleme saatinin 4 saate kadar uzayabileceğini belirten "bekleyerek hayat kurtarabilirsiniz" temalı kamu spotu ve bilgilendirme çalışması yapılmalı ulusal triyaj skalası oluşturulup yayınlanmalıdır.

3. Acil servislerin mimari/fiziki şartları, cihaz/donanım envanteri ve personel yetkinliği ile sayısı yetersizdir. Acil servis standartları güncel değildir ve ciddi eksiklikler vardır. Buna rağmen çoğu hastane yönetimi bu standartları bile uygulamamaktadır.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

3.1. Acil servis standartlarını içeren tebliğ mutlaka güncellenmelidir.

3.1.1. Seviyelendirmeler

3.1.1.1. Fiziki yapısı yetersiz hastanelere ek görevler vermek ve seviyesini yükseltmek için zorlamak yerine uygun seviyesinde bırakılmalıdır. Fiziki yapı değişimi kolay olmayabilir, en azından bu hastanelerde cihaz seviyesi artırılmalıdır.

3.1.1.2. Seviyelendirme sisteminin güncellenmesi ve üst seviye hastaneler için 4. seviye oluşturulması konusu çalıştay heyeti tarafından tartışılarak sevk sistemini daha da bozacağı endişesinin yüksek olması, yapılan yatırımları atıl kılabilme ihtimali gibi sebeplerden ötürü olumsuz görüş bildirilmesine karar verildi.

3.2. Malzeme ve donanım eksikleri tamamlanmalıdır.

3.2.1.2. basamak ve taşradaki 3. basamaklarda acil servis standartları arasında yer alan malzeme ve donanımların (Ultrason cihazı, kan ısıtma cihazı, ETCO2 dedektörü, ventilatör vb) alımı konusunda hastane yöneticileri son derece isteksiz olup TKHK aracılığıyla bu eksiklerin tamamlanması sağlanmalıdır.

3.2.1.1. TKHK'nın hastane yönetimlerini uyarması, acil servis standartlarında yer alan donanım eksiklerini tamamlamaları için teşvik etmesi yönünde görüş bildirilmesine karar verildi.

3.2.2. Her seviyeye göre çok daha ayrıntılı ve yeni bilimsel gelişmelere göre güncellenmiş asgari donanım listesi oluşturulmalıdır. Eksik kalan donanımı tedarik etmeyen yönetimler teşvik edilmelidir.

3.2.3. Bölgesel ihtiyaca göre farklı hastane rolleri ve acil servis seviyelendirmeleri (ve donanımları) tanımlanmalıdır.

3.3. Acil servis mimarisi, bilimsel, bu işte uzman mimarlar ve acil tıp hekimleri ortaklığında bir komisyon ile yeniden yazılmalı, model acil servis mimarisi geliştirilmeli, eskiler bir mimar kurulu tarafından rehabilite edilmelidir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- 3.4. Çalıştay başkanının önerisiyle acil servis standartlarının güncellenmesi, yeni seviye parametre önerilerinin getirilmesi ve seviyelerine göre standart acil servis modelleri konularında çalışmak amacıyla bir **komisyon kurulmasına karar verildi.**
- 3.5. Hekim dışı acil servis çalışanlarının (hemşire, ATT, güvenlik, taşıma, hostes, hasta karşılama) donanım ve eğitimi iyileştirilmelidir.
- 3.5.1. En az 2 yıl meslek tecrübesi olmayan personel acil serviste görevlendirilmemeli, acil servis deneyimi olan personele ek haklar verilerek başka yerlerde görev alma tercihleri azaltılmalıdır.
- 3.5.2. Personel için standart temel eğitim (İKYD, TYD, vs) zorunlu olmalı, bunlar tamamlanmadan acil serviste görevlendirilmemelidir.
- 3.5.3.2. basamak çalışanları eğitim olarak bölgedeki 3. basamak hastane ile tam afile ve bağlı olmalıdır.
- 3.5.4. ATT ve hemşire sayıları acil servis standartlarında güncellenmeli, sayıları artırılmalı, standart eğitim ve mesleki tecrübe standartları arasında konulmalıdır. Tıbbi sekreter, güvenlik, hostes, hasta karşılama ve refakat personel iş tanımları yapılmalı ve acil servis standartlarına bunlarla ilgili net sayı kriterleri konulmalıdır.
- 4. Radyoloji ve Laboratuvar hizmetlerindeki her türlü gecikme ve yetersizlik direk olarak acil servis kalabalıklığına etki etmektedir.**
- 4.1. 2. ve 3. seviye acil servis standartlarına 24 saat radyolog hekim hizmeti zorunluluğu eklenmeli, sözel ve uzaktan yorum uygulaması kaldırılmalıdır.
- 4.2. Birlik içi, iller arası, ulusal ortak görüntüleme (PACS) teknolojisi oluşturulmalıdır.
- 4.3. Radyoloji hizmetlerinin hizmet alımı sisteminde çalıştırılması sonlandırılmalıdır.
- 4.4. Laboratuvar tetkik istemlerinde "rutin" uygulamasından vazgeçilmesi için hekimleri teşvik edici önlemler getirilmelidir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- 4.5. Laboratuvar ve radyolojik tetkik eksiklikleri nedeniyle yapılan sevkler geriye dönük değerlendirilmeli, sebeplerine göre gerekirse eksikliği gidermeyen yönetime baskı yapılmak üzere negatif performans uygulamasına geçilmelidir.
 - 4.6. Tetkik sonuçlandırma süreleri uluslararası standartlardan çok uzak olup denetlenmesi bağımsız denetçiler tarafından haber verilmeden gerçek uygulama koşullarında yapılmalıdır. Belirlenen bu sürelerin kısaltılması için hastane yönetimlerinin gerekli yatırımları yapmaları sağlanmalıdır.
 - 4.7. Hastanelerin acil servis seviyelendirmesi belirlenirken radyolojik tetkik ve laboratuvar donanımlarının da göz önünde tutulması gereklidir. Bazı tetkikler seçilerek (Bhcg, D-dimer, pro-bnp, kardiyak enzim vb gibi) 24 saat çalışılıyor olup olmadıkları, bu tetkiklerin ortalama teslim süreleri, ortalama radyoloji rapor (film değil) verme süreleri gibi parametreler de standartlar arasına alınmalı ve buna göre seviyelendirme yapılmalıdır. Acil servis istemleri tüm laboratuvar ve görüntüleme merkezlerinde öncelikli ve hastanenin diğer kısımlarından bağımsız olarak çalışmalıdır.
- 5. Mevzuat net olmayan ifadeler içermesinden ötürü çoğu konuyu hastane yönetimlerinin keyfiyetine bıraktığından standart yakalanamamaktadır. Ayrıca mevzuatta verilen haklar fiilen uygulanmamaktadır.**
- 5.1. 16/10/2009 tarih ve 27278 sayılı YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞİN güncellenmesi için **bir komisyon kurulması**, acil tıp hekimlerinin bu süreçte aktif rol almalarının sağlanması için öneride bulunulmasına karar verildi.
- 6. Özel hastaların bakımı için acil servislerin hiçbir altyapısı yoktur**
- 6.1. Çocuk acil tıp yandalı açılmalıdır.
 - 6.2. Özel hasta gruplarına yapılan acil servis işlem, muayene ve girişimlerine daha fazla performans puanı verilmelidir.
 - 6.3. Yeni özel dal hastaneleri açılmamalı, var olanlar da entegre edilmelidir.
 - 6.3.1. Bu hastanelerden yönlendirilen ve sadece o dala özel bakım verilmiş olan hastalar kalabalıklığa etki etmektedir. Bu hastaların unidisipliner şekilde ele

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

alınması doğru olmayıp multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedirler. Ağır ya da ağırlaşan hastada ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır.

6.3.2. Görüşler:

6.3.2.1. (DNÖ) Dal hastaneleri güçlendirilerek genel hastaneye dönüştürülmelidir. (ÖG, MO) Birbirine coğrafi olarak yakın dal hastaneleri Üniversite, Eğitim ve Araştırma Hastanesi ya da Devlet Hastanesi'ne entegre hastane olarak bağlanmalıdır. (SG) Uzmanlık eğitimi verilen dal hastaneleri asistan eğitiminin kalitesi için mutlaka 3. basamağa, vermiyorsa 2. basamak ya da 3. basamağa afiliye olmalıdır. (ŞA, DNÖ) Onkoloji hastaneleri de genel hastane kategorisinde planlanmalıdır.

7. Şiddet

7.1. Güvenlik önlemleri artırılmalıdır.

7.1.1. Acil servis içinde yeterli ve eğitilmiş güvenlik personeli çalıştırılmalıdır. **Madde 3.6'da** belirtilen eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

7.1.2. Acil servisin genel güvenliği polis tarafından sağlanmalıdır. Acil servislere yakın ya da karşılıklı polis karakolları açılmalıdır.

7.1.3. Acil servislerin girişinde metal dedektörü yerleştirilmelidir. Daha önce farklı hastanelerde benzer isteklerin reddildiği bilinmekte olup bu konu mevzuata eklenmelidir. Güvenlik kameraları vb. güvenlik önlemleri artırılmalıdır.

7.2. Sağlık Çalışanlarının Eğitimi

7.2.1. Sağlık çalışanlarının söylem ve eylemlerine dikkat ederek hasta, hasta yakını ve diğer sağlık çalışanlarına karşı kışkırtıcı ifadeler kullanmamaları için acil servis işleyişine hakim ve iletişim konusunda eğitim almış sağlık personeli tarafından iletişim becerileri (saldırgan hasta/hasta yakınına yaklaşım) eğitimleri düzenli olarak verilmelidir.

7.2.2. Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi hizmeti için sağlık eğitimi almış özel bir personel (hostes) yetiştirilmeli ve bu personel kalabalık acil serviste güvenlik

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

ile beraber hekim-hasta yakını iletişimine yardımcı olmalı, süreci yönetmelidir.

7.2.3. Bekleme alanları ferah, temiz ve konforlu olarak düzenlenmelidir. Bu alanlarda hasta yakınlarının sıvı ve gıda ihtiyaçlarını giderebilmeleri, yeterli oturma alanları gibi temel fonksiyonlar standart olmalıdır. Triyaj sonrası bekleme süreleri, bilgilendirme sıklığı, acil hastaların önceliği, acil olmayan vakaların öncelikli bakım alanının acil servisler olmadığı gibi konularda bilgilendirme afiş ve broşürleri bulundurulmalı ve varlıkları sıkı şekilde denetlenmelidir.

7.3. Cezaların Arttırılması

7.3.1. Sağlık personeline saldırı/hakaret suçlarından cezası kesinleşmiş kişiler, kesinleşen ceza süresince (hapis cezası dışındaki hallerde) sağlık bakım hakkı kısıtlanması yoluyla caydırılmalıdır. Bu kişiler ve yakınları kendilerini polis noktasında tanıtmadan ve yanlarında güvenlik personeli olmadan sağlık hizmeti alamamalıdır, elektronik provizyon sistemi bir uyarı ile bu işleme izin vermemelidir. Bu kişilerin hasta yakını olarak acil servislere girmeleri yasaklanmalı, ceza süreleri tıpkı yaklaşma yasağı halinde olduğu gibi uzamalıdır.

7.3.2. Şiddet uygulama durumlarında kişiler tutukluluk hali altında yargılanmalı ve bu durum caydırıcı etmen olarak gündeme getirilmeli, bilgilendirme afişleriyle duyurulmalıdır (tutuklu yargılanma).

7.3.3. Şiddete sıfır tolerans politikası aktifleştirilmeli, öncelik bu olmalıdır.

7.3.4. Sağlık çalışanlarına şiddet cezaları ciddi biçimde arttırılmalıdır.

7.4. Yönetimsel Önlemler

7.4.1. Şiddete maruz kalmış sağlık personelinin hukuki danışmanlığı genel sekreterlikçe desteklenmeli ve bu kişilerin tüm hukuki işlemlerini takip edecek bir birim kurulmalı, ücretsiz avukatlık desteği verilmelidir. Açılan davalar kurum tarafından takip edilmelidir. İstihdam edilen avukatlar sağlık hukuku açısından eğitilmelidir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

7.4.2. Beyaz kod başvurusu ya da şikayetleri hastane yönetimleri tarafından engellenmemelidir. Bu durumda sağlık çalışanlarının hastane yönetimlerini şikayet edebilecekleri birimler oluşturulmalıdır.

7.4.3. Şiddetin fizikselden ayrı sözel olarak da gerçekleşebileceği mevzuat içerisinde yer almalı ve cezai müeyyide getirebileceği belirtilmelidir.

7.4.4. Kurumlar sağlık çalışanlarını gözetecek şekilde tedbirler alabilmeli, alınacak tedbirlerin başka hassasiyetler ile çelişmesi durumunda öncelik çalışan güvenliği olmalıdır (yüksek masa önleri, kalın ufak pencereli kapılar vs).

7.4.5. Sağlık çalışanları üzerindeki SABİM baskısı azaltılmalıdır. SABİM üzerinden eleme yapılmadan ve konuya hakim olmayan kişilerce sağlık çalışanlarını suçlayıcı şekilde yapılan aramalar engellenmelidir. Sağlık çalışanlarının işlerini bırakarak SABİM çağrılarına yanıt vermek zorunda bırakılması engellenmelidir. SABİM görüşmeleri neticesinde Acil Tıp asistan intiharları gerçekleştiği unutulmamalıdır.

7.4.6. Şiddet maruziyetinin radyasyon maruziyeti gibi bir yıpranma olarak değerlendirilmelidir.

7.4.7. Görüşler:

7.4.7.1. (BA) Yapılan hasta şikayetleri düzgün şekilde takip edilmeli ve geri bildirimlerde bulunulmasıyla sayesinde hasta yakını memnuniyeti arttırılmalıdır.

7.5. Toplumsal Bilinç

7.5.1. Afiş, bröşür, kamu spotu gibi bilgilendirme araçları kullanılmalıdır.

7.5.2. Siyasi otoritenin sağlık çalışanına sahip çıkan söylemlerde bulunması sağlanmalıdır.

7.5.3. Medyada sağlık konusunda olumlu tutumun sergilenmeli, haberlerin etikliğinin değerlendirilmesi ve sorgulanması gereklidir. Medyada sağlık çalışanlarını hedef alarak ve problemin doğasını incelemeyen haber yapanlar hakkında halkı kışkırtmak ve nefret suçlarından yargılama yolu

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

açılmalıdır. Medyada yer alan yazılı şiddeti ihbar edecek bakanlık takipli bir hat kurulmalıdır.

3. KISIM: ACİL SERVİS ÇIKTI FAKTÖRLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Bu kısımda acil servis süreci tamamlanan hastaların sağlık sisteminin diğer birimlerine yönlendirilmesi, taburculuk ve yatışlarıyla ilgili problemler ve çözümlerinin tartışması yapılmıştır. Bu aşamadaki yaşanan sorunlar heyetle tartışılarak 4 ana başlıkta toplanmıştır:

Sorun Listesi

1. Yatamayan hasta (yatışı verilmiş ancak acil serviste kalan hastalar)
2. Sevk sorunları
3. Branşlar arasında kalan ve sahiplenilmeyen multidisipliner hastalar
4. Taburculuk

1. Yatamayan hasta (yatışı verilmiş ancak acil serviste kalan hastalar)

- 1.1. YBÜ/servis yatak sayısı yetersizliği, 1. ve 2. yoğun bakım sayısının yetersizliği, yoğun bakım yatış endikasyonlarının kişiye bağlı olması, keyfi hareket edilmesi,
- 1.2. Yatış endikasyonu ve yatamayan hasta konularında hiçbir branşın üstünde baskı hissetmemesi dolayısıyla keyfi ve etik dışı uygulamaların rutin hale gelmiş olması, hastayı takip etmek istemeyen hekimlerin keyfi sevk kararı vermeleri ve tüm sorumluluğu acil hekimlerine bırakmaları, yatak yokluğunun acilden hasta almama bahanesi olarak kullanılması, bu sebeple hastaların yatak boşaltmamak için özellikle taburcu edilmemesi,
- 1.3. Hastanedeki tüm yatakların ortak kullanıma açılmaması, üniversitelerde hoca yatağı sorununun devam etmesi, acil servise yatış önceliği verilmemesi, ATU yatış yetkisinin çalıştırılmaması, acil serviste yatış bekleyen hasta varken polikliniklerden hasta yatırılması, evden hasta çağırılması hatta dış merkezden sevk kabul edilmesi Hastane

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

yönetimlerinin bu konulardaki yönetmelikleri işletmemesi, acil servis çalışanları tarafından tutulan ilgili tutanakları işleme koymaması,

1.4. Diğer branşların hastayı yatırmak (ve epikriz yazmamak) için acil serviste takip etmeye çalışmaları, yatırılacak hastalara yatış vermeden önce elektif işlem ve tetkiklerini acil servisten tamamlatmaya çalışmaları, hastane yönetimlerinin bunu engellememesi hatta teşvik etmesi,

1.5. 2.basamakta servise yatırılacak hastaların havuz nöbeti sebebiyle doktor olmaması bahanesiyle yatırılmayıp sevk edilmesi (kat doktoru olmaması), 2. basamak hastanelerin boş yataklarına aynı gerekçelerle diğer hastanelerden yatış ve basit ameliyatlar için hasta kabul edilmemesi,

2. Sevk sorunları

2.1. Hastaneler arası yatış iletişiminin olmaması, 2. basamakların boş yataklarının 3. basamak tarafından kullanılmaması

2.2. 112 KKM'nin büyük illerde hastaneler arası yatış amaçlı sevkler için ambulans temin etmemesi

2.3. Sevke karar veren hekimin hastanın sevkine kadar hiçbir tedavi sorumluluğu almaması dolayısıyla keyfiyetle hastalar için sevk kararı verip ardından da o hastayla ilgilenmemesi

2.4. Özel durumdaki hastaların yatabileceği servislerin olmaması

3. Branşlar arasında kalan ve sahiplenilmeyen multidisipliner hastalar

4. Taburculuk

4.1. Ambulans ile eve taburculuk

4.2. Kronik hasta bakımı, onkolojik-palyatif bakım, evde bakım hizmetlerinin olmaması

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

Çözüm Önerileri Listesi

1. Yatamayan hasta (yatışı verilmiş ancak acil serviste kalan hastalar)

1.1. YBÜ yatış problemleri için çözümler

- 1.1.1. YBÜ sayısı ile yatak sayısı artırılmalıdır.
- 1.1.2. YBÜ'ler için tanı-tedavi yatış endikasyonu algoritmaları oluşturulmalıdır.
- 1.1.3. Ana YBÜ ile post-op YBÜ'leri birbirinden ayrılmalı, birarada olmaları zaruri ise genel YBÜ içinde azami post-op yatak sayısı belirlenmelidir. Cerrahi branşların "kendi YBÜ yatakları" uygulaması sonlandırılmalı, rezerve yatak, branş yatağı, branşın post-op yatağı uygulamaları engellenmelidir.
- 1.1.4. 1. ve 2. seviye YBÜ'ler oluşturulmalıdır.
 - 1.1.4.1. YBÜ hastası bol kliniklere ara yoğun bakım (1 ve 2. basamak) zorunluluğu getirilmelidir.

1.2. Servis yatışlarının sağlanması için çözümler

- 1.2.1. Acil serviste bir hasta için yatış kararı sisteme girildiği andan itibaren ilgili branş o hastayı servisinde kabul edene kadar o branşın yatışları otomasyon sisteminden **bloke** edilmelidir, acil servis hastasını yatırmamak için poliklinikten hasta yatırılması ya da evden hasta çağırılması uygulamaları kati suretle engellenmelidir.
- 1.2.2. Hastaların acil servislerde sanal yataklar adı altında sedyede yatarak ilgili yatıran branşın tedavi hizmetinden mahrum kalmaları yerine ilgili servislerde bu amaçla tanımlanmış alanlara alınarak yatana kadar tedavilerini almaları sağlanmalıdır.
- 1.2.3. Acilde yatış verilmiş hastası olan branşın hasta yatana kadar tüm takip sorumluluğunun kendisinde olduğu mevzuatta düzenlenmelidir.
- 1.2.4. 2. basamak hastanelerindeki boş yatakların 3. basamak ve üniversiteler tarafından yatış havuzu olarak kullanımını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Birlik içinde hastaneler arası hasta nakil ve ortak yatış

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

sistemine geçilmelidir, yataklar birlik içinde elektronik olarak toplu şekilde takip edilmeli ve bu sisteme erişim 7 gün 24 saat acil servis sorumlu hekimi tarafından yapılabilmelidir. Dış merkezden yatış kabul etmeyen 2. basamak hastanelerin o branş için kendi polikliniklerinden de yatışları engellenmelidir. Servisler acil servis yatışları açısından dahili ve cerrahi olarak 2 ana grupta toplanmalı, ve yatışların ilgili servise göre değil ana gruba göre boş yatak bulunan ana gruptaki bir servise yapılması sağlanmalıdır.

- 1.2.5. Acil serviste yatış verilen hastaların kalış süresi ile konsültasyonda geçen süreler hastane yönetimleri için negatif kalite ölçütü haline getirilmelidir (4-6 saat ile sınırlandırma).
- 1.2.6. Serviste yatan hastaların yatış süresi ortalamasının sıkı takibi, ülke ortalamalarıyla karşılaştırılması ve negatif performans ölçütü haline getirilmesi gereklidir (CO, MO).
- 1.2.7. Yukarıda belirtilen öneriler, acilde yatamayan hasta olduğunda önce kendi servislerine ardından benzer servislere ek yatak ve sedyelerle hastaların acilde yatamayan hasta kalmayana kadar drene edilerek klinikler üzerinde yatış baskısı oluşturulmasına dayanan tanımlanmış bir protokol ile yürütülmeli ve bu süreç mevzuatla düzenlenmelidir (**Tam kapasite protokolü**).
- 1.2.8. İntoksikasyon gibi YBÜ gerektirmeyen ancak takibi zaruri olan hastaların nerede ve hangi branş tarafından takip edileceği belirlenmelidir (Dahiliye, Ara YBÜ, vs gibi)
- 1.2.9. Acil servisten yatırılan ya da gece yatan hastaların performans puanı yatıran branş için daha yüksek olmalıdır.

- 1.3. **Var olan mevzuatın çalışmasının sağlanması, hastane yönetimlerinin inisiyatif kullanarak ATU'lara bu hakkı kullandırtmamasının engellenmesi gereklidir.**

2. Sevk sorunları

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- 2.1. 112 KKM tarafından yatamayan hastanın başka hastane servis yatışının koordine edilmelidir. 112 KKM'nin büyük illerde yatmak için başka merkeze sevk edilen hastalara ambulans temin etmiyor olmasının önüne geçilmelidir.
 - 2.1.1.26/8/2008 tarih 26918 sayılı genelge uyarınca KKM'lerin servis yatışı için de sorumlu olduğu üstyazılarla il ambulans merkezlerine bildirilmeli ve aksi uygulamalar takip edilmelidir.
- 2.2. 2000 yılında yayınlanan yönetmelik ve 2009 yılında yayınlanan tebliğinin sevk ile ilgili 15. maddeleri netleştirilmeli, tıpkı yatışı verilen hasta için olduğu gibi (**Madde 1.2.3**) sevk edilen hasta için de ilgili branşın tüm sorumluluğu üzerine alması sağlanmalıdır.
- 2.3. Yatış ya da konsültasyon için sevk edilen hasta sayısı negatif performans puanı olarak hem hastaneye hem de sevk eden branş hekimine etki etmelidir. Başka hastaneye sevk edilen hastada (özel hastalıklar hariç) ilk hastanedeki hiçbir uygulamanın faturası ödenmemelidir.
- 2.4. Özel hasta servislerinin açılması, kronik bakım merkezleri kurulmalıdır.
 - 2.4.1. Geriyatri servisleri açılmalı, geriyatrik bakım için kronik bakım merkezleri kurulmalı, taburcu olamayan geriyatrik hastalar için sosyal bakım hizmetleri desteği sağlanmalı,
 - 2.4.2. Psikiyatri hastalarının genel hastaneler temelinde daha etkin değerlendirilmesi sağlanmalı, bölgesel bağımlılık merkezlerinin sayısı artırılmalı ve güçlendirilmeli,
 - 2.4.3. Agoni/yaşam sonu servisleri açılmalı, palyatif bakım servisleri/birimleri kurulmalı,
 - 2.4.4. Yanık ünite/merkezlerinin sayısı ciddi biçimde artırılmalı,
 - 2.4.5. Yaşlı bakım evleri kurulmalı, acilden tıbbi tedavisi biten yaşlı bakım hastaları bu merkezlere direk sevk edilebilmeli,
 - 2.4.6. El cerrahisi ve KVC merkezleri her bölgede net şekilde tanımlanmalı, bu merkezlerin hasta reddi imkanı olmaması sağlanmalıdır.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

3. Branşlar arasında kalan ve sahiplenilmeyen multidisipliner hastalar

- 3.1. Bu hastalar ATU tarafından en uygun görülen branş adına yatırılabilir. Bu yetkiyi veren tebliğin işletilmesi sağlanmalıdır.
- 3.2. Ara 1. 2. 3. derece YBÜ'ler kurulmalıdır.
- 3.3. Multidisipliner hastada her kliniğin ayrı ayrı sorumluluğu olduğu mevzuatta belirtilerek bu sorumluluğun alınıp alınmadığı takip edilmelidir, cezai müeyyideleri belirtilmelidir.

4. Taburculuk

- 4.1. Evde bakım hizmetleri
 - 4.1.1. Bu hizmetin tanıtımları yapılmalıdır (afiş vs)
 - 4.1.2. Acil hekimlerinin de bu hizmet konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
 - 4.1.3. 2. basamakta evde bakım hizmetlerinin acil servis tarafından yürütülmesi ve acil servis hekim gücünden alması engellenmelidir. Bu birime ayrı bir PDC tanımlanmalı ve acil servis hekimlerinin burada görevlendirilmesi engellenmelidir.
- 4.2. Kronik bakım hastalarının ASM'ler tarafından takip edilmesi sağlanmalıdır.
- 4.3. Sosyal hizmetler biriminin acil servis hastalarına bakım vermesi sağlanmalıdır.

4. KISIM: PERSONEL VE ÖZLÜK PROBLEMLERİ

Bu kısımda acil servis ve acil tıp klinikleri personelinin yaşadığı sorunlar ve özlük haklarındaki problemler tartışılmıştır. Özellikle Acil Tıp uzmanlık dalının tercih edilmemesi ve istifalara yol açan sebepler irdelenerek eksik istihdamın nasıl tamamlanabileceği üzerinde durulmuştur. Bu aşamadaki yaşanan sorunlar heyetle tartışılarak 7 ana başlıkta toplanmıştır:

Sorun Listesi

1. Pratisyen hekimlerin sorunları
2. Asistan hekimlerin sorunları
3. Uzman hekimlerin sorunları
4. Eğitim sorumlusu, görevlileri ve Anabilim Dalı öğretim üyeleri ile hekim dışı sağlık personelinin sorunları,
5. Özlük haklarındaki eksiklikler,
6. Performans ve ücretlendirme ile ilgili problemler

Çözüm Önerileri Listesi

1. Pratisyen hekimlerin sorunları ile çözüm önerileri

1.1. Kadro ve Özlük

- 1.1.1. Acil serviste çalışan pratisyen hekimlerin görev tanımları yapılmalı, evde sağlık hizmetleri, ambulans hizmetleri gibi görevlendirmeler ile birlik içinde farklı hastanelerde sürekli yer değiştirme şeklinde acil servis çalışması engellenmelidir.
- 1.1.2. Acil servisler için kalıcı pratisyen hekim kadroları oluşturulmalı, PDC'de sabit acil servis kadrosu tanımlanmalı, pratisyen tayinlerinde öncelik acil servislere verilmelidir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

1.1.3. Atandıkları yerde belirli bir süre (2 yıl) acil servis hizmeti yapmadan yönetici kadrolarında görevlendirilmeleri ya da aile hekimliğine geçmeleri engellenmelidir.

1.2. Çalışma şekli

1.2.1. Tecrübe amaçlı olarak pratisyen aile hekimleri her yıl belli sayıda ay acil serviste ATU gözetiminde çalışmalıdır.

1.2.2. Nöbetten ziyade vardiya sistemiyle çalışmaları sağlanmalıdır. Çalışma sürelerinin tek seferde 16 saati geçmemesi mevzuatla düzenlenmeli, kurumlar 24 saat aralıksız çalışmaya zorlayamamalıdır. Aktif çalışılan acil servis nöbetleriyle istirahat edilerek tutulan servis ve branş nöbetleri aynı kapsamda değerlendirilmemelidir.

1.3. Eğitim

1.3.1. Pratisyen hekimler bazı temel acil servis oryantasyon ve temel bilgi eğitimleri ile uygulama yeterliliklerini kapsayan bir eğitimi tamamlamadan acil serviste görevlendirilmemelidir. Bu eğitimi tamamlayanlara ek bir ödeme, katsayı ya da puan eklenmelidir. Birlikler içerisinde bu eğitimler bloklar halinde planlanabilir.

1.3.2. Pratisyen hekimlerin çalıştığı birimle ilgili kongre sempozyum vb eğitsel aktivitelere katılımlarının sağlanması için mali destek verilmelidir.

2. Acil Tıp Asistanlarının (ATA) sorunları ile çözüm önerileri

2.1. Çalışma saatleri

2.1.1. 24 çalışma özendirilmemeli ancak durum ve şartlara göre gerekliliği değerlendirilerek (asistan sayısı, bölge, çalışma koşulları, hasta sayısı vs), vardiya usulü çalışma özendirilmelidir. Ancak çoğu birimde yeterli asistan sayısına erişilememesi nedeniyle şimdilik zorunlu tutulmamalıdır.

2.1.2. Çalışma saatleri klinikler arası standart hale getirilmelidir. ATA kıdem yılına göre çalışma saati mevzuatla düzenlenmelidir.

2.1.3. Süt izni, nöbet tutamaz raporu olan ATA'ların eğitimlerine nasıl devam etmeleri gerektiği konusu netleştirilmelidir. Süt izni alan ATA'ların haftasonu gündüzleri çalışabileceğine yönelik TUK kararı mevzuata da dahil edilmelidir. Süt izni alan ya da nöbet tutamaz raporu olan ATA'ların eşkıdemlerine göre daha az çalışarak aynı hakları elde ediyor olmaları adil bir düzenleme ile (eğitim süresinin belirli kriterlere göre uzatılması gibi) giderilmelidir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

2.2. Eğitim

2.2.1. Eğitimle ilgili sorunlar ve çözüm önerileri biraraya getirilmiş olsa da bu konuda aktif çalışan resmi bir üst kurul olan Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun işlevsel olması ve Acil Tıp TUKMOS üyelerinden 4 kişinin çalıştay katılımcıları arasında da bulunması sebebiyle **bu sorunların çözümüne yönelik düzenleme önerisi getirme kararı üst kurula bırakılmıştır.**

Çalıştay heyetinin TUKMOS üyelerine önerileri aşağıdakileri kapsamaktadır:

2.2.1.1. Eğitim programlarının TUK tarafından denetlenmesi ve verilen eğitimin değerlendirilmesi için asistanların geri bildirim yapabilmesi uygulamalarının elektronik altyapısının tamamlanması beklenmeden işlevsel hale getirilmesi.

2.2.1.2. ATU eğitiminin standardizasyonunun sağlanması.

2.2.1.3. Zorunlu, tarafsız ve bağımsız bir Ulusal Board Sınavı yapılması.

2.2.1.4. En az haftada 6 saat eğitim verilmesinin rutin ve zaruri hale getirilmesi.

2.2.1.5. ATU olmak için gereken rotasyonlar güncellenmelidir.

2.2.1.6. Acil Tıp rotasyonu cerrahi ve dahili klinik branşlar için zorunlu hale getirilmelidir.

2.2.1.7. ATA sayısı, yıllık hasta sayısına göre norm kadro olarak belirlenmeli ve o amaca ulaşmak için uygun alım yapılmasının sağlanması için düzenlenmelerin yapılması sağlanmalıdır.

2.3. İhtisasın tercih edilmemesi sebepleri ve çözüm önerileri

Acil Tıp ihtisasının tercih edilmemesine yönelik sebeplerin irdelenmesi sonucunda aşağıda yer alan 9 ana grup en önemli sebepler olarak sınıflandırılmıştır. Bu kategorilerde yer alanlar arasında Madde 2.3.8'de yer alan Eğitimci Yokluğu dışındaki tüm sebeplere yönelik çözüm önerileri ilgili bölümlerde verilmiştir.

2.3.1. Diğer bölümlerle boğuşma / aşığılanma (11) **(Kısım 4, Madde 2,3,6 ile Kısım 2, Madde 1)**

2.3.2. İş Yoğunluğu / Zor şartlar / Hasta yoğunluğu (10) **(Tüm rapor bu amaca yöneliktir)**

2.3.3. Mesai dışı (gece-haftasonu) çalışmak istememe, belirsiz çalışma koşulları (9) **(Madde 3,6)**

2.3.4. Şiddet (9) **(Kısım 2, Madde 7)**

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

2.3.5. Maddi getirisi yapılan işe göre az algısı (8) **(Madde 6)**

2.3.5.1. ATA'ların performanslarının hastane %75 klinik %25 şeklinde olması yüzünden diğer branşlardan ciddi biçimde ağır çalışma koşullarına rağmen farklılaşamaması en önemli tercih edilmeme sebeplerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Bu konudaki çözüm önerileri **Madde 6.1'de** verilmiştir.

2.3.5.2. ATU'ların 2. basamakta bu sebeplerden ötürü pratisyen hekimler ve aile hekimi pratisyenler ile hemen hemen aynı ücreti alıyor olması acil tıp ihtisasının tercih edilmemesine ve istifalara yol açmaktadır. Çözüm önerisi **Madde 6.6'da** verilmiştir.

2.3.6. Kötü hasta profili (3) **(Kısım 1,2 ve 3)**

2.3.7. Gelecek kaygısı (2) **(Madde 2 ve 3)**

2.3.8. Eğitimci yokluğu (2) **(Madde 2)**

2.3.8.1. Eğitimci açığının kapatılması için başasistanlık sınavları daha sık yapılmalı, daha fazla kadro açılmalı, üniversitelerdeki yardımcı doçent ve uzmanların da eğitim araştırma hastanelerinde eğitim görevlisi olarak görevlendirilebilmeleri sağlanmalıdır.

2.3.9. Aşırı stres (1) **(Kısım 1,2, ve 3)**

2.4. Acil Tıp İhtisası yaparken istifa etme sebepleri ve çözüm önerileri

Acil Tıp ihtisası yaparken istifa etme sebeplerinin irdelenmesi sonucunda aşağıda yer alan 6 ana grup en önemli sebepler olarak sınıflandırılmıştır. Bu kategorilerde yer alan sebeplere yönelik çözüm önerileri ilgili bölümlerde verilmiştir ve referanslandırılmıştır.

İstifa eden asistanların sebeplerine yönelik dernekler üzerinden bir anket çalışması yapılarak Daire Başkanlığı'na teslim edilmesine karar verilmiştir.

2.4.1. Şiddet (8) **(Kısım 2, Madde 7)**

2.4.2. Kalabalık (7) / Ağır çalışma koşulları (5) **(Tüm rapor bu amaca yöneliktir)**

2.4.2.1. Asistan üzerindeki yükün azaltılması

2.4.2.2. Acil Tıp organizasyonunun standardizasyonu

2.4.3. Eğitimci ilgisizliği, Sayısının azlığı, Başında uzman olmaması, Eğitim yetersizliği, Rol model eksikliği, Eğitim sorumlusu bulunmaması (11) **(Madde 2.2)**

2.4.3.1. Eğitimci eksikliğinin giderilmesi

2.4.3.2. Yurtdışı rotasyon olanakları sağlanması

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- 2.4.3.3. Rol model olmak
- 2.4.3.4. Klinikler arası rotasyonun sağlanması
- 2.4.3.5. EAH eğitimlerinin bölgedeki AD ile beraber planlanması
- 2.4.3.6. EAH - Üniversite 1 yıllık değişim?
- 2.4.4. Yaşam/Nöbet biçimine uyamama (5), Yanlış tercih - boşta kalmak istememe (2), Askerliği geciktirme sebebiyle gelmiş olma (2) **(Madde 2 ve 3)**
 - 2.4.4.1. Özlük haklarının iyileştirilmesi(ücret/izin/emeklilik)
- 2.4.5. Saygı görmeme (5) / Geleceğe dair umutsuzluk (5) **(Madde 2 ve 3)**
- 2.4.6. Para (5) **(Madde 2,3,5 ve 6)**
 - 2.4.6.1. Diploma değerinin artırılması
 - 2.4.6.2. Özlük haklarının iyileştirilmesi (ücret/izin/emeklilik)

3. Acil Tıp Uzmanlarının (ATU) sorunları ile çözüm önerileri

- 3.1. ATU'ların nöbet sisteminin düzenlenmesi gerekmektedir.
 - 3.1.1. Nöbet, vardiya, mesai dışı çalışma kavramları 7 gün 24 saat çalışan acil servislerdeki hekimler için mevzuatta net değildir.
 - 3.1.2. Birimdeki uzman sayısına göre çalışma planı standart olarak belirlenmelidir.
 - 3.1.3. Kaç uzman varken ne şekilde çalışılacağı, hangi saatler arasında uzmanın serviste bulunacağı, toplamda aylık azami haftasonu ve gece mesai süresi, başvuran hasta sayısına göre bulunması gereken uzman sayısı gibi kriterler mevzuatla belirlenmelidir. Bu konuda yeni ve adil bir düzenleme yapılırken azami çalışma saatine yönelik yayınlanmış genelge askıya alınmalıdır. Bu konuyla ilgili ayrıntıların belirlenmesi amacıyla bir **komisyon kurulmasına karar verilmiştir.**
 - 3.1.4. Mesai kaydırma sistemindeki sorunlar giderilmeli, bazı ATU'ların sadece gece ya da haftasonu çalıştırılıyor olması mevzuatla engellenmelidir.
 - 3.1.4.1. Mesai kaydırma yapılırken gece ve haftasonu çalışılan saatlerin katsayısı farklı olmalı, her 6 saat 8 saat sayılmalıdır. Ay içerisindeki toplam mesai saati haftalar arasında dengeli dağılmalıdır.
 - 3.1.4.2. ATU'ların sadece mesai dışı zamanlarda sürekli çalışması mevzuatla engellenmeli, mesai dışı çalışmanın toplam mesainin%80'inden fazla olamayacağı hükme bağlanmalıdır.
 - 3.1.5. Yukarıdaki konularla ilgili ayrıntıların belirlenmesi amacıyla bir **komisyon kurulmasına karar verildi.**

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- 3.2. Diğer uzmanların acil nöbet sistemlerinin düzenlenmesi gereklidir (havuz, branş)
- 3.2.1. Acilde nöbet tutabilecek branşlar ile ilgili görüşler alınmış ancak görüş birliğine varılamamıştır. Görüşler şu şekildedir:
- 3.2.1.1. Dahiliye (2), Cerrahi (2), Çocuk (2), KDH, Ortopedi, Kardiyoloji, Enfeksiyon, Göğüs (2), NRŞ, Göğüs Cerr,
- 3.2.1.2. FTR, Derma, Göz, KDH ve Preklinik dışındakilerin hepsi tutsun
- 3.2.1.3. Preklinik ve primer hasta takip etmeyen bölümler dışındakilerin hepsi
- 3.2.1.4. Bazı hastanelerin seçilerek bu 2. basamak hastanelerde nöbet ekiplerinin toplanması
- 3.2.2. Yukarıdaki konularla ilgili ayrıntıların belirlenmesi amacıyla Madde 3.1'de görevlendirilen **komisyonun yetkili olmasına karar verildi.**
- 3.3. EAH'larda çalışmak için asgari yayın kriterleri şartının aktif hale getirilmesi, kriterleri yeterli olmayan ATU'ların EAH'lardan birlik içindeki diğer hastanelere doğru yer değiştirmesi, eğitim kadrolarında çalışmanın teşvik edilmesi, başasistanlık-eğitim görevlisi sınavlarının daha sık ve düzenli yapılması görüşlerinin bildirilmesine karar verildi.
- 3.4. ATU sayısının yetersizliğinin giderilmesi
- 3.4.1. Acilen asistan sayısının artmasını sağlayacak, istifa ve boş kadro sorunlarını çözecek **Kısım D Madde 2.3 ve 2.4** içerisinde ayrıntılandırılan çözümlerin hayat geçirilmesi.
- 3.4.2. Hastanelere başvuran hasta sayısına göre ATU görevlendirmesi yapılması ve önceliğin EAH'lara verilmesi.
- 3.5. Özel hastanelerde ATU kadrosunda çalışmanın önünün açılması için çalıştay heyeti olarak tavsiye kararı verilmesine karar verilmiştir.
- 4. Eğitim sorumlusu, görevlileri ve Anabilim Dalı öğretim üyeleri ile hekim dışı sağlık personelinin sorunları,**
- 4.1. Diğer maddeler içerisinde tartışılan çözüm önerileri bu kısımdaki sorunların çözümünde de geçerlidir.
- 5. Özlük haklarındaki eksiklikler için çözüm önerileri**
- 5.1. Acil serviste 6 saatin 1 mesai günü olarak kabul edilmesi (29) yönünde görüş birliğine varılmış olup yıpranma, özlük haklarının iyileştirilmesi, maddi kazanımlar gibi birçok noktaya etki edecek basit ama etkili bir çözüm önerisi olduğuna kanaat getirilmiştir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

5.2. Ayrıca aşağıda belirtilen farklı çözüm önerileri de gündeme gelmiş olup çoğunluk talepleri olarak kayda geçirilmesine karar verilmiştir. Çalıştay başkanının önerisiyle bu öneriler üzerinde çalışma yapmak ve somut adımlar önermek üzere **bir komisyon kurulmasına karar verilmiştir.**

- 5.2.1. Erken emeklilik / emekliliğe yansıtacak ek yıpranmışlık ödemesi (29)
- 5.2.2. Yıpranma payı / tazminatı / pozitif ayrımcı ücretlendirme (18)
- 5.2.3. Çalışma saat ve düzeninin standartlaştırılması / komisyon görebilme (12)
- 5.2.4. Yıllık izinlerin kullanılabilmesi için maddi kaybın önlenmesi / Ek izin, daha fazla yıllık izin hakkı (13)
- 5.2.5. Yoğunluğun azaltılması (8)

6. Performans, Ücretlendirme

6.1. Acil Tıp Asistanları (ATA)

6.1.1. ATA'ların performanslarının hastane %75 klinik %25 şeklinde olması yüzünden diğer branşlardan ciddi biçimde ağır çalışma koşullarına rağmen farklılaşmaması en önemli tercih edilmeme sebeplerinden biri olarak öne çıkmaktadır. %75 klinik %25 hastane ortalaması baz alınarak 3 yıl önceki düzenlemeye geri dönmeli ve diğer branşlardan farklılaştırılmalıdır. **(Madde 2.3.5.1)**

6.1.2. Ek ödeme katsayısı en azından pratisyen hekim düzeyine çekilmelidir.

6.2. Puan değişimleri

6.2.1. Hafta sonu, gece ve bayram tatillerinde bakılan hastalar ile yapılan girişimlerin puanı artırılmalıdır.

6.2.2. Alan hastalarının muayene ve girişim puanları aynıdır. Özellikle 2. basamak hastanelerde pratisyen hekimler kırmızı alan hastalarına bakmak istememekte ya da yetersiz kalmaktadırlar. Çok ciddi emek, uzun süreli takip ve risk içeren bu hasta grubunun yönetimi esnasında hasta başında sürekli uzmanın bulunmasını gerektiren ve 2-3 saat sürebilen çok farklı müdahaleler yapılabilmektedir. Ancak bu hastaların hem muayene hem de takipleri esnasında yapılan girişimlerin puanları çok düşük olup basit bir ÜSYE ile aynıdır. Bu sebeple ağır hasta bakımı veren ATU'lar ciddi gelir kaybına uğramakta, pratisyen hekimlere yakın ya da düşük gelir elde ederek motivasyonlarını kaybetmekte ve uzmanlıklarının gereğinden uzaklaşarak

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

pratisyenler gibi basit hastaları tedavi edip diğerlerini sevk etmek zorunda bırakılmaktadır.

6.2.2.1. Yeşil, Sarı, Kırmızı alanlarda görülen tüm acil servis hastalarının hem muayene puanları normal polikliniklere göre arttırılmalı hem de birbirlerinin katı oranında farklılaştırılarak en yüksek puan kırmızı alan hastasına verilmelidir (Örn., 200 puan).

6.2.2.2. Kırmızı alanda görülen hastalardan en ağırlarına (YBÜ giden, eks olan, opere olan, resüsite edilen) ek muayene (Örn., +200 puan) ve gözlem puanları verilmelidir.

6.2.2.3. Hastanın dış merkezden sevkle ya da ambulansla gelmesi durumunda muayene ve girişim puanları daha yüksek olmalıdır.

6.2.2.4. Muayene ICD koduna göre ek ödeme puanı seviyelendirilmeli, önemli hastalıkların muayene puanları daha yüksek olmalı, ÜSYE ile AMI ya da İnme bakımı aynı kategoride değerlendirilmemelidir.

6.2.3. Klinikler acil hastasına yatış yaptığı takdirde hem konsültasyon puanları (örn., +200 puan), hem de girişimsel işlem puanları daha yüksek olmalı, böylece konsültan hekimlerin yatış yönünde teşviki sağlanmalıdır.

6.2.4. ATU/ATA için riskli birim / branş ek ödemesi planlanmalıdır.

6.3. Yıllık izinler

6.3.1. Yıllık izinlerin kullanımı esnasında maddi kayıp olmamalıdır. Bu kayıp sebebiyle ATU/ATA'lar yıllık izin kullanmamakta, yıpranma ve tolere edebilirlikleri düşmektedir. İzindekilerin izin süresince klinik ortalamasından / ortalamanın %30 üzerinden ücretlendirilmesi sağlanmalıdır. Bunun yerine **Madde 6.6.1.1'de** belirtilen %70 sabit %30 performans sistemi de kullanılabilir.

6.4. Görevlendirmeler

6.4.1. Haftasonları görevlendirmelere dahil edilmiyor ancak Acil Tıp hekimleri haftasonları da çalışıyorlar. Bu durum düzeltilmelidir.

6.4.2. İzinler asil kadro yerinden alınıyor ama görevlendirilen yere yansıtılmıyor bu sebeple hak kayıpları meydana geliyor, bu konunun da düzenlenmesi gereklidir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

6.4.3. Afet görevlendirmelerinde klinik ortalaması / %30 üzerinden ücretlendirme yapılması gereklidir. Bu tip görevlendirmelerde ciddi hak kayıpları söz konusu olmaktadır.

6.5. Emekli maaşı

6.5.1. Sabit dönerin maaşa katılarak hesaplanmaması sebebiyle emekli maaşı ciddi bir gelecek kaygısı yaratmaktadır. Emekliliğe ek ödemeler de yansımalıdır.

6.6. Performans sistemi

6.6.1. 2. basamakta ATU'lar performans yapabilmek için pratisyen hekimlerin başında onlara destek olarak ve sorumluluklarını alarak çalışmamaktadır. Hem onlardan ayrı hasta bakmakta hem de onların baktığı hastaları sonlandırmaktadırlar. ATU'ların 2. basamakta bu sebeplerden ötürü pratisyen hekimler ve aile hekimi pratisyenler ile hemen hemen aynı ücreti alıyor olması acil tıp ihtisasının tercih edilmemesine ve istifalara yol açan en önemli etkenlerdendir.

6.6.1.1. Tavan ödemenin %70'i sabit ödeme %30'u puan bazlı ek ödeme sistemine geçilerek özellikle 2. basamak hastanelerde pratisyen hekimlerle çalışan ATU'ların mağduriyeti giderilmeli, pratisyen hekimlerin eğitimi, zor hastaların ve servisin yönetimi konularına eğilmeleri, yıllık izin kullanmama eğilimleri azaltılmalı ve pratisyen hekim gibi çalışmalarını engellenmelidir.

6.6.2. Bunun yanı sıra yıllık bireysel ve klinik performansı uygulanabilir, bölgeye göre ek ödemeler düzenlenerek sabitlenebilir.

6.6.3. Pratisyenlerin ATU'lardan fazla kazandığı bir hastane mevcutsa bu durum daire başkanlığına bildirilerek pratisyen PDC'si azaltılıp ATU'nun performans yapması sağlanabilir, bu konuda Daire Başkanlığı'ndan destek alınabileceği Çalıştay Başkanı tarafından bildirilerek karara bağlanmıştır.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

SONUÇ

Bu çalıştay toplantısı sonunda yukarıda ayrıntısıyla verilen görüşlerin önerilmesine karar verilmiştir. Bazı konuların ileri inceleme ve çalışma gerektirmesi sebebiyle aşağıda belirtilen konu başlıklarını kapsayan şekilde komisyonlar kurularak bu tavsiye metnine eklenmesi de karar bağlanmıştır.

Komisyon Kurulmasına Karar Verilen Konular

- (1) Kısım 1 Madde 2.1.1'de belirtilen sevk ile ilgili sorunların çözüm önerilerinin tasnif edilmesi ve gerekli hastalık temelli kriterlerin tanımlanması için komisyon kurulması
- (2) Kısım 1 Madde 5.1'de adli Giriş-Çıkış muayenelerinin acil servisler üzerinde çok ciddi bir yük olduğu tesbiti yapılmış ve çeşitli çözüm önerileri tartışılmış olup bu muayaneler için mevzuata uygun ayrıntılı çalışma yapılarak net çözüm önerileri getirilmesi amacıyla bir komisyon kurulmasına karar verilmiştir.
- (3) Kısım 1 Madde 6.1'de acil servis hizmetlerinin acil olmayan kısımlarından katkı payı alınması konusu çalıştay heyetince ayrıntılı olarak tartışılmış ve 18-9 oy oranıyla katkı payı alınması yönünde görüşler yoğunlaşmıştır. Ancak konunun önemi sebebiyle ayrıntılı olarak çalışmak, gerekçeleri netleştirmek ve katkı payı esaslarını belirlemek amacıyla bir komisyon kurulmasına karar verilmiştir.
- (4) Kısım 2 Madde 3'de çalıştay başkanının önerisiyle acil servis standartlarının güncellenmesi, yeni seviye parametre önerilerinin getirilmesi ve seviyelerine göre standart acil servis mimari modelleri konularında çalışmak amacıyla bir komisyon kurulmasına karar verilmiştir.
- (5) Kısım 2 Madde 5.1'de 16/10/2009 tarih ve 27278 sayılı YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞİN güncellenmesi için bir komisyon kurulmasına karar verilmiştir.

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

- (6) Kısım 4 Madde 3'de belirtilen ATU'ların çalışma sistemlerinin uzman sayısı ve çalışılan birime göre belirlenmesi amacıyla bir komisyon kurulmasına karar verildi.
- (7) Kısım 4 Madde 5 Özlük haklarındaki eksiklikler için önerilen çözüm önerileri üzerinde çalışma amacıyla bir komisyon kurulmasına karar verildi.

Bu komisyonlar dışında 2 ana konuda komisyon dışı faaliyetlerin çalıştay çözümleri açısından belirleyici olması karar bağlandı.

- Kısım 4 Madde 2.2'de ATA eğitimiyle ilgili sorunlar ve çözüm önerileri biraraya getirilmiş olsa da bu konuda aktif çalışan resmi bir üst kurul olan Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun işlevsel olması ve Acil Tıp TUKMOS üyelerinden 4 kişinin çalıştay katılımcıları arasında da bulunması sebebiyle **bu sorunların çözümüne yönelik düzenleme önerisi getirme kararı üst kurula bırakılmıştır.**
- Kısım 4 Madde 2.4'de Acil Tıp ihtisası yaparken istifa etme sebeplerinin irdelenmesi sonucunda en önemli sebepler belirlenmiş ve bu kategorilerde yer alan sebeplere yönelik çözüm önerileri tartışılmıştır. **İstifa eden asistanların sebeplerine yönelik dernekler üzerinden bir anket çalışması yapılarak net sebeplerin tespiti edilmesi ve Daire Başkanlığı'na teslim edilmesine karar verilmiştir.**

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

EKLER

EK-1. ÇALIŞTAY KATILIMCI VE GÖREVLENDİRMELERİ LİSTESİ

Ad Soyad	Kurum	Ek Görev	Çalıştay Görevi
Dr. İsmail Kartal	TKHK Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcısı		
Dr. Muhammed Bayram	TKHK Sağlık Tesisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı		Çalıştay Başkanı
Doç. Dr. Şervan Gökhan	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk EAH Acil Tıp Kliniği Eğitim Görevlisi		Çalıştay Moderatörü
Doç. Dr. Haldun Akoğlu	Marmara Üniversitesi Pendik EAH Acil Tıp AD Öğretim Üyesi		Çalıştay Sekreteri
Uzm. Dr. Yusuf Ali Altuncı	Ege Üniversitesi Acil Tıp AD		Çalıştay Sekreteri
Prof. Dr. Yıldray Çete	Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp AD Öğretim Üyesi	TATD Bşk	Dernek Temsilcisi
Prof. Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik	SB Bakırköy Sadi Konuk EAH Acil Tıp Kliniği Eğitim Sorumlusu	TATD YK Üyesi	Dernek Temsilcisi
Doç. Dr. Cem Oktay	Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp AD Öğretim Üyesi	TATD YK Üyesi	Dernek Temsilcisi
Doç. Dr. Ahmet Demircan	Gazi Üniversitesi Acil Tıp AD Öğretim Üyesi	TATD YK Üyesi	Dernek Temsilcisi
Prof. Dr. Başer Cander	Necmettin Erbakan Üniversitesi Acil Tıp AD Başkanı, Okmeydanı EAH Eğitim Sorumlusu	ATUDER Başkanı	Dernek Temsilcisi (Katılmadı)
Doç. Dr. Sadık Girişkin	Necmettin Erbakan Üniversitesi Acil Tıp AD, Gaziosmanpaşa Taksim EAH Eğitim Sorumlusu	ATUDER YK Üyesi	Dernek Temsilcisi
Doç. Dr. Murat Orak	Dicle Üniversitesi Acil Tıp AD	ATUDER Başkan Danışmanı	Dernek Temsilcisi
Doç. Dr. Behçet Al	Gaziantep Üniversitesi Acil Tıp AD	ATUDER YK Üyesi	Dernek Temsilcisi
Prof. Dr. İbrahim İkizceli	İ.Ü. Cerrahpaşa TF Acil Tıp AD Bşk, Şişli Etfal EAH Acil Tıp Kliniği Eğitim Sorumlusu		
Doç. Dr. Abdülkadir Gündüz	Karadeniz Teknik Üniversitesi Acil Tıp AD		

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

Doç. Dr. Özlem Güneysel	Dr. Lütfi Kırdar Kartal EAH ve Ümraniye EAH Acil Tıp Klinikleri Eğitim Sorumlusu		
Doç. Dr. Evvah Karakılıç		ATUDER Başkan Danışmanı	
Doç. Dr. Mustafa Burak Sayhan	Trakya Üniversitesi Acil Tıp AD Başkanı		
Doç. Dr. Şule Akköse Aydın	Uludağ Üniversitesi Acil Tıp AD Öğretim Üyesi		
Yard. Doç. Dr. Başak Bayram	Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp AD Öğretim Üyesi		
Uzm. Dr. Elif Değirmenci	Mardin Devlet Hastanesi Acil Servis Sorumlu Hekimi		
Uzm. Dr. Musa Balta	Hakkari Devlet Hastanesi Acil Servis Sorumlu Hekimi		
Uzm. Dr. Ömer Doğan Alataş	Elazığ EAH Acil Tıp Kliniği		
Uzm. Dr. Mehmet Koşargelir	Haydarpaşa Numune EAH Acil Tıp Kliniği		
Dr. Türcay Esin	Gaziosmanpaşa Taksim EAH Başhekim Yardımcısı		
Uzm. Dr. Hüseyin Murat Mercı Mahmutoğlu	TKHK		
Dr. Mustafa Azca	TKHK		
Dr. Nedim Taşbağ	TKHK		
Mustafa Yıldırım	TKHK		
Öznur Esenkar	TKHK		
Serhat Gökçe	TKHK		

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

ACİL SERVİS SORUNLARI ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU
12-13 MAYIS 2014
ANKARA

EK-2. PROGRAM

12 Mayıs 2014

10:00	Açılış - Dr. İsmail Kartal
10:30	Çalışma Program ve Metodunun Tanıtımı
11:00	1. Kısım: Girdi Faktörlerine Etki Eden Sorunlar ve Çözümleri
13:30	2. Kısım: Süreç Faktörlerine Etki Eden Sorunlar ve Çözümleri
16:00	3. Kısım: Çıktı Faktörlerine Etki Eden Sorunlar ve Çözümleri

13 Mayıs 2014

08:00	4. Kısım: Personel Yönetimi
11:00	5. Kısım: Mali Sorunlar ve Çözümleri - Dr. Abdullah Şeker
14:00	6. Kısım: Özlük Hakları
16:00	Serbest Oturum
17:00	Kapanış