

2019 YILI
ACİL HİZMETLERİ ÇALIŞTAY RAPORU
ve
2014 YILI ÇALIŞTAY RAPORU GÜNCELLEMESİ

Çalıştay Başkanı

Uzm. Dr. Cihan DOĞER

Bilimsel Sekreteryaya ve Raportörler

Doç. Dr. Haldun AKOĞLU

Prof. Dr. Behçet AL

Uzm. Dr. Hüseyin Murat Mercı MAHMUTOĞLU

ANKARA

2019

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

İçindekiler

Giriş ve Tarihçe	5
1.Ekonomi.....	5
2. Kayıtsızlık	6
3.Alışma.....	6
<i>Acil Servis Aşırı Yoğunluğu Tanımı ve Akut Bakım Sisteminde Yer Alması Gereken Unsurlar</i>	6
<i>Çalıştaylar Süreci</i>	8
2014 Yılı Acil Servis Sorunları Çalıştayı	8
2019 Yılı Acil Servis Hizmetleri Çalıştayı.....	9
Girdi Faktörleri	10
<i>Kendi Talebi Dışında Acil Servis Hizmetlerine Yönlendirilme</i>	12
İç Birimlerden (Poliklinikler) Acil Servise Yönlendirmeler	12
Dış Merkezlerden Acil Servislere Uygunsuz Ayaktan Yönlendirmeler	13
Dış Merkezlerden Acil Servislere Uygunsuz Sevklar.....	15
Hastane öncesi hizmetler ile ilgili sorunlar ve çözümler	17
<i>Mesai içi ve dışı acil olmayan durumlar için sağlık hizmeti talebi</i>	18
Mesai saatleri içinde acil olmayan hastalıklar için randevusuz bakım olanakları oluşturulmalıdır. 18	
Mesai saatleri dışında acil olmayan hastalıklar için randevusuz bakım olanaklarının oluşturulmalıdır	19
Acil servislerin kolay erişilebilir, ücretsiz her konuda hızlı bakım mecburiyeti olan yerler olduğu algısı kırılmalıdır	20
Acil olmayan haller için acil servis hizmetleri ucuz olmamalıdır	20
Özel hastalar için tek ücretsiz tedavi olanağı acil servisler olmamalıdır	21
<i>Acil Servislerle İlgili Olmayan Başvuruların Azaltılması</i>	22
Adli giriş-çıkış muayenelerinin acil servislerde yapılması uygulaması sonlandırılmalıdır	22
Sağlık sebepli alınan işbaşı kağıdı işe gitmeme gerekçesi olmaktan çıkarılmalıdır	22
Süreç Faktörleri	23
<i>Triyaj sorunları</i>	24
<i>İlaç ve Malzeme problemleri</i>	26
<i>Acil servislerin fiziki, mimari ve donanımsal eksiklikleri</i>	26
Acil Servis Standartlarının Güncellenmesi	26
Mimari Standartların oluşturulması	27
Seviyelendirme Kriterlerinin güncellenmesi	27
<i>Radyoloji ve Laboratuvar hizmetlerinde yaşanan sorunlar</i>	27
Acil servise yönelik radyoloji raporlama hizmetlerinin dışarıdan alınması sonlandırılmalıdır	27
Acil servisten istenen BT ve MR değerlendirmesi için ön rapor uygulamasına geçilmelidir	27
Aşağıdaki koşulların verimlilik rehberinde değerlendirilmesine karar verildi:.....	27
<i>Konsültasyon ve konsültanlarla ilgili sorunların çözülmesi</i>	28
Konsültasyon standartları mevzuatla belirlenmelidir	28
İcap ve nöbet kavramları ile standartları düzenlenmelidir	30

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Çıktı Faktörleri.....	32
<i>Yoğun bakım endikasyonu konulan hastalarının yatırılmaması.....</i>	<i>33</i>
<i>İller ve hasta tipleri bazında YBÜ yatak sayısı yeterli değildir, verimli kullanılmamaktadır.....</i>	<i>33</i>
<i>Branşlar tarafından konulan YBÜ endikasyonları standart değildir</i>	<i>33</i>
<i>YBÜ endikasyonu konulan hastaların büyük çoğunluğu sevk edilememekte ve acil servislerde beklemektedir</i>	<i>33</i>
<i>Servis yatışı verilen hastaların yatırılmaması.....</i>	<i>34</i>
<i>Servislere yatamayarak acil serviste bekleyen hasta sayısı azaltılmalıdır</i>	<i>34</i>
<i>Tam Kapasite Protokolü uygulanmalıdır.....</i>	<i>35</i>
<i>Elektronik yatış blokajı.....</i>	<i>36</i>
<i>Yatak doluluğunun azaltılması ve yatak dönüşümü hızının artırılması.....</i>	<i>36</i>
<i>Dışarıya yapılan sevkler.....</i>	<i>37</i>
Özel hastalar ve hastaneler	38
<i>Çocuk acil servisleri</i>	<i>38</i>
<i>Üniversite hastaneleri.....</i>	<i>38</i>
<i>Üniversite hastanelerinde özel muayene ve özel işlemler-özel hasta sorunu</i>	<i>38</i>
<i>Devlet kanun ve yönetmeliklerinin üniversite hastanelerinde yeterince dikkate alınmaması</i>	<i>38</i>
<i>Denetlenmeme sorunu</i>	<i>38</i>
Personel ve Özlük.....	39
<i>Yardımcı Sağlık Personeli.....</i>	<i>39</i>
<i>Yardımcı sağlık personelinin özlük, donanım ve eğitimleri iyileştirilmeli, sayıları bakılan hasta sayısı oranına getirilmelidir.....</i>	<i>39</i>
<i>Pratisyen Hekim.....</i>	<i>39</i>
<i>Acil Tıp Asistanları</i>	<i>40</i>
<i>Mali ve Özlük Problemleri.....</i>	<i>40</i>
<i>Eğitim ile ilgili problemler</i>	<i>40</i>
<i>Rotasyonlar</i>	<i>41</i>
<i>Yan dallar</i>	<i>41</i>
<i>Uzman Hekimler.....</i>	<i>41</i>
<i>Maaş, Ek Ödeme, İzinler ve Emeklilik</i>	<i>42</i>
<i>Görevlendirmeler</i>	<i>42</i>
<i>Acil Tıp Uzman hekimlerinin nöbet sisteminin düzenlenmesi.....</i>	<i>42</i>
<i>Ek Ödeme.....</i>	<i>43</i>
<i>EK-1 girişimsel işlemler listesinde düzenlemeler</i>	<i>43</i>
Şiddet ile Etkin Mücadele.....	46
<i>Şiddete uğrayan personelin desteklenmesi</i>	<i>46</i>
<i>Şiddet uygulayanlara yönelik düzenlemeler.....</i>	<i>46</i>
<i>Şiddetin önlenmesi ve caydırılması.....</i>	<i>46</i>
Tebliğ ekleri ile ilgili görüşler	49
ÇALIŞTAY RAPORUNUN EKLERİ	50

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

<i>EK-1: Tam Kapasite Protokolü</i>	50
<i>EK-2: Örnek Tam Kapasite Protokolü</i>	53
<i>EK-3: Prof. Dr. Işıl Özkoçak'ın görüşleri</i>	56
<i>EK-4: Yurtdışında çalışan acil tıp uzmanlarının görüşleri: Birleşik Krallık, İngiltere Örneği ve Karşılaştırmalar</i>	57
İyi bir ambulans sisteminin acil servis işleyişine kattığı faydalar	57
Acil serviste aile hekimliği poliklinikleri	57
Günübirlik tedavi üniteleri, ivedi bakım merkezleri, nöbetçi ASM'ler	57
Hastane içi sevkler	57
Yatış problemlerine dair çözümler	58
YBÜ hastalarının endikasyon kontrolü ve yatış takipleri.....	58
Yaşlı ve Özel hastaların izlemi ve acil servis üzerinde yarattıkları yükün azaltılması	58
Kronik hastaların izlemi ve acil servis üzerinde yarattıkları yükün azaltılması	58
Enjeksiyon yükünün azaltılması	59
Konsültasyonlar	59
Şiddet	59
Özlük	60
Eğitim ve standardizasyon.....	60
<i>EK-5: Çalıştay Bilimsel Kurulu Katılımcı Listesi, Sekretarya ve Raportörler</i>	61
<i>EK-6: Çalıştay Merkez Teşkilat Katılımcı Listesi</i>	62
<i>EK-7: Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Görüşü</i>	63
Kaynakça	67

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Giriş ve Tarihçe

Acil sağlık hizmetleri toplum sağlığı hizmetlerinin önemli bir yapıtaşdır. Acil sağlık hizmetleri ile ilgili ilk yönetmelik 2000 yılında yürürlüğe girmiştir. 2009 yılında ise hastanelerin acil servisleri ile ilgili "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ" yayımlanmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun (TKHK) 2012 yılında kurulması ile ülkemizde yer alan 1400'e yakın hastaneden 700 civarındaki kısmının Acil Servis ve Acil Tıp Klinikleri yönetsel açıdan bu kuruma bağlanmıştır. 2012 yılında hastane öncesi acil sağlık hizmetleri T.C. Sağlık Bakanlığı (TCSB) Acil Sağlık Hizmetleri Genel müdürlüğü bünyesinde, hastane acil servisleri de TKHK bünyesinde daire başkanlığı bünyesinde yürütülmeye başlamıştır. Özel hastanelerin acil servis hizmet takip ve denetimi ise TCSB Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce gerçekleştirilmektedir.

Emekli Sandığı, SSK ve BAĞ-KUR sigortalılarının kamu hastanelerinin tamamından faydalanabilmesinin önünü açan düzenlemeler ile o güne kadar yeterince ulaşılamayan sağlık hizmetine erişimin artması, vatandaş memnuniyetini üst düzeye çıkarmıştır. Aile hekimlerinden hastanelere sevk zincirinin işlevsel olmaması, acil servislerde katkı payının olmaması ve mesai saatleri dışında sağlık hizmetine erişimin kısıtlı olması nedeni ile acil olmayan hastalar için dahi acil servisler ucuz, randevusuz kolay erişilebilir sağlık hizmeti sunan kaynak olarak algılanmış bu nedenle acil servislere başvurular artmıştır. Sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği sisteminin kurulması ile hastane acil servislerinde çalışan personelin aile hekimliğine kayması, bir kısım personelin kamudan ayrılması gibi nedenlerle hekim ve hekim dışı sağlık personelinin sayısının yetersizliği ve hizmet binalarının fiziki ve donanımsal durumları artan hizmet talebini yeterince karşılayamamıştır. Sağlık hizmeti için acil servislere başvurular giderek artmış ve hastanelere ayakta başvuruların %30'una ulaşmıştır. Acil servislerde oluşan yoğunluğun karşılanamaması, acil sağlık hizmeti sunumunda sorunların yaşanmasına, çalışanlarda mesleki tatminin ve hastalarda memnuniyetinin azalmasına neden olmuştur. Acil servislerde çalışanlar ile hasta veya yakınları arasında tartışmalar ve şiddet olaylarında artış olmuştur.

Acil Servislerde Aşırı Yoğunluk

Ülkemizde acil servislerin en büyük problemi acil servislerde aşırı hasta yoğunluğu olarak öne çıkmaktadır. Fiziki olarak iyi durumda ve yeterli sayıda personel bulunan acil servislerde dahi aşırı hasta yoğunluğunun yönetiminde problemler ile karşılaşmaktadır. Acil servislerde aşırı yoğunluk oluşturan nedenlerin anlaşılması ve bunlara yönelik düzenlemeler yapılması zaruridir. Yönetim hizmetleri alanında dünya çapında tanınmış bilim adamı Prof. Dr. Arthur Kellermann, acil servis yoğunluk nedenlerini 3 teori ile açıklamıştır (ACEP Crowding 2006, Asplin BR 2003):

1.Ekonomi

Acil Tıbbi Bakım ve İşgücü Kanunu'na göre ödeme gücüne bakılmaksızın ihtiyacı olan herkese sağlık tesislerinin tedavi verme zorunluğu vardır. Hastaneler hukuki yaptırımlardan uzak durabilmek için ambulansları kabul etmemekte ve aşırı yoğunluktan bunalan hastaların muayene olmadan kendi istekleriyle acil servisi terk etmelerini teşvik etmektedir. Bildirilen raporlara göre hastaneler boş yatak sayısı azaldığı zaman elektif vakalara öncelik vermektedir. Elektif yatışların maliyetinin öngörülebilir olması, daha yüksek gelir getirmesi ve elektif girişimler için yatak problemi yaşamayan hekimlerin çalışma motivasyonlarının yüksek olması nedeni ile hastane yöneticileri bu duruma göz yummaktadır. Ülkemizde de yukarıda açıklanan teorinin kısmen geçerli olduğu görülmektedir. Performans sistemi ile çalışan hekimlerin komplikasyon ve hukuki problemlerin daha az yaşanacağı algısı nedeni ile ağırlıklı olarak elektif hastaları yatırmak ve ameliyat etmek istemesi sağlık tesislerinde yataklarının elektif hastalar ile dolu olmasına böylece acil servislerde birikimlere neden olmaktadır.

2. Kayıtsızlık

Literatürdeki kaynaklara göre, çoğu hastane yöneticisi acil serviste hasta yoğunluğuna kayıtsız kalmaktadır (Kellermann A, 2010). Hastane yöneticilerine iletilmesine, kendileri tarafından görülmesine rağmen yöneticiler acil servis sorunları ile ilgilenmemektedir. Ülkemiz dışındaki denetim kurumlarının da aynı durumda olduğu ve hastane yöneticilerinin ilgisizliklerinin cezalandırılmadığı belirtilmektedir. Ülkemizde acil servis ile ilgili yukarıdaki parametrelerin yanısıra birçok parametrenin hastane yönetimleri tarafından takibi zorunludur ve bu açıdan düzenli olarak değerlendirilmektedir. Ancak hastane yönetimlerinin acil servislere ilgisi istenilen düzeyde değildir. Yöneticilerin acil servis süreçlerine ilgisinin artırılması öncelikli hedefler arasındadır.

3. Alışma

Literatüre göre Acil hekimleri bir zamanlar kabul edilemez olan durumları zaman içinde kanıksamaktadırlar. 30-40 yıl önce ambulansın geri çevirilmesi düşünülemezken bugün bu durumla sıklıkla karşılaşmaktadır. Son 30 yılda resüsitasyon odaları ve kırmızı alanlar yoğun bakımlara, müşahede alanları servis yataklarına dönüştürülmüş ve hekimler tarafından bu duruma alışılmıştır.

Bu 3 teori ve gözlemler ülkemiz için de geçerlidir. Kellermann'ın bu sorunların hepsine çözüm olarak "Acil Servisler hastaneler gibi çalışacağına, hastaneler acil servis gibi çalışmalıdır." önermesini yapmıştır. Günümüz koşullarında ülkemiz acil servisleri için de bu önerme geçerlidir. 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 yaklaşık %70'inde ve sadece gündüzleri açık olması doğru bir yaklaşım değildir. Mesai dışı saatlerin bir yıldaki saat sayısına oranı hesaplandığında yılın yaklaşık %77'sinde sağlık tesisleri hizmet vermemektedir. Ancak sağlık hizmeti ihtiyacı sağlık tesislerinin kapalı olduğu bu zaman diliminde de aynı oranda mevcuttur.

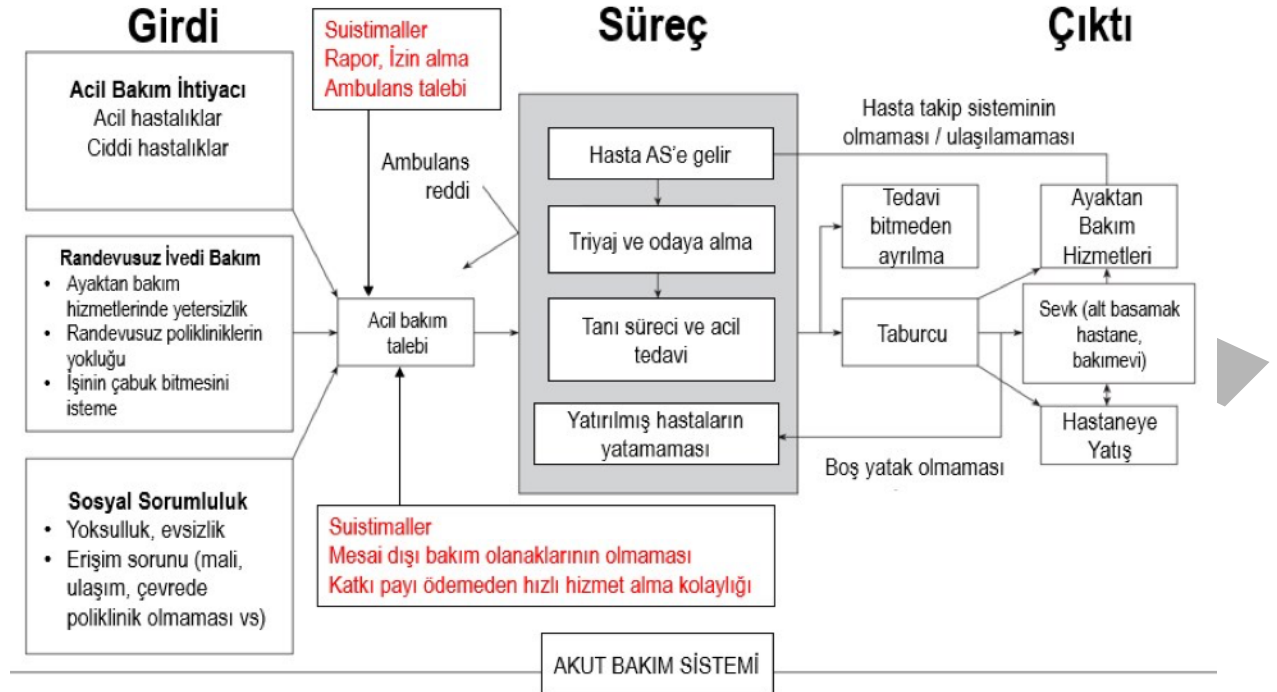
Acil Servis Aşırı Yoğunluğu Tanımı ve Akut Bakım Sisteminde Yer Alması Gereken Unsurlar

Acil Servis Aşırı Yoğunluğu, acil hizmet ihtiyacının acil servis, hastane ya da her ikisinin mevcut hasta bakım kaynaklarının üstüne çıkması olarak tanımlanır (ACEP Overcrowding report). Asplin ve arkadaşları Acil Servis aşırı yoğunluğuna etki eden faktörleri bir kavramsal model ile tanımlamışlardır (Asplin, 2003): 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 aşırı yoğunluğu çalışmalarına temel oluşturur niteliktedir. 90'lı yıllarda ABD'de en öncelikli sağlık problemlerinden biri haline gelen acil servis aşırı yoğunluğunun çözümüne yönelik analitik çalışmalar bu kavramsal model sayesinde parçalarına ayrılarak incelenebilmiş böylece çözümler üretilebilmiştir.

Asplin ve arkadaşlarına göre sağlıklı bir "Akut Bakım" sisteminde olması gereken unsurlar **Tablo'da** verilmiştir. Acil Servisler, akut bakım sisteminin sadece bir parçasıdır. Tüm akut bakım yükünün acil servislere yüklenmesinin sorun yaratacağı belirlenmiş olup diğer unsurlardan herhangi birinin eksikliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

sistemi olumsuz etkileyerek aşırı yoğunluğa ve yetersiz bakıma yol açtığı sonraki çalışmalarla kanıtlanmıştır (Asplin, 2003).



Şekil 1. Asplin'in acil servis aşırı yoğunluğuna etki eden faktörler kavramsal modelinin Türkiye uyarlaması (Akoglu, 2014)

Tablo. Akut Bakım Sistemini Oluşturması Gereken Unsurlar

- Randevusuz ayaktan hasta bakımı ve muayene olanakları
- Yarı-acil durumlara bakacak acil servis dışı hizmet alanları
- Acil Servis hastalarına kesintisiz hizmet sunabilecek hekim ve hastane olanakları
- Acil Servisten yatırılacak hastalar için ihtiyacı karşılayacak sayıda boş yatak sağlanması
- Hastane-dışı ya da evde-bakım hizmetleri

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Çalıştaylar Süreci

Yukarıda kısaca bilimsel altyapısı özetlenen aşırı yoğunluk ve sorunların çözümüne dair yönelik TCSB tarafından çalışmalar yapılmıştır. Acil servislerde yaşanan aşırı yoğunluk, hekim ve personel memnuniyetinin azalması, acil tıp branşının tercihinde azalma, istifaların artması ve şiddet gibi sorunların sebep ve sonuçlarının tartışılarak çözüme kavuşturulması amacıyla TKHK Sağlık Tesisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından 12-13 Mayıs 2014 tarihinde Ankara Gürkent Otel Toplantı Salonunda “Acil Servis Sorunları Çalıştayı” düzenlenmiştir. TKHK içerisindeki tüm paydaşları Türkiye Acil Tıp çalışanları ile buluşturarak sorunların belirlenmesi, çözüm önerilerinin alınması, çözüm önerilerinin uygulanabilirliklerinin değerlendirilmesi ve sonraki yıllar için yol haritası oluşturulması amaçlanmıştır.

2014 Yılı Acil Servis Sorunları Çalıştayı

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 Servislerde hizmet sunan hekim temsilcilerinden oluşan 32 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. 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 ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Haldun Akoğlu ve Ege Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Yusuf Ali Altuncu'nun sekreteryasında yürütülmüştür.

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 toplanmasına karar verilmiştir. Acil Tıp alanında görev yapan 2 ulusal dernekten 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.

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

Bu çalıştay ile toplam 4 grupta 300'den fazla sorun için 1400'e yakın öneri değerlendirilmiş ve bir rapor oluşturulmuştur. Bu rapora dayanarak Acil Sağlık Danışma Kurulu tarafından Eylem Planı, Uygulama Planı ve Taslak metinler hazırlanmıştır. Bu rapor 2014 yılında 2016 yılına kadar 3 kez 2 farklı Sağlık Bakanımıza, Müsteşarlarımıza, Genel Müdürlerimize ve Daire Başkanlarımıza sunulmuştur.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

2019 Yılı Acil Servis Hizmetleri Çalıştayı

İlk çalıştay ve raporunun oluşturulmasının üzerinden geçen 5 yıl içerisinde bir kısmı hayata geçirilebilen çözüm önerileri listesinin yenilenmesi, güncel sorunların tespiti, yeni çözüm önerilerinin geliştirilmesi amacıyla TCSB Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün önerisi, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün koordinasyonunda yeni bir çalıştay planlanmış ve hayata geçirilmiştir.

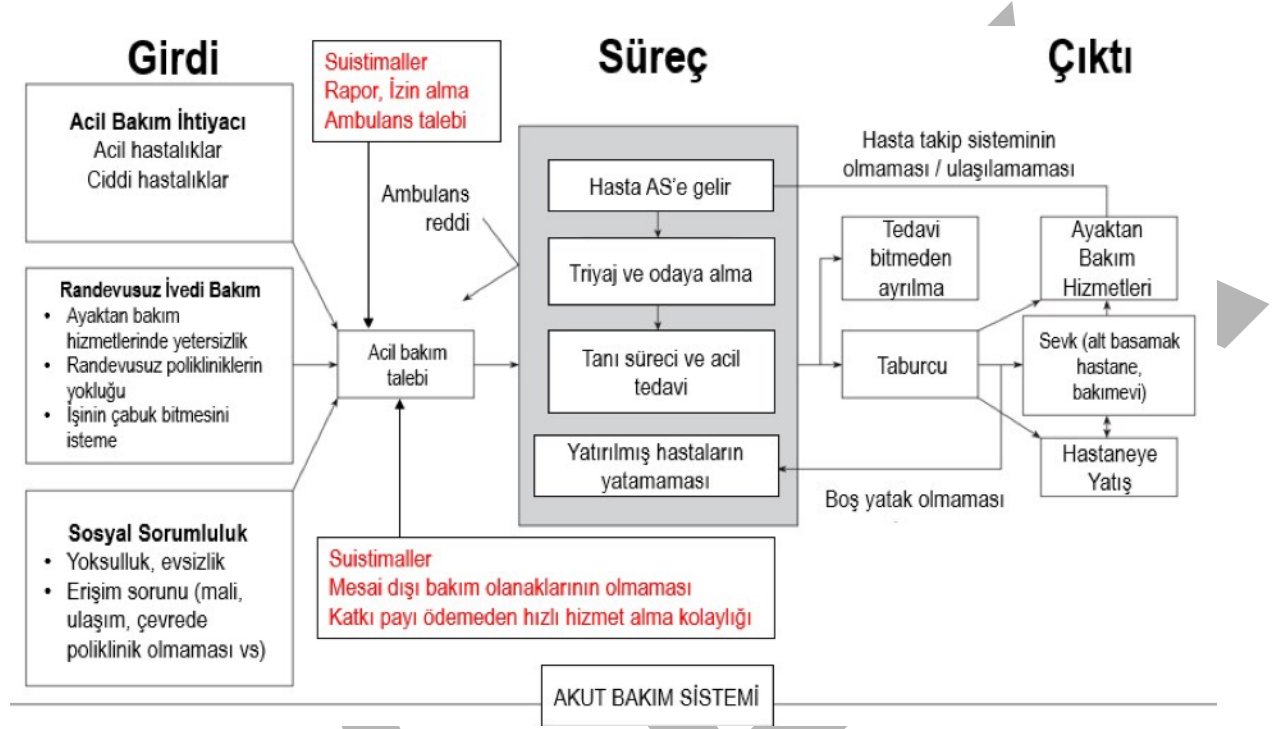
Çalıştay için, farklı sağlık kurumlarını, dernekleri, üniversiteleri, 112 komuta, 3. ve 2. basamak hastaneleri temsil eden 30 hekim ve sorun listesinin olası muhatabı olan T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan 40 paydaşın yer aldığı bir heyet oluşturulmuştur.

Bu heyete, önceki çalıştay raporunda belirtilen sorunlar ve çözüm önerileri elektronik olarak sunularak, halen geçerli olma, etkinlik, zorluk ve yapılabilme süreleri değerlendirilmiştir. Önceki çalıştay sonuç raporunda ifade edilen sorunlar ve bunlara dair çözüm önerilerinin geçen 5 yıl içinde %19'unun (31 adet) kısmen uygulandığı, %78,5'ünü (128 adet) ise henüz uygulanmadığı belirlenmiş, farklı ağırlık derecelerinde de olsa tüm önerilerin halen geçerli olduğu görülmüştür.

Bir önceki çalıştay işlev yapısı korunarak Asplin teorisinde yer alan başlıklar temelinde sorunlar ve çözüm önerileri tartışılmıştır. Raporun devamında bu yapı sıralamasıyla tespit edilen sorunlar, önerilen çözümler, alınan kararlar, ve tespitler yer almaktadır.

Girdi Faktörleri

Acil bakım talebinde bulunan unsurlara dair problemler bu başlık altında değerlendirilmiştir. Aşağıdaki şekilde verildiği üzere Acil bakım ihtiyacı olan hastalar acil servislere uygun başvuru grubunu oluşturur. Akut Bakım Sistemi içerisinde acil servislere uygunsuz olarak başvuran hastalar ise girdi faktörlerindeki sorunlar olarak aşağıda başlıklar halinde belirtilmiştir.



Randevusuz bakım olanaklarının artırılması, yeşil alan hastalarının uygun birimlerde bakımının sağlanması, randevu alamama sebebiyle acil servislere iç ve dış sevklerinin engellenmesi, acil servislere gelmemesi gereken hastaların engellenmesi, doğru yönlendirilmesi bu başlıkta yer alan ana unsurlardır. Girdi faktörlerinde yer alan sorunlar aşağıdaki tabloda sırasıyla verilmiştir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Girdi faktörleri arasında yer alan sorunlar
Uygun Başvurular
Acil hastalıklar
Ciddi hastalıklar
Uygunsuz Başvurular
Kendi talebi dışında acil servis hizmetlerine yönlendirilme
İç birimlerden (poliklinikler) acil servise yapılan yönlendirmeler
Dış merkezlerden acil servislere uygunsuz ayaktan yönlendirmeler
Dış merkezlerden acil servislere uygunsuz sevkler
Mesai içi ve dışı acil ve acil olmayan durumlar için sağlık hizmeti talebi
Mesai saatleri içinde acil olmayan hastalıklar için randevusuz bakım olanaklarının olmaması
Mesai saatleri dışında acil olmayan hastalıklar için randevusuz bakım olanaklarının olmaması
Acil servislerin kolay erişilebilir ve hızlı bakı mecburiyeti olan yerler olduğu algısı
Acil servis hizmetlerinin acil olmayan haller için ucuz olması
Özel hastalar için tek ücretsiz tedavi olanağının acil servisler olması
Acil servislerle ilgili olmayan başvurular
Adli giriş-çıkış muayeneleri
İşbaşı kâğıdı mecburiyeti, rapor alma talebi

Kendi Talebi Dışında Acil Servis Hizmetlerine Yönlendirilme

İç Birimlerden (Poliklinikler) Acil Servise Yönlendirmeler

Bu tip yönlendirmelerin altyapı ve süreç eksikliğine bağlı iki ana amacının olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır:

- Polikliniklerde muayene edilen ve yatış gerektiren hastalar için yataklı servislerde yer olmaması gerekçesiyle yatış amacıyla hastaların acil servise yönlendirilmesi,
- Pre-op değerlendirme, yatış öncesi hazırlık, kısa süreli tedaviler sonrası yeniden değerlendirme gerektiren hastalar için hastane içinde ayaktan bu inceleme, müdahale ve uygulamaların yapılabileceği yatış dışı seçeneklerin bulunmaması

Çalıştay kurulu tarafından bu sorun ve çözüm önerileri tartışılmış olup yurtdışında ve özel hastanelerde örnekleri başarıyla uygulanan, ilk çalıştay önerileri arasında da yer alan ancak bugüne kadar uygulanamamış aşağıdaki önerinin sunulmasına karar verilmiştir.

Polikliniklere hizmet veren gününbirlik ayaktan tedavi ve takip üniteleri kurulmalıdır

Poliklinikten görülen ve yatış gerektiren hastalar ile pre-op değerlendirme, yatış öncesi hazırlık, kısa süreli tedaviler sonrası yeniden değerlendirme gerektiren hastaların işlem ve tedavileri oluşturulacak gününbirlik tedavi ünitelerinde gerçekleştirilmelidir.

Gününbirlik tedavi ünitelerinin özellikleri aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Acil servisin dışında ve uzağında, poliklinikler katında ve yanında konumlandırılmalıdır
- İlgili branş hekimi tarafından order edilen tedavi ve uygulamalar ya ilgili hekim tarafından ya da bir pratisyen kat hekimi tarafından uygulanmalıdır
- Polikliniklerin açık olduğu zamanlarda (mesai içinde, poliklinikler açık tutulacağı mesai dışı / vardiya gibi uygulamalar esnasında ve bayram-resmi tatil gibi dönemlerde) açık olmalıdır
- Poliklinik hizmeti alanlar dışında enjeksiyon, sonda değişimi, pansuman gibi taleplere hizmet vermeli, bu hastalar acil servislere yönlendirilmemelidir.
- Bu birimler 4. ve 5. Seviye acil servis bulduran hastaneler için mecburi, diğerleri için tercihi olabilir.
- Aşağıdaki uygulamaların yapılması için yeterli sayıda hemşire, personel, sedye, güvenlik ve altyapı mevcut olmalıdır.
 - Ayrı odalar şeklinde veya arena şeklinde tasarlanabilecek, hastane dışından başvurulara da hizmet verilecek uygulamalar:
 - Enjeksiyon
 - Pansuman
 - Sütür atılması ve alınması
 - Sonda/NG/Peg/kanül değişimi
 - Gününbirlik arenası şeklinde yapılandırılan bir poliklinik müşahede alanında hizmet verilecek uygulamalar:
 - Oksijen-bronkodilatör tedavileri
 - Kısa süreli IV infüzyonlar
 - IV demir preparatları verilmesi
 - Rutin transfüzyonlar (onkoloji-hematoloji gününbirlik)
 - Kronik hastalarda parasentez, torasentez

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Preop tetkikler
- Yatış öncesi yatak hazırlığı ya da beklemesi esnasında takip ve tedavi

Taslak Tebliğ çalışmasındaki ilgili madde	Çalıştay kurulu önerisi
MADDE 14 - (17) Mesai saatleri içinde polikliniklerde muayene edilen hastalar tedavi düzenlenerek uygulanması için acil servise gönderilemez. Polikliniklerde acil olduğu düşünülen hastalar acil servise giriş yapılarak muayeneleri yapılarak gerekli tedavileri acil servis hekimlerince düzenlenir.	<p>Tebliğ taslağındaki Madde 14'ün 17. Bendinin ilk cümlesinin aşağıdaki şekilde düzenlenmesi, ikinci maddesinin ise tamamen çıkarılması önerilmiştir.</p> <p>MADDE 14 - (17) Mesai saatleri içinde polikliniklerde muayene edilen hastalar tedavi düzenlenerek uygulanması için acil servise gönderilemez. Polikliniklerde acil olduğu düşünülen hastalar acil servise giriş yapılarak muayeneleri yapılarak gerekli tedavileri acil servis hekimlerince düzenlenir.</p> <p>Yukarıda belirtilen özelliklerde gününbirlik ayaktan tedavi ünitelerinin kurulması için tebliğe düzenleme maddeleri eklenmesini önerilmiştir.</p>

Enjeksiyon ile tedavilerin sayısı azaltılmalıdır

- 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
- Acil servislere order edilenler hariç dışarıdan enjeksiyon, pansuman, sonda değişimi, infüzyon tedavisi yapılmamalı, bu tedaviler oluşturulacak alternatif birimlerce karşılanmalıdır (mesai içinde: ASM’ler, gününbirlik tedavi alanları, sağlık kabinleri; mesai dışında: uzatılmış mesaide ASM’ler, vardiya polikliniklerine hizmet veren gününbirlik tedavi alanları, ivedi bakım merkezleri, sağlık kabinleri). Çeşitli önlem ve uygulamalarla acil servislere yapılan enjeksiyonların sayısı azaltılmalıdır.
- Kamu spotlarıyla bu konuda halk bilgilendirilmelidir.

Dış Merkezlerden Acil Servislere Uygunsuz Ayaktan Yönlendirmeler

Dış merkezlerden acil servislere uygunsuz ayaktan yönlendirmeler iki ana sebeple gerçekleşmektedir:

- Başvurmuş olduğu ASM ya da kamu hastanelerinden, hastanın kendi talebi dışında, tedavi amaçlı olarak acil servislere yapılan uygunsuz sevkler:
 - Bu sevklerin genellikle sözel olarak “biz burada enjeksiyon/sütür alma/pansuman yapmıyoruz X hastanesi acil servisine git orada yaparlar” ifadesiyle yapıldığı, resmi bir hüviyet taşımadığı, basit tıbbi müdahale (BTM) ağırlıklı olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır.
- Bu tip işlemlerin çoğunun (ilaç reçete edilmemesi nedeniyle katkı payı alma imkânı da olmadığından) tamamen ücretsiz şekilde yapılmaktadır, mesai saatlerinde ücretsiz uygulanabileceği başka kamu hizmet birimleri de yoktur

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Mesai saatleri dışında ise özel hastaneler dışında bu tip BTM uygulamalarının yapılabileceği hizmet birimleri yoktur

Çalıştay kurulu bu problem için mesai saatleri ve dışı için iki basamaklı bir çözüm önermektedir:

Mesai saatleri içinde ASM bünyelerinde, hastanelerde ise açılması önerilen gününbirlik ayaktan tedavi ünitelerinde BTM yapılabilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır

- Mesai saatleri içinde:
 - Bir önceki girdi sorununa çözüm önerisi olarak sunulan gününbirlik tedavi birimleri sadece BTM amaçlı olarak başvuran hastalara da hizmet vermelidir
 - ASM'lere başvuran her hastaya, aile hekiminin kendi hastası olmasına bakılmaksızın, aşağıda belirtilenlerle sınırlı olarak BTM işlemlerinin yapılması sağlanmalıdır

Mesai saatleri dışında, ASM'ler ve hastanelerde açılması önerilen gününbirlik ayaktan tedavi ünitelerinde, Sağlık kabinleri ve İvedi Bakım Merkezleri Açılmalı ve BTM yapılabilmesine yönelik düzenlemeler getirilmelidir

- Mesai saatleri dışında:
 - A veya B tipi ASM'lerin bölgesel olarak seçilen bir kısmının en azından gece 23:00'e kadar mesai dışında da çalışmasının sağlanması, başvuran her hastaya, kendi hastası olmasına bakılmaksızın, aşağıda belirtilenlerle sınırlı olarak BTM işlemlerinin yapılmasının sağlanması,
 - Enjeksiyon
 - Pansuman
 - Sütür
 - Sonda/NG değişimi
 - Oksijen-bronkodilatör tedavileri
 - Kısa süreli IV infüzyonlar
 - Eğer hastane polikliniklerinden bir kısmı vardiya uygulaması ile açık kalıyorsa, kurulacak gününbirlik tedavi birimlerinin BTM amaçlı başvurulara da bu sürede yanıt vermeye devam etmesinin sağlanması,
 - Yerel ölçekte uygulama yapabilecek sağlık kabinlerinin kurulmasının teşvik edilmesi,
 - İvedi bakım merkezleri (urgent care center) adı altında, 16:00 – 23:00 saatleri içinde çalışan, sağlık kabinlerinden daha gelişkin, bir uzman hekim yönetiminde muayene ve BTM işlemlerini yürüten, hastabaşı (POC) basit tetkik ve görüntüleme olanakları bulunan, katkı payı alınmayan, SGK kapsamına alınmış özel ve kamuya ait birimlerinin açılmasının sağlanması,
 - Bu birimler hastanelerde acil servislerin tam tersi bir noktada konumlandırılabilir ve gününbirlik tedavi ünitelerinin kapanmasıyla faaliyete geçebilir,
 - Hastaneler tarafından ilçe poliklinikleri kapsamında oluşturulup kullanılabilir,
 - Bu birimler acil servisler olmayıp bu şekilde düzenlenmezler.
 - Hizmet yılı fazla olan ve nöbet tutamayan acil tıp hekimleri için alternatif çalışma olanağı olarak da işlev görebilir.

Mesai içi ve dışına yönelik bu öneriler dışında:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Yukarıda belirtilen gününbirlik tedavi üniteleri, uzatılmış mesaideki ASM'ler ve ivedi bakı birimleri için tanımlanan girişimler için acil servise başvurulması halinde katkı payı ödenmesi karara bağlanarak acil serviste halihazırda verilen elektif hizmetlerin yaygınlaştırılması, aşırı yoğunluğun dağıtılması amaçlanmalıdır.
- Evde bakım birimleri kronik, palyatif ve bakım hastaları açısından güçlendirilmelidir.
- ASM, poliklinikler ve evde sağlık arasında dengeli bir sevk zinciri kurulmalıdır. Alternatif randevusuz bakım alanların açılması sağlanmadan sevk zincirinin hayata geçirilmesi acil servis hasta sayısını daha da arttırma riskine sahip olduğundan öncelik alternatif birimlerin oluşturulmasıdır.
- ASM hekimleri için hizmet içi eğitimler planlanmalıdır.

Dış Merkezlerden Acil Servislere Uygunsuz Sevkler

Dış merkezlerden acil servislere sevklerin ana sebepleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Uygun sevkler
 - Biriminde ilgili branş konsültanının bulunmaması sebebiyle konsültasyon amaçlı üst basamak sevkleri
 - Yapılan ilk müdahaleler sonrasında stabilize edilen ve hastanın tedavi edilebileceği branş birimlerin icapçı ya da nöbetçi olarak bulunmadığı durumda hastaların yatak ve yer olmadığı gerekçesiyle ASKOM kararları dahilinde yapılan sevkler
- Uygunsuz sevkler
 - Biriminde ilgili branş konsültanı bulunmasına rağmen icapçı olması, sözel olarak hastanın sevk edilmesini bildirmesi ve buna istinaden ASKOM kararları gerekçesiyle yapılan sevkler
 - Yapılan ilk müdahaleler sonrasında stabilize edilen, tedavi edilebileceği branş birimlerin icapçı ya da nöbetçi olarak bulunmasına rağmen yatak ve yer olmadığı, ya da tıbbi yetersizlik gerekçesiyle ASKOM kararları gerekçesiyle üst basamağa yapılan sevkler
 - Hastanın tanısı konulduktan sonra komorbiditeye bağlı tıbbi yetersizlik gerekçesiyle işlem gerçekleştirilmeden ASKOM kararları gerekçesiyle üst basamağa yapılan sevkler
 - Yatırılmış olan hastanın durumundaki değişiklik olması, ancak ilgili bir nöbetçi/icapçı konsültan hekim bulunmaması gerekçesiyle taburcu edilerek ASKOM kararları gerekçesiyle üst basamak acil servislere yapılan sevkler
 - Yatış endikasyonu olan hastanın yatış endikasyonu dışında bir alanda konsültasyon amacıyla sevk edilmesi, ancak konsültasyon sonlandığında geri kabul edilmemesi
- Sevk kabul sorunları
 - İlgili branşa yatış amaçlı sevk edilmek istenen hastanın kabul eden kurumdaki ilgili branş hekimi tarafından acilde değerlendirilmeden kabul edilmeyeceği bilgisiyyle şartlı kabulü, hasta değerlendirildikten sonra yatış endikasyon olmaması dolayısıyla geri sevkinin önerilmesi dolayısıyla hastada yaşanan mağduriyet,
 - Hastayı konsültasyon bahanesiyle sevk etmek, ancak konsültasyon sonlandığında geri kabul etmemek,
- Sevk uygulamalarının kalitesinin denetlenmemesi
 - ASKOM'ların etkinliği yetersiz. Yerelde bu kurullar uygunsuz sevkleri takip etmemekte, kendilerine gelen uygunsuz sevk yazıları ile ilgili herhangi bir işlem yürütmemekte, düzeltici faaliyetler uygulamamaktadır. Güçlü, denetleyici ve yaptırımı olan bir ASKOM mekanizması birçok uygunsuz sevk sorununu yerelde çözebilecektir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Bu tip uygulamaların yoğun olduğu ve ciddi bir sınırsızlık noktası olduğu belirlenmiştir. İleride de değinilecek yatış kararı verilen hastalarla ilgili öneriler birleştirilerek aşağıdaki şekilde düzenlemeler yapılması için çalıştay heyetince önerisi getirilmesine oybirliğiyle karar verilmiştir:

- Sevk kararı verilen hastaların sevk işlemi gerçekleştirilene kadar; yatış kararı verilen hastaların da ilgili servis yatağına fiziki olarak yatırılana kadar yatış ve sevkine dair tüm işlem ve uygulamaların sorumluluğu bu kararı veren branş hekimine aittir.
 - Bu hükmün eklenmesi sayesinde hastaya uygun merkezlerde boş yatak aramak, sevk belgelerini doldurmak, sevk edilene kadar hastanın takip sorumluluğunu üstlenmek gibi işlemlerin konusuna ve hastaya hâkim branş hekimi tarafından yapılması sağlanacaktır.
 - Bu işlemlerin yapılmasının lojistik zorlukları nedeniyle branşlar sevk yerine yatak dönüşümünü hızlandırmak suretiyle yatış kararı vermek yönünde de teşvik edilmiş olacaktır.
- Sevk ile kabul edilen hastanın tedavi, takip, yatış ya da yeniden sevk sorumluluğu kabul eden hekime ait olup yoğun bakım veya yataklı kliniğe sevk ile kabul edilmiş hastalar acil serviste yeniden değerlendirilmeden ilgili servise yatırılır.

Taslak Tebliğ çalışmasındaki ilgili madde	Çalıştay kurulu önerisi
Tebliğ maddesi: MADDE 14 (8) Sağlık tesisleri arasında yoğun bakım veya yataklı kliniğe sevk edilmiş hastalar acil serviste yeniden değerlendirilmeden ilgili servise yatışı sağlanır. Bu şekilde kabulü sağlanan hastaların kayıt ve servise yatış işlemleri için acil servis işleyişini aksatmayacak idari düzenleme yapılır.	Maddenin yazılı kısmının uygun olduğu, ancak yukarıda ve aşağıda belirtilen kısımların eklenmesinin talep edilmesine oybirliğiyle karar verildi.

- Hastanede boş yatak varsa, sevk kararı verilen hastaların sevk işlemi gerçekleştirilene kadar; yatış kararı verilen hastaların da ilgili servis yatağına fiziki olarak yatırılana kadar herhangi bir hastane yatağına yatırılması esastır. Bu hastalar yer varsa ilgili bölüm servisine, ilgili serviste yer yoksa hastanedeki herhangi bir boş yatağa acil servis sorumlu hekimi veya nöbetçi uzmanı tarafından yatırılır.
 - Servisler acil servisten yapılacak yatışlar açısından dahili ve cerrahi olmak üzere 2 ana grupta toplanmalı ve ilgili branş servisinde yer olmaması durumunda önce ilgili ana gruba ardından da herhangi bir servis yatağına yatış olanağı sağlanmalıdır.
- Acil serviste yatak bekleyen hasta sayısı acil servis imkanlarını aştığında (yerel yazılı bir ön protokol ile belirlenen sayı) bu hastalar belirlenen bir protokol dahilinde diğer servis yatakları, drenaj yatakları, servis koridorları, gününbirlik yataklı alanlar ya da ek yataklara nakledilerek acil servis boşaltılır.
- Bu hastaların yatırıldıkları yataklardan ilgili servislerine nakli, dış merkezlere sevk, yattıkları yataklarda tedavi ve takip işlemleri hastanın sevk edilmesine veya yatışına karar veren hekime aittir.
- 1. seviye YBÜ endikasyonu konulan ve ilgili YBÜ ve hastanede yer olmadığı gerekçesiyle sevk kararı verilen hastalar sevk işlemi gerçekleştirilene kadar YBÜ endikasyonunu veren branşın servisinde, bu branş serviste yer olmaması durumunda da hastanedeki herhangi bir boş yatakta kararı veren branş tarafından takip ve tedavi edilir, sevk işlemi de bu yataktan yapılır.

Mevzuata eklenmesini talep ettiğimiz yukarıda ve yatış kısmında yer alan düzenlemeler dışında aşağıdaki noktalarda düzeltmeler yapılmalıdır:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- İcapçı nöbetçi hekimlerin, o hastanede tedavi edilmelerinin önünde tıbbi bir sakınca olmayan hastaları görmeden telefonla sevk kararı vermelerinin engellenmesi için tüm üst seviye sevkleri otomatik olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.
- ASKOM'a benzer, YBÜ, palyatif bakım, evde sağlık ve yataklı servis arasındaki dolaşım ve iletişimi aktive edip denetleyecek bir kurul oluşturulmalıdır.
- Hastaneler arası sevk için elektronik bir sevk emri kabul sistemi oluşturulmalıdır. Talep sisteme yüklenmeli, ilgili hastanedeki ilgili branş hekimi hastayı elektronik olarak kabul ettiği zaman nakli KKM tarafından direk ilgili servise yapılmalıdır.
- Yataklı servislerde ya da YBÜ'lerde yatmakta olan hastalar, bir üst basamak hastanenin acil servisine YBÜ ihtiyacı, tetkik ve ileri tedavi, MV gibi cihaz eksikliği, konsültan eksikliği gibi gerekçelerle sevk edilemez. Rutin sevk istem ve kabul prosedürü uygulanarak hastanın ihtiyacına yanıt verecek yataklı servis ya da YBÜ yatağında direk gönderilmesi esas olmalıdır.
- Tüm sevkler istem ve yanıtları kayıt altına alınarak (elektronik sistem) uygunsuzluklar ve sebepleri sorgulanmalıdır. ASKOM'lara yaptırım yetkisi verilerek sorunların yerelde çözülmesi sağlanmalıdır.
 - Bu maksatla hastanelerin uygunsuz sevklerinin (icapçı hekim olmasına rağmen icapçı hekim çağrılmadan hastanın üst basamak hastaneye sevk edilmesi, yatış endikasyonu olduğu ifadeyle sevk edilen ancak sevk edildiği hastanede yatış endikasyonu konulmayan hastalar vb) sevkeden hastaneye negatif olarak yansıtılması ve sevk eden hekimin yazılı görüşünün alınmasına yönelik KHGM Verimlilik DB tarafından net bir kriter çalışılmasına karar verildi.
- Birleşik otomasyon sistemi kurularak hastanın tıbbi geçmişi, tedavileri ve önceki laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarının görülebilmesi sağlanmalıdır (tekrarı engelleme).
- Sık sevk nedeni olan bazı hastalık ve durumlar için net sevk kural ve kriterleri tanımlanmalı, ilan edilmeli ve uygulanması yaptırımlarla takip edilmelidir
- Özel hasta servisleri açılmalı, kronik bakım merkezleri kurulmalıdır.
 - Geriatri servisleri açılmalı, geriatrik bakım için kronik bakım merkezleri kurulmalı, taburcu olamayan geriatrik hastalar için sosyal bakım hizmetleri desteği sağlanmalı,
 - Psikiyatri hastalarının genel hastaneler temelinde daha etkin değerlendirilmesi sağlanmalı, bölgesel bağımlılık merkezlerinin sayısı artırılmalı ve güçlendirilmeli,
 - Agoni/yaşam sonu servisleri açılmalı, palyatif bakım servisleri/birimleri kurulmalı,
 - Uzun dönem YBÜ'ler kurulmalı,
 - Yanık ünite/merkezlerinin sayısı ciddi biçimde artırılmalı,
 - Yaşlı bakım evleri kurulmalı, acil servislerde tıbbi tedavisi biten yaşlı bakım hastaları bu merkezlere direk sevk edilebilmeli,
 - El cerrahisi ve KVC merkezleri gibi çok özellikli birimler her bölgede net şekilde tanımlanmalı, bu merkezlerin hasta reddi imkânı olmaması sağlanmalıdır.
 - Boşaltılan eski hastanelerin palyatif bakım merkezi şeklinde planlanması hususu önerildi

Hastane öncesi hizmetler ile ilgili sorunlar ve çözümler

Hastane öncesinde hastayı sahadan alan 112 ekiplerinin yetkinlikleri artırılmalıdır. Hastanın hikayesi, stabilizasyonu, ilk müdahaleleri konularında ciddi eksiklikler mevcut olup bu noktalarda iyileştirmelere ihtiyaç vardır.

Hastane öncesi ekipleri ilgilendiren aşağıdaki düzenlemeler önerilmiştir:

- Sevk edilen hastanın tüm sorumluluğu hastayı kabul eden hekim teslim alana kadar sevk eden kurum ve nakli sağlayan ekibe aittir.
- Sevk talepleri için görüşmek üzere 112 telefonları arandığında özellikle büyük illerde hekimler saatlerce telefon başında beklenmekte ve bu ciddi işgücü kaybına neden olmaktadır. Acil servis

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

sorumlu hekimlerinin hasta nakli ve ambulans talepleri için 112 bünyesinde hekim ile görüşmelerini sağlayacak özel telefon hatları kurulmalıdır.

Mesai içi ve dışı acil olmayan durumlar için sağlık hizmeti talebi

Çalıştay heyeti tarafından mesai içi ve dışında acil olmayan ivedi durumlar ile mesai dışında ivedi olmayan durumlar için sağlık hizmet talebini karşılayacak hiçbir olanak olmadığı ve bunun acil servis aşırı yoğunluğuna etki eden önemli bir girdi faktörü olduğu tespit edildi.

Mesai saatleri içinde ivedi olmayan durumlarda randevusuz bakım olanaklarındaki eksikliğin temel sebepleri şu şekildedir:

- MHRS sisteminin tıkanması nedeniyle acil olmayan hastalıklar için günlük randevu alma olanağı yoktur
 - Bazı branşlarda randevu alan hastaların ciddi bir kısmı randevularına gelmemektedir,
 - Bazı branşlarda ise ciddi yığılmalar sebebiyle aşırı doluluk yaşanmaktadır,
 - Acil servisten ya da yataklı servislerden taburcu olduktan sonra takibe alınmak ve tedavilerinin düzenlenmesi için polikliniklerden randevu alması önerilen, ancak randevu alamayan hastalar bu ya yeniden kötüleşerek ya da bu düzenlemelerin sağlanması için yeniden acil servislere başvurmaktadır
- ASM'lerde randevusuz hasta bakılmamaktadır
- Hastaların ciddi bir kısmı aile hekimini bilmemektedir, bilse de ciddi bir kısmı kayıtlı olduğu ASM'ye yakın yaşamamaktadır. Dolayısıyla bölgesinde yaşamayan ciddi sayıda kişi aile hekimlerine kayıtlı görünmekte ve bu kişiler aslında aile hekimliği sistemi dışında kalmaktadır.
- ASM'ler hiçbir BTM uygulaması yapmamakta, enjeksiyon için bile hastaları acil servislere yönlendirmektedir

Çalıştay kurulu tespit ettiği bu sorunlara yönelik aşağıdaki çözümleri önermeye oybirliğiyle karar verilmiştir:

Mesai saatleri içinde acil olmayan hastalıklar için randevusuz bakım olanakları oluşturulmalıdır

- MHRS sistemi daha etkin hale getirilmelidir:
 - Acil olmayan haller için, ASM'lerde muayene olan hastanın branş hekimi tarafından görülmesi gerektiğine karar verilirse ilgili branş polikliniklerine elektronik olarak randevu verilmesi imkânı getirilmelidir.
 - MHRS'den bireysel randevu alınabilecek bölüm ve hastaneler kısıtlanarak ASM'lerin sisteme katılması sağlanabilir. Böylece Aile hekimi tarafından yapılacak ön bir muayene ile branş hekimi ihtiyacı yeniden değerlendirilebilir.
 - Polikliniklerden randevu alındığı halde randevuya gelmeme konusunda caydırıcı önlemler alınmalıdır. Sürekli olarak poliklinik randevusuna gelmeyen kişilere özel bir çalışma yapılabilir.
- Cerrahi poliklinikler için (ortopedi, KVC vs) MHRS dışı, sıraya dayalı, randevusuz branş poliklinikleri kurulmalıdır.
- Hekimlerin takiplerindeki kontrole çağıracakları hastalara, MHRS üzerinden belli bir sürede belli sayıda kontrol randevusu almak için geçerli öncelik hakkı veren özel kod vermesinin sağlanması, kontrol hastaları için ASM mecburiyeti kaldırılabilir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Mesai saatleri dışında acil olmayan hastalıklar için randevusuz bakım olanaklarının oluşturulmalıdır

- 1.basamak hizmetleri güçlendirilmelidir. Bu amaçla yukarıdaki kısımlarda da önerilen aşağıdaki çözümler hayata geçirilmelidir:
 - A ve B tipi ASM'lerden bir kısmının mesai saatleri dışında en azından 23:00'e kadar randevusuz muayene ve BTM uygulaması yapması sağlanmalıdır.
 - İvedi bakım merkezleri kurulmalıdır.
 - Sağlık kabinleri açılmalıdır.
 - ASM'lerde yapılan muayene, müdahale ve uygulamalardan katkı payı alınmadığı yaygın şekilde tanıtılmalıdır.
- Hastanelerde acil servisler bünyesindeki muayene ve müdahale hizmetlerinin acil tıp klinikleri ve bu kliniklerde kadrolu uzman, asistan ve pratisyen hekimler tarafından yürütülmesi esastır.
- Mesai saatleri dışında seçilmiş branşlar, gündüz hizmet verdikleri poliklinik alanlarında, acil servislerin personel, hemşire, teknisyen, laboratuvar ve görüntüleme kaynaklarını kullanmayacak şekilde açılacak gününbirlik ayaktan tedavi birimleriyle eşgüdüm halinde randevusuz muayene ve bakım olanakları sağlayabilir.
 - Özellikle haftasonu, bayram vb uzun tatillerde acil servislerin hastanelerdeki tek hizmet noktası olması bu yöntemle engellenebilir.
 - Bu sistemin şu anda çalışmamasının önemli sebepleri arasında gündüz ile gece vardiyaları arasında ekonomik ve sosyal herhangi bir fark olmamasıdır.
 - Mesai saatleri dışında (gece, haftasonu, resmi tatiller) yapılan her türlü muayene ve girişimsel işlemlerin puanı 2 katı olarak tanımlanmalıdır.
- Mesai dışı görev yapan hekim dışı sağlık personeline 2 katına kadar ek ödeme verilmelidir.

Taslak Tebliğ çalışmasındaki ilgili madde	Çalıştay kurulu önerisi
MADDE 9 (8) Acil servise başvuran hastalara yapılan triyaj veya muayene işleminin akabinde uygun görülen hastalar için ertesi gün veya ilk mesai gününde ilgili branşın polikliniğinden MHRS randevusu alınarak acil servisten polikliniğe yönlendirilmesi mümkündür. Bu durumda hastanın MHRS randevusu acil serviste görev yapan personele iş yükü oluşturmayacak bir şekilde ve mekânda gerçekleştirilir.	Bu maddenin acil servis iş yükünü arttıracığı ve suistimallere neden olacağı, bu yönlendirmenin 1.basamak sağlık hizmetlerinin görevi olduğuna oybirliğiyle karar verilerek tebliğden çıkarılmasına karar verildi.
Madde 11 (14) Yataklı sağlık tesisi haricinde görev yapan aile hekimlerine bu tebliğ uyarınca acil servis veya vardiya branş polikliniği vb. nöbet görevi verilebilir. Bu durumda aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre işlem tesis edilir, bu kişilere nöbet ücreti haricinde yapılacak ödemelerde ilgili diğer mevzuat hükümleri uygulanır.	Bu maddenin uygun olmadığı, hastanelerde acil servisler bünyesindeki muayene ve müdahale hizmetlerinin acil tıp klinikleri ve bu kliniklerde kadrolu uzman, asistan ve pratisyen hekimler tarafından yürütülmesi esas olduğu, hastane dışında ise bu işlevin mesai dışında aile hekimleri tarafından ASM'lerde yürütülmesi gerektiğine oybirliğiyle karar verildi.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Acil servislerin kolay erişilebilir, ücretsiz her konuda hızlı bakı mecburiyeti olan yerler olduğu algısı kırılmalıdır

Çalıştay kurulu acil servislerin her işin hemen halledileceği yerler algısının kırılmasının en önemli noktalardan birisi olduğuna karar vermiştir. Ana sorunlar şu şekilde belirlenmiştir:

- Acil servislere acil olmayan haller için yapılan başvurularda da mutlaka hızlıca bakılacağı, tetkiklerin istenip hemen sonuçlandırılacağı, tedavilerin hemen uygulanacağı noktasındaki imaj, algı ve bilgilendirmelerin hekimler, yöneticiler ve medya tarafından yoğun şekilde verilmesi,
- Yöneticilerin acil sağlık hizmetlerine yönelik beklentilerinin nitel değil, nicel veriler üzerine kurulması,
- Toplumun acil sağlık hizmetlerinin ne olduğunu, hangi durumlarda acil sağlık hizmetlerini kullanması gerektiği, hangi durumlarda ayaktan poliklinik hizmetleri ve 1.basamak sağlık hizmetlerini kullanması gerektiğini bilmemesi.

Yukarıda belirtilen sorunlara yönelik algı yönetimi, tanıtım ve eğitim faaliyetlerine ek olarak aşağıdaki önerilerin sunulmasına karar verilmiştir:

- Hastanenin diğer alanlarına acil servislerden hasta ve hasta yakınlarının geçişlerinin kartlı kapı ve güvenlikler tarafından engellenmesi
- Yatan hastalar için giriş-çıkışın ve ziyaretçi kontrolünün acil servisten uzak bir alandan yapılmasının sağlanması
- Hastaneye ait kantin tuvalet vb ihtiyaç alanlarının acil servislerden uzak noktalara konuşlandırılması
- Halkın ve yöneticilerin bilgilendirilmesi (bekleyerek hayat kurtarabilirsiniz)

Acil olmayan haller için acil servis hizmetleri ucuz olmamalıdır

Acil durumlar için bedava olan acil servislerin, acil olmayan haller için ucuz olması konusu heyet tarafından görüşülmüştür. Halihazırda, acil olmayan hallerde eczanede alınan katkı payı ve muayene ücretlerinin ilaç payı zannedildiğinden herhangi bir caydırıcı etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

- Acil olmayan hallerden alınan katkı payının artırılmasının acil durumu olan hastaların da bir kısmında heves kırıcı olabileceği ve başvurularını geciktirebileceği kaygısı görüşülmüştür.
- Aksi durumda da acil olmayan haller için acil başvurularının, acil durumu olan hastaların tanı ve tedavisini kısıtlar hale geldiği görüşü görüşülmüştür.
- Katılımcılardan 14 kişi acil olmayan haller için acil servislerde alınan katkı payının artırılması, 4 kişi ise değiştirilmemesi yönünde oy kullanmıştır.
- Heyetin çoğunluk görüşüne göre reçete yazılan acil olmayan hastalar için eczanelerde alınan katkı payı artırılmalıdır. Bu katkı payının ayrıntılı dökümü yine eczanelerde verilecek bir çıktı ile hasta tarafından okunabilmelidir. Ödediği bu katkı payını hangi hizmet birimlerine başvursaydı ödemeyeceği (ASM, poliklinik) yine net olarak bu belgede ifade edilmelidir.
- BTM uygulanan hastalara reçete yazılmadığı ve eczanede katkı payı alınmadığı için farklı bir katkı payı sistemi getirilmelidir. Ancak BTM uygulamalarının acil servisler dışında ücretsiz ve randevusuz şekilde yapılacağı hizmet birimleri kurulmadan (mesai dışı ASM'ler, hastane için günübirlik üniteleri, sağlık kabinleri, ivedi bakım merkezleri vb) bu uygulamaya başlanmamalıdır.
- Acil servislerde acil olmayan hastalardan alınan katkı payı, sadece, yeşil alan ICD kodları arasından belirlenecek ve acil olmayan uygunsuz başvuru olarak kabul edilecek tanı koduna sahip hastalardan alınmalıdır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- WHO acil serviste mutlaka değerlendirilmesi gereken 32 acil durum parametresi listesi oluşturmuştur. Bu hastaların acil servislerde bakılması zaruridir. Bu liste dışında kalan tanı grupları bir komisyon ile çalışılarak bir kısım tanıları acil olmayan hal kapsamına alınabilir.
- Acil servis sarı ve kırmızı alandan katkı payı alınmaz.
- Oluşturulacak acil olmayan hal listesindeki tanıları acil servislerde tam katkı payı alınırken ASM'lerde katkı payı alınmayarak tanıya göre seviyelendirilmiş katkı payı sistemi uygulanabilir. Önerilen katkı payı sıralaması azdan çoğa doğru şu olabilir:
 - ASM (gündüz) – ücretsiz ve randevusuz
 - Branş poliklinikleri (gündüz)
 - Uzatılmış mesai ile ASM (mesai dışı)
 - Vardiya branş poliklinikleri (mesai dışı)
 - Acil Servis (yeşil alan) – tam katkı payı
- Mağduriyetleri önlemek amacıyla tek tanı öntanı ve sontanı şeklinde çift tanı kodu sistemi kullanılabilir. Öntanı ve Sontanı tanı kodlarının her ikisi WHO listesi dışında ise uygunsuz acil başvurusu kapsamında değerlendirilebilir.
- Acil servise sürekli olarak acil olmayan uygunsuz tanı kodlarıyla başvuru yaparak hizmet alanları denetleyip caydıracak mekanizmalar kurulmalıdır.

Özel hastalar için tek ücretsiz tedavi olanağı acil servisler olmamalıdır

Evsiz ve göçmen hastalar için acil servisler dışında etkin bir ücretsiz bakım olanağı yoktur. Göçmen sayısı nüfusun önemli bir bölümü haline gelmiştir.

- Evsiz hastalar acil servislerde tedavi ve destek almakta, beklemekte ve bazen yaşamlarına burada devam edip taburcu edilememektedirler
 - Etkin bir sosyal güvenlik sistemi kurulmalı ve yürütülmelidir
 - Bu hastalara yönelik tedavi dışında hastane içerisinde bakım, temizlik olanakları da artırılmalıdır
 - Acil servislerin toplumun olanakları kısıtlı bireylerine kol kanat geren yapısı devam etmelidir
 - Evsiz hastalar için ahevleri, yıkanma alanları, tıraş, kuaför hizmetleri, temel sağlık takibi için ASM hizmetleri sunulan alanlar geliştirilmelidir.
- Göçmen hastaların ASM hizmetlerinden de ücretsiz yararlanabilmesi sağlanmalıdır.

Acil servis-Yoğun Bakım-Palyatif bakım-Servis-Evde Bakım zinciri kopuktur. İletişimsizlik, bilgisizlik ve koordinasyonsuzluk hastaların ilgisiz yerleri gereksiz işgali, müteakip başvuru gibi acil servis hasta girdisine etki etmektedir

- Özel hastalar için psikodestek odası kurulmasının tercihli değil zaruri olması
- Bu birimlerin birbirine bağının güçlendirecek önlemler alınması

Acil Servislerle İlgili Olmayan Başvuruların Azaltılması

Adli giriş-çıkış muayenelerinin acil servislerde yapılması uygulaması sonlandırılmalıdır

Bu hizmet öncelikle, adliyelerde adli tabiplerce yürütülmelidir.

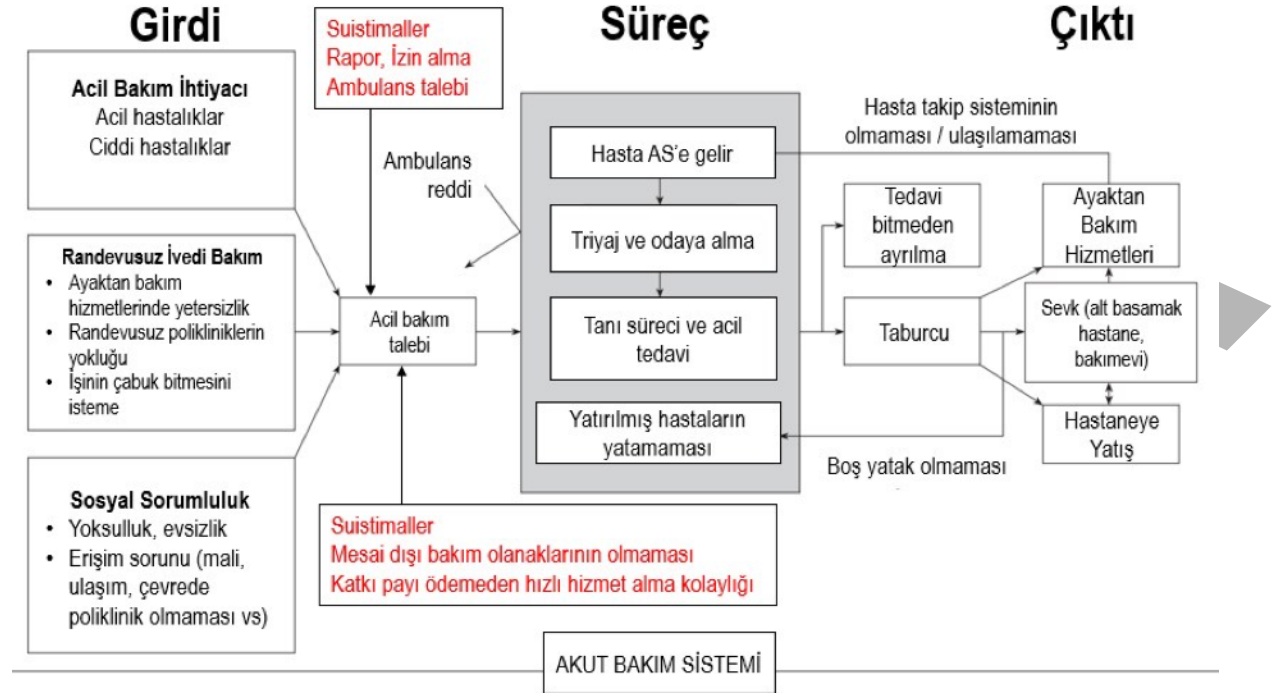
- Her il ya da ilçede acil servis çalışanı olmayan en az bir nöbetçi adli tabip belirlenmelidir.
- Büyük illerde 2-3 ana merkez tespit edilmelidir (örn., Anadolu Adliyesi, Avrupa Adliyesi).
- Alternatifler:
 - Hastane içerisinde acil servis personeli haricinde bir kişinin görevlendirilmesi suretiyle acil servis dışında bir nöbetçi adli tabip polikliniği de açılabilir.
 - ASM'lerde aile hekimleri tarafından mesai saatleri ve dışında bu hizmet sağlanabilir.
 - Belediye hekimlerinin adli rapor verebilmesi sağlanabilir.

Sağlık sebebi alınan işbaşı kağıdı işe gitmeme gerekçesi olmaktan çıkarılmalıdır

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Süreç Faktörleri

Bu kısımda acil servis içerisindeki süreçlerden kaynaklanan problemler ve çözümler tartışılmıştır. Triyaj, tanı ve tedavi süreçlerindeki işlemler, fiziki donanımsal şartlar kabaca bu başlık altında değerlendirilmiştir.



Süreç faktörleri arasında yer alan sorunlar

Trijaj sorunları

İlaç ve Malzeme problemleri

Acil servislerin fiziki, mimari ve donanımsal eksiklikleri

Acil Servis standartlarının hem eksik hem de güncelliğini yitirmiş olması

Acil servisler için seviyesine göre mimari standartlarının olmaması

Acil servislerin seviyelendirme kriterlerinin güncelliğini yitirmiş olması

Radyoloji ve Laboratuvar Hizmetlerinde yaşanan problemler

Konsültasyon ve konsültanlarla ilgili sorunlar

Konsültasyon standartlarının mevzuatta bulunmaması

İcapçılık ve nöbetçilik kavram ve standartlarının yetersiz tanımlanmış olması

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Triyaj sorunları

Triyajın amacı yüzlerce başvuruyu tamponlamak veya acil olmayanları ayırmak değil, acil hastaların önceliklendirilmesidir. Triage uygulamasına dair çalıştay ekibinin tespit ettiği ana sorunlar şu şekildedir:

- Üçüncü basamak hastaneler için mevzuatta yer alan hekim triyajı zorunluluğundan merkez teşkilat bünyesinde vazgeçilmiş ve seviyelendirmelerde aktif olarak aranan özellikler arasında olmasa da, bazı yöneticiler tarafından acil tıp hekimlerine yönelik kötü kullanımları görülmektedir. Mevzuatta da bu düzenleme yapılmalıdır.
- Bu madde donanımlı triyaj personeli yetiştirilmesini engellemektedir. Triage eğitimleri yapılmadan tecrübesiz personel bu alanlarda görevlendirilmektedir.
- Tecrübeli personel ise hastanenin hasta ile birebir karşı karşıya kalınan diğer birimlerine görevlendirilmektedir. Bunun en önemli sebebi hasta ve şiddetle en ön safta yer alan bu personelin hiçbir şekilde ayrışmaması, bu durumunun tazmin edilmemesidir.

Çalıştay kurulunun önerdiği çözüm önerileri şu şekildedir:

- 3.basamak hastanelerde triyaj personeli "eğitilmiş ATT ya da hemşire" şeklinde mevzuatta düzeltilmelidir. Hekim triyajı zorunluluğu kaldırılmalıdır.
- Triage eğitimleri eksiksiz yapılmalı, eğitimi alanlar sertifikalandırılmalı, ek ödenekle teşvik edilmeli, eğitim almış triyaj personelinin yeri değiştirilmemeli, tecrübeli personelin triyaj yapması sağlanmalıdır.
- Erişkin ve çocuk hastalar için Türk tipi triyaj çalışmasının gözden geçirilmesi önerilmiştir.
- 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 yapılmalıdır.

Çalıştay heyeti önceki çalıştay çözüm önerileri arasında yer alan aşağıdaki öneriden ise vazgeçmiştir:

- Önceki çalıştay raporunda yer alan triyaj alanından hastane polikliniklerine yönlendirme yapmak üzere kontenjan ayrılması önerisi, öneriyi uygulayan birimlerde randevu alamayan hastaların sistemi suiistimalleri sebebiyle sürdürülemediği, şiddet yaratan bir başka unsur haline gelmiştir.
- Triage noktasından hastane içi polikliniklere randevusuz yönlendirme imkânı sağlanması, ya da hastane içinde MHRS üzerinden yönlendirme yapılması, tecrübe edilmiş ve başarısız bulunmuş olup bu tip sistemlere karşı görüş bildirilmesine karar verilmiştir.

Taslak Tebliğ çalışmasındaki ilgili madde	Çalıştay kurulu önerisi
<p>MADDE 9 - Triage Uygulaması ve Renk Kodlaması</p> <p>(3) 112 acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj uygulaması yapılmaz, hastanın ihtiyacına göre kırmızı veya sarı alana alınır. 112 acil ambulanslarıyla getirilen hastalar kırmızı alanda değerlendirildikten sonra doktorun uygun görmesi durumunda sarı ve yeşil alana yönlendirilir.</p> <p>(4) Ayaktan başvurduğu halde hayati tehlikesi olduğu değerlendirilen hastalar için kayıt ve triyaj işlemi yapılmaksızın sağlık personeli eşliğinde uygun görülen alana yönlendirilir.</p>	<p>Madde 9 (3), (4), (5), (6) ve (9) nolu bendlerinin aynen kabulüne karar verildi.</p> <p>Madde 9 (7) nolu bendin kaldırılmasının önerilmesine karar verildi.</p> <p>Madde 9 (8) nolu bendin acil servis iş yükünü arttıracığı ve suiistimallere neden</p>

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

<p>Hastanın durumu stabil olduğunda gerekli kayıt işlemleri gerçekleştirilir.</p> <p>(5) Triyaj işlemi yapılması gereken acil servislerde ayaktan hasta girişlerinde, mümkün olması halinde kayıt ve triyaj işleminin aynı anda yapılması esastır. Kayıt ve triyaj işleminin aynı anda yapılamaması halinde bu işlemler uygun ve konforlu bir ortamda, yeterli bir alan ayrılarak, önce triyaj sonra kayıt işlemi gerçekleştirilir.</p> <p>(6) Hasta yoğunluğu yaşanan dönemlerde; triyaj ile kayıt alanlarında hasta bekleme süresinin uzadığı durumlarda veya hasta bekleme alanındaki hastaların aciliyet durumlarının değişmesi ihtimaline karşı hasta girişi, triyaj, kayıt, bekleme alanlarında sağlık personeli tarafından sabit bir noktadan gözlem yöntemiyle veya dolaşarak triyaj işlemi de yapılabilir. Bu işlem triyaj ve kayıt işleminden önce yapılırsa hasta direkt olarak ilgili alana alınabileceği gibi triyaj işlemine de tabi tutulabilir. Bu şekilde yapılacak triyaj işlemi, vital bulgu alınmadan, gözle ve/veya basit şikayet sorgusu ile gerçekleştirilir.</p> <p>(7) Sağlık tesisinde vardiya polikliniği, mesai kaydırma, ek mesai, mesai dışı vb. isimler altında poliklinik uygulamaları yapılması halinde acil servise başvuran hastalara yapılan triyaj veya muayene işleminin akabinde uygun görülen hastalar acil servis dışındaki bu polikliniklere yönlendirilebilir, bu durumda hastaların kayıt işlemi acil servise değil ilgili polikliniğine açılır.</p> <p>(8) Acil servise başvuran hastalara yapılan triyaj veya muayene işleminin akabinde uygun görülen hastalar için ertesi gün veya ilk mesai gününde ilgili branşın polikliniğinden MHRS randevusu alınarak acil servisten polikliniğe yönlendirilmesi mümkündür. Bu durumda hastanın MHRS randevusu acil serviste görev yapan personele iş yükü oluşturmayacak bir şekilde ve mekânda gerçekleştirilir.</p> <p>(9) Acil servise başvuran hasta sayısında artış olması ve bu durumun acil servis imkânları ile yönetilemeyecek hale gelmesi durumunda mümkün olması halinde hastanede görev yapmakta olan personel ile diğer birimlerin imkânlarından yararlanır. Olayın büyüklüğü nedeniyle ihtiyaç olduğunun değerlendirilmesi halinde hastane afet ve acil durum planlarına uyulur.</p>	<p>olacağı, bu yönlendirmenin 1.basamak sağlık hizmetlerinin görevi olduğuna oybirliğiyle karar verilerek tebliğ taslağından çıkarılmasına karar verildi.</p>
--	---

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

İlaç ve Malzeme problemleri

Acil serviste kullanılan ilaç ve malzemelerin takip ve fatura edilmesiyle ilgili problemler olduğu belirlenmiştir. Kayıp-kaçağın azaltılması, hizmet zararının azaltılması, usulsüz işlemlerin engellenmesi amacıyla aşağıdaki önerilerin yapılmasına karar verilmiştir:

- Acil servislerin SBYS sistemlerinin medula ilaç-sorgu bilgisinin, hastanın son yatış bilgilerinin, son 3 ay (örnek) içinde ülke içindeki ayaktan başvurulardaki tanı ve tedavilerinin, aktif ilaç ve hastalık raporlarının ulusal sistemden çekilmesi ve acillerde aktif izlenebilmesi sağlanmalıdır.
- Farmakovijilans bildirim sistemlerinin elektronik sistemlere entegrasyonu sağlanmalıdır.
- 4. ve 5. seviyelerdeki acil servislerde tıbbi sarf ve ilaç temini için, fizik alan uygun, eczacı sayısı yeterli ise, merkez eczane açık olmak kaydıyla, tercih eden hastanelerde sadece acil servise hizmet verecek bir acil servis eczanesi kurulabilir, buradan malzeme ve ilaç çıkışı hasta başına kayıt karşılığında sağlanabilir. Mevzuatta acil servise yakın konuşlandırılacak birimler listesine eczane de eklenebilir.
- Laboratuvar tetkik istemlerinde rutin uygulamasından vazgeçilmesi için hekimleri teşvik edici sistemsel önlemler getirilmelidir.
- Konsültanlara ulaşılamadığı durumlarda bazı ilaçların ilk dozlarının yapılabilmesi için acil tıp uzmanına yetki verilmelidir.
- Tebliğ ekleri arasında yer alan asgari ilaç listesinin güncellenmesi için çalıştay heyetinin komisyon kurmasına karar verildi.

Acil servislerin fiziki, mimari ve donanımsal eksiklikleri

Acil Servis Standartlarının Güncellenmesi

- Acil hasta bakım kalite parametreleri içerisinde mortalite, morbidite oranları, STEMİ, inme gibi durumlarda fibrinolitik ya da reperfüzyon oranları, antibiyotik yazılan hasta yüzdesi, 24 saat içerisinde aynı ya da başka bir sağlık kuruluşuna tekrar başvuru oranları gibi yeni parametreler katılarak takip edilmesi için gerekli düzenlemenin KHGM Verimlilik DB tarafından uygulanmasının önerilmesine karar verildi.
- Taslak tebliğ tanımları içerisinde yer alan **acil servis yataklı kliniği** için belirtilen işlevin hastane içerisinde kurulacak bir karma / genel servis ile yürütülebileceği ve buna ayrı bir tanımlamaya gerek olmadığına, acil servis hastalarının acil servis dışında takibi ve yatışı amacıyla karma / genel servisler kurulabilme yolunun zaten açık olduğuna, bu nedenle bu kısmın çıkarılmasına oybirliğiyle karar verildi.
- Her seviyeye göre çok daha ayrıntılı ve yeni bilimsel gelişmelere göre güncellenmiş asgari donanım listesi oluşturulmalıdır. Eksik kalan donanımı tedarik etmeyen yönetimler teşvik edilmelidir.
- Bölgesel ihtiyaca göre farklı hastane rolleri ve acil servis seviyelendirmeleri (ve donanımları) tanımlanmalıdır.
- Acil servislerin seviyesine göre standartlarının henüz çalışma düzeyinde olması nedeniyle yayınlanmasından önce gözden geçirilmesi için çalıştay kurulunun da fikrinin alınması önerisinin yazılmasına karar verildi.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Mimari Standartların oluşturulması

- Seviyelerine göre standart acil servis mimari modelleri geliştirilmesi için bir çalışma grubu kurulmalıdır. Derneklerin bu konuda hazırlamış olduğu belgeleri paylaşması önerisi kabul edildi.
- 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.

Seviyelendirme Kriterlerinin güncellenmesi

- Acil servislerin seviyesine göre standartlarının henüz çalışma düzeyinde olması nedeniyle yayınlanmasından önce gözden geçirilmesi için çalıştay kurulunun da fikrinin alınması önerisinin yazılmasına karar verildi.

Radyoloji ve Laboratuvar hizmetlerinde yaşanan sorunlar

Acil servise yönelik radyoloji raporlama hizmetlerinin dışarıdan alınması sonlandırılmalıdır

- Bunun yerine ilçe ya da il bazlı radyoloji hekim havuzu kurularak en geç 1 saat içinde acil radyolojik değerlendirmelerin en azından bir ön rapor ile raporlanması sağlanmalıdır.
- Radyolog hekimlerin nöbet tutmak için yeterli sayıya ulaşamaması, acil serviste çekilen filmlerin yeterli raporlanamamasına ve tıbbi tanılarda eksikliklere neden olmaktadır. Bu nedenle radyasyonla direkt çalışan hekimler haricindeki hekimlerin sahip olduğu şua izni ve nöbet tutmama uygulamaları mevzuatta kaldırılmalıdır.

Acil servisten istenen BT ve MR değerlendirmesi için ön rapor uygulamasına geçilmelidir

- 4. ve 5. seviye acil servis standartlarına hastaneden 24 saat radyolog hekim bulunması zorunluluğu eklenmelidir. Acil servisten çekilen BT ve MR'lar için sözel yorum uygulaması kaldırılmalıdır. Sözel yorum yerine bilgisayar sistemlerine değiştirilmesi mümkün olmayan ön rapor yazılması uygulamasına geçilmelidir.
- Acil servisten istenen BT ve MR'lar en geç 1 saat içinde ön raporlanmalıdır.

Aşağıdaki koşulların verimlilik rehberinde değerlendirilmesine karar verildi:

- Bazı tetkikler seçilerek (Bhcg, D-dimer, pro-bnp, kardiyak enzim, kranyal BT vb gibi) 24 saat çalışılıyor olup olmadıkları, bu tetkiklerin ortalama teslim süreleri, ortalama radyoloji rapor (film değil) verme süreleri, yıl içerisinde kaç kez arıza sebebiyle hasta kabulünü engellediği gibi parametreler de standartlar arasına alınmalıdır.
- Tetkik sonuçlandırma süreleri ve yukarıda belirtilen standart parametrelerin varlığı uluslararası standartlardan çok uzak olup denetlenmesi bağımsız denetçiler tarafından haber verilmeden gerçek uygulama koşullarında yapılmalıdır.
- Belirlenen sürelerin kısaltılması için hastane yönetimlerinin gerekli yatırımları yapmaları sağlanmalıdır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Laboratuvar ve radyolojik tetkik eksiklikleri nedeniyle yapılan sevkler geriye dönük değerlendirilmeli, sebeplerine göre gerekirse eksikliği gidermeyen hastane yönetimine negatif performans uygulamasına geçilmelidir.

Konsültasyon ve konsültanlarla ilgili sorunların çözülmesi

Çalıştay kurulu konsültasyon standartlarının olmaması ve icap nöbet düzeni belirsizliğini 2 ana süreç sorunu olarak tespit etmiştir. Ayrıca:

- Konsültasyon standardı, mevzuatı ve kalite denetlemesi olmaması sebebiyle konsültasyon notlarının son derece değişken yapıda olduğu, sonlandırma sürelerinin uzadığı, notların temel noktalarda eksiklikler içerdiği, standardının olmadığı,
- Konsültasyon notlarının bazı elektronik sistemlerde sonradan değiştirilebildiği,
- Belli bir süre tedavi edildikten sonra tekrar hastanın değerlendirilmesine dayanan tekrar konsültasyon önerisinin (re-konsültasyon) günümüz şartlarına uymadığı, bu hastaların yatırılması gerektiği,
- Küçük hastanelerde bazı icapçı hekimlerin acil servisten istenen konsültasyonlara çeşitli sebepler icap etmediği/edemediği, bu hastaların sevk edildiği, yatırılmadığı,
- Çoğu 2. basamakta hastanede önemli branşlarda nöbet sisteminin aktive edilemediği (yetersiz hekim sayısı, nöbet tutamaz raporu olan hekim, gebe hekim vs sebebiyle nöbet tutmak için gerekli asgari hekim sayısının altında kalınması) bu hekimlerin havuz nöbet sisteme katıldığı,
- Havuz nöbet sisteminde ana branşlarda nöbetçi yoksa havuz nöbetçisinin bu branşlar için inisiyatif alamadığı, konsültasyon amaçlı olarak sevk edilmesi eğiliminde oldukları

Konularında görüş birliği oluşmuştur. Konsültasyon ve icap nöbetleri temelindeki bu 2 ana sorun ve çözüm önerileri ise şu şekilde belirlenmiştir:

Konsültasyon standartları mevzuatla belirlenmelidir

Konsültasyon standardının yazılması ve önceki çalıştay raporunda da yer alan aşağıdaki bileşenlerin yer almasına karar verilmiştir:

- Konsültasyon notunun içeriği ve sürecin yönetimi tanımlanmalıdır.
- Konsültanın yetkilerinin sınırları ve sorumlulukları belirtilmelidir.
- Konsültasyona en geç yanıt verme süreleri belirlenmelidir.
- Hangi hallerin yanıtlanmış bir konsültasyon olarak kabul edileceği tanımlanmalıdır.
- Notun içeriğinde yer alabilecek ve alamayacak hususlar (konsültanın öneride bulunmayıp konsültasyon istemesi vb) belirtilmelidir.
- Mutlaka net bir karar içermesi gerekliliği (yatış, taburculuk, sevk vb) ifade edilmelidir.
- Tekrar konsültasyon (belli takip ve tedavilerin ardından x saat sonra yeniden danışılması orderi) için sabit bir üst saat sınırı (2-4 saat) getirilmeli, bu orderin ardarda tekrarlanması engellenmeli ve hastanın yatışını sağlanmalıdır. Tekrar konsültasyon ifadesi geçerli olmaktan çıkarılmalıdır.
- Konsültan iletişimde sabit telefon dışı etkin bir yöntem seçilmeli ve kullanımı zorunlu tutulmalıdır (tablet, çağrı sistemi, mobil telefon vs).
- Konsültasyon isteme, yanıtlama ve hasta başında hastayı konsülte etme saatleri elektronik sistemlerle (telefon confirmasyonu vs) kayıt altına alınmalı verimlilik rehberinde takip edilmelidir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Konsültanın hastayı belirli bir süre içerisinde yatırmaması/yatıramaması ya da taburcu etmemesi durumunda takip ve sevk sorumluluğu kendisine bırakılmalıdır.
- Acil servis ve yataklı servis konsültasyonlarının mevzuatta içerik, şekil ve puan yönünden birbirinden ayrılmalıdır.
- Eğitim kliniklerinde konsültasyonların uzman düzeyinde yapılması esastır. Ancak çoğu klinikte asistan hekimler, çoğunlukla da en kıdemsizler konsültasyon işleri ile görevlendirilmektedir. Özellikle hastanın fizik muayenesi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olunmadığı durumda uzman tarafından istenen konsültasyonların kıdemsiz asistan tarafından sonlandırılması durumu söz konusu olmaktadır. Bu durum mevzuatla engellenmeli, asistan kıdemi sınırı, uzman hekim mecburiyeti gibi unsurlar eklenmeli, bu konuda hastane yönetimlerinin kayıtsız kalması engellenmelidir.
- Hastaneler arası konsültasyon geliştirilmeli, dal hastanelerinde konsültasyon sıkıntısının giderilmesi sağlanmalıdır. Konsültasyon amaçlı hasta sevki yerine hekimin yerinde konsülte etmesine dair düzenleme yapılmalıdır.
- Klinikler arası konsültasyon prosedürleri yazılmalıdır. Acil servis içi klinik algoritmaların işleyiş şemaları oluşturulmalıdır.

Taslak Tebliğ çalışmasındaki ilgili madde	Çalıştay kurulu önerisi
<p>MADDE 14 - (9) Acil servis konsültasyon sürecinin müdavi ve konsültan hekimler tarafından öncelikli olacak şekilde ve tam bir işbirliği içerisinde yürütülmesi esastır. Acil servis konsültasyon davetlerine 30 dakika içinde icabet edilmesi gerekir. Kırmızı triyaj alan hastaları için yapılan davetlerde mümkün olan en kısa sürede icabet mecburidir.</p> <p>(10) İhtiyaç duyulan acil servislerde mümkün olan klinik branşlarda günlük iş akışları içerisinde en az bir hekimin sadece acil servis için konsültasyon hizmeti sunumu ile görevlendirilir. Bu amaçla görev listesi hazırlanır ve ilgililere tebliğ edilir.</p> <p>(11) Mesai saatleri dışında, konsültasyon hizmetleri öncelikle sağlık tesisi içinde bulunan nöbetçi hekimce sağlanır. Sağlık tesisinde ilgili branşta fiilen nöbetçi hekim bulunmaması halinde icap nöbetçisi hekim ile bu hizmet karşılanır.</p> <p>(12) Konsültasyon daveti ve cevabi görüşü yazılı olarak gerçekleştirilir. Bu işlem sağlık bilgi yönetim sistemi üzerinden geri alınması mümkün olmayacak şekilde yapılır. Acil servis konsültasyon davetlerinde, diğer konsültasyonlardan ayrılacak şekilde "acil servis" ve/veya "kırmızı alan" ibaresi bulunması sağlanır. Konsültasyon davetleri çağrı cihazı, telefon mesajı gibi yöntemlerle idare tarafından kaydedilip saklanabilecek şekilde gerçekleştirilir ve davet, geliş/başlangıç ve sonuçlandırma gibi işlemlere dair süreler ile telefon görüşmeleri kayıt altına alınır.</p> <p>(13) Konsültasyon taleplerinde ihtiyaç duyulan tıbbi gereksinimlerin net biçimde açıklanması, konsültan tarafından ise hastanın mevcut klinik durumunun net bir şekilde belirtilmesi</p>	<p>Yanda belirtilen tüm maddeler son derece olumlu ve uygun bulunmuştur.</p> <p>Bunlara ilaveten,</p> <ul style="list-style-type: none">• Konsültanın yetkilerinin sınırları ve sorumlulukları belirtilmelidir.• Re-konsültasyon ifadesi geçerli olmaktan çıkarılmalıdır. Tekrar konsültasyon (belli takip ve tedavilerin ardından x saat sonra yeniden danışılması orderi) için sabit bir üst saat sınırı (2-4 saat) getirilmeli, bu orderin ardarda tekrarlanması engellenmeli ve hasta yatırılmış kabul edilmelidir.• Acil servis ve yataklı servis konsültasyonlarının mevzuatta içerik, şekil ve puan yönünden birbirinden ayrılmalıdır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

<p>ve mutlaka takip, yatış, taburculuk vb. bir sonuca bağlanması gereklidir.</p> <p>(14) Hastanın acil servisten ilgili birime yatış süresinin geciktirilmemesi ve acil serviste bekletilmemesi amacıyla acil servis tedavi sürecinde gerekli olmayan tetkik, tedavi, konsültasyon işlemleri, hastanın ilgili birime yatırılmasını müteakip yatırıldığı ilgili klinik tarafından gerçekleştirilir.</p> <p>(15) Acil servisten talep edilen konsültasyonların acil servis içerisinde konsültan hekim tarafından bizzat hasta görülerek gerçekleştirilmesi ve konsültasyon kapsamında talep edilecek tetkiklerin konsültan hekimce gerçekleştirilen muayenenin akabinde istenmesi esastır. Bununla beraber imkanların elvermediği, acil servisteki fiziki alanların yetersiz olduğu durumlarda istisnai şekilde kadın doğum ve göz hastalıkları gibi özellikli teçhizat ve mekanlara ihtiyaç duyan birimlerden talep edilen konsültasyonların, konsültan hekimin talebi ve acil servis sorumlu tabibince hastanın klinik durumunun uygun olduğunun değerlendirilmesi halinde acil servis alanı dışında farklı bir birimde gerçekleştirilmesi mümkündür.</p> <p>(16) Konsültasyon süreçlerinde yaşanan aksaklık ve tespit edilen sorunlar müdavi ve konsültan hekimler tarafından sağlık tesisi yönetimine bildirilir ve gerekli düzenlemeler gerçekleştirilir.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Eğitim kliniklerinde konsültasyonlar uzman düzeyinde yapılmalıdır, uzman hekim tarafından görülmeyen konsültasyonlarda mutlaka danışılan uzmanın adı konsültasyon belgesinde bulunmalı ve tüm sorumluluk uzmanda olmalıdır. Bu konuda hastane yönetimlerinin kayıtsız kalması engellenmelidir.
--	--

İcap ve nöbet kavramları ile standartları düzenlenmelidir

Taslak Tebliğ çalışmasındaki ilgili madde	Çalıştay kurulu önerisi
<p>TEBLİĞ MADDESİ: MADDE 12 - Acil servis icap nöbet usul ve esasları</p> <p>(a) İcap nöbetleri, hasta yoğunluğu bulunmayan veya hekim sayısı fiili nöbet tutmaya elverişli olmayan sağlık tesisleri veya klinik branşlar için hizmet gereği gözetilerek düzenlenir. Hangi branşlarda icap nöbeti düzenleneceğine, hasta yoğunluğu, hizmetin gereği ve personel mevcudu çerçevesinde başhekim tarafından karar verilir. Hizmet gereği olarak bir ekip halinde hizmet sunumu gereken özellikli işlemlerde, aynı branştan birden fazla hekime ve /veya sağlık personeline icap nöbet görevi verilebilir.</p> <p>(b) Hekim sayısı yetersiz olan veya hasta yoğunluğu bulunmayan klinik branş hekimleri, ilgisine göre birleştirilerek bütüncül yaklaşım için de hizmet sunmak üzere acil servis icap nöbetine dahil edilebilir.</p>	<p>Yanda belirtilen tüm maddeler son derece olumlu ve uygun bulunmuştur.</p>

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

(c) İcap nöbetçisi uzman tabibin sağlık tesisine davet edilip edilmeyeceğine, gerekli tıbbi değerlendirmeler yapıldıktan sonra, acil servis sorumlu tabibince karar verilir. Davet çağrısı, acil servis sorumlu tabibi veya müdavi hekim tarafından gerçekleştirilir. İcap nöbetçisinin sağlık tesisine daveti acil servise tahsis edilmiş görüşmeleri kayda alınan bir telefon üzerinden gerçekleştirilir. Davet çağrısı esnasında davete konu olan hastaların açık isimleri ve/veya dosya numaraları, davet gerekçeleri beyan edilmelidir. Acil servis davetlerine en kısa zamanda icabet edilmesi gerekir. İcabet edilen davetlerde hastanın mevcut klinik durumu ve tıbbi gereksinimlerini açıkça belirten yazılı not konulması zorunludur. İcap sürecinin mutlaka takip, yatış, taburculuk vb. bir sonuca bağlanması gereklidir. Bu işlemler sağlık bilgi yönetim sistemi üzerinden geri alınması mümkün olmayacak şekilde yapılır. İcaba davet, geliş/başlangıç ve sonuçlandırma gibi işlemlere dair süreler kayıt altına alınır.

(ç) İcapçı hekimin müdahil olduğu hastanın acil servisten ilgili birime yatış süresinin geciktirilmemesi ve acil serviste bekletilmemesi amacıyla acil servis tedavi sürecinde gerekli olmayan tetkik, tedavi, konsültasyon işlemlerinin, hastanın ilgili birime yatırılmasını müteakip yapılması gereklidir.

(d) İcapçı hekimin hastaları acil servis içerisinde değerlendirmesi esas olmakla beraber, imkânların elvermediği, acil servisteki fiziki alanların yetersiz olduğu durumlarda veya istisnai şekilde kadın doğum ve göz hastalıkları gibi özellikli teçhizat ve mekânlara ihtiyaç duyan durumlarda muayene işlemlerinin acil servis alanı dışında farklı bir birimde gerçekleştirilmesi mümkündür.

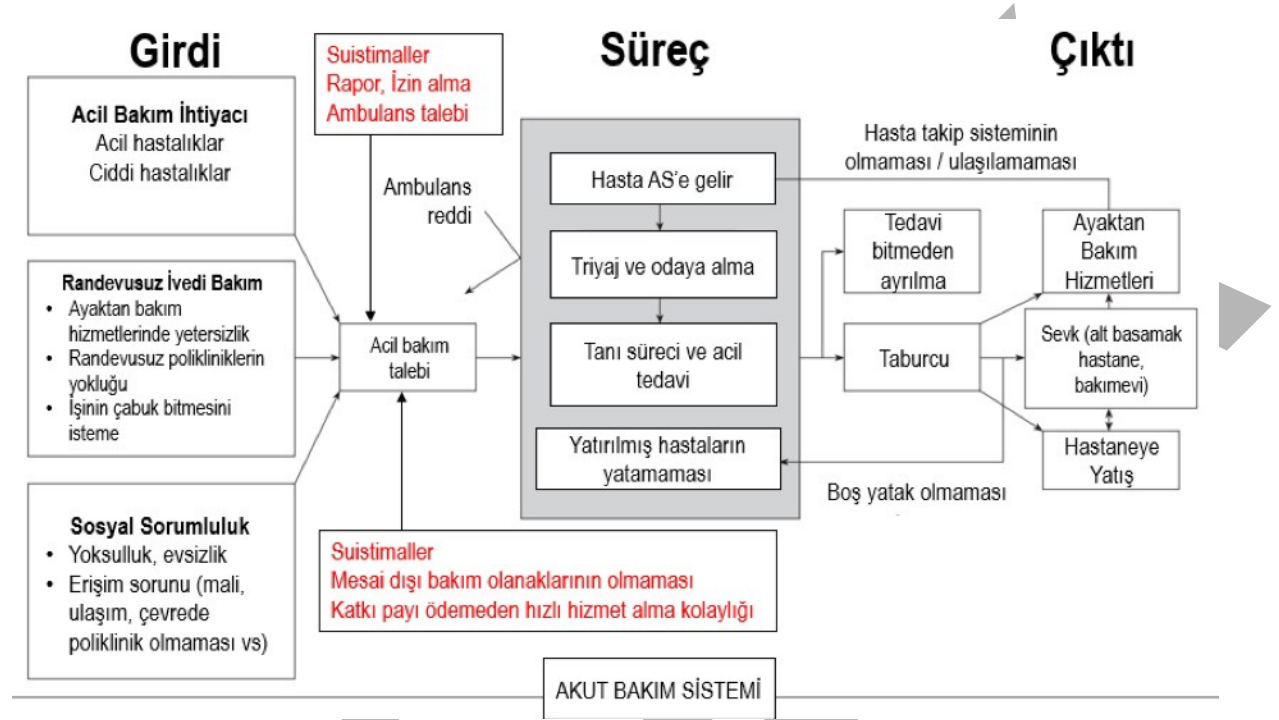
(e) İcap nöbeti süreçlerinde yaşanan aksaklık ve tespit edilen sorunlar müdavi ve konsültan hekimler tarafından sağlık tesisi yönetimine bildirilir ve gerekli düzenlemeler gerçekleştirilir.

(f) İcap nöbetlerinde hastaneye ulaşım hususunda personel için özellikle ulaşım zorluğu yaşanabilecek dönem ve durumlarda imkânlar nispetinde naklin idare tarafından sağlanması yönünde gayret gösterilir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Çıktı Faktörleri

Bu kısımda acil servis süreci tamamlanan hastaların sağlık sisteminin diğer birimlerine yönlendirilmesi, taburculuk ve yatışlarıyla ilgili problemler ve çözümlerinin tartışması yapılmıştır.



Çıktı faktörleri arasında yer alan sorunlar

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastalarının yatırılmaması

Servis yatışı verilen hastaların yatırılmaması

Taburculuk sonrası ayaktan bakım hizmetlerine ve kontrole erişim kısıtlılığı

Dışarıya yapılan sevkler

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastalarının yatırılmaması

Çalıştay kurulu tarafından YBÜ endikasyonu konulan hastaların yatırılmamasına dair en önemli sorunlar şu şekilde belirlenmiştir:

- Şehirler ve hasta tipleri bazında YBÜ yatak sayısı yeterli değildir, verimli kullanılmamaktadır
- Branşlar tarafından konulan palyatif bakım veya YBÜ endikasyonları standart değildir, birimler, klinikler hatta hekimler arasında değişkendir.
- YBÜ endikasyonu konulan hastaların büyük çoğunluğu sevk edilememekte ve acil servislerde beklemektedir. Ancak donanım açısından acil servisler yeterli değildir.

İller ve hasta tipleri bazında YBÜ yatak sayısı yeterli değildir, verimli kullanılmamaktadır

- Çocuk YBÜ sayısının artırılmalıdır, iller bazında YBÜ yatak sayısı düzenlenmelidir.
- YBÜ hastalarının doğru endikasyonda doğru yerde yatırılması için ASH Bşk tarafından aktif takip yapılmalıdır
- Hastalar palyatif servisler ve 2. seviye YBÜ'ler arasında uygundur notları ile sevk edilebilmeli, doğru sirkülasyon sağlanabilmelidir.
- YBÜ'lerde yatan hastalar endikasyon geçerliliği açısından günlük bazda bir komisyon tarafından değerlendirilebilir.

Branşlar tarafından konulan YBÜ endikasyonları standart değildir

- YBÜ ve servislere sık yatırılan hastalıklar için objektif ve net yatış endikasyonları ile taburculuk kriterleri yazılmalıdır. İlgili branşlar ile acil tıp arasında ortak toplantılar ve çalışma grupları kurularak ana taslaklar çıkarılmalıdır. Ardından hastaneler teminde kurulacak kurullar ile hastaneye özel kurallar getirilmelidir.
- Hastane içi YBÜ ve servis yatış, çıkış algoritmalarının yazılması zorunlu hale getirilmelidir.
- Branşlar tarafından konulan palyatif bakım veya YBÜ endikasyonları standart değildir, birimler, klinikler hatta hekimler arasında değişkendir. Özellikle kendisine ait YBÜ olmayan, ancak serviste boş yatağı bulunan branşların suistimalini engellemek amacıyla aşağıdaki cümlenin tebliğ içerisine eklenmesine karar verildi:
 - Kendisine ait YBÜ'si olmayan branş tarafından konulan genel YBÜ endikasyonu, varsa YBÜ yan dal uzmanı ya da AYBÜ sorumlu uzmanı tarafından onaylanmadığı takdirde geçerli değildir. Bu hastalar ilgili branşın servisinde boş yatak olması durumunda servislerine, yoksa benzer servis yataklarına, yoksa herhangi bir yatağa yatırılır. Endikasyon uygun bulunursa, ekler içinde yer alan YBÜ talep formu YBÜ yan dal uzmanı ya da AYBÜ sorumlu uzmanı tarafından doldurulur ve sevk branş hekimi tarafından gerçekleştirilir.

YBÜ endikasyonu konulan hastaların büyük çoğunluğu sevk edilememekte ve acil servislerde beklemektedir

- Acil Tıp uzmanlarına Yoğun Bakım / Kritik Bakım yan dal ihtisas sınavlarına katılabilme hakkı verilmelidir (TUKMOS eğitim paneline bırakıldı)
- Acil Tıp kliniği uhdesinde kritik bakım hizmeti verilebilmesi için (özellikle intoksikasyon hastaları için) mevzuattaki eksiklikler giderilmeli, Acil Tıbbı dair yetkilendirmeler eklenmeli, geri ödeme, ziyaret kaydı ve girişimsel işlemlerin faturalandırması yapılabilir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Seçilmiş bazı 2.basamak hastanelerde yer alan 2. ve 3. Seviye YBÜ'ler idari ve eğitsel olarak yakınında bulunan 3. Basamak hastanelerdeki eğitim kliniklerine ait 3. seviye YBÜ'lere bağlanarak 2 yönlü sevklerin yapılması ve uygun hastanın uygun seviyede yatması sağlanmalıdır.
- 1. Seviye YBÜ endikasyonu olan hastalara uygun YBÜ yatağı mevcut/boş olmadığı durumda bu hastaların sevk edilene kadar ilgili branşa ait servis yatağında beklemesi mevzuatla düzenlenmelidir. Bunun la ilgili madde önerisi sevk ile ilgili kısma eklenmiştir.

Yoğun Bakım Bilim Dalı uzmanı çalıştay heyetinden Prof. Dr. Işıl Özkoçak'ın konuyla ilgili görüşlerine ekler içerisinde verilmiştir.

Servis yatışı verilen hastaların yatırılmaması

Acil servis aşırı yoğunluğu, şiddet, memnuniyetsizlik ve hasta bakımına dair eksiklerin en önemli sebebi araştırmalar, raporlar ve uygulamalara göre acil serviste yatamayan hasta sayısı olarak belirlenmiştir.

Servislere yatamayan acil serviste bekleyen hasta sayısı azaltılmalıdır

Branşlar, sevk ya da yatış kararı verdikleri hastaların sevk, yatış, takip, ya da tedavileri üzerinde hiçbir sorumluluğa sahip olmadıklarından, özellikle boş yatakları olmadığında, sevk ve yatış kararını çok daha kolay vermektedirler. Boş yatakları olup olmaması da kısmen kendi uhdelerinde olduğundan verimli yatak kullanım olanağı kalmamaktadır. Servis yönetimi ve konsültasyon işlemlerinin uzman sorumluluğunda ancak asistan hekim düzeyinde yapıldığı büyük hastanelerde bireysel uygulamalar neticesinde ciddi suistimaller yaşanabilmektedir.

Sevkler ile ilgili kısımda yatışlarla da ortak olacak şekilde aşağıdaki düzenlemeler yapılması önerilmiştir:

- Sevk kararı verilen hastaların sevk işlemi gerçekleştirilene kadar; yatış kararı verilen hastaların da ilgili servis yatağına fiziki olarak yatırılana kadar yatış ve sevkine dair tüm işlem ve uygulamaların sorumluluğu bu kararı veren branş hekimine aittir.
 - Bu hükmün eklenmesi sayesinde hastaya uygun merkezlerde boş yatak aramak, sevk belgelerini doldurmak, sevk edilene kadar hastanın takip sorumluluğunu üstlenmek gibi işlemlerin konusuna ve hastaya hâkim branş hekimi tarafından yapılması sağlanacaktır.
 - Bu işlemlerin yapılmasının lojistik zorlukları nedeniyle branşlar sevk yerine yatak dönüşümünü hızlandırmak suretiyle yatış kararı vermek yönünde de teşvik edilmiş olacaktır.
- Sevk edilen hastanın tüm sorumluluğu hastayı kabul eden hekim teslim alana kadar sevk eden kuruma aittir.
- Sevk ile kabul edilen hastanın tedavi, takip, yatış ya da yeniden sevk sorumluluğu kabul eden hekime ait olup yoğun bakım veya yataklı kliniğe sevk ile kabul edilmiş hastalar acil serviste yeniden değerlendirilmeden ilgili servise yatırılır.
- Hastanede boş yatak varsa, sevk kararı verilen hastaların sevk işlemi gerçekleştirilene kadar; yatış kararı verilen hastaların da ilgili servis yatağına fiziki olarak yatırılana kadar herhangi bir hastane yatağına yatırılması esastır. Bu hastalar yer varsa ilgili bölüm servisine, ilgili serviste yer yoksa hastanedeki herhangi bir boş yatağa acil servis sorumlu hekimi veya nöbetçi uzmanı tarafından yatırılır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Servisler acil servisten yapılacak yatışlar açısından dahili ve cerrahi olmak üzere 2 ana grupta toplanmalı ve ilgili branş servisinde yer olmaması durumunda önce ilgili ana gruba ardından da herhangi bir servis yatağına yatış olanağı sağlanmalıdır.
- Acil serviste yatak bekleyen hasta sayısı acil servis imkanlarını aştığında (yerel yazılı bir ön protokol ile belirlenen sayı) bu hastalar belirlenen bir protokol dahilinde diğer servis yatakları, drenaj yatakları, servis koridorları, gününbirlik yataklı alanlar ya da ek yataklara nakledilerek acil servis boşaltılır.
- Bu hastaların yatırıldıkları yataklardan ilgili servislerine nakli, dış merkezlere sevk, yattıkları yataklarda tedavi ve takip işlemleri hastanın sevk edilmesine veya yatışına karar veren hekime aittir.
- 1. seviye YBÜ endikasyonu konulan ve ilgili YBÜ ve hastanede yer olmadığı gerekçesiyle sevk kararı verilen hastalar sevk işlemi gerçekleştirilene kadar YBÜ endikasyonunu veren branşın servisinde, bu branş serviste yer olmaması durumunda da hastanedeki herhangi bir boş yatakta kararı veren branş tarafından takip ve tedavi edilir, sevk işlemi de bu yataktan yapılır.

Taslak Tebliğ çalışmasındaki ilgili madde	Çalıştay kurulu önerisi
TEBLİĞ MADDE 13 (3) Hastaneye vaka getiren ambulansların vakalarının hemen teslim alınması ve ilgili ambulansın hastaneden ayrılışı en fazla 15 dakika içerisinde sağlanmalıdır. 112 ekipleri hastayı teslim etmeden acil servisten ayrılmamalıdır.	<p>Bu öneri kısmen doğru olsa da hastayı kimin teslim alacağını belirtmemesi sebebiyle düzenleme gerektirmektedir.</p> <p>Burada belirtilen hastanın sevk ya da konsültasyon amacıyla gönderilmediği net bir şekilde belirtilmelidir.</p> <p>Sevk ile gelen hastalar için aşağıdaki hüküm geçerli olmalıdır:</p> <p>Sevki yapılan hasta, hastanın tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü sağlanana-kabul eden hekim teslim alana kadar sevki yapan sağlık tesisinin sorumluluğundadır.</p>

Tam Kapasite Protokolü uygulanmalıdır

Stony Brook Üniversitesi Acil Tıp Klinik Direktörü Dr. Peter Viccellio tarafından önerilen Tam Kapasite Protokolü bugüne kadar en geniş uygulama alanı bulan en başarılı süreç yönetim planı olarak kabul edilmektedir. Amerikan Acil Tıp Birliği tarafından acil servis aşırı yoğunluğuna en etkin çözüm önerisi olarak ilan edilmiştir.

Çalıştay heyeti Tam Kapasite Protokolünün acil servis aşırı yoğunluğunun azaltılmasında en etkili çözümlerin başında geldiğine tıpkı ilk çalıştayda olduğu gibi oybirliğiyle karar vermiş ve mutlaka uygulanması gerektiğini bildirmiştir. İlk çalıştayda da en önemli çözüm olarak önerilen bu uygulama ne yazık ki halen uygulanmamış olup idarenin öncelikleri arasında ilk sırayı alması gerektiğine inanıyoruz

Protokol şu şekilde özetlenebilir:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Acilde yatamayan hasta sayısı (boarding) önceden yazılmış bir protokolle belirlenen hastaneye ait eşik değeri geçtiğinde tam kapasite protokolü adı verilen sistem aktive edilerek yatamayan hastalar acil servisten servislere ve önceden belirlenmiş alanlara drene edilir.
- Bu süreç, acil serviste bekleyen yatamayan hasta sayısı acil servis işlevselliğinin yeniden sağlanacağı önceden yazılmış bir protokolle belirlenen hastaneye ait eşik değerinin altına düşene kadar devam eder.
- Acil servis sorumlu hekimi ve yatış birimi sorumlusu tarafından eşik değerini aştığı tutanakla tespit edildiği andan itibaren başhekimlik adına sistem aktive edilir.
- Sistem aktive edildiği andan itibaren yatamayan hastalar, önce yatış veren branşın servisine, burada yer yoksa aynı grup (cerrahi-dahili) servislerdeki boş yataklardan birine yatırılır.
- Hastane dahilinde hiç boş yatak kalmamış ancak acil servisin işler hale gelmesi için azami kabul edilebilir yatamayan hasta sayısına halen erişilemediyse, önceden belirlenen protokol dahilindeki kriterlere uyan yatamayan hastalar yeri önceden protokolle tanımlanmış, ek yatak ya da sedyelere nakledilir.
- Bu da önce yatış veren branşın kliniğindeki ek yataklar, ardından da aynı grup (cerrahi-dahili) servislerdeki boş ek yataklar olarak sıralanarak tamamlanır.

Protokolün amacı acil servis imkanlarını tüketen ve acil hasta bakım olanağını bloke eden hastaların hastane genelinde seyreltilmesi yoluyla hasta bakım kalitesini arttırmak, malpraktisleri, mortalite ve morbiditeyi engellemektir. Bu şekilde yatamayan hastalar acil servistekinden daha iyi bir hizmet alırken, halihazırda yatan hastalar için de ek bir problem meydana getirilmemektedir. Hastalara sorulduğunda, acil serviste yatak beklemektense servislerde ek yatak ya da sedyelere alınmayı tercih etmektedirler.

Bu protokolün ayrıntıları raporun sondaki Tam kapasite protokolü bölümünde verilmiş, orijinal 3 aşamalı protokol de ardına eklenmiştir. Son derece kapsamlı olan bu protokolü işletilmesi ve mevzuata alınması yönünde idari inisiyatif oluşursa ayrıntılarının netleştirilmesi adına bir komisyon kurulmasını öneriyoruz.

Elektronik yatış blokajı

Bu konu konsültasyon ve sevk bahsi ile beraber değerlendirilerek aşağıdaki kararlar oybirliğiyle alınmıştır:

- Acil serviste bir hasta için yatış kararı sisteme girildiği andan itibaren ilgili branş o hastayı servisinde kabul edene kadar o branşın o cinsiyette yatışları otomasyon sisteminden bloke edilmelidir.

Yatak doluluğunun azaltılması ve yatak dönüşümü hızının artırılması

- Acil serviste yatış verilen hastaların kalış süresi ile konsültasyonda geçen süreler hastane yönetimleri için negatif kalite ölçütü haline getirilmelidir (4 saat ile sınırlandırma).
- Serviste yatan hastaların yatış süresi ortalamasının sıkı takibi, ülke ortalamalarıyla karşılaştırılması ve negatif performans ölçütü haline getirilmesi gereklidir.
- Hastaneler arası hasta nakil ve ortak yatış sistemine geçilmelidir. Yataklar il içinde elektronik olarak toplu şekilde takip edilmeli ve bu sisteme erişim 7 gün 24 saat acil servis sorumlu hekimi tarafından da yapılabilir.

Dışarıya yapılan sevkler

- Hastaneler arası tüm sevkleri 112 sağlamalıdır (üniversite problemi).
- 2. Basamak hastaneler donanım ve yeterlik yönünden kuvvetlendirilmelidir

TASLAK

Özel hastalar ve hastaneler

Çocuk acil servisleri

- “Acil tıp ibaresi, acil tıp anadalını ve çocuk acil tıp yan dalını tanımlamaktadır” ibaresi tanımlara eklenmelidir. Şu anda resmî kurumlara ve resmi yazışmalarda kullanılan Acil Tıp, Acil ve İlk Yardım, İlk Yardım ve Acil isimleri yerine tek bir isim ve Acil Tıp kullanılmalıdır.
- Acil başvurularının %40'ı çocuk olmasına rağmen çocuk acil hastalar, erişkin acil hastaların bir alt grubu gibi değerlendirilmektedir. Acil tebliğinde 'Çocuk Acil Servis' başlığı altında toplanmalıdır. Çocuk acillerin kendine özgü farklılık ve özellikleri göz ardı edilmektedir.
- Çocuk acil kabul eden hastanelerde erişkinden ayrı, özellikli bakım veren alanların ve çocuklar için ayrı triyaj kodlamasının uygulanması gerekmektedir.
- Çocuk Acil Tıp dalı acil servisleri statüsünden çıkarılmalıdır.
- Emzirme alt değiştirme alanları tanımlanarak eklenmelidir.
- Çocuk hastalarda enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklar sık yatış nedenidir ve çoğu hastanede koğu özelliği nedeniyle bu hastalar acil servislerde kalmaktadır
- Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği'ne ait görüşlere raporun sonundaki eklerde yer verilmiştir.

Üniversite hastaneleri

Problemler:

Üniversite hastanelerinde özel muayene ve özel işlemler-özel hasta sorunu

- Üniversitelerin çok kıymetli yatakları, personeli, yoğun bakım ve ameliyathane olanakları özel muayene, özel işlem gibi gerekçelerle özel hastalara kullanılmakta, ancak özellikle bahse konu hastanelere başvuran acil hasta popülasyonunu düşünerek herhangi bir planlama yapılmamaktadır

Devlet kanun ve yönetmeliklerinin üniversite hastanelerinde yeterince dikkate alınmaması

- Mesai kavramı, özel işlem ve ameliyathalar, yatış kararları, yoğun bakımların kullanımı ve daha birçok konuda standartların olmaması ve suiistimallerin önüne geçilememesi söz konusudur.

Denetlenmeme sorunu

- Sağlık müdürlüklerinin kanun ve yönetmeliklerin kuralına göre uygulanıp uygulanmadığını özellikle üniversite hastanelerinde gerçek anlamda denetleme görevlerini yerine getirmemeleri

Çözüm önerileri:

- Mevzuatın üniversite hastanelerini de kapsayacak şekilde netleştirilmesi önerildi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Servis yataklarının ve dolulukları elektronik olarak an itibariyle görülebilmesi için mecburiyet getirilmelidir.

Personel ve Özlük

Yardımcı Sağlık Personeli

Yardımcı sağlık personelinin özlük, donanım ve eğitimleri iyileştirilmeli, sayıları bakılan hasta sayısı oranına getirilmelidir

- ATT ve hemşirelerin eğitim ve mesleki tecrübe seviye ve standartlar arasına konulmalıdır.
- Tıbbi sekreter, hemşire yardımcısı, teknisyen yardımcısı istihdam edilebilmesi sağlanmalı, atanabilmeleri için mevzuat düzenlenmelidir.
- Tıbbi sekreter, hemşire yardımcısı, teknisyen yardımcısı, güvenlik, hostes, hasta karşılama ve refakat personel iş tanımları yapılmalı ve acil servis standartlarına bunlarla ilgili net sayı kriterleri konulmalıdır.
- En az 2 yıl meslek tecrübesi olmayan yardımcı sağlık personeli acil serviste görevlendirilmemeli, acil servis deneyimi olan personele ek haklar verilerek başka yerlerde görev alma tercihleri azaltılmalıdır.
- Acilde çalışmaya başlayan yardımcı sağlık personeline standart temel eğitim (İKYD, TYD, vs) zorunlu olmalıdır. Yeterli sayıya yaklaşıktan sonra atanmadan önce bu eğitimlerin tamamlanması zorunlu hale getirilebilir.
- Seviyesine göre acil servislere çalıştırılacak destek personelin eğitim ve diğer yetkinlikler yönünden standartlarının revizyonu için bir çalışma grubu kurulmasına karar verildi.
- Oluşturulması önerilen gününbirlik tedavi üniteleri, ivedi bakım merkezleri ile mesai dışında açık olan ASM'lerde çalışan personele ek tazminat, ek ödeme ve yıpranma payı verilmelidir. Mesai dışı görev yapan hekim dışı sağlık personeline 2 katına kadar ek ödeme verilmelidir.
- Triyaj eğitimleri eksiksiz yapılmalı, eğitimi alanlar sertifikalandırılmalı, ek ödenekle teşvik edilmeli, eğitim almış triyaj personelinin yeri değiştirilmemeli, tecrübeli personelin triyaj yapması sağlanmalıdır.
- ATT ve hemşire sayıları acil servis standartlarında güncellenmeli, sayıları artırılmalıdır.
- Acil servis için ek katsayı ve ödenek verilmesi sayesinde tercih edilebilirliği artırılmalıdır.

Pratisyen Hekim

- Acil serviste çalışan pratisyen hekimlerin görev tanımları yapılmalıdır.
- Evde sağlık hizmetleri, ambulans hizmetleri gibi görevlendirmeler ile farklı hastanelerde sürekli yer değiştirme şeklinde acil servis çalışması engellenmelidir.
- Pratisyen hekimlerin merkezi bir sistem üzerinden yapılacak bazı temel acil servis oryantasyon ve temel bilgi eğitimleri ile uygulama yeterliliklerini kapsayan bir eğitimi tamamlamaları ve yapılacak değerlendirmede başarılı olmaları zorunlu hale getirilmelidir.
- Pratisyen hekimler belli süreler dahilinde acil servislere rotasyona tabii tutulmalıdır.

Acil Tıp Asistanları

Mali ve Özlük Problemleri

- Acil Tıp ve Çocuk Acil yan dal uzmanlık öğrencilerinin maddi kazanımları diğer branş asistanlarından farklı hale getirilmelidir.
 - Diğer branşlardan daha ağır çalışma koşulları ve daha fazla hasta bakım yükü olmasına rağmen ek ödemelerin hastane performansından %75 klinik performansından %25 şeklinde hesaplanması yüzünden bu işyükü ağırlığının ek ödemede farklılaşmaya dönüşmemesi problemi giderilmelidir. %75 klinik %25 hastane ortalaması şeklindeki eski düzenlemeye geri dönmeli ve ek ödemede iş yüküne oranlı bir sisteme geçilmelidir.
 - En azından pratisyen hekim ek ödeme düzeyine getirilmelidir.
- Bu düzenlemenin yanı sıra acil servisler ve yoğun bakımlar gibi alanlarda ihtisas yapan asistanlara özel bir ek iş riski tazminatı verilmelidir.
- Üniversitelerde TCSB adına ve Üniversite adına ihtisas yapan asistanlar arasındaki özlük ve gelir farkı giderilmelidir. Akademik açıdan üniversiteye ait öğrenci olmamalarından ötürü üniversitelere özel sosyal donatılardan yararlanamazken, maddi kazanımları da peşin ödemedeki farktan dolayı daha düşüktür. Ayrıca zorunlu hizmet yükü de mevcuttur. Bu farklılık düzeltilerek TCSB adına alınan asistanların da üniversite kadrolarına atanması sağlanmalıdır.
- Yabancı uyruklu asistanların SGK kaydının yapılamaması konusu çok önemli olup iletilmiştir.

Eğitim ile ilgili problemler

Acil Tıp ihtisası hasta yoğunluğu, afet, acil ve olağanüstü hallerde de kliniğin yönetimi becerisinin kazanılması için mesai saatleri dışında çalışma gerektiren, nöbet tutulmasının eğitimin bir parçası olduğu bir ihtisas alanıdır. Ancak, nöbet tutamaz raporu olan ya da doğum sonrası nöbet tutmayan ATA'lar eğitimin bu kısmını hiç yapmadan uzman olabilmektedir. Sosyal edim ve haklardan ödün vermeksizin adil bir düzenleme ile (eğitim süresinin belirli kriterlere göre uzatılması gibi) eşkıdemler arasındaki farklar giderilmelidir.

- İhtisas esnasında eğitim açısından yeterli sayılmak için asgari tutulması gereken nöbet sayısı belirlenmelidir. Örneğin, 100 gibi bir sayıya erişilmesi eğitim asgari standartlarına alınabilir. Bu şekilde sosyal haklardan taviz verilmez ve nöbet eğitimi de tamamlandığında uzmanlık sınavına girilebilir
- **Uzm. Dr. Hande İmirzaloğlu**, TUKMOS'un portföy standardına tutulması gereken asgari nöbet sayısını koyma ihtimaline sahip olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, TUK tarafından süt iznindeki ATA'ların haftasonu gündüzleri çalışabileceğine yönelik karar olduğunu hatırlatmıştır. Bu karar mevzuata da dahil edilmelidir.

Eğitim programlarına yönelik ise aşağıdaki düzenlemelerin yapılması önerisinde bulunulmasına karar verildi:

- Eğitim programlarının TUK ya da yeterlik kurulu tarafından denetlenmesine başlanması
- Verilen eğitimin asistanlar tarafından değerlendirilmesi ve geri bildirim yapılabilmesinin sağlanması
- Elektronik asistan karnelerinin oluşturulması
- En az haftada 6 saat eğitim verilmesinin rutin ve zaruri hale getirilmesi
- ATU eğitiminin standardizasyonunun sağlanması. TUKMOS'un eğitimci eksikliğinin giderilmesi için belirlemiş olduğu asgari kıstasların takip edilip karşılanması

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Tarafsız ve bağımsız bir Ulusal Board Sınavı yapılması ve bunun akademisyenlik için asgari kriterler arasına alınması

Rotasyonlar

- Acil Tıp rotasyonunun klinik branşlar için zorunlu hale getirilmesi konusu tartışılmıştır. Oy çokluğuyla kurulacak 4. TUKMOS tarafından yeniden diğer TUK'lara sorulması için görüş bildirilmesine karar verilmiştir.
- İlk çalıştay zamanındaki bildirimler aksine oldukça azalmış olsa da klinik iş yükü, asistan sayısındaki eksiklik, ilgili branşın hastanede bulunmaması gibi sebeplerle halen acil tıp asistanlarının yapamadıkları ya da kâğıt üstünde yapılan rotasyonları bulunduğu konusu tartışılmış, elektronik asistan karnesinin aktive edilmesi ve anonim geri bildirim verme yapısının oluşturulmasının bunu engelleyeceği görüşü hasıl olmuştur.

Yan dallar

- Toksikoloji bilim dalının bir yan dal olarak acil tıp için tanımlanmasının yeniden talep edilmesine,
- Acil Tıp ana branş temsilcilerinin Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım yan dalı yapabilmek için sınava girme hakkının acil tıp uzmanlarında da verilmesi taleplerinin eklenmesine karar verildi.
 - Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği ile Yoğun Bakım yan dalı temsilcileri bu taleplere şerh koyduklarının metne eklenmesini talep etti.

Uzman Hekimler

Önceki çalıştay raporunda yer alan aşağıdaki görüşlerin korunmasına karar verildi:

- Eğitim kliniği olan hastanelerde çalışabilmek için mevzuata göre zorunlu olan başasistanlık asgari yayın şartının sağlanması koşulu zorunlu hizmet, mazeret ve eş durumu atamalarında uygulanmamaktadır. Aksine zorunlu hizmetini eğitim kliniği olmayan bir devlet hastanesine atanarak yapan hekimler için kurumiçi atamada bu koşul zorunlu tutulmaktadır. Bu uygulama hem tamamen şansa bağlı adaletsiz bir durum oluşturmakta, hem de mevzuata aykırı hareket edilmektedir. Eğitim kliniklerinde çalışabilme asgari şartları her ne şekilde ve usulde olursa olsun çalışan tüm uzman hekimler için aynı ve geçerli olmalıdır.
- Eğitim kliniklerinde çalışan uzmanların eğitim kliniği olmayan kliniklerden farklı olarak kliniğin akademik etkinliklerine katılmalarının görevleri olduğu mevzuata eklenmeli, eğitim sorumlusunun gözetiminde eğitim faaliyetlerinde bulunma görevleri yine mevzuata eklenmelidir.

Ayrıca,

- Uzun süredir yapılmayan başasistanlık sınavlarıyla ilgili bir düzenleme yapılıp yapılmayacağı, ya da ne zaman bir sınav yapılacağı konusunda ciddi beklenti mevcut olup, netleştirilmesi gerekmektedir.
- Eğitim kliniklerinde görevli uzmanlara üniversitelerde görevli akademik personele verildiği şekilde kitap ve eğitim yardımı tazminatı verilmelidir.
- Farklı kurumda çalışmakta iken kendi kurumunda sözleşme kadrosu olmaması ancak başka bir eğitim kliniğinde sözleşme kadrosu olması dolayısıyla yapılan kadro nakillerinde de asgari yayın şartları aranmalıdır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Maaş, Ek Ödeme, İzinler ve Emeklilik

- Kamuda çalışan bütün acil tıp uzmanlarına sözleşmeli kadroların kazanımları verilmelidir. PDC dolu olduğu ya da sözleşme kadrosu olmadığı gerekçesiyle aynı kurumda hem sözleşmeli hem de sözleşmesiz uzmanlar beraber çalışmakta olup bu durum iş barışına sekte vurmaktadır. Başasistanlar, uzman kadrosundaki Doçent ve Profesörler ve afiliye üniversitelerdeki akademik kadrolar da yine sözleşme yapamadıklarından aynı kurumda aynı ünvanda ama farklı kadrodaki personel ile aralarında gelir farkı oluşmaktadır. Bu durum kadro değişikliği olmaksızın sözleşmeli kadroların kazanımlarının tüm acil tıp uzmanları için geçerli olmasının sağlanması suretiyle giderilmelidir.
- Yıllık izinlerin ve kongre/eğitim katılımlarının maddi kayıp olmadan kullanılabilmesi için 5+5+2 uygulamasına +5 daha eklenerek yılda 17 güne çıkarılmalıdır.

Önceki çalıştay raporunda yer alan aşağıdaki görüşlerin korunmasına karar verildi:

- Acil serviste 6 saatlik mesai 1 mesai günü olarak kabul edilir düzenlemesi yapılarak yıpranma payı ve erken emeklilik hakkı verilmelidir. Bu uygulamanın yıpranma, özlük haklarının iyileştirilmesi, maddi kazanımlar gibi birçok noktaya etki edecek basit ama etkili bir çözüm önerisi olduğuna kanaat getirilmiştir.
- Erken emeklilik / emekliliğe yansıyacak ek yıpranmışlık ödemesi konusu yeniden değerlendirilmelidir.
- Sabit ve performansa dayalı ek ödemelerin maaş haricinde tutulması sebebiyle düşük kalan emekli maaşları ciddi bir gelecek kaygısı yaratmaktadır. Emekliliğe ek ödemelerin de yansıtılması sağlanmalıdır.

Görevlendirmeler

- Acil tıp uzmanlarının yurtiçindeki afet ya da OHAL kapsamındaki görevlendirmelerinin re'sen görevlendirme kapsamına alınması ve bu sayede gelir mağduriyetinin engellenmesi gereklidir.

Acil Tıp Uzman hekimlerinin nöbet sisteminin düzenlenmesi

Mevzuata aşağıdaki hükümlerin eklenmesine karar verildi:

- Acil Tıp hekimleri gönüllü olmaları halinde İdari şef nöbeti tutabilirler.
- Tebliğ taslağında yer alan "Çocuk, kadın doğum ve ilgili dal acil servislerinde belirtilen bu sayılar göz önüne alınarak hasta başvuru yoğunluğuna göre görevlendirilecek personel sayısı idare tarafından belirlenir" hükmünün çıkarılmasına karar verildi.

Acil servis nöbet usul ve esasları MADDE 11 için aşağıdaki düzenlemelerin önerilmesine karar verilmiştir:

- Madde 11 (5a) - Acil Tıp sorumlu uzmanının talebi ve başhekimliğin uygun görüşü ile acil tıp uzman hekim sayısının yeterli olmadığı veya hasta yoğunluğu bulunan hastanelerde ihtiyaç duyulan klinik branş hekimleri de nöbet hizmetine dahil edilir.
- (6a) Acil Tıp klinik sorumlusunun talebi ve başhekimliğin uygun görüşü ile acil tıp uzman hekim sayısının yeterli olmadığı veya hasta yoğunluğu bulunan hastanelerde ihtiyaç duyulan klinik branş hekimleri de nöbet hizmetine dahil edilir.
- (7) I. II. ve III. Seviye acil servislerde Acil Tıp sorumlu uzmanının IV. ve V. seviye acil servislerde ise Acil Tıp klinik sorumlusunun talebi ve başhekimliğin uygun görüşü ile hastane genelinde uzman hekim sayısının yeterli olması halinde, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi,

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, aile hekimliği, enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, üroloji, çocuk cerrahi branşlarından hekimler acil servis nöbetine dahil edilebilirler.

- Yeterli sayıda acil tıp hekim sayısı olması durumunda yukarıdaki branşlar konsültasyon haricinde acil serviste nöbet tutamazlar.
- (11) nolu madde için seviye belirtilmesi gereklidir.
- Hastanede sadece tek bir nöbetçi hekim olduğu haller dışında mavi kod verilmesi durumunda acil servis çalışanları aktif olarak görevlendirilmez.

Ek Ödeme

Özellikle 2. basamaklarda yeşil alan hastası bakılmaması durumunda acil tıp uzmanları ciddi gelir kaybına uğramaktadır. Uzmanlığın gerektirdiği hastalar olan kırmızı ve sarı alan hastalarına odaklanabilmeleri, girişimsel ve tanısal işlemleri yapabilmeleri, uzun süreler alan resüsitasyon işlemleri sonucunda hak kayıpları yaşamamaları için aşağıdaki düzenlemeler yapılmalıdır:

- Belirlenecek bir baz hasta sayısının üzerine çıkıldığında Acil Tıp Uzmanlarının tavandan ödeme alması, ya da acil servis çalışanlarının daima tavandan ödeme alması sağlanmalıdır.
- Ek ödemelerdeki hak kayıplarının hızlıca engellenmesi için performans ya da ortalamadan hangisi yüksekse onun üzerinden ödeme yapılması uygulamasına geçilmelidir.
- Aşağıda ayrıntılarıyla belirtilen EK-1 girişimsel işlemler listesi düzenlemeleri yapılarak kritik hasta bakımının puanı yükseltilmelidir.

EK-1 girişimsel işlemler listesinde düzenlemeler

- Yeşil, Sarı, Kırmızı alanlarda görülen tüm acil servis hastalarının hem muayene puanları normal polikliniklere göre artırılmalı hem de birbirlerinin katı oranında farklılaştırılarak en yüksek puan kırmızı alan hastasına verilmelidir (Örn., 21, 42, 63 puan).
- Kırmızı alanda görülen hastalardan en ağırlarına (YBÜ giden, eks olan, opere olan, resüsite edilen) ek muayene puanı (Örn., +200 puan) verilmelidir.
- Kırmızı alanda takibi devam eden hastaların muayene işlemi sürekli devam etmektedir. En azından her 4 saate yeniden muayene, takip ya da viziye işlemi yapılması sağlanmalıdır.
- Hastanın dış merkezden sevkle ya da ambulansla gelmesi durumunda muayene ve girişim puanları daha yüksek olmalıdır (+100 puan).
- Ajite psikiyatrik hasta, yanık hastası, multitravma hastası, resüsitasyon hastası, inme hastası, AMI hastası gibi özel hastaların muayene puanları özel hasta kategorisine alınarak yüksek tutulmalıdır (100 puan). Bu uygulama ICD tanı koduna göre yapılmalıdır. Önemli hastalıkların muayene puanları daha yüksek olmalı, ÜSYE ile AMI ya da İnme bakımı aynı kategoride değerlendirilmemelidir.
- Hafta sonu, gece ve bayram tatillerinde bakılan hastalar ile yapılan girişimlerin puanı 2 katı olmalıdır.
- Direk grafi ve BT'lerin hemen raporlanmadığı, radyoloji tarafından önrapor verilmediği kurumlarda filmleri değerlendirerek hasta bakım hizmeti vermek durumunda kalan acil tıp uzmanlarının aldıkları riskin karşılığında kısa bir önrapor ile görüntüleme değerlendirmesinden puan alabilmesi sağlanmalıdır.
- Yatamayan ve sevk edilemeyen YBÜ hastalarının acilde kaldıkları süre boyunca uygulanan kritik bakım işlemlerinin girişimsel işlem puanı olarak karşılığı ve faturalandırılması yapılabilir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- 510.123 Yataklı servis viziti – acil servis içindeki müşahade ve kritik bakım alanlarında x2 kat puan ile uygulamaya alınmalıdır

Aşağıdaki EK-1 girişimsel işlemler için karşılarında belirtilen düzenlemeler önerilmiştir:

İşlem	Normalde	Acilde
Hastanın mekanik ventilatöre bağlanması	50 puan	75 puan
Ventilatör ile takip	10 puan	25 puan
Non invaziv mekanik ventilatör uygulaması - günde tek sefer girilebilmektedir.	20 puan	Birden çok sefer girilebilmelidir
Arter ponksiyonu/Kan gazı alınması	0 puan	10 puan
Sedo-analjezi	Acilde puanlanamıyor	29 puan
KPR	200 puan	300 puan

Aşağıdaki girişimlerin EK-1 girişimsel işlemler listesine eklenmesi önerilmiştir:

İşlem	Özellikler	Önerilen puan
Ultrason FAST	Acil şartlarda yapılan sonografik değerlendirmelerde saat ve tekrar sınırı bulunmaz	30 puan
Ultrason RUSH	Acil şartlarda yapılan sonografik değerlendirmelerde saat ve tekrar sınırı bulunmaz	40 puan
Ultrason Acil yatakbaşı EKO	Acil şartlarda yapılan sonografik değerlendirmelerde saat ve tekrar sınırı bulunmaz	40 puan
Eksternal pace takılması		200 puan
Medikal kardiyoversiyon		200 puan
İlaçla koruma-engelleme uygulaması	12 saatte bir ödenir	20 puan

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Mekanik koruma-engelleme uygulaması	1 kez ödenir	10 puan
-------------------------------------	--------------	---------

TASLAK

Şiddet ile Etkin Mücadele

Hukuk müşavirliği tarafından hazırlanan sağlıkta şiddetle mücadele eylem planı ayrıntıları anlatıldı. Bu metnin çalıştay sonrasında değerlendirilmesi ve önerilerle ilgili ayrıca ek rapor sunulmasına karar verildi.

Şiddete uğrayan personelin desteklenmesi

- Acil haller dışında şiddete maruz kalan hekim ve iş arkadaşlarının hizmetten/hastadan çekilebilmesi konusunda düzenleme yapılmalıdır. O hastane için uzaklaştırma kararı alınması söz konusu olabilir. Bir hasta hakları kurulu üzerinden bu karara bağlanabilir.
- Afiliye hastane ve Üniversitelerde görev yapan 6. Sınıf öğrencilerine de Beyaz kod hakkı ve desteği verilmelidir.
- Hastane yönetimleri de adli süreçleri takip konusunda yetkilendirilmelidir.
- Hasta hakları komisyonu aktifleştirilmelidir.
- Şikâyet hattının yanı sıra teşekkür hattı da kurulmalıdır.

Şiddet uygulayanlara yönelik düzenlemeler

- Bir/birkaç kez, ağır kez şiddet uygulayan kişilerin kolluk kuvvetleri eşliği olmaksızın sağlık hizmeti alamaması kanunla düzenlenmelidir.
- Beyaz Kod sonucu hüküm giyenler de basında aktif olarak duyurulmalıdır
- Sağlık hizmetine dair şikâyetlerin ilgili kurum başhekimliğine yapılabilmesi yolunun açık olduğu kuvvetle ilan edilmelidir. Diğer yollar (SABİM, BİMER, CİMER, SBM) yavaşlatılmalı (formlar, imza sistemleri, ek belge talepleri vs) ya da sağlık şikâyetleri açısından kapatılmalıdır. Eğer mümkün değilse eşitlik ilkesi gereği tüm devlet kurum ve kuruluşları için aynı şikâyet hak ve hatları aktifleştirilmelidir.
- Yapılan şikâyetler geçerlilik ve değerine göre filtrelenmeli, uygunsuz şikâyetler hekime ve kuruma iletilmeden iptal edilmeli, başvurusunun uygunsuz olduğu bilgisi başvuran kişiye bildirilmelidir. Uygunsuz ve geçersiz başvurular takip edilerek kişilerin başvuru siciline işlenmeli, sürekli bu şekilde usulsüz kullanımlarda yasal yollar aktifleştirilmelidir.
- Yoğun mesnetsiz, gerçekdışı şikâyet baskısının hekimlerin hasta bakma beceri ve kapasitesini bozduğu, SABİM görüşmeleri sonrasında Acil Tıp asistan intiharları gerçekleştiği iddiası unutulmamalıdır.
- Vardiya ve nöbet usulü çalışan acil tıp hekimlerinin adliyede geçirdikleri süreler mesailerinden sayılmalıdır.

Şiddetin önlenmesi ve caydırılması

- Acil serviste görevlendirilecek polis sayısı da seviyeye göre belirlenmeli ve ekler içerisinde belirtilmeli, bunun için TCSB ve TCİİB arasında protokol yenilenmelidir.
- Acil servislerin girişine kontrol sağlayıcı sistemler, x-ray cihazları, metal (el, infrared, ısı vs) detektörü vb sistemler yerleştirilmelidir.
 - Mevzuat düzenlemesi gereklidir
 - Acil servis içinde yeterli sayıda, eğitimde ve donanımda (silahlı vs) güvenlik personeli çalıştırılmalıdır.
- Polis noktasında silah teslim imkânı ve zorunluluğu getirilmelidir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Bir vardiyada acil serviste bulunması gereken güvenlik sayısı ve tecrübesi mevzuatta başvuran hasta sayısına göre belirtilmelidir. Güvenlik personeli sayısı acil servis seviyelendirmesi için bir kıstas olmalıdır.
- Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi hizmeti için sağlık eğitimi almış özel bir personel yetiştirilmeli ve bu personel aşırı yoğun acil serviste güvenlik ile beraber hekim-hasta yakını iletişimine yardımcı olmalı, süreci yönetmelidir.
- 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.
- Afiş, bröşür, kamu spotu gibi bilgilendirme araçları kullanılmalıdır. Triyaj sonrası bekleme süreleri, bilgilendirme sıklığı, acil hastaların önceliği, acil olmayan vakaların öncelikli bakım alanının acil servisler olmadığı, rapor vb taleplerin karşılanamayacağı gibi konularda bilgilendirme afiş ve broşürleri bulundurulmalı ve varlıkları seviyelendirme kriterleri arasında olmalı, denetlenmelidir.
- Hastanenin tüm hasta bekleme yerlerinde “hastane çalışanları da sizin gibi insanlardır, onlara bağırmanız veya herhangi bir kötü davranışınız kesinlikle talere edilmeyecektir” ifadeleri net şekilde yazılmalı.
- Siyasi otoritenin sağlık çalışanına sahip çıkan söylemlerde bulunması sağlanmalıdır.
- 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 açılmalıdır. Medyada yer alan yazılı şiddeti ihbar edecek bakanlık takipli bir hat kurulmalıdır.
- Yurtdışı örneklerde yer alan şu çözümler değerlendirilmelidir:
 - Tüm hekimlerin üstlerin beyaz kod alarmı verebilecekleri bir düğme bulunmalı, bu düğmeye basıldığında tüm acil servis bünyesinde yüksek sesli alarm verilmeli.
 - Güvenlik görevlilerinin üzerinde sürekli kayıt yapan kameralar bulunmalı, delil olarak da saklanmalı.
 - Hastanelerde 7-24 nöbetçi hukuk danışmanları bulunmalı. Sözlü şiddet uygulayanların hastane bünyesinde hizmet alımlarını ve yönlendirilmelerini sağlayacak süreci bu kişiler yönetmeli. Fiziksel şiddet durumunda ise hastane polisi tarafından yazılı uyarı verilerek acil hal haricinde hizmet alımı durdurulmalı.

Çalıştay sekretaryası tarafından örnek teşkil etmesi amacıyla sağlık çalışanlarına şiddetin yoğun yaşandığı ve en etkin mücadele edilen İngiltere’de bu konuda yapılan hastane içi uygulamalar için Türkiye’de Acil Tıp ihtisası ve zorunlu hizmet yapmış ardından İngiltere’de çalışmaya başlayan bir Acil Tıp Uzmanının görüşü alınmıştır. Uzm. Dr. Can ÖZEN’in görüşleri şu şekildedir:

“Hastanede herhangi bir fiziksel veya sözel şiddet olayında mavi kod muadili olan uygulama kullanılıyor. Her sağlık çalışanının yaka kartında bir düğme buluyor. Düğmeye basılması halinde merkezi sistemden tüm acilde duyulacak bir alarm harekete geçiriyor. Güvenlik bu bölgeye geliyor ve müdahalede bulunuyor. Tüm acilde olan bu alarm sesi etrafta önemli bir sorun olduğu mesajını herkese vermeye yarayan bir uygulama.

Güvenlik görevlileri iletişim ve vücut dili konusunda eğitim almış profesyonel bir ekip. Yakalarında kamera bulunuyor ve çıkan olaylarda bu kamera devamlı kayıta duruyor, hukuki süreçte delil olarak kullanılabilir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Herhangi bir şiddet olayına karşı hastanenin tüm hasta bekleme yerlerinde hastane çalışanları da sizin gibi insanlardır, onlara bağırmamız veya herhangi bir kötü davranışınız kesinlikle talere edilmeyecektir yazıyor.

Bir şiddet olayı yaşandığında hastanede 24 saat görevli (gece saatlerinde nöbet uygulamasıyla çalışıyorlar) hukuk danışmanları aranarak 30 dakika içinde hastaya King's College Hastanesi adına yazılı bir metin veriliyor. Örnek olarak bu bir sözel şiddet olayı ise bu bilginin dosyasına kaydedildiği ve diğer hastanelere de gönderileceği bildiriliyor. Bir daha tekrar etmesi, durumunda o hastanede sağlık hizmetlerinden men edilme tehlikesi var.

Fiziksel şiddet olayında ise polis mutlaka devreye sokuluyor ve yine yazılı uyarıyla hastanın hastane ile ilişkisi kesiliyor.

Bu şekilde uygulamalar hukuksal süreçlerle desteklendiğinden halk için çok caydırıcı olmakta.”

Uzm. Dr. Can ÖZEN – Londra King's College Hastanesi, İngiltere

Marmara Üniversitesi Acil Tıp AD ihtisasını aldı, Ümraniye EAH Acil Tıp Kliniğinde zorunlu hizmetini tamamladı. Ardından İngiltere'den denklik alarak Londra King's College Hastanesi'nde göreve başladı.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Tebliğ ekleri ile ilgili görüşler

Ek-1	<ul style="list-style-type: none">• Çocuk hasta kabul eden acil servislerde çocuk emzirme odası olmalıdır• Dekontaminasyon odalarının, kimyasal biyolojik ve nükleer kirlenme tehdidi değerlendirilerek, özellikle yeni kurulacak acil servislerde zorunluluk olması diğer yerlerde tercihli olması uygundur.
Ek-2	<ul style="list-style-type: none">• İntraosseöz iğneler (çocuk ve erişkin boylarda) zorunlu kriter olmalı.• Cut down seti ve malzemeleri: tercihli olmalı veya ek-2 listesinden tamamen çıkarılabilir• Peritoneal Lavaj seti: Listedenden tamamen çıkartılabilir.• Seviye V acil servislerde en az 1 adet taşınabilir olmayan 1 adet de taşınabilir invazif mekanik ventilatör bulunması şart olmalıdır• Seviye III ve üzeri acil servislerde end-tidal CO2 ölçümü yapabilen en az 1 monitör bulunmalıdır.• Seviye III ve üzeri acil servislerde “jinekolojik muayene masası ve muayene için gerekli malzemeler” hastanede bulunması yeterlidir.
Ek-3	<ul style="list-style-type: none">• Listeye eklenmesi gereken ilaçlar<ul style="list-style-type: none">○ Anti aritmikler grubu: “Adenozin” eklenmeli○ Vazopressörler grubu: “Noradrenalin” eklenmeli○ Trombolitik ilaçlar: “Tenektaplaz, reteplaz gibi” eklenmeli○ Antiplatelet ajanlar: “Prasugrel ve tikagrelol” eklenmeli○ Antidotlar: ‘Sugamadex Sodyum’ (Paralizan antidotu) eklenmesi○ Antiemetik ilaçlar: Ondansetron veya granisetron eklenmesi○ İnsülin ve antidiyabetik ajanlar ifadesi “antidiyabetik ajanlar (oral formları hastane eczanesinden temin edilebilir)” şeklinde düzeltilmesi• Metoprolol; yanlış yazılmış “metoprolol” olarak düzeltilmeli

ÇALIŞTAY RAPORUNUN EKLERİ

EK-1: Tam Kapasite Protokolü

Dr. Viccellio, hastane ve acil servis aşırı yoğunluğuna adanmış internet sitesinde acil servis yoğunluğu için çözüm ararken yapılan en büyük hatanın bazı hasta gruplarının aşırı yoğunluktan sorumlu olduğunu öne sürmek olduğunu söyler. Viccellio'ya göre, fakir, evsiz, bağımlı, sigortasız, gereksiz başvuru ya da nezle-grip gibi şikâyetlerle gelenler acil servis aşırı yoğunluğunun asıl nedenleri değildir. Bunun sebepleri ise bu tip hastaları sebep göstermenin politik olarak çözülemeyen 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 artırdığı belirlenmiştir. Başka çalışmalarla da minör problemleri olan hastaların bekleme süresi ve aşırı yoğunluk 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 artırılmasının aşırı yoğunluğu azaltmada faydalı olduğunu göstermiştir (23). Lui de acil servis yoğunluğunun esas sebebinin servis yataklarına hastaların yatırılmaması olarak tanımlamıştır. Bu tip çalışmaların net verileri sonrasında Amerikan Acil Tıp Birliği (ACEP) 2008 yılında yayınladığı Acil Servis aşırı yoğunluğu ve Yüksek Etkili Çözüm Önerileri raporunda kanıtlanmış en önemli sebebin yatamayan hastalar olduğunu deklare etmiştir (30).

Dr. Viccellio bu raporu da referans olarak 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 tezadı görmeleri gerektiğini belirtmektedir.

2002 yılına kadar ABD'de yatan hastalar yüzünden acil servis doluyorsa 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.

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

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- 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 çalışmalarda 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.

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 sedyeye yoksa aktif hale gelmektedir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- 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 doluyrsa başka birim koridorlarına çekilirler.
- Koridorda hastası olan birimler elektif cerrahi ve yatış yapamaz.
- Tüm hastane koridorları doluyrsa 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.
 - 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 alınmaz.
 - Negatif basınçlı oda gerektirmeyen ancak izolasyon gerektiren hastalar koridorlara alınabilir.
 - Monitörize hastalar acil tıp hekimi onayıyla başına bir monitör konulmak suretiyle koridorlarda takip edilebilir.
- Pediyatrik yataklara erişkin hasta ya da tam tersi yatış mümkündür.
- Rutin yataktaki hastalar acil servisten gelecek hastalara yer açmak için koridorlara alınmaz.
- 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.
- Acil servisten koridora verilecek hasta kalmadığında acil servis sorumlu hekimi, hemşiresi ve hastane yatak koordinatörünün oybirliğiyle protokol sonlandırılır.

Yakın zamanda yapılan çalışmalar göstermiştir ki hastalar da acil serviste yatmadan beklemek yerine servislerdeki bu ek alanlarda yer almayı tercih etmektedirler. McGowan ve arkadaşları hastaların %83,3'ünün acil serviste beklemektense servisteki ek hasta olmayı kabul ettiklerini göstermektedir.

EK-2: Örnek Tam Kapasite Protokolü

HOSPITAL FULL CAPACITY PROTOCOL

SCOPE: Hospital system wide

PURPOSE: To improve hospital patient flow and facilitate the admission of patients held in the Emergency Department (ED) awaiting inpatient bed assignment.

POLICY: Every morning, a multidisciplinary, hospital-wide patient flow coordination team including nurse manger, medical director, director of clinical operations, at least one person from hospital executive level and entire crew of each unit, have a morning census and safety brief meeting to review the status of the hospital and see how many patients, admissions and discharged they are anticipating. Hospital will operate on its routine flow until the patient flow coordination team has decided to activate full capacity protocol (FCP). FCP will not be activated unless certain internally assigned thresholds of a capacity problem are met. In rare circumstances such as anticipated low discharge volume or high admit volume exceed capability of available resources², the patient flow coordination team can preemptively activate the level one FCP to avoid an expected decrease in throughput. FCP has three levels.

LEVEL ONE

FCP level one will be activated when:

All emergency department beds are full and at least 1 of the following

- More than 20 patients in waiting room waiting >1 hour
- More than 3 ICU patients are boarded in the ED for more than two hours
- More than 2 level 2 ESI patients waiting ≥ 30 minutes in waiting room
- More than 1 level 1 ESI patient(s) in ED with active resuscitation
- More than 25% of ED beds occupied with patients who have been admitted waiting on orders and/or bed assignment

Actions:

1. The entire hospital including housekeeping supervisors should be aware that patient throughput becomes a priority. There's an alert that goes out to all the inpatient computers, to say the ED is at phase one of the full capacity protocol.
2. Departmental leaders should facilitate contributions from within their respective areas to remove any barriers to patient disposition.
3. Radiology technologists and/or labs staff should prioritize patients with conditional discharges waiting on radiology exam and/or labs test results.
4. Physical therapy (PT) staff should prioritize patients whose discharge is pending clearance by them.
5. The patient flow coordination team should
 - Facilitate physician-to-physician communication
 - Clean and make ready to use any open/available rooms faster
 - Facilitate discharge and/or disposition of patients
 - Retrieve patients from triage to fill open rooms
 - Facilitate timely lab test, radiology and pharmacy
 - Follow up to timely response from consulting physicians regarding patient disposition
 - Pay attention to webpage requests from the equipment team to have unused patient care equipment released for redeployment
 - Ask patient transportation team to transport admitted patient faster
 - Asked ED physicians to write orders or make calls faster
 - Get social work involved if someone needs a ride home or outside placement.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- Evaluate the need for additional staffing (nursing, clerical staff, volunteers, and pharmacists) to help the ED staff care for patients.
- Double-post all admitted patients to facilitate patient placement in the first appropriate available bed.
- Ensure all patients to be admitted have a bed request order.
- Appropriate triage and placement of ambulance patients to the waiting room to assure higher acuity patients from patient room are seen sooner.

LEVEL TWO

FCP level two will be activated when:

All emergency department beds are full and at least 1 of the following

- Level one takes longer than 2 hours
- More than 20 patients in waiting room waiting >2 hour
- More than 5 ICU patients are boarded in the ED for more than two hours
- More than 4 level 2 ESI patients waiting ≥ 30 minutes in waiting room
- More than 50% of ED beds occupied with patients who have been admitted waiting on orders and/or bed assignment

Actions:

1. If an admitting physician requests to see the patient in the ED prior to arrival on floor, then he/she should see the patient within 30 minutes.
2. Assess ED staffing needs for the oncoming shifts and communicate requests for per diem nurses to help care with admitted patients in collaboration with ED nurse manager and nursing coordinator.
3. Stop accepting referral patients. (Patient flow coordination team case by case should manage exceptions).
4. The patient flow coordination team should
 - Move discharged patients awaiting transportation to discharge holding area (discharge lounge) while awaiting transport.
 - Allocate staff to reassess patients in the waiting room.
 - Check with each unit to make sure there's enough staffing on inpatient units.
 - Bring more resources to ED to take care of the patients, in addition to ways to get them to inpatient units.
 - Identify possible alternate care areas to transfer admitted patients (i.e. GI lab, Dialysis, etc.)
 - Prioritize admitted patients for inpatient room placement based on the amount of ED resources needed to care for the patient, not time patient has been in ED.
 - Prepare patients for admission to alternative treatment areas such as patient lounges and inpatient hallways
 - Based on predetermined criteria, evaluate admitted patients in the ED for potential disposition to inpatient hallways

LEVEL THREE

FCP level three will be activated when:

All emergency department beds are full and at least 1 of the following

- All alternative care areas are in use and all the inpatient hospital beds are filled.
- Level two takes longer than 4 hours
- More than 20 patients in waiting room waiting >4 hour
- More than 5 ICU patients are boarded in the ED for more than four hours
- More than 6 level 2 ESI patients waiting ≥ 30 minutes in waiting room

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

- More than 75% of ED beds occupied with patients who have been admitted waiting on orders and/or bed assignment

Actions:

1. Admitted patients in the ED will be moved to their assigned inpatient location when the room becomes available without regard to shift change, staff meal, break periods, hour of day or availability of bed or curtain. The patient will remain on stretcher or bed provided in the ED until the appropriate unit bed or curtain is located and made available. (Usually due to room cleaning).
2. Predetermined patients at level two will be transferred to hallways in the inpatient units. While those patients are not in a room, they receive care from inpatient physicians and nurse specialists.
3. The patient flow coordination team should
 - Have a meeting with on-call executive board to talk about current status and what they can do to expedite patients leaving the emergency department.
 - Postpone elective surgeries and procedures
 - Request EMS diversion based upon patient acuity and volume until further notice
 - Utilize all available patient treatment areas (including inner core hall spots and inpatient hallways) and based on predetermined criteria place admitted patients in those spots.
 - Work with housekeeping office to transport admitted patients within 15 minutes from the time the bed is assigned.
 - Open incentive shifts

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

1. Vented patients
2. Patients need intensive care unit (ICU) or cardiac care unit (CCU) bed.
3. Patients requiring negative pressure room.
4. Patients requiring 4 Liter or greater of oxygen.
5. Patients that require suctioning.
6. Patients with unstable vital sings.
7. Patients with Glasgow Coma Score <15.
8. Psychotic patients.
9. Patients that have diarrhea or are incontinent of stool.
10. Any "exception" to the above will be with the individual approval of the patient flow coordination team.

EK-3: Prof. Dr. Işıl Özkoçak'ın görüşleri

Yoğun Bakım Bilim Dalını temsilen çalıştayda yer alan Prof. Dr. Işıl Özkoçak'ın görüşleri şu şekildedir:

- Eğer yoğun bakım multidisipliner olarak icra edilecekse bir acil tıp uzmanının yan dal yapmak istemesi gayet doğal bir durumdur. Sadece ağır iş yükü, sayının azlığı, sayımızın azlığı ve memleket ihtiyacı nedeniyle yan dal uzmanlığını alan acil tıp uzmanı artık yoğun bakımcı olup mevcut ve açılacak yeni yoğun bakımlarda görevlendirilecektir.
- Acillerde acil tıbbın kontrolünde yoğun bakımlar açılması meseleyi çözmeyeceği gibi mevcut kargaşayı da artıracaktır. Ancak yoğun bakımların akılcı kullanımı için gerekli tedbirler tam anlamıyla alınana kadar donanımlı kritik bakım yatakları oluşmasında ve hastalar ilgili yoğun bakımlara transfer olana kadar buralarda tutulmasında fayda bulunmaktadır.
- Acil tıp asistanlarının eğitim programında yoğun bakımlara uygun rotasyon süresi ayrılması diğer bir öneridir.
- YBÜ yatak sayısı yeterlidir, seviyelendirme sıkıntısı olabilir ama akılcı kullanımında sorun vardır. TCSSB YBÜ drenajı konusunda çalışmalar yapılmalıdır. Yoğun bakım endikasyon takip komisyonu YBÜ drenajı noktasında herhangi bir fayda etmeyecektir. YBÜ sorumlu hekimi YBÜ endikasyonunu koymalıdır.
- DNR uygulaması ve kararı olmaması nedeniyle bu durumda hastaların YBÜ'lere kabul edilememesi ve acil servislerde kalması en önemli sorunlardandır.
- Ailenin kronik hastasına bakabilmesi için eğitim almasına zaman tanıyacak, evde sağlık hizmetine geçiş için palyatif bakım alanları artırılmalıdır.
- Uzun dönem YBÜ hastası olan ve en az 2. Basamak YBÜ hizmeti alması gereken hastaların yer alacağı alanların hazırlanması gereklidir. SGK 20-40 gün gibi bir süre sonra uzun dönem YBÜ hastalarından katkı payı alınmalıdır.
- 2.Basamak hastanelerin YBÜ'leri çalışmamakta ve YBÜ endikasyonu olmayan hastalar alınmaktadır. Bu hastaneler uzun dönem YBÜ ya da palyatif bakım olarak yeniden yapılandırılmalıdır.

Konuşmalar esnasında oluşan karşıt görüşler ise şu şekildedir:

- 2300 uzmanı olan bir branşın yılda 5-10 YB yan dal asistanı vermesinin işgücünde herhangi bir kayba neden olmayacağı aşikâr olup tam tersine bir eksikliği gidermede ciddi katkısı olacaktır.
- Acil servislerde Kritik Bakım alanlarının açılması ihtiyacı tamamen pratikte ortaya çıkan bir gerekliliktir. YB ihtiyacı olup yer bulunamayan bu hastalar zaten acil servislerde sedyeleri üzerinde imkanlar nispetinde YB tedavilerini almaktadırlar.
- Acil Tıp asistanları halihazırda eğitim planında zaten anestezi ve dahiliye yoğun bakımlarına rotasyona gitmektedir.

EK-4: Yurtdışında çalışan acil tıp uzmanlarının görüşleri: Birleşik Krallık, İngiltere Örneği ve Karşılaştırmalar

Uzm. Dr. Can ÖZEN – Londra King's College Hastanesi, İngiltere

Marmara Üniversitesi Acil Tıp AD ihtisasını aldı, Ümraniye EAH Acil Tıp Kliniğinde zorunlu hizmetini tamamladı. Ardından İngiltere'den denklik alarak Londra King's College Hastanesi'nde göreve başladı.

İyi bir ambulans sisteminin acil servis işleyişine kattığı faydalar

Ambulansların hastaları alışı ve hastaneye getiriş şekilleri acil servis yükünü çok azaltıyor. Hastalara ilk müdahalesi yapılmış, detaylı anamnez alınmış halde acil serviste triyaj olmayı bekliyorlar.

Ambulansların çalışma şeması ve hangi hastayı hangi kriterlere göre hangi hastaneye getireceği duvarlarda açıkça belirlenmiş. Ambulans ekibi formlardaki kutucukları işaretleyip hangi hastanın nereye getirileceğine karar veriyor. En yakın hastaneden ziyade hastanın gereken işlemlerinin yapılacağı en uygun merkeze hasta yönlendiriliyor. Hastane dışında çalışan denetmenler hastane yönetimiyle 24 saat iletişim halinde. Tüm hasta kaydı ve bekleme süreleri bilgisayar üzerinde olduğundan yoğunluk olduğunda otomatik olarak hastaneye hasta gönderiliyor.

Acil serviste aile hekimliği poliklinikleri

Londra King's College Hastanesi ve bağlı bulunduğu hastaneler birliği (Trust) kapsamındaki hastanelerde aile hekimleri için bir poliklinik açılıp acil vaka tanımına uymayan hastalara burada randevusuz olarak bakılmaktadır. Ancak bu aile hekimliği noktasında acil servislerde uygulanan mecburi uygulanan 4 saatte tetkik ve plan yaklaşımı uygulanmamaktadır. Bu aile hekimliği noktasındaki bekleme süresi performans değerlendirilmesine de alınmamakta ve 4 saatin üzerinde süreler norm kabul edilmektedir. Bu poliklinik acil servis yoğunluğu ve şartları elverdiği sürece açık tutulmakta, buraya ayrılacak doktor olduğu sürece çalışmaktadır.

Günübirlik tedavi üniteleri, ivedi bakım merkezleri, nöbetçi ASM'ler

General Practice (GP) Türkiye'deki hali ile Aile Hekimliği'nde enjeksiyon, pansuman, sonda değişimi gibi işlemler yapılmaktadır. Bu sorunların 1. Basamakta çözülememesi veya hastanın bu merkezler yerine hastaneye gelmesi durumunda hastalar acil servisten geri çevrilmekte ve mesela sonda değişimi için haftasonları da 09 -15 saatlerinde hizmet veren, 7 gün ayaktan başvuru ile hasta kabul eden polikliniklere yönlendirilmektedirler.

INR baktırmak, sonda değiştirmek, yara bakımı yapmak, basit kanaması olan ilk trimester gebede ultrason yapmak gibi acil olmayabilecek ancak komplikasyon olursa acil servise yönlendirilmesi gereken hastalara 7 gün açık acil servis dışındaki benzer poliklinikler hizmet vermektedir.

Aynı zamanda polikliniklerin hepsinde günübirlik basit tedavilerin verilebileceği (bronkodilatör, IV sıvı, demir replasmanı vs) alanlar ve yapılar oluşturulmuş durumda.

Hastane içi sevkler

Hastane içi sevkler bölümler arasında yazılı ve hastane yönetimince onaylanmış kurallara tabi olup hastanın acil serviste durması gereken koşullarda ilgili branşın hekimi hastanın tüm tetkik ve tedavisini

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

üstlenmektedir. Poliklinikten yönlendiriliyorsa hastanın yanında hekimin kendisi veya daha çömez bir doktor gelerek tüm tetkik, tedavi ve başka branşa konsültasyon işlemlerini halletmektedir.

Mesela dahiliye polikliniğinde akut apandisit şüphelenilen bir hastanın tüm işlemleri acil servis kaynakları kullanılarak yapılsa bile dahiliye hekimlerince halledilip gereken konsültasyon ve yatış işlemleri düzenlenmektedir.

Ayrıca hastanedeki her ekibin yalnızca acil veya bu gibi rutin işleyiş dışına çıkan vakalarını takip etmekle yükümlü doktor veya ekipleri bulunuyor.

Yatış problemlerine dair çözümler

Hasta yatışı, sevk, yer bulunması gibi konular sağlık çalışanı olmayan ancak 24 saat hizmet veren hastane performans ekiplerince yürütülüyor. Türkiye’de benzer uygulamalar olsa da, doktorların iradesi sevk, yatış işlemlerinin önüne geçebiliyor. İngiltere’de bu performans görevlileri herhangi bir birim adına değil de hastane adına çalışmakta ve tüm kapasiteyi sonuna kadar 24 saat kullanmakta. Bu kişilerin kararlarına herhangi bir itiraz hakkı bulunmuyor. Her hasta 24 saat gerekli servis ve yatağa yatırılıyor. Yine Türkiye’de çeşitli hastanelerde yaşandığına şahit olduğum ertesi gün ameliyat olacak hasta için ayrılmış ancak gece boyunca boş olan yatağı hastane sisteminde dolu göstermek için personeli yatırmak gibi uygulamalar ağır maddi ve hukuki yaptırımlarla sonuçlandığından servisleri yöneten kişiler acil servise gelen hastaların tüm hastanenin hastası olduğunun bilincinde.

YBÜ hastalarının endikasyon kontrolü ve yatış takipleri

I-mobile (intensive mobile - mobil YBÜ) ismini verdikleri bir anesteziyoloji doktoru ve/veya hemşiresi o gün hastanede YBÜ ihtiyacı olabilecek tüm hastalarla ilgili karar vermekten sorumlu. Hastaların YBÜ ihtiyacı olup olmadığına dair son sözü o söylüyor, gerek yoksa hastayı takip eden ekiple birlikte tedavisini planlıyor ve gerekirse hastayı YBÜ’ye yatırıyor veya yer buluyor. Sorumluluk anesteziyoloji doktorunda, uygulama branş hekiminde.

Yaşlı ve Özel hastaların izlemi ve acil servis üzerinde yarattıkları yükün azaltılması

Frailty Unit (Kırılgan hasta ünitesi) ismini verdikleri Geriatri Servisine bir uzman doktor aracılığı ile hasta kabulü yapılıyor. Hastanenin herhangi bir yerinde bakıma muhtaç veya yatış endikasyonu olan bir hasta varsa (cerrahi veya dahili bir sebeple), bu uzman doktor hastayı servisine alıyor ve gerekli branşlarla görüşerek hastanın tedavisini üstleniyor.

Bu gibi ekipler hastaların acil servisten hemen drenajını sağlayarak sistemdeki tıkanmayı önüyor.

Kronik hastaların izlemi ve acil servis üzerinde yarattıkları yükün azaltılması

Aile hekimliği ve bölge hemşireleri (District Nurse) kronik hastaları evde ziyaret ederek hastane başvurularını minimize etme yaklaşımı ile çalışıyorlar. Evde bakım hizmetleri ile bu kişiler görüşüyor ve gerekirse evde bakım hizmetlerini günde 4 kereye kadar hastanın evine gönderiyorlar. Hastaların tedavi plan ve şemaları çizilmiş oluyor. Mesela SVO sekelli, yatalak bir bakım hastasının sonda değişimi, beslenme desteği vs bu ekiplerce sağlanıyor. Hastaneye gelme endikasyonu her hasta özelinde aile hekimi tarafından belirlenebiliyor.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Hasta ve hasta yakınları Sel-doc adı verilen akşam 17-23 arasında açık aile hekimliği polikliniklerine ayaktan başvuru ile gelebiliyor veya telefonla danışma hizmeti alabiliyorlar. Ancak bu birimlerin uygun görmesi halinde hastalar acil servise yönlendiriliyor.

Kronik hastalarda aile hekimi ve hastalığı takip eden birim (Hematoloji vs gibi) arasındaki iletişim ve akut-kronik sorun planı yapılması birçok hastanın gereksiz başvurusunu önüyor.

General Practice (GP) Türkiye'deki hali ile Aile Hekimliği'nde enjeksiyon, pansuman, sonda değişimi gibi işlemler yapılmaktadır. Bu sorunların 1. Basamakta çözülememesi veya hastanın bu merkezler yerine hastaneye gelmesi durumunda hastalar acil servisten geri çevrilmekte ve mesela sonda değişimi için haftasonları da 09 -15 saatlerinde hizmet veren, 7 gün ayaktan başvuru ile hasta kabul eden polikliniklere yönlendirilmektedirler.

Enjeksiyon yükünün azaltılması

İngiltere Acil servis sisteminde IM enjeksiyon neredeyse tamamen terkedilmiş bir uygulama. Ağrı kontrolü ve bulantı gibi acil servislerdeki enjeksiyon yükünü çeken durumlar oral, rektal, buccal ilaç uygulamaları ile çözülüyor.

Özellikle ağrı yönetimi basamak yöntemi ile parasetamol ile başlayıp oral morfine kadar çıkıyor. IM uygulamalar yerine rektal yol tercih ediliyor, daha ağır vakalarda ise direkt IV yola geçiliyor. Ağrı yönetiminde benzer bir akış şeması sağlık bakanlığı bünyesinde belirlenir ve bu şekilde uygulanırsa enjeksiyon yükü hafifletilebilir.

Benzer akış şemaları diğer hastalıklar için de uygulanırsa kişilerin inisiyatifine kalan gereksiz tetkik ve tedavinin önüne geçilebilir.

Konsültasyonlar

Konsültasyon yönetmeliğinde yazılı olarak belirtilen konsülte edilen tarafın hastanın sorumluluğunu paylaşıyor olması İngiltere sağlık sisteminde harfiyen uygulanmakta. Hasta acil servisten bir bölüme konsülte edildiği an, o hastanın takip, tedavi ve gerekli görürse başka bölüme konsülte edilme süreci konsülte edilen bölüme kalıyor.

Birkaç bölümün ortak karar vermesi gereken durumlarda hastane içi yönetmelikte açıkça yol çizilmiş. Örnek olarak Sağ alt kadranda ağrısı ile gelen ve Acil ekibinin ağrısının karakteri nedeniyle ileri tetkikinin gerektiğini düşündüğü kadın hastalar mutlaka genel cerrahi ve kadın hastalıkları tarafından görülüyor ve acil servis sürecin dışında kalıyor. Ayırıcı tanı için gerekli ileri tetkik tedavi bu iki diğer branş tarafından karar verilip yürütülüyor, hasta 2 branşın arasındaki iletişim sonucunda ilgili bölüme yatırılıyor.

Benzer uygulamalar birkaç bölümün ortak karar vermesi gereken tüm hasta gruplarına uygulanabilir. Diyabetik ayak, Menenjit, gibi.

Şiddet

Hastanede herhangi bir fiziksel veya sözel şiddet olayında mavi kod muadili olan uygulama kullanılıyor. Her sağlık çalışanının yaka kartında bir düğme buluyor. Düğmeye basılması halinde merkezi sistemden tüm acilde duyulacak bir alarm harekete geçiriyor. Güvenlik bu bölgeye geliyor ve müdahalede bulunuyor. Tüm acilde olan bu alarm sesi etrafta önemli bir sorun olduğu mesajını herkese vermeye yarayan bir uygulama.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Güvenlik görevlileri iletişim ve vücut dili konusunda eğitim almış profesyonel bir ekip. Yakalarında kamera bulunuyor ve çıkan olaylarda bu kamera devamlı kayıta duruyor, hukuki süreçte delil olarak kullanılabilir.

Herhangi bir şiddet olayına karşı hastanenin tüm hasta bekleme yerlerinde hastane çalışanları da sizin gibi insanlardır, onlara bağırmanız veya herhangi bir kötü davranışınız kesinlikle talere edilmeyecektir yazıyor.

Bir şiddet olayı yaşandığında hastanede 24 saat görevli (gece saatlerinde nöbet uygulamasıyla çalışıyorlar) hukuk danışmanları aranarak 30 dakika içinde hastaya King's College Hastanesi adına yazılı bir metin veriliyor. Örnek olarak bu bir sözel şiddet olayı ise bu bilginin dosyasına kaydedildiği ve diğer hastanelere de gönderileceği bildiriliyor. Bir daha tekrar etmesi, durumunda o hastanede sağlık hizmetlerinden men edilme tehlikesi var.

Fiziksel şiddet olayında ise polis mutlaka devreye sokuluyor ve yine yazılı uyarıyla hastanın hastane ile ilişkisi kesiliyor.

Bu şekilde uygulamalar hukuksal süreçlerle desteklendiğinden halk için çok caydırıcı olmakta.

Özlük

Özlük hakları birçok farklı yasaya ve ülkelerin iş kültürlerine bağlı şekillenmiş olduğundan karşılaştırmak çok zor. Ancak doktorların yıllık izin ve eğitim, kongre izni gibi hakları İngiltere'de biraz daha gevşek. Boşta kalan nöbet pozisyonlarına farklı kurumlarda çalışan doktorlara resmi olarak ek nöbet veriyor ve saat başına makul miktarda bir para ödeniyor. Bu durum da Türkiye'deki memuriyet yasaları ile çelişebilecek birçok sorun yaratabilecek olsa da nöbette eksik kişi olması ihtimalini azaltıyor.

NHS bünyesinde çalışan tüm doktorlar çalıştığı saat kadar para kazanmakta. Döner sermaye uygulaması yok ancak hastanenin kapısından giren bir hasta gerekli olan tüm bölümlerce sahipleniliyor. Yalnızca acil servisin sorumluluğuna kalmıyor. Bu tüm hastanede bir birlik hissi yaratmakta.

Eğitim ve standardizasyon

Görebildiğim kadarıyla tüm İngiltere Acil servislerinde hastalara yaklaşım birebir aynı. Bu gibi bir standardizasyon hastaya da daha çok güven veriyor. Tıp fakültesi bünyesinde veya sağlık bakanlığının oryantasyonunda antibiyotik isteyen hasta ile iletişim senaryosu, Bağırman hastaya yaklaşım senaryosu gibi iletişim odaklı simülasyon eğitimlerinin yanı sıra acil serviste sık karşılaşılan 10 kadar basit vakanın yönetim simülasyonu gibi eğitimlerin acil serviste çalışan tüm hekimlere ülke genelinde uygulanmasının sistemdeki kişiye yönelik faktörleri büyük ölçüde bertaraf edip hasta bakımında standardizasyonun yanında hekimin daha güvende hissedip daha verimli çalışmasına olanak sağlayacağını düşünüyorum.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

EK-5: Çalıştay Bilimsel Kurulu Katılımcı Listesi, Sekretarya ve Raportörler

Unvan	Ad Soyad	Kurum	Kurum Tipi	Şehir	Görev
Uzm. Dr.	Cihan DÖĞER	KHGM Verimlilik ve Kalite Uygulamaları DB	TCSB	Ankara	Çalıştay Başkanı
Dr. Öğr. Üyesi	Semih KORKUT	ASH Genel Müdürü	TCSB	Ankara	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Doç. Dr.	Haldun Akoğlu	Marmara Üniversitesi	Afiliye Üniversite	İstanbul	Çalıştay Sekreteri ve Raportör
Prof. Dr.	Behçet Al	Gaziantep Üniversitesi	Üniversite	Gaziantep	ATUDER Temsilcisi/Çalıştay Sekreteri ve Raportör
Uzm. Dr.	H.M. Mercı Mahmutoğlu	KHGM. Acil Sağ. Hizm. DB.	TCSB	Ankara	Çalıştay Sekreteri ve Raportör
Prof. Dr.	Ersin Aksay	Dokuz Eylül Üniversitesi	Üniversite	İzmir	TATD Temsilcisi
Prof. Dr.	Yunsur Çevik	SBÜ Keçiören EAH	EAH	Ankara	ATUDER Temsilcisi / İdari-Eğitim Sor.
Prof. Dr.	Yıldırım Çete	Akdeniz Üniversitesi	Üniversite	Antalya	Asya Acil Tıp Der. Bşk / AD Başkanı
Prof. Dr.	Sadık Girişgin	Necmettin Erbakan Üniversitesi	Üniversite	Konya	AD Başkanı
Prof. Dr.	Süleyman Türedi	Karadeniz Teknik Üniversitesi	Üniversite	Trabzon	TATD Temsilcisi
Prof. Dr.	Ahmet Demircan	Gazi Üniversitesi	Üniversite	Ankara	Başhekim
Prof. Dr.	Mehtap Bulut	İstanbul Medipol Üniversitesi	Vakıf Üniversitesi	İstanbul	AD Başkanı
Prof. Dr.	Hakan Oğuztürk	İnönü Üniversitesi / Ankara Şehir Hastanesi	Üniversite / EAH	Malatya / Ankara	AD Başkanı / İdari-Eğitim Sor.
Prof. Dr.	Nilden Tuysun	SBÜ Sami Ulus EAH	EAH	Ankara	Çocuk Acil Tıp Temsilcisi
Prof. Dr.	Işıl Özkoçak	SBÜ Ankara Numune EAH	EAH	Ankara	Yoğun bakım Temsilcisi
Prof. Dr.	Murat Duman	Dokuz Eylül Üniversitesi	Üniversite	İzmir	Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Temsilcisi
Prof. Dr.	Özlem Tekşam	Hacettepe Üniversitesi	Üniversite	Ankara	Çocuk Acil Tıp Temsilcisi
Doç. Dr.	Bülent Erbil	Hacettepe Üniversitesi	Üniversite	Ankara	TATD Temsilcisi / Başhekim
Doç. Dr.	Ayhan Özhasanekler	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Afiliye Üniv./Şehir H.	Ankara	Dekan Yardımcısı
Doç. Dr.	Özlem Bilir	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi	Afiliye Üniversite	Rize	AD Bşk / İdari-Eğitim Sor.
Doç. Dr.	Halil Doğan	SBÜ Bakırköy EAH	EAH	İstanbul	İdari-Eğitim Sor
Doç. Dr.	Serkan Emre Eroğlu	SBÜ Ümraniye EAH	EAH	İstanbul	İdari-Eğitim Sor
Doç. Dr.	Tuba Cimilli Öztürk	SBÜ Fatih Sultan Mehmet EAH	EAH	İstanbul	İdari-Eğitim Sor
Doç. Dr.	Kenan Ahmet Türkoğan	SBÜ Bağcılar EAH	EAH	İstanbul	İdari-Eğitim Sor / Acil Sağlık Hizm. Başkanı
Doç. Dr.	Engin Deniz Arslan	SBÜ Dışkapı EAH	EAH	Ankara	Eğitim Sor.
Doç. Dr.	Şervan Gökhan	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Afiliye Üniv./Şehir H.	Ankara	
Dr. Öğr. Üyesi	İshak ŞAN	Ankara İSM.	Ankara İSM.	Ankara	Acil Sağlık Hizm. Başkanı
Dr. Öğr. Üyesi	Yusuf Ali Altuncı	Ege Üniversitesi	Üniversite	İzmir	Üniv.
Dr. Öğr. Üyesi	Yücel Yüzbaşıoğlu	SBÜ Keçiören EAH	EAH	Ankara	
Uzm. Dr.	Eyüp Sarı	Ankara İSM. Kamu Hastane Hizmetleri	TCSB	Ankara	Kamu Hastane Hizmetleri Başkan Yrd.
Uzm. Dr.	Sevilay Sema Mert Ünver	SBÜ Okmeydanı EAH	EAH	İstanbul	İdari Sor.
Uzm. Dr.	Erdal Yılmaz	SBÜ Kartal LK EAH	EAH	İstanbul	İdari Sor.
Uzm. Dr.	Yenal Karakoç	SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH	EAH	Diyarbakır	
Uzm. Dr.	İsmail Altıntop	Kayseri İSM. Kayseri DH	DH	Kayseri	Başhekim

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACIL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

EK-6: Çalıştay Merkez Teşkilat Katılımcı Listesi

UNVANI	ADI SOYADI	GENEL MÜDÜRLÜK/BAŞKANLIK	BİRİM
Prof. Dr.	Rahmi KILIÇ	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Kamu Hastaneleri Genel Müdürü
Dr. Öğretim Görevlisi	Semih KORKUT	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Uzm. Dr.	Mustafa Sırrı KOTANOĞLU	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Kamu Hastaneleri Genel Müdür Yard.
Uzm. Dr.	Naim ATA	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Kamu Hastaneleri Genel Müdür Yard.
Daire Başkanı	Mustafa TAŞKIN	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurt Dışı Sağlık Birimleri Daire Başkanlığı
Uzm. Dr.	Cihan DÖĞER	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı
Daire Başkanı	Fatıma ŞAHİN	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Hasta Çalışan Hakları ve Güvenliği Dairesi
Daire Başkanı	Bilgen BAĞCI AYDIN	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Bakım, Hasta Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı
Daire Başkanı	Dr. Mehmet KOCA	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı
Daire Başkanı	Dr. Şükrü Abdullah ŞEKER	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Ek Ödeme Daire Başkanlığı
Daire Başkanı	Hatice KINIK	SHGM	Ayaktan Sağlık Hizmetleri DB
Daire Başkanı	Dr. Songül DOĞAN	Strateji Geliştirme Başkanlığı	Strateji Geliştirme Başkanlığı
Uzm. Dr.	Hüseyin Murat Mercı MAHMUTOĞLU	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurt Dışı Sağlık Birimleri Daire Başkanlığı
Hemşire	Seher MENTEŞ	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurt Dışı Sağlık Birimleri Daire Başkanlığı
Hemşire	Şerife ERGÜDEN	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurt Dışı Sağlık Birimleri Daire Başkanlığı
Hemşire	Safiye ARIASLAN	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurt Dışı Sağlık Birimleri Daire Başkanlığı
Ebe	Meral TOPALLAR	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurt Dışı Sağlık Birimleri Daire Başkanlığı
V.H.K.İ.	Hakan KÜÇÜKÇOLAK	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurt Dışı Sağlık Birimleri Daire Başkanlığı
Halkla İlişkiler	Hatice AKÇAM	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı
Sosyal Hizmet Uzmanı	İbrahim YILMAZ	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Hasta Çalışan Hakları ve Güvenliği Dairesi
Hemşire	Rahime HARMANKAYA KAÇAN	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Bakım, Hasta Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı
Eczacı	Döndüğü Ayşe ERBAŞ GÜNEY	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Tedarik Planlama, Stok ve Lojistik Yönetimi Dairesi Başkanlığı
Genel Cerrahi Uzmanı	Mustafa ORUÇ	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı
V.H.K.İ.	Sebahat ÖZTÜRK	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı
Uzman Doktor	Ali Kemal ÇAYLAN	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Finansal Analiz ve Faturalandırma Dairesi Başkanlığı
Mimar	Fatma Eda EREN BÜK	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Tesisleri Yatırım Planlama ve Takip Daire Başkanlığı
İstatistikçi	Neşet SAKARYA	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	İstatistik Analiz Raporlama ve Stratejik Yönetim Daire Başkanlığı
Danışman	Serkan GÜLENER	Strateji Geliştirme Başkanlığı	Strateji Geliştirme Başkanlığı
Doktor	Çiğdem BAŞGÜL	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı
Doktor	Emine ACAR	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Aile Hekimliği Uygulamaları Dairesi Başkanlığı
Danışman	Hatice Aktaş	SBSGM	Veri Yönetimi Dairesi Başkanlığı
Hukuk Müşaviri	Seher GÖKALP	Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Uzm.	Melek OKTAR	SHGM	Ayaktan Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı
Uzm. Yard.	Gurbet ÇITAK	SHGM	Ayaktan Sağlık Daire Başkanlığı
Uzm.Dr.	Hande İMİRZALIOĞLU	SHGM	TUK Eğitimi Dairesi Başkanlığı
Doktor	Yasin Şahin OĞUZ	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Ek Ödeme Daire Başkanlığı
Sağlık Memuru	Halil YEŞİLYURT	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı
Daire Başkanı	Mutlu KAYA	Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü	Sağlık İletişimi Daire Başkanı
İletişim Uzmanı	Ali Kemal BEYTAŞ	Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü	Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı
Hukuk Müşaviri	Olca KUTLUBAY	Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü	

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

EK-7: Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Görüşü

Taslağın Genel Üzerindeki Görüş ve Değerlendirme		Teklif
<p>Tebliğde öncelikle dikkat çeken durum, "Çocuk Acil servislerinden" hiç söz edilmiyor olmasıdır. Acil servislere gelen hastaların yaklaşık %40'ını çocuk hastalar oluşturmaktadır. Üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastanelerinde ve çocuk hastanelerinde ayrı çocuk aciller yapılmış olmasına rağmen hiçbir acil yönetmeliğinde çocuk acillerle ilgili bir düzenleme bulunmamaktadır. Karma acillerde çocuk acil servis yapılanması da önemli sorunlar içermektedir. Erişkin/Genel acillerin özellikleri ve standartları belirlendiği gibi çocuk aciller için de aynı şekilde bir çalışma yapılması ve çocuk acil standartlarının ortaya konulması gerekmektedir. Çocuk acil servis yapılanması erişkinlerden oldukça farklı özellikler ve standartlar içermektedir ve bunun acil tebliği içinde "Çocuk Acil Servis" başlığı altında toplanması gereklidir. Ülkemizde Avrupa ülkeleri içinde ilk olarak, 2009 yılından itibaren "Çocuk Acil Uzmanı" yetiştirilmekte ve bu uzmanlar acil servislerde çalışmaktadırlar, bu uzmanların görev tanımları da tebliğ içinde yer almalıdır.</p>		<ul style="list-style-type: none">- Çocuk acil servis yapılanması erişkinlerden oldukça farklı özellikler ve standartlar içermektedir ve bunun acil tebliği içinde "Çocuk Acil Servis" başlığı altında toplanması gereklidir.- "Çocuk Acil Uzman"ları görev tanımlarına yer verilmelidir- Tebliğ içinde acil tanımının "çocuk ve erişkin acili" tanımladığı net olarak ifade edilmeli, dal acil servisleri içinden çocuk ibaresi çıkarılmalıdır.
Taslak Maddesi	Görüş ve Değerlendirme	Teklif
1- Madde 4:	<p>Acil servis ve Acil servis hizmetleri, çocuk acili de içine alacak şekilde yeniden tanımlanmalı ve "çocuk" tanımı yapılmalıdır</p>	<ul style="list-style-type: none">a) "Acil servis: Yataklı sağlık tesisleri bünyesinde yer alan ve acil durumlarda olan çocuk ve erişkin hastalara acil sağlık hizmeti sunulan, çocuk ve erişkin servisler" olarak değişmesi.b) "Acil servis hizmetleri: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda hastaların sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla tıbbi müdahale ve tedavisine yönelik sunulan çocuk ve erişkin acil sağlık hizmetlerini" şeklinde değişmesi1) "Çocuk: Başvuru tarihindeki yaşı esas alınmak kaydıyla 18 yaşını doldurmamış bireyleri" tanımının eklenmesi
2- Madde 5:	<p>Karma acil servislerde (Erişkin acil, Kadın Doğum hastanesi gibi) çocuk hastaların erişkin hasta ile işitsel ve görsel temas etmesi önlenmelidir.</p> <p>Çocuk hastalar için ayrı alt değiştirme ve emzirme alanları bulunmalıdır.</p>	<p>2' ye ek madde olarak aşağıdaki ifade konulmalıdır:</p> <p>2 ö) "Karma acil servislerde çocuk hasta ayaktan giriş alanı, kayıt, triyaj, bekleme salonu, hasta bakım alanları ayrı olmalı, mutlaka erişkin hasta ile işitsel ve görsel temas etmesi önlenmelidir. Ambulans giriş alanı ortak kullanılabilir.</p> <p>Çocuk acil servis bekleme salonlarında ayrı alt değiştirme ve emzirme alanları bulunmalıdır.</p>
3- Madde 7	<p>2009 yılından beri Çocuk Acil ayrı bir yandal eğitimi olarak verilmektedir, bu nedenle kriterlere bunun da eklenmesi uygun olacaktır</p>	<p>(4) "Çocuk acil yan dal eğitimi verilen bir kurum olup olmadığı" kriterlere ilave edilmeli</p>

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

3- Madde 8:	<p>Çocuk acil servisler için ayrı tescil seviyelendirme kriterleri belirlenmeli ve komisyonlarda çocuk acil uzmanı, bulunmaması halinde yakın illerden görevlendirme yoluyla veya çocuk acil servisle ilgilenen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzman hekiminin yer alması (tercihen Sağlık Bakanlığı çocuk acil kurslarına katılıp belge almış olan) sağlanmalıdır</p> <p>Pek çok Üniversite hastanesinde çocuk acil bilim dalı bulunmaktadır, bu nedenle bu bilim dalından da bir temsilci komisyonda yer almalıdır.</p>	<p>(3) Tescil komisyonlarında çocuk acil uzmanı mutlaka yer almalıdır. Bulunmaması halinde yakın illerden görevlendirme yoluyla veya çocuk acil servisle ilgilenen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzman hekiminin yer alması (tercihen Sağlık Bakanlığı çocuk acil kurslarına katılıp belge almış olan) sağlanmalıdır.</p> <p>Üniversite bulunan illerde varsa çocuk acil bilim dalından bir temsilci komisyonda yer almalıdır.</p>
4-Madde 9	<p>Bu madde de triyajı kimin yapacağı belirtilmemiş. Triage işlemi bu konuda eğitim almış triyaj hemşiresi ve/veya paramedik-ATT'lerce yapılabilir.</p> <p>(2) Ek-7 de verilen triyaj skalası Çocuk hastalar için kesinlikle uygulanabilir değildir. Bu nedenle Çocuk Acil hastaları için geçerli bir triyaj skalası ayrı olarak verilmelidir. Bununla ilgili çalıştay yapıp tüm acil servislerde kullanılacak şekilde erişkin ve çocuk acil hastalar için ayrı standart skalalar geliştirilmelidir. Kurumlar bu skalalarda kendilerine göre ufak değişiklikler yapabilirler.</p> <p>(5) Triage ve kayıt işlemi aynı anda farklı alanlarda yapılmalıdır</p> <p>(8) Acil servise başvuran hastanın kayıt oluşturulmadan tam muayenesi mümkün olmayacağı ve özellikle çocuk hastalarda tam değerlendirme yapılmadan hasta reddi yapılması, önemli klinik tabloların atlanmasına neden olacağı için ciddi yasal sorunlar doğuracaktır. Bu hastaların ileri tetkik için ertesi güne çağırılması durumunda MHRS randevularının acil servislerde alınması önemli bir iş yüküne neden olacağı için uygulanabilir değildir.</p> <p>(9) Bu durumlarda hastane idaresin olaya dahil olmalı daha doğru bir uygulama olacaktır.</p>	<p>- "Triage işlemi bu konuda eğitim almış triyaj hemşiresi ve/veya paramedik-ATT'lerce yapılabilir." maddesi konulmalıdır</p> <p>(2) Çocuk hastalar için ayrı triyaj skalası tebliğe konulmalıdır. Ekte kullanılabilecek "Çocuk Triage skalası renk kodlaması" için bir örnek verilmiştir (Ek-7 b).</p> <p>(5)" Kayıt ve triyaj işleminin aynı anda farklı alanlarda yapılması esastır." şeklinde değiştirilmelidir.</p> <p>(8) Bu madde çıkarılmalıdır.</p> <p>(9)"hale gelmesi durumunda "hastane idaresi denetiminde" hastanede görev yapmakta olan " şeklinde değiştirilmelidir.</p>
5-Madde 10	<p>Çocuk hastaların sarı ve yeşil alan muayenesinde mutlaka bir refakatçiye ihtiyaç vardır, birden fazla kişinin muayene alanına girmemesi içinde gerekli önlemler alınmalıdır. Acil servis çalışma sistemini bozan en önemli faktör gereksiz refakatçi kalabalığıdır.</p>	<p>"(2) Çocuk hastaların sarı ve yeşil alan muayenesinde hastanın birinci derece yakınlarından sadece biri muayenede refakatçi olarak bulunabilir " ibaresi konulmalıdır.</p>
6-Madde 11	<p>- Bu madde de sadece Acil uzmanlarının varlığı dikkate alınmış. Artık hastane acil servislerinde Çocuk Acil Uzmanları da görev almaktadırlar. Çocuk acil uzmanlarının 24 saat esasına göre hizmet verebilmesi için, yandal eğitimi verilen kurumlarda sayı en az 5 (beş) olacak şekilde "Çocuk acil uzmanı" sayısının hızla artırılması gereklidir. Bu nedenle yan dal uzmanlık sınavı kontenjan dağılımında</p>	<p>(1)" halinde klinik branş (tercihen çocuk acil veya acil tıp) uzman tabibi....." şeklinde değiştirilmelidir.</p> <p>"(1) (a) Kadrosunda beş ve daha fazla çocuk acil veya acil tıp uzmanı bulunan sağlık....." . Çocuk acil veya acil tıp uzman hekim sayısının 4 (dört) ve</p>

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACIL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

	<p>yandal eğitimi verilen kurumlarda minumum sayı 5 (beş) olacak şekilde “Çocuk Acil” kontenjan sayısının artırılması şarttır.</p> <ul style="list-style-type: none">- Çocuk acil uzmanı olmayan acil servislerde öncelikli tercih olarak Bakanlık Çocuk acil kurslarına katılmış veya bu konuyla ilgili Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının görev alması veya denetiminde bu hizmetin verilmesi sağlanmalıdır.- Bünyesinde ayrıca çocuk acil servisi ve çocuk sağlığı ve hastalıkları servis ve uzman hekimi bulunmayan sağlık tesislerinde; acil bakım gereksinimi olan çocuk hastaların ilk stabilizasyonu yapıldıktan sonra, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisi olan bir hastane acil servisine sevk edilmesi esas olmalıdır.- V. seviye acil servislerde Çocuk acil servis hizmetleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniği veya Anabilim Dalı ve varsa Çocuk Acil Bilim Dalı denetiminde verilmesi esas olmalıdır.- IV. seviye acil servislerde Çocuk Acil hizmetleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniği denetiminde varsa Çocuk Acil Uzmanı yoksa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı denetiminde verilmesi gereklidir.- V. seviye acil servislerde Çocuk Acil hizmetleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı içerisinde bu alanda uzmanlık eğitimi görenler ile bu birime rotasyona gelen uzmanlık eğitimi görenler tarafından varsa Çocuk Acil Tıp yandal eğitimi verilen bilim dalındaki öğretim üyesi, öğretim görevlisi, eğitim görevlisi veya eğitim sorumlusunun gözetiminde verilmesi gereklidir.- IV ve V seviye acil servislerde hekim dışındaki vardiya başına sağlık personeli sayısı özellikle hemşire sayısı hasta yoğunluğuna ve çalışma alanı genişliğine göre planlanması gereklidir. Ayrıca triyaj, hasta bakım alanlarında çalışacak paramedik ve ATT sayısı da belirlenmelidir. Bu nedenle 5 (ç) 6 (d) maddelerine buna göre formülize edilecek şekilde personel belirlenmesi yapılmalıdır. Bu sayı hemşire için her iki seviyede de minimum vardiya başına 7 olmalıdır. Paramedik ve ATT sayısı triyaj kısmında dikkate alınacak olursa en az 3 olmalıdır.- (8) . maddede Çocuk Yandal Uzmanlarının ihtiyaç olması halinde Çocuk acillerde veya çocuk servislerinde nöbetlerde görevlendirilmesi esas olmalıdır. Kendi yan dal uzmanlık alanı ile ilgili mutlaka icap nöbet listesi oluşturmaları ve bunu Anabilim dalı veya klinik içinde ilan etmesi gereklidir. Çocuk Acil yandal uzmanları Çocuk Acil servis nöbeti tutuyorlarsa genel servis nöbetlerine katılmamalıdır.- Çocuk Acil Yandal Uzmanlık öğrencilerinin de genel pediatri servis nöbetlerinde görevlendirilmemesi ile ilgili yasal düzenleme yapılmalıdır.- (12) Bu madde de belirtilen başka bir kurumda nöbet görevlendirilmesi sıkıntı oluşturabilecek bir durumdur. Bunun yerine il içerisinde spesifik durumlar için hastane icap paylaşımının yapılması esas olmalıdır. (Örneğin, ampütasyonlar için il içindeki plastik cerrahi veya el mikrocerrahi kliniklerinin aylık nöbet tutması)- (14) Sağlık tesisi haricinde görev yapan aile hekimlerinin bu konuda eğitim almadan acil servislerde nöbet tutması uygun olmayacaktır. Bunun yerine aile hekimlerinin bir bölümünün ihtiyaç oranında doğrudan acil servislerde görevlendirilerek eğitimlerinin verilmesi esas olmalıdır.	<p>daha az olması..... çocuk acil veya acil tıp uzmanının 24 saat” şeklinde değiştirilmelidir.</p> <p>“(1) (b) Çocuk acil veya acil tıp uzmanları acil servislerde.....görev almalıdır” şeklinde değiştirilmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none">- “Bünyesinde ayrıca çocuk acil servisi ve çocuk sağlığı ve hastalıkları servis ve uzman hekimi bulunmayan sağlık tesislerinde; acil bakım gereksinimi olan çocuk hastaların ilk stabilizasyonu yapıldıktan sonra, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisi olan bir hastane acil servisine sevk edilmesi gereklidir” Ek madde olarak eklenmelidir- “V. seviye acil servislerde Çocuk acil servis hizmetleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniği veya Anabilim Dalı ve varsa Çocuk Acil Bilim Dalı denetiminde verilmesi sağlanmalıdır” Ek madde olarak eklenmelidir- “IV. seviye acil servislerde Çocuk Acil servis hizmetleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniği denetiminde, varsa Çocuk Acil Uzmanı yoksa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı denetiminde verilmesi sağlanmalıdır” Ek madde olarak eklenmelidir <p>V. Seviye Acil Servislerde Çocuk Acil servis yönetimi ve nöbetleri aşağıda verilen maddede olduğu şekilde düzenlenmelidir (Tebliğdeki 6 (a) maddesi buna göre düzenlenmelidir):</p> <ul style="list-style-type: none">- “V. seviye acil servislerde Çocuk Acil servis hizmetleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı içerisinde bu alanda uzmanlık eğitimi görenler ile bu birime rotasyona gelerek uzmanlık eğitimi görenler tarafından varsa Çocuk Acil Tıp Yandal eğitimi verilen Çocuk Acil Bilim dalındaki öğretim üyesi, öğretim görevlisi, eğitim görevlisi gözetiminde verilmesi sağlanmalıdır.” Ek madde olarak eklenmelidir- 5 (ç) 6 (d) Acil servis genelinde tabibler haricinde vardiya başına en az 7 hemşire, 3 paramedik ve ATT olması gereklidir.
7-Madde 13	<ul style="list-style-type: none">- (3) Her zaman 15 dk içinde ambulansın ayrılması mümkün olmayabilir, bazen doğrudan servis ve yoğun bakımlara da hasta getirildiği düşünüldüğünde bunun en kısa süre diye değiştirilmesi uygun olur- 112 acil servis getirdiği hasta ile ilgili önceden sağlık kurumunu bilgilendirmelidir.	<ul style="list-style-type: none">- “(3) Hastaneye vakahastaneden ayrılışı en kısa süre içerisinde sağlanmalıdır” şeklinde değiştirilmelidir.- “112 acil servis getirdiği hasta ile ilgili önceden sağlık kurumunu hasta klinik durumu hakkında bilgilendirmelidir.” maddesi eklenmelidir

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

	<ul style="list-style-type: none">- Hastaneler arası sevklerde önemli sıkıntılardan birisi de yataklı servisten ileri tetkik ve tedavi amacıyla başka bir hastane acil servisine, ilgili klinik hekimi hastayı kabul etmemesine rağmen sıralı sevk denilerek 112 ile gönderilmesidir. Bu durum acil servisleri gereksiz iş yüküyle karşı karşıya bırakıp hastalarda da ciddi sıkıntılara neden olmaktadır. Bunun mutlaka engellenmesi gereklidir.	<ul style="list-style-type: none">- “Yataklı servisten ileri tetkik ve tedavi amacıyla başka bir hastane acil servisine, ilgili klinik hekimi hastayı kabul etmeden hasta sevk yapılmamalıdır. Esas olan yatan hastaların servisler veya yoğun bakımlar arası sevkidir” maddesi ilave edilmelidir.
8-Madde 14	<ul style="list-style-type: none">- Acil servislerden ilgili klinik dışında dış bölüme yatış yapıldı ise ilgili klinik daha stabil olan bir hastası ile kritik olan hastayı en kısa süre içinde yer değiştirmelidir.	<ul style="list-style-type: none">- (7) maddeye “Acil servislerden ilgili klinik dışında dış bölüme yatış yapıldı ise ilgili klinik daha stabil olan bir hastası ile kritik olan hastayı en kısa süre içinde yer değiştirmelidir” maddesi ilave edilmelidir.
9-Madde 15	<ul style="list-style-type: none">- Konsultan birimler sevk kararı verdikten sonra hastadan tamamıyla çekilmekte hastanın tüm yükü acil servis hekimlerine kalmakta ve bu da acil servis işleyişini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle sevk kararını veren branşın nöbetçi hekimi hastanın yer bulunmasından, hastayı kabul edecek diğer hastane klinik nöbetçi hekimine klinik bilgi aktarımına kadar tüm sorumluluğu almalıdır.	<ul style="list-style-type: none">- (2) Bu maddeye “Sevk kararını veren konsultan hekim kendi branşı ile ilgili diğer hastanelerde yer bulunmasından ve hasta hakkında klinik bilgi aktarılmasından sorumludur” ibaresi net olarak konulmalıdır.
EK 1	<ul style="list-style-type: none">- III. Seviye içerisinde çocuk hastaneleri çıkarılmalıdır. Ülkemizde çocuk hastanelerinin çok büyük bölümü yüksek hasta yükünü karşılamaktadır. Ve donanım olarak IV seviye özellikleri taşıması gerekmektedir.- IV seviye hasta bekleme alanı en az V seviye kadar olmalıdır- Resüsitasyon alanı yerine Canlandırma odası kullanılabilir- Tüm seviyelerde Canlandırma odası ayrı oluşturulmalıdır,- Sedyeye sayısı ve acil servis alanı için tanımlanmış kriterler kullanılabilir: Muayene yatağı sayısı ve çocuk acilin yerleşim alanı: Yıllık başvuran her 1100 hasta için 1 muayene yatağı veya =1.5 x 24 saatte görülen hastaların sayısı x acilde hastaların kaldığı ortalama saat/24 formülleri ile her acil servis için hasta yüküne göre belirlenebilir. Yerleşim alanı için her acil yatak için ortalama 50 m², acil olmayan yatak için de 40 m² (tüm destek ve hizmet alanlarını içerecek şekilde).- III. Seviyede travma odası bulunmalı, kendi tanımı ile çelişiyor- Kan-numune alma/teslim odası/alanı III, IV, V seviyelerde zorunlu olmalıdır- Acil görüntüleme III, IV de zorunlu olmalıdır- Acil laboratuvar acil içerisinde olmak zorunda değildir ama acille bağlantılı olarak III, IV ve V seviyelerde zorunlu olmalıdır- Alçı odası III de zorunlu olmalıdır- Seviye III, IV ve V de istismar vakalarının değerlendirileceği izole edilebilecek oda olmalıdır- Seviye III, IV ve V de personel odası: nöbetçi doktor odası, nöbetçi hemşire odası, Seviye V de bunlara ilave olarak, nöbetçi uzman doktor odası ve toplantı salonlarında bulunmalıdır.	<ul style="list-style-type: none">- “V. Seviye Çocuk Acil servislerinin bulunduğu yerlerde çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi, ortopedi ve diğer cerrahi branşların bulunması, çocuk yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım birimlerinin mutlaka ve diğer çocuk yan dal hizmetlerinin veriliyor olması gereklidir”ibaresi eklenmelidir eklenmelidir.- III. Seviye içerisinde çocuk hastaneleri çıkarılmalı ve IV seviye içine konulmalıdır- IV seviye bekleme alanı en az 200 m² olmalıdır- I. Seviyede muayene ve canlandırma alanı ortak olmalı ibaresi kaldırılmalıdır- III. Seviyede travma odası zorunlu olmalıdır- Kan-numune alma/teslim odası/alanı III, IV, V seviyelerde zorunlu olmalıdır- Acil görüntüleme III, IV de zorunlu olmalıdır- Acil laboratuvar acille bağlantılı olarak III, IV ve V seviyelerde zorunlu olmalıdır- Alçı odası III de zorunlu olmalıdır- Seviye III, IV ve V de istismar vakalarının değerlendirileceği izole edilebilecek oda olmalıdır- Seviye III, IV ve V de personel odası: nöbetçi doktor odası, nöbetçi hemşire odası, Seviye V de bunlara ilave olarak, nöbetçi uzman doktor odası ve toplantı salonları da bulunmalıdır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

Kaynakça

- American College of Emergency Physicians (ACEP). Crowding. *Ann Emerg Med.* 2006;47:585.
- Akoğlu H. Acil servis kalabalığına etki eden faktörler ve önleme yöntemleri: yurtdışı tecrübelerinin ülkemizde uygulanabilirliği. Rapor. Mayıs 2014
- Andersen AS, Laake P. A model for physician utilization within 2 weeks: analysis of Norwegian data. *Med Care.* 1987;25:300-310.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008 Aug;52(2):126-36.
- Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, et al. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2006;48:1-8.
- İnternet sayfası: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm> Erişim tarihi: 13.10.2013
- İnternet sayfası:
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx> Erişim tarihi: 12.10.2013
- İnternet sayfası: <http://www.urgentcarenews.com/June2011/bcbs.php> Erişim tarihi: 12.10.2013
- Kellermann A. Waiting Room Medicine: Has it really come to this? *Ann Emerg Med.* 2010;56:468-471.
- 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.
- McGowan H, Gopeesingh K, O'Kelly P, Gilligan P. Emergency Department Overcrowding And The Full Capacity Protocol Cross Over Study: What Patients Who Have Experienced Both Think About Being An Extra Patient In The Emergency Department Or On A Ward. *Ir Med J.* 2018 Aug 13;111(7):788.)
- 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.
- Optimizing Emergency Department Throughput: Operations Management Solutions for Health Care Decision Makers. Eds: John M. Shiver, Davit Eitel. 2010. CRC Press.
- 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.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SERVİS HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI
20-22 ŞUBAT 2019, ANKARA

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.

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.

Schneider SM, Gallery ME, Schafermeyer R, et al. Emergency department crowding: a point in time. *Ann Emerg Med.* 2003;42: 167-172.

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.

Sprivulis P, Grainger S, Nagree Y. Ambulance diversion is not associated with low acuity patients attending Perth metropolitan emergency departments. *Emerg Med Australas.* 2005;17:11-15.

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

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.