



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANE ACİL SERVİSLERİNİN ORGANİZASYONU VE
YÖNETİMİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ VEHBİ KOÇ ACİL TIP MERKEZİNİN BU AÇIDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÖKMEN DENİZ AYDIN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ
ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Haydar SUR

İSTANBUL-2006

TEŐEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bana katkıda bulunan ve destekleyen bütün hocalarıma;

Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Atıf AKDAŐ'A;

Tezimin oluşmasında engin bilgi ve deneyimleri ile değerli zamanını ayırarak katkı ve yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Haydar SUR 'a;

Tez yazımı konusunda bana yol gösteren Ar.Gör. Tülay AYTEKİN AKTAŐ'a

Tezimin tüm aşamalarında katkı ve yardımlarını esirgemeyen Ar.Gör Emre İŞÇİ ve Uzm. Didem SÖYLEMEZ SUR'a;

Ayrıca araŐtırmamı gerçekleştirmem esnasında tüm imkanlarını kullanarak gerekli zamanı sağlayan Őube Müdürüm Uzm. Dr. Mehmet KOŐARGELİR ve Őefim Dr. Metin ARSLAN'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Şekiller listesi

Tablolar listesi

Özet**I. BÖLÜM****I. GİRİŞ VE AMAÇ**

1

II.BÖLÜM**1. HASTANELERDE ACİL SERVİS KAVRAMI VE TÜRKİYE'DEKİ ÖRGÜTLENME**

3

- | | | |
|-------|--|---|
| 1.1 | Hastane İşletmelerinin Tanımı | 3 |
| 1.2 | Hastane İşletmelerinin Genel Özellikleri | 4 |
| 1.3 | Hastane İşletmelerinin İşlevleri | 5 |
| 1.4 | Hastane İşletmelerinin Sınıflandırılması | 5 |
| 1.5 | Acil Servislerin tanımı | 7 |
| 1.5.1 | Acil vaka | 7 |
| 1.5.2 | Acil tedavi | 8 |
| 1.5.3 | Acil servis | 8 |
| 1.6 | Acil Servislerin işlevleri hastane içerisindeki yeri | 8 |

2. ACİL SERVİS SİSTEMİNİN TARİHÇESİ VE ÖRGÜTLENMESİ

9

- | | | |
|-------|---|----|
| 2.1 | Acil Servis Sisteminin Tarihçesi | 9 |
| 2.2 | Acil Servislerin Örgütlenmesi | 11 |
| 2.3 | Acil Servislerin Sınıflandırılması | 11 |
| 2.4 | Acil Servislerde Planlama ve Organizasyon | 13 |
| 2.5 | Acil Servisin Mimari Yapısı | 16 |
| 2.6 | Acil Servis Yerleşim Tipleri | 18 |
| 2.6.1 | Koridor şeklinde | 19 |
| 2.6.2 | Arena tarzında | 19 |
| 2.6.3 | Modüler tarzda | 20 |
| 2.7 | Acil servis yönetimi | 20 |

3. ACİL SERVİSLERDE ALTYAPI VE SORUNLAR

23

- | | | |
|----------|---------------------------------------|----|
| 3.1 | Acil Servislerin Alt Birimleri | 23 |
| 3.1.1 | Acil girişi | 23 |
| 3.1.2 | Triaj alanı | 24 |
| 3.1.3 | Dekontaminasyon (hasta yıkama) odası | 25 |
| 3.1.4 | Güvenlik Polis | 25 |
| 3.1.5 | Hasta yakınları için bekleme salonu | 25 |
| 3.1.6 | Psikiyatrik hasta bakım odaları | 26 |
| 3.1.7 | Tedavi salonu | 26 |
| 3.1.8 | Küçük müdahale odası | 27 |
| 3.1.9 | Resüsitasyon odası | 27 |
| 3.1.10 | Tedavi odaları | 28 |
| 3.1.10.1 | Monitörlü hasta bakım odaları | 28 |
| 3.1.10.2 | Monitörsüz hasta bakım odaları | 29 |
| 3.1.10.3 | Özel hasta bakımı ve tedavi odaları | 29 |
| 3.1.10.4 | Destek birimleri | 29 |
| 3.1.10.5 | Acil servis mobilya ve tefrişatı | 31 |
| 3.1.10.6 | Hareketli modüler yapının avantajları | 32 |
| 3.2 | Acil Servislerde İnsangücü | 32 |

3.2.1	Tıbbi personel	33
3.2.2	Yönetimde rol alan personeller	33
3.2.3	Destek Hizmet personelleri	33
3.2.4	Acil servis yöneticisi	34
3.2.4.1	Acil servis yöneticisinin özellikleri	34
3.2.5	Acil servis başhemşiresi	35
3.2.5.1	Acil Servis Başhemşiresi	35
3.2.5.2	Triyaj Hemşiresi	35
3.2.5.3	Acil bakım hemşiresi	35
3.2.6	Acil tıbbi teknisyen	36
3.3	Acil Serviste Karşılaşılan Sorunlar	37
4.	DÜNYADAKİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ MODELLERİ	38
4.1	Amerika birleşik devletleri	38
4.2	Almanya	42
4.3	Fransa	45
4.4	Rusya	48
4.5	İngiltere	51
4.6	Polonya	51
4.7	Hollanda	51
4.8	İtalya	51
4.9	Slovenya	52
4.10	Hırvatistan	52
III. BÖLÜM		
5. ARAŞTIRMA		
5.1	Materyal Metod	53
5.2	Bulgular	54
5.2.1.	Derinlemesine görüşme	54
5.2.2.	Standartlara göre değerlendirmeler	56
5.3	Tartışma ve Sonuç	81
KAYNAKLAR		

Şekillerin Listesi

Şekil 1: Türkiye'deki Sağlık Sistemi

Şekil 2: Arena Tarzında Acil Servis Örneği Blok Şeması

Tabloların Listesi

Tablo 1: Acil Bakım ve Hekimlik Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Tablo 2: Hastanenin Acil Servis Standartlarına Göre Durumu

Tablo 3: Acil Servisin Mesleki Sorumluluklar ve Halkın Beklentileri Standartlarına Göre Durumu

Tablo 4: Acil Servisin Yönetim Standartlarına Göre Durumu

Tablo 5: Acil Servisin Denetim Standartlarına Göre Durumu

Tablo 6: Acil Servis Hekimlerine İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 7: Acil Servis Sorumlu Hemşirelerine İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 8: Acil Servis Hemşirelerine İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 9: Acil Serviste Kullanılan Alet ve Sarf Malzemelere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 10: Acil Servisteki Genel Muayene Odalarına İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 11: Acil Servis İçin Gerekli Diğer Malzemeler İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Tablo 12: Resüsitasyon Odası İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Tablo 13: Resüsitasyon Odasında Bulunan Hava Yolu Malzemeleri İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Tablo 14: Resüsitasyon Odasında Bulunan Solunum İle İlgili Malzemelere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 15: Resüsitasyon Odasında Bulunan Dolaşım İle İlgili Malzemelere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 16: Resüsitasyon Odasında Bulunan Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin Kullanılan Malzemelere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 17: Ortopedik, Kadın Hastalıkları-Doğum ve Özel Muayene İle Girişimler İçin Gerekli Odalara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 18: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan İlaçlara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 19: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan İlaçlardan Merkezi ve Periferik Sinir Sistemi İlaçlarına İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 20: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan Taniya Yönelik Ajanlara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 21: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan Göz, Kulak, Burun ve Boğaz İlaçlarına İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 22: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan Gastrointestinal İlaçlara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 23: Acil serviste bulundurulması gerekli olan Hormonlar ve sentetik alt gruplarına ilişkin standartlara göre durumu

Tablo 24: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan Lokal Anestetikler ve Tamponlayıcılara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 25: Acil Servis Kurumuyla İlgili Özelliklere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Tablo 26: Acil Serviste Olması Gereken Radyolojik, Görüntüleme ve Diğer Tanısal Hizmetleri İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Tablo 27: Acil Servis Çalışmaları İçin Hazır Bulundurulması İstenen Laboratuvar Tetkiklerinden Kimyasal Tetkikler İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Tablo 28: Acil Servis Çalışmaları İçin Hazır Bulundurulması İstenen Laboratuvar Tetkiklerinden Hematoloji Tetkikleri İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Tablo 29: Acil Servis Çalışmaları İçin Hazır Bulundurulması İstenen Laboratuvar Tetkiklerinden Mikrobiyoloji Tetkikleri İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Tablo 30: Acil serviste hasta bakımının devamlılığı için sorumluluklar ile ilgili standartlara göre durumu

Tablo 31: Acil Servise Başvuran Hastaların Bakımının Sonuçlandırılması İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Tablo 32: Acil servise başvuran hastaların sevkleri ile ilgili standartlara göre durumu

ÖZET

Acil hastalanma veya yaralanma durumunda, uygun tıbbi girişimin erken dönemde başlatılmasının, bu gibi durumlardan kaynaklanan ölümlerin %20 azaltılmasını sağladığı ve erken dönemde ölümlerin %70'inin şok nedeniyle gerçekleştiği dikkate alınırsa acil sistem organizasyonunun önemi ortaya çıkmaktadır.

Acil servis denilince; uzmanlaşmış bir ekip ile yılın 365, haftanın 7 günü ve günün 24 saati hizmet veren, hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikayetlerini ve istemlerini ilk planda ve hızla çözebilecek bir alt yapıya sahip, temel sorunu belirleyecek ve tedavi edecek donanımı bulunan, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren olguları hastane içinde standardize edebilen sistemin bütünü aklı gelmektedir Ülkemizde acil sisteminin ilk iki basamağının yeterince planlı ve organize olmamasından dolayı üçüncü basamak olan acil servisler zaman zaman ilk iki basamağın yetersizliğinden, zaman zamanda kendi plan ve organizasyonundan kaynaklanan sorunlar nedeni ile sıklıkla gündeme gelmektedirler. O halde acil servislere bir standart getirip bu sorunları en aza indirmek gerekmektedir.

Bu çalışmada da Haydarpaşa Numune Hastanesi Acil Servis genel mimari plan, tıbbi teknolojik donanım, insan gücü ve fiziksel organizasyon açısından incelenmiş, dünya sağlık örgütü ve acil tıp derneğinin belirlediği standartlar baz alınarak acil servisin standartlar uygun olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmış ve yönetici vasfındaki kişilerle derinlemesine görüşme yapılarak sorunlar bu kişilerin çözüm önerileri ve bu çözümleri gerçekleştirememeye nedenleri hakkında bilgi alınmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane Yönetimi, Acil Servis, Sağlık Hizmeti, Kalite, Standartlar

SUMMARY

THE ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF HOSPITAL EMERGENCY SERVICES AND EVALUATION OF HAYDARPAŞA NUMUNE HOSPITAL VEHBİ KOÇ EMERGENCY SERVICE

Regarding to the realities that deaths can be prevented by 20% in case of early Medical invention and in early stages 70% of deaths occur with the cause of shock; the importance of emergency service organization could be well understood

The term “ emergency service” mentions a whole System that acts for 24 hours for 365 days a year; that produces urgent and effective solutions in the early stages of the disease; that has sufficient equipment to determine main Problems and to treat them; that can standardize the cases needing short term Observation and treatment within the hospital In Turkey, because of the lack of services in the first two steps of emergency services, the third part of the emergency approach, namely hospital emergency departments experience great difficulties as well as the lack of their own organizational and managerial Problems. The final solution is to put forward the standards of emergency departments and organize the services according to these standards.

In this study, emergency Department of Istanbul Haydarpaşa Numune Hospital has been examined from the viewpoints technological of architectural plan, Medical equipment, Human resource and physical organization. On the base of the standards of WHO, and Emergency Medicine Association; a checklist has been prepared and hospital emergency department was evaluated according to this checklist. In addition, in-depth interviews were carried out with the managers in order to capture the problem, their suggestions for solutions, and the obstacles on the way of these solutions.

Key Words: Health Management, Emergency Services, Health Care, Quality, Standards

I. BÖLÜM

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil yardım hizmetleri, aniden ortaya çıkan bir hastalık veya yaralanma ile birlikte çalışmaya başlar ve öncelikli yapılması gereken ilk yardım ve temel yaşam desteğidir. Bu hizmeti takiben ikinci öncelik hasta ve yaralıların taşınmasıdır (transport-nakil).

11.05.2000 tarihli resmi gazetede yayımlanan 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre Acil Sağlık Hizmetleri: Acil sağlık konusunda eğitim almış sağlık ekipleri tarafından, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden erken dönemde, tıbbi araç ve gereç desteği ile sunulan ve ülke genelinde Genel Müdürlüğün ilgili birimi aracılığıyla tek elden planlanan, idare ve koordine edilen hizmetlerdir.

Acil yardım sistemi 4 basamaktan oluşur. Birinci basamağı ilkyardım, ikinci basamağı ambulans hizmetleri, üçüncü ve en organize basamağı acil servis hizmetleridir (Miller, Herman, "Emergency Department" (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001). Kalp krizi, zehirlenme, afetler (deprem, yangın, sel, trafik kazaları, kimyasal ve nükleer patlamalar, savaş v.b.) gibi acil durumlarda yaşam kurtarıcı etkinin sağlanabilmesi için, ileri düzeyde yaşam desteğinin başlatılması gerekmektedir. Hastanın doğru şekilde acil servise zamanında ve önceden haberdar edilerek ulaştırılması anlamına gelen taşıma, organize bir hasta taşıma sisteminin oluşturulması ile sağlanır. Hasta taşıma sistemi acil sisteminin önemli bir bölümünü oluşturur. 11.05.2000 tarihli resmi gazetede yayımlanan 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre Acil Servis: Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan acil servislerdir,

0-40 yaş arasında ölüm nedenleri incelendiğinde, kazaların 0-40 yaş arasında en sık ölüm nedenini oluşturduğu görülmektedir. Kaza çeşitlerine göre bakıldığında ise trafik kazaları en fazla yaşananıdır. Ülkemizde 1999 yılı içinde 319.485 trafik kazası meydana gelmiş ve bu kazalarda 87.324 kişi ise yaralanmış, 3.436 kişi hayatını kaybetmiştir. 2000'de ise 466.375

trafik kazasında 114.089 kişi yaralanmış bunun yanında 3.941 kişi yaşamını yitirmiştir. Uluslararası trafik kaza birimi olan 100 milyon taşıt/km. ye göre bizdeki trafik kazası nedeniyle ölüm oranı Avrupa ülkelerinden 8-15 kat fazladır.

Acil hastalanma veya yaralanma durumunda, uygun tıbbi girişimin erken dönemde başlatılmasının, bu gibi durumlardan kaynaklanan ölümlerin %20 azaltılmasını sağladığı ve erken dönemde ölümlerin %70'inin şok nedeniyle gerçekleştiği dikkate alınırsa acil sistem organizasyonunun önemi daha iyi anlaşılabilmektedir (31). Bu veriler acil servis organizasyonunun önemini gözler önüne sererken sadece kazalara bağlı ölümler bile kaybettiğimiz insan gücünün büyüklüğünü göstermektedir.

Ülkemizde acil sisteminin ilk iki basamağının yeterince planlı ve organize olmamasından dolayı üçüncü basamak olan acil servisler zaman zaman ilk iki basamağın yetersizliğinden, zaman zamanda kendi plan ve organizasyonundan kaynaklanan sorunlar nedeni ile sıklıkla gündeme gelebilmektedir.

Bu çalışmanın amacı Haydarpaşa Numune Hastanesi Acil Servisinin genel mimari plan, tıbbi teknolojik donanım, insan gücü ve fiziksel organizasyon açısından incelenmesini, gelişmiş ülkelerde bulunan ve bu seviyede hizmet veren örnekleri ile karşılaştırılmasını ve dünya standartlarına uygun olan veya olmayan yönlerini belirleyerek, yapılabilecek iyileştirme önerilerini kapsamaktadır. İyileştirme nerilerinin hedefi ülkenin içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik koşullar göz önüne alınarak, maksimum hasta memnuniyeti için, Haydarpaşa Numune Hastanesi Acil Servisinin planlanması ve organizasyonunda standart normlar oluşturulmasıdır.

II.BÖLÜM

1.HASTANELERDE ACIL SERVİS KAVRAMI VE TÜRKİYE'DEKİ ÖRGÜTLENME

Acil servislerde organizasyon konusunu incelemeden önce hastane kavramı ve acil servislerin hastane içerisindeki konumu ve işlevlerine bakmakta yarar vardır.

1.1. Hastane İşletmelerinin Tanımı

Hastane işletmeleri ile ilgili olarak da sağlık konusunda olduğu gibi çok sayıda kurum ve kuruluşun yaptığı tanım bulunmaktadır.

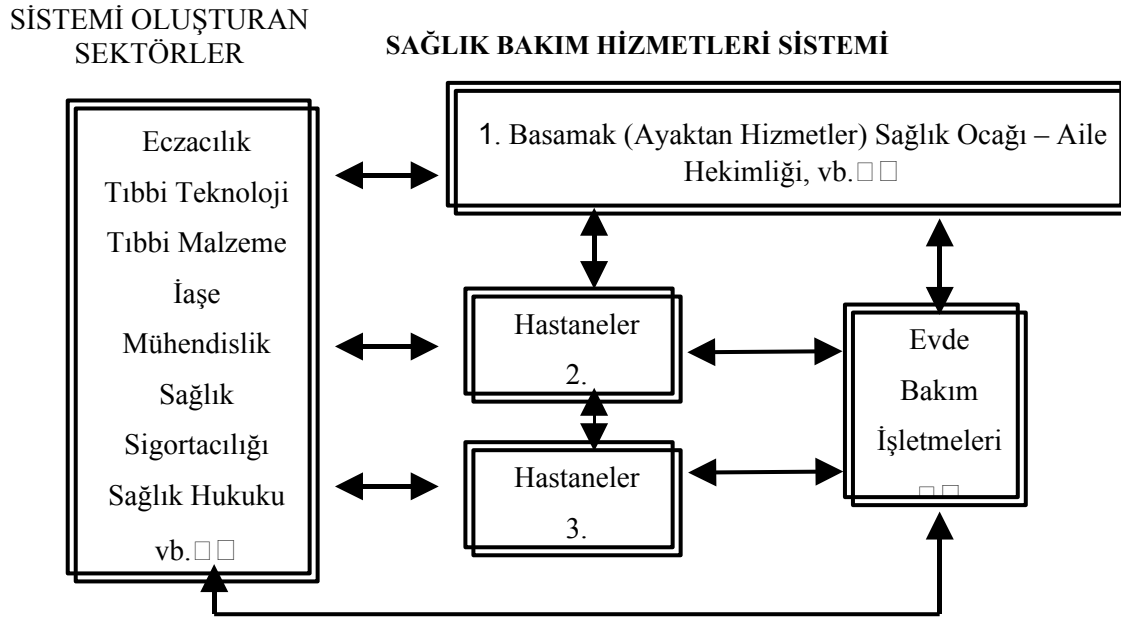
Hastane işletmeleri; müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kurumları olarak tanımlanabilmektedir. Benzer bir tanımda ise hastane işletmeleri; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin, ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurum olarak ifade edilmektedir. Aynı zamanda bu işletmeler bir hekimin yönlendirme ve gözetiminde tıbbi, cerrahi, kronik veya rehabilite durumlarında kişinin araştırma, teşhis ve tedavisi için gerekli bakım ve hizmeti de sunmaktadırlar.

Temelde birbirine benzer olan bu tanımlarda hastane işletmelerinin en önemli görevi olarak tedavi ve tanı yer almıştır. Eğitim, araştırma ve toplum sağlığının geliştirilmesi ve toplumsal sağlık programlarına katılma gibi yine hastane işletmeleri tarafından yürütülen işlevler göz önüne bulundurulduğunda bu tanımların yetersiz olduğu anlaşılmaktadır (1,2).

1.2. Hastane İşletmelerinin Genel Özellikleri

Hastane işletmeleri, hizmet üretim kapasitesi ve sağlık harcamaları bakımından sağlık sisteminin en önemli alt sistemini oluştururlar. Sağlık sektöründe çalışmakta olan insan gücünün büyük bir kısmı da buralarda istihdam edilmektedir (3).

1. Bu bağlamda sağlık sistemini açıklamak doğru olacaktır. “Sağlık sistemi; sosyal, ekonomik, tıbbi, örgütsel ve teknolojik nitelikleri olan ve toplum-kişi sağlığını kabul edilebilir bir düzeye çıkarmaya yönelik bir bütündür. Sağlık sistemi; ekonomi, ekoloji, eğitim, ulaşım, haberleşme, gibi başka sistemlerle devamlı olarak etkileşim halindedir. Bu etkileşimin özellikleri ve sınırları belli olmadığından sağlık sistemini bir bütün olarak tanımlamak neredeyse imkansızdır”. Hastane işletmeleri bu sistem içerisinde en büyük ve en önemli yere sahip kuruluşlardır (4, Şahin Ü, “Ülkemiz Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Sorunlar ve Öneriler”, <http://www.stratejiyonetim.com/umitsahin2.htm>, (2 Eylül 2005)) (Bkz. Şekil 1)



Şekil 1. Sağlık Sistemi

- İşletmeler temel olarak mal ya da hizmet üreten ayrıca üretim yapmayıp herhangi bir ürünü pazarlayan işletmeler olarak sınıflanmaktadır. Hastaneler ürettikleri ürün bakımından hizmet işletmeleri kapsamındadır.

- Hastaneler karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir. Karmaşık olmalarının başlıca nedeni, etkileyen etmenlerin yani dış çevrenin ve ürün yelpazesinin karmaşıklığıdır.
- Hastanelerde hekim, hastabakıcı, hemşire, sekreter, laborant, muhasebeci, aşçı gibi çeşitli iş alanı ve mesleği görmek mümkündür. Tıbbi bakım alanları farklılaşması ve çoğalması nedeniyle aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma söz konusudur. Ayrıca hastanelerde kullanılan teknolojinin karmaşık ve sürekli kendini yeniler nitelikte olması da hastaneleri daha karışık yapıya büründürmektedir. Hastanelerde diğer işletmeler gibi birçok alt sistemden oluşan ve kendini etkileyen sistemlerle alış-veriş içerisinde olan yapılarıdır.
- Hastaneler 24 saat hizmet verirler ve ürettikleri iş acil nitelikte olup, ertelenemezdir.
- Çalışanlarının çoğunluğunu bayanlar oluşturmaktadır.
- Hastaneler faaliyetlerin fonksiyon esasına göre yapılandırıldığı bir organizasyonun üstüne proje organizasyonunun monte edildiği yani kısaca matriks organizasyonlardır.
- Sağlık kurumları, büyük yatırımlar gerektiren teknik donanıma sahip olmalarına karşın emek yoğun endüstriler olarak nitelendirilmektedir.
- Hastanelerde sunulan hizmetler, tüm uluslarca anayasal bir hak olarak güvence altına alınan ve tanımlaması oldukça güç bir kavram olan sağlıkla ilgili hizmetlerdir. Bu özellikte hastanelerin yönetimi ve işlevlerini karmaşık hale getirmektedir (2, Şahin Ü, “Hastanelerde İşgören Yönetimi”, http://www.stratejiyonetim.com/umitsahin1_hastane.htm, (2 Eylül 2005), Ümit Şahin, Fikriye Toker ve Metin Ateş, “Hastane Yönetimi”, <http://bahadirakin.tripod.com/umitsahn36.htm>, (5 Kasım 2005))

1. 3. Hastane İşletmelerinin İşlevleri

Hastane işletmelerinin amaç ve misyonuna göre değişmekle birlikte dört temel işlevi bulunmaktadır (3).

1. Tedavi hizmetleri
2. Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri
3. Eğitim
4. Araştırma

Tedavi hizmetleri, hastanelerin geçmişten günümüze kadar en önemli işlevi olmuştur. Hastanelerde hasta ve yaralılara ayaktan ve yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmetleri sağlanır. Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri de hastanelerin işlevleri arasında yer almaktadır. Bu hizmetlere hastanelerdeki sağlam çocuk birimleri örnek olarak verilebilir. Hastanelerde verilen eğitim ya da beklenen eğitim hizmetleri, hasta ve yakınlarının eğitimi, tıp öğrencilerinin eğitimi, hastane personelinin eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi sıralanabilir.

Hastanelerin bir diğer işlevi de araştırmadır. Hastaneler, tıp bilimi alanında araştırmaların yapıldığı merkezlerdir.

1. 4. Hastane İşletmelerinin Sınıflandırılması

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin çeşidine, yönetimlerine, finansal kaynaklarının çeşidine (mülkiyet çeşidine), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, eğitim statüsüne, akreditasyon durumuna, dikey bütünleşme basamağı ve kadrolu personelinin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle, "verilen tedavi hizmetinin türü", "hastaların hastanede kalış süreleri", "finansal kaynakların çeşidi yani mülkiyet çeşidi" ve "büyüklükleri" esas alınmaktadır (2, 3).

1. Tedavi hizmetlerinin türüne göre hastaneler; genel ve özel dal hastaneleri olarak iki grupta toplanmaktadır. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise belirli cinsiyet (kadın hastalıkları ve

doğum, çocuk), belirli hastalık türleriyle sınırlı (kalp damar hastalıkları, onkoloji hastanesi) hizmet veren hastanelerdir.

2. Finansal kaynağına (mülkiyetine) göre hastaneler; mülkiyetin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğuna veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırılır. Sağlık bakanlığı, vakıflar, belediyeler, dernekler, sosyal sigortalar kurumu, azınlık hastaneleri ve özel hastaneler bu grupta yer almaktadır.
3. Büyüklüklerine göre; hastanelerin büyüklüklerine belirlemede yatak sayısı ve personel sayısı ölçüt olarak alınabilir. 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.
4. Akredite edilme durumlarına göre; akredite edilen ve edilmeyen olarak sınıflandırılabilirler. Bu sınıflama Türkiye’de uygulanmaya yeni yeni uygulanmaya başlanmıştır.
5. Eğitim statüsüne göre; genel ve özel dal hastanelerinin uzmanlık eğitim yapma durumuna göre sınıflandırma ölçütüdür.
6. Dikey bütünleşmeye göre; hastanenin dikey bütünleşmedeki konumu veya kapsamlı bir sağlık planı içindeki yerine göre sınıflandırma ölçütüdür.

Burada önemli olan nokta hastaneleri sınıflandırmada kullanılan ölçütlerin, tek başlarına hastaneleri sınıflamada yeterli olmamasıdır.

1.5. Acil Servislerin Tanımı

1.5.1. Acil Vaka

Tıp biliminde acil hastanın vakit kaybetmeden tıbbi bakım ve müdahale ihtiyacı anlamına gelir. Diğer bir deyişle organizmanın görevlerini, bütünlüğünü ve hayatiyetini bozan etkilere karşı vücudun geliştirdiği düzeltici ve önleyici yanıtların yetersiz kalışına bağlı olarak ortaya çıkan durum acil vaka olarak tarif edilmektedir (5,6).

1.5.2. Acil Tedavi

11.05.2000 tarihli resmi gazetede yayımlanan 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre ise, Acil Tedavi: Hastaneler ile diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında acil tıbbi tedaviye ihtiyacı olanlara sunulan hizmetlerin bütünü olarak anlatılmıştır.

Bugünün acil tıp kavramı ise daha çok tıbbi teknik ve diğer imkanlar ile acil tıp bilgilerinin iyi bir sistem programı içinde uyumlu ve örgütlü bir şekilde, acil hasta ve yaralıların hizmetine çağdaş bir anlayış ve modern tıp uygulamaları şeklinde sunulması olarak tanımlanmıştır.

1.5.3. Acil Servis

İnsan için acil durum geliştiğinde başvurulacak, zamanında ve gerekli müdahaleler ile hayatın devam ettirileceği yerler acil birimlerdir. Uzmanlaşmış bir ekip ile yılın 365 günü, hafta sonları dâhil günün 24 saati hizmet veren, hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikâyet ve istemlerini ilk planda, hızla çözebilecek bir alt yapıya sahip, temel sorunu belirleyecek ve tedavi edebilecek donanımı bulunan, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren olguları hastane içinde standardize edebilen sistemin bütünü acil servistir. 11.05.2000 tarihli resmi gazetede yayımlanan 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre Acil Servis: Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan acil servisler olarak tanımlanmıştır (7).

1.6. Acil Servislerin işlevleri ve hastane içerisindeki yeri

Acil servisin hastanenin bir ayrıntısı veya bağımsız bir ünitesi olduğu şeklindeki düşünceler, gelişmiş acil sistemi bulunan ülkelerde terk edilmiştir. Bu gibi ülkelerde hastane acil servisi, bölgesel acil hizmet ağının bir parçası olarak kabul edilmektedir.

Acil servisin içeriği bağlı bulunduğu hastanenin içeriği ile bir paralellik gösterir. Hastanenin kamu veya özel, genel hizmet veya özel dal hastanesi olması acilin yapılanmasında rol oynar. Sözcüğü bir kalp damar hastanesi konusu ile ilgili vakaları bekler. Ancak acil müdahale odası diye de belirtilen acil servis acilin kapısına ulaşan herkese acil tedavi hizmeti vermekle sorumludur. Acil bakım travma veya ani hastalık etkisi nedeniyle gerekli olabilir. Ülkemizdeki konu ile ilgili yasa ve yönetmelikler göre her acil servis kendisine başvuran her acil vakaya kesinlikle müdahale etmek zorundadır. Hayati tehlike kontrol altına alındıktan ve hasta veya yaralı stabilize edildikten sonra kişinin nakledilmesi gerekiyorsa nakli gerçekleştirecek merkezlerin birbiri ile telefon mutabakatı sağlandıktan sonra nakil yapılmalıdır.

Acil servis yaklaşık olarak hastaneye gelenlerin %40 – 60 ını karşılayabilir. Acil servis zaman zaman saatlerce boş olabilir sonradan çok sayıda acil vaka tedavi amacıyla gelebilir. Bu vakaların çoğunluğunu travma vakaları oluşturmaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 1999 istatistiklerinde görüleceği gibi acil servise başvuran vakaların çoğunluğunu travma vakaları oluşturmaktadır. İkinci sırayı da kardio-vasküler vakalar almaktadır.

Acil servis, tüm enerjisini ve bilgisini bu konuya yöneltmiş ve uzmanlaşmış bir ekip tarafından yürütülen ayrı bir disiplindir. Bu üniteler tıbbi yaklaşımın tüm hünerinin yerinde, zamanında ve bilinçli uygulanmasının sınırdığı en ufak aksaklığın bedelinin hastanın hayatı veya kalıcı sakatlığı ile ödendiği yerlerdir. Acil birimlerde bilim ve teknoloji en üst düzeyde ve hızlı olarak iyi bir zamanlama ile kullanılmaktadır. Bilimden kastedilen sadece tıp bilimi olmayıp işletme, mimari, elektronik, fizik ve diğerlerine uzanan büyük bir yelpazeyi içermektedir. Buralar bütün bu bilim dallarının ışığında zaman para ve insan kaynaklarının harmanlanarak akılcı bir yöntemle kullanıldığı yerler olmalıdır (7,8,9).

2. ACIL SERVİS SİSTEMİNİN TARİHÇESİ VE ÖRGÜTLENMESİ

2.1. Acil Servis Sisteminin Tarihçesi

Acil Servis Sistemlerinin tarihi eski devirlerdeki savaşlara kadar uzanmaktadır. Bu savaşlarda hasta ve yaralıların bakım ve taşınmasına yönelik geliştirilmiş pek çok organizasyon örneği mevcuttur. Tarihi kayıtlarda Sezar'ın kendi bölüğü arasından savaş alanı sağlık elemanı belirlediği bildirilmektedir. Napolyon'un baş cerrahları Les Ambulance Volantes=Uçan Gezici Vagon diye isimlendirilen ve savaş alanında tıbbi bakım sağlayanların idare ettiği atlı arabalardan oluşan ekipleri oluşturmuşlardır. Benzer sistemler, çeşitli Amerikan şehirlerinde Amerikan sivil savaşının bitmesinin hemen ardından hastaneler ve cenaze evleri tarafından işletilmiştir. II. Dünya Savaşı sonrası savaş sırasındaki yoğun hasta ve yaralı başvurusundaki deneyimlerin ışığında acil sistemler kurulmaya başlanmıştır (Assaad J. Sayah, **EMS Systems**, <http://www.emedicine.com/cgi-bin> (24.09.2005).

Savaşlar acil müdahale gereğinin yoğun şekilde ortaya çıktığı olaylardır. Kore savaşındaki deneyimler (mobil hastaneler, acil yardım ve ambulans ekipleri) bu tür acil sistemlerin ve birimlerin sivil hayatta da kurulması gerekliliği fikrini ortaya çıkarmıştır. 1960'lı yılların

sonları ve 1970’li yılların başlarına kadar taşıma ve hastane öncesi girişimlerin koordineli olduğu ve hastanelerde de erken ve yoğun bakımın sağlandığı acil birimler kurulamamıştır.

Ülkemizdeki acil kavramının tarihçesine baktığımızda 1898’den sonra Gülhane’ye gelen Alman hekimler sıhhiyelik eğitimine önem vermişlerdir. Türk ordusunda yaralı tedavisi sağlık erleri ve hekimlerce yapılmıştır. Florence Nightingale Kırım savaşında İstanbul’a gelerek askerlerimizin tedavi ve bakımı için çalışmıştır. Uluslararası Kızılhaç’ın ülkemizde gönüllü yardım şubeleri açma önerisi 1908’de meşrutiyetten sonra gerçekleşmiştir (10,11).

1911’ de Dr. Besim Ömer Paşa 6 aylık bir hemşirelik kursu düzenlemiştir. Aynı yıl Osmanlı Hilal-i ahmer’i (Kızılay) İstanbul Aksaray yangınında ilk yardım ekiplerini kurmuş, aşocağı açmış, evleri yananlara barınma olanağı sağlamış, yaralı ve hastaları tedaviye almıştır. Ülkemizin ilk organize ilkyardım hizmetlerinin başlangıcı 1911 olarak kabul edilir (12).

Acil ve kaza servislerine başvuranların sayısının hızla artması ve her iki dünya savaşının getirdiği tıbbi deneyimler, ilkyardımın önemi, insanların bilinçlenmesi, gelişen tıbbi teknoloji, acil servislerin gelişmesinde önemli rol oynamıştır. 1960’lı yıllarda acil servislerin hastane planları ve yaşam destek üniteleri kritik hastalar için planlanmıştır. 1960 ve 70’li yıllarda acil servis ve ambulans merkezleri gelişim göstermişlerdir (13, 14).

2.2.Acil Servislerin Örgütlenmesi

Bir çok ülkede acil birimlerin planlanması ve organizasyonu ülke genelinde oluşturulan standartlara uygun olarak yapılmaktadır.

Günümüz için “acil servis hastanenin bir ayrıntısı olmadığı gibi hastane içerisinde bağımsız tek başına yeten bir bölümde değildir” görüşü güçlenmiştir. Acil servis gerektiğinde hastanenin her servisinden teknik ve eleman desteği alabilmelidir. Bu bakımdan acil birimin içeriği bağlı bulunduğu ve teknik eleman desteği alabileceği hastanenin içeriği ile paralellik gösterir. Ancak acil etiketi taşıyan bir ünite hastanenin özelleştiği konu dışında her türlü vaka ile karşılaşabilir. Örneğin bir kalp damar hastanesinin acil birimi bir travma hastasına en azından orta dereceli bir yaşam desteği sağlayabilecek durumda olmalıdır. Bu nedenle acil servislerin sınıflandırılması ihtiyacı doğmuş olup taşıma sistemi ile eşgüdümlü bir şekilde hasta ve yaralıların ciddiyetine göre cevap verebilme yetenekleri farklı olan acil servis yapıları oluşturulmuştur. Burada hedef oldukça maliyetli bir organizasyon olan acil servislerin

belirli bölgelerde belirli seviyede hizmet verecek acil organizasyonları oluşturarak kaynak israfının önüne geçmektir (15).

2.3. Acil Servislerin Sınıflandırılması

Pek çok ülkede Acil servisler verdikleri hizmet, teknoloji ve içerdiği eleman açısından sınıflandırılmıştır. Örneğin en gelişmiş acil birim modeline A ya da basamak 1 diyecek olursak B modelinin ya da basamak 2 nin de personel ve fiziki yapı açısından orta derecede olması gerekir. C modeli ya da basamak 3 ise temel desteği sağladıktan sonra diğer seviyedeki hastanelerle iletişime geçip hastanın güvenli bir şekilde ulaşımını sağlayacaktır. Bu sınıflandırmalar değişik ülkelerde acil servis sistem organizasyonları tarafından standartları konularak yapılmaktadır. Bu standartlarda hastanenin sahip olması gereken tıbbi ekipman ve değişik uzmanlık dallarındaki doktor sayıları belirtilmektedir. Yalnız bu sınıflandırma acil vakanın yer tercihinde rol oynamaz. Çünkü acil vakanın tercihi en yakın ve en hızlı mantığı ile belirlenir (15).

Amerikan acil servisleri ilkyardımdan geniş kapsamlı bakım seviyesine kadar değişen alanda verdikleri hizmete göre American College of Surgeons tarafından sınıflandırılmıştır (Miller, Herman, "Emergency Department" (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001).

Basamak I

Acil serviste deneyimli en az bir doktorun 24 saat görev başında olduğu geniş kapsamlı acil hizmeti sunan acil servistir. Burası hastane içindedir ve cerrahi, tıbbi, ortopedi, kadın doğum, çocuk ve anestezi servislerinin tıbbi sorumlu hekimleri (stafları) ya da en azından kıdemli asistan doktorların 24 saat hizmet verdiği yerlerdir. Diğer özel konsültasyonlar 30 dakika içerisinde yapılabilmelidir. Bu servise sahip hastaneler genellikle bölgesel travma merkezleri olarak ta bilinirler.

Basamak II

İkinci basamak, acil bakımda deneyimli en az bir doktorun acil servis nöbetçisi olduğu, 24 saat acil hizmeti veren ve konsültasyonların yaklaşık 30 dakikada mümkün olabildiği acil servislerdir.

Basamak III

Üçüncü basamak acil bakım verebilecek en az bir doktorun 30 dakikada uygun olabildiği 24 saat acil hizmeti veren servislerdir. Bu birimlerde temel konsültasyonlar telefonla mümkündür.

Basamak IV

Bazı kaynaklarda bu basamaktan bahsedilmemektedir. Acil bir durum karşısında hayat kurtarıcı ilkyardım yapıldıktan sonra en yakın acil organizasyona gönderen birimlerdir (Miller, Herman, "Emergency Department" (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001).

Ülkemizde acil birimlerin sınıflanması hastanenin büyüklüğü, etki ve karşı karşıya kaldığı vaka sayısı ile orantılı olarak, kendiliğinden oluşmakta ve sınıflandırmanın tanımlanması "Cerrahi Acil", "Çocuk Acil" vb adlarla yapılmaktadır. Çoğunlukla belirgin bir standardizasyonun dışında ve taşıma, ergonomi, yerleşim planı, insan gücü planı vb. konular gözetilmeden oluşturulan aciller kendilerinden beklenen performansı verememektedir (15).

2.4. Acil Servislerde Planlanma ve Organizasyonu

Planlama bir amacı gerçekleştirmek için en iyi davranış biçimini seçme ve geliştirme niteliği taşıyan bilinçli bir süreçtir. En genel tanım olarak plan bugünden gelecekte nereye ulaşılmak istendiğinin kararlaştırılmasıdır. Planlama herhangi bir konu ile ilgili olarak ne, ne zaman, neden, nasıl, nerede, kim tarafından, hangi maliyette ve sürede sorularına cevap vermeyi ve çalışmayı ifade eder. Hastane planlaması mikro düzeyde bir planlamadır ve hastanede iç düzenlemeye ve hastanedeki birimler arası koordinasyon ile iş bölümünü geliştirerek hastane maliyetlerini düşürmeye ve hastane işlerinin düzenli yürütülmesine olanak verir (5, 16, 17, 18).

Organizasyon kavramı iki anlam taşır. Birinci anlamı örgütlenme işlemi, ikincisi ise bu örgütlenme sonucunda meydana gelen iskelet, bina, yapı veya vücuttur. Hastanelerde acil servislerin çağdaş ve teknolojiye uygun bir şekilde organizasyonlarının yapılması hasta ve yaralıların acil servise ulaşmalarında hayata döndürülmesinde, tedavilerinin hızlı ve etkin bir şekilde yapılmasında önemlidir.

Acil bir durumdaki bir hasta acil servise ulaşmada zaman kaybediyor ve zorluk çekiyorsa veya ona yapılması gereken temel, ileri tedavi girişimlerde organizasyona bağlı olarak yetersizlik varsa sonu ölüme varan istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir. Acil ve kaza servisleri ile ilgili tüm etken ve birimlerin iyi bir organizasyon çatısı altında toplanması hizmetin etkinliğini ve kalitesini arttıracak, istenmeyen ölüm ve kalıcı sakatlıkların önlenmesinde rol oynayacaktır (5).

Sistemin tıptaki gelişmeleri takip etmesi için düzenleme (Üniversite, kamu ve özel sektör temsilcilerinin katılacağı bir komisyonun yılda bir kez standartları yeniden düzenlemesi) veri toplama, değerlendirme ve bildirim (formlar, istatistikler vb.) için düzenleme gereklidir. Finansman konusunda ödeme (devlet, sigorta, kişi) ve tahsilât (sigorta, hastane, ambulans) yöntemleri belirlenmelidir.

Organizasyonun hastaneye kadar olan kısmı ulusal sağlık politikaları ışığında ve yerel yönetimlerin desteğinde oluşturulur. Lokal hastane organizasyonları da yine bu idari otoritelerin oluşturduğu standartlara göre yapılmalıdır. Genel acil sistem organizasyonu Tablo1 deki ilkeler göz önüne alınarak yapılır (19).

Tablo 1: Acil Bakım ve Hekimlik Hizmetlerinin Örgütlenmesi.

I. Hastane Öncesi Acil Bakım Örgütlenmesi

1. Kişi ve toplumun eğitimi
2. Kurallar ve yasalar
3. İletişim
4. Acil yardım ve kurtarma hizmetleri
5. Sevk zinciri, ilk yardım istasyonları

II. Hastanelerde Acil Bakım Örgütlenmesi

1. Acil bakım merkezleri
 - Acil tıp merkezleri (erişkin, çocuk)
 - Travma merkezleri
 - Yanık merkezleri
 - İntoksikasyon merkezleri
 - El cerrahisi merkezleri
2. Acil hekimlik hizmetleri

3. Hastanelerde olağanüstü hal planlaması
4. Dokümantasyon
5. Adli tıbbın yeri

III. Rehabilitasyon

Yerel acil merkezlerin dışında bölgesel olarak, nüfus yoğunluğuna göre bazı merkezler yenidoğan çocuk acil merkezleri, yanık ve intoksikasyon üniteleri şeklinde yapılanmalıdır. Buralara hasta taşınmasında kullanılacak araçlar da kendine özgü olmalıdır. Her hekimin danışma veya hasta sevki için ulaşabileceği zehirlenme merkezleri listeler halinde ilan edilmelidir. Dağ veya deniz gibi coğrafi farklılıklar gösteren yerlerde kendine özgü kurumlar bulunmalıdır (basınç tedavi odaları gibi) (20).

Acil ve kaza servisleri çoğunlukla tam teşekküllü büyük hastanelerde kurulmaktadır. Ortalama olarak her 150.000 nüfusa 30-35 yatak düşecek şekilde planlanmalıdır. Hazırlanacak plan sadece acil servisin amaçlarına hizmet etmemeli hastane organizasyonu ile uyumlu olmalıdır. Etkili bir plan için şu sorulara cevap aranmalıdır (5, 18, 21).

- α. Hizmet verilecek nüfus ve demografik yapı 10 yıllık bir gelecekte nasıl olacaktır?
- β. Servis hizmetlerini kim verecek ve gelecekte öncelik kimde olacaktır?
- χ. Hastaneler arası etkili bir rekabet nasıl sağlanacaktır?
- δ. Geçerli ve gerekli kaynaklar ne olmalıdır ve gelecekte ne gibi kaynaklara ihtiyaç vardır?
- ε. Finans kaynaklarının ölçüsü ve finansın trendi ne olmalıdır?
- φ. Eldeki imkânlar ve toplumun gereksinimi ile hastane bütçesinden acil servisin karşılanması nasıl olacaktır?

Acil servis kurulmasına karar verilmiş ise ikinci basamak analiz ve hesaplamalardır. Toplum ihtiyaçlarının karşılanması ve bölge ile uyumlu olması için hastanenin misyonu ve dış çevresi ayrıntılı olarak tanımlanır. Hastanenin ve çevrenin bulunduğu yer ile ilgili değişiklik ve gereksinimler belirlendikten sonra acil servis ve onunla ilişkili olan servislerin kullanımı, kapasite ve tedavi kaynakları hesaplanır. Gerektiğinde değişiklik yapmak için seçenekler belirlenir (21).

Verimli bir acil servis kurulması için şu istatistiklere sahip olunmalıdır.

- a. Son beş yılda acil servise gelenlerin sayısı
- b. Gelecek beş yılda acile başvuracakların tahmini hesabı
- c. Acil servise başvuran hasta ve yaralıların nedenlere göre sınıflandırılması ve oranlarının hesaplanması
- d. Acil servis kullanımının zirveye ulaştığı ay ve günler

Bütün bu verilere sahip olunduktan sonra kurulacak acil servisin, hangi seviyede hizmet vereceği, nerede konuşlandırılacağı, ne kadar nüfusa hizmet vereceği saptanır. İçerisinde yer alacağı hastanenin fiziki şartları ve sahip olduğu insan gücü, bu saptamada etkilidir.

Ülkemizde geçerli yasal düzenleme ve hizmet sunulan kesimin çeşitliliği, sağlık hizmetlerinde karmaşık bir yapıyı doğurmuştur. Genelde, bu yapı içerisinde her soruna ve ekonomik kapasiteye uygun çözüm üretilebilmekteyse de, özellikle acil sağlık hizmetleri bu yapıdan olumsuz etkilenmektedir.

Bundan sonraki aşamada kurulacak acil servisin mimari yapısı tasarlanır.

2.5. Acil Servisin Mimari Yapısı

Genel acil sistem örgütlenmesinde en önemli basamaklardan biri olan acil servis tasarımı, mimari yapıdan başlamaktadır. Daha sonra tıbbi teknolojik donanım ve insan gücü işin içine girmekte son olarak da hastane içinde ki organizasyon ve acil servisin diğer birimlerle bağlantısının örgütlenmesi gelmektedir. Acil servisin finansal ve işletim maliyetleri yönü, fiyat verim analizleri ve acil servisi içeren hastanenin bölgedeki konum ve yerleşimi de planlama aşamasında göz önüne alınan faktörlerdir.

Acil servisin mimari yapısı acilin fonksiyonu sırasında en üst seviyede verim alınabilmesinden çalışanlarının güvenliğine kadar pek çok alanda etkili olmaktadır. Bu gün için; acil servislerde karşılaşılan pek çok sorunun kökeninde, acil servisin mimari yapısının uygun olmaması yatmaktadır. Medyaya yansıyan acil görüntüleri ve problemler kurulum esnasında planlanma yapılmadan acil servisler yaratılmasından ya da hastanelerin başlangıçta acil olarak düşünülmeyen bölümlerinin sonradan çeşitli mecburiyetler karşısında acil servis haline dönüştürülmesinden kaynaklanmaktadır. Acil servise başvuran ve tıbbi cerrahi tedaviye ihtiyacı olan hastalar bu esnada ruhsal açıdan dengesiz bir durumda, kimyasal bağımlısı, suçlu olabilirler veya onların kurbanı olabilirler. Güvenliğe özel dikkat verilmesi gerekir. Örneğin acil kurulumu esnasında güvenlik düşünülerek hasta yakınlarının müdahale ortamına

girişlerini önleyecek fiziki engeller oluşturulmazsa veya acil servise yakın bir bölgede güvenlik elemanı ya da polis konuşlandırılmazsa, müdahale eden sağlık personeli ile panik halindeki hasta yakını arasında gereksiz, hasta hayatını tehlikeye sokabilecek gecikmelere neden olabilecek sürtüşmeler doğabilir. Yine acil servisin hastanenin diğer birimleri ile olan mesafesi istenilen konsültasyonun kısa sürede gerçekleşmesine olanak vermiyorsa acil işleyişinde çok değerli olan zamanın gereksiz kaybına yol açabilir. Hastalığın ya da yaralanmanın mümkün olan en kısa sürede tanısının temel amaç olduğu acil servis işleyişinde, bu amaçla istenilen laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine kolay ulaşılabilmeli, hasta oradan oraya taşınmamalı, mimari yapı buna olanak sağlayacak biçimde olmalıdır. Acil servislere gece ve gündüz çeşitli birimlerden destek sağlanmalıdır. Bu birimler kan bankası, laboratuvar, eczane, radyoloji gibi birimler olmalıdır ve bu birimler acil servis içinde bulunmalıdır (Miller, Herman, “Emergency Department” (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001, 22, 23).

Yukarıda bazılarını saydığımız sebeplerden ötürü acil servisin mimari organizasyonunda önemli olan noktalar ve uluslararası normlar gözden geçirilmiştir.

Acil servisler hastane içinde merkezi olarak yerleştirilmeli, hastane girişinden ayrı bir girişi bulunan zemin katta yerleşimli hastanenin diğer tüm birimleri ile fiziksel olarak bağlantılı olduğu kadar, bölgedeki sağlık, güvenlik ve sosyal hizmetlerle yakın ilişki içerisinde olan bir konumda olmalıdır (5). Ambulans ve ayaktan hasta girişleri için iki ayrı giriş kapısı olmalı ve bunlar birbirinden uzak olmalıdır (23). Dış tasarımda ayrı araç ve insan girişi, ayrı park yeri bulunurken iç tasarımda hastanenin diğer servisleri ile rahat ve hızlı bağlantı olanağı olmalıdır. Tanısal destek birimleri ile (acil laboratuvar, radyoloji) yakın kolay ulaşılabilir tercihen aynı katta olması istenmektedir (21). Benzer fiziksel şartlar yoğun bakım ünitesi ve ameliyathaneler için de istenmektedir. Travma ve yoğun bakım merkezi bulunmalı ve bu birimler ambulans helikopterler ile desteklenerek 24 saat uzman düzeyinde hizmet vermelidir (24).

Acil servis içerisindeki değişik kategori ve ciddiyetteki hastaların aynı ortamda bulunmasından kaçınmak amacıyla dairesel yerleşim en uygun fiziksel yapı olarak bildirilmektedir. Acil servis hastanede laboratuvarlar, yoğun bakım, ameliyathaneler, röntgen (eğer acil servis içinde kurulu değil ise), morg gibi bölümlere yakın olmalıdır, Yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneye direkt bağlantısı olan sedye asansörü bulunmalıdır. Acil demek; hastaların çok yakından ve sıkça gözlemlenmesi demektir. Bu nedenle triyaj masasından,

bekletilmekte olan, hemşire istasyonundan da tedavisi halen devam eden tüm hastalar gözlenebilmeli; civardaki masa, sandalye gibi malzemelerin hiçbirisinin boyu 100 cm’i geçmemelidir. Muayene birimleri birbirinden perde ile ayrılmalıdır. Acil serviste resüsitasyon odası ve psikiyatri odası gibi özel odalar dışında kapalı odalar olmamalıdır (<http://www.atd.org.tr/acilmimari.htm>. 24.09.2006). Acil servis dizayn edilirken:

- Gözlenebilirlik,
- Sadelik,
- Gizlilik,
- Mahremiyet,
- Esnek davranış modeli önemli kavramlardır.

Acil servis, planlanırken gelecekteki oluşabilecek değişimlerde hesaplanmalıdır. Teknolojideki gelişmelerin ileride tıbbi donanım ve malzemelerde getirebileceği değişimlere uyum sağlayabilecek esneklikte mimari yapı planlanmalıdır. Daha önemlisi bir afet durumunda çevresinde genişleyebileceği alanlar var olmalıdır. Özellikle; acil servislerin; afet anında acil servis elemanları ve gerekli ekipmanın yapılması ve afet organizasyon planı olmalıdır. Bu bakımdan afet anında acil servisin genişleyeceği alan ve hatta hastanenin devre dışı kaldığı durumlarda acil servis olarak işlev göreceği yakın bir alan tespit edilmelidir. Ayrıca afet durumunda sorumlular komuta başkanı, bölüm başkanları, direktörler ünite sorumluları, görevli dizilimleri saptanarak bunlar arasında koordinasyon sağlanmalıdır

(<http://www.tatd.org.tr/solmenu/komisyonlarimiz/acilservisstandart.htm>)26.9.2006), 25,26)).

2.6. Acil Servis Yerleşim Tipleri

Acil servisler için günümüzde farklı yerleşim planları vardır. Bunlar kimi zaman planlı yapılırken kimi zaman da hastanenin mevcut bir kısmına yerleştirme şeklinde olmuştur.

Genel olarak acil servis üç farklı yerleşim planı gösterir. Hangi tipin seçileceğinde en önemli faktör elimizdeki mevcut fiziki imkânlar ile acil servisin yıllık hasta kapasitesidir

2.6.1. Koridor Şeklinde Yerleşim

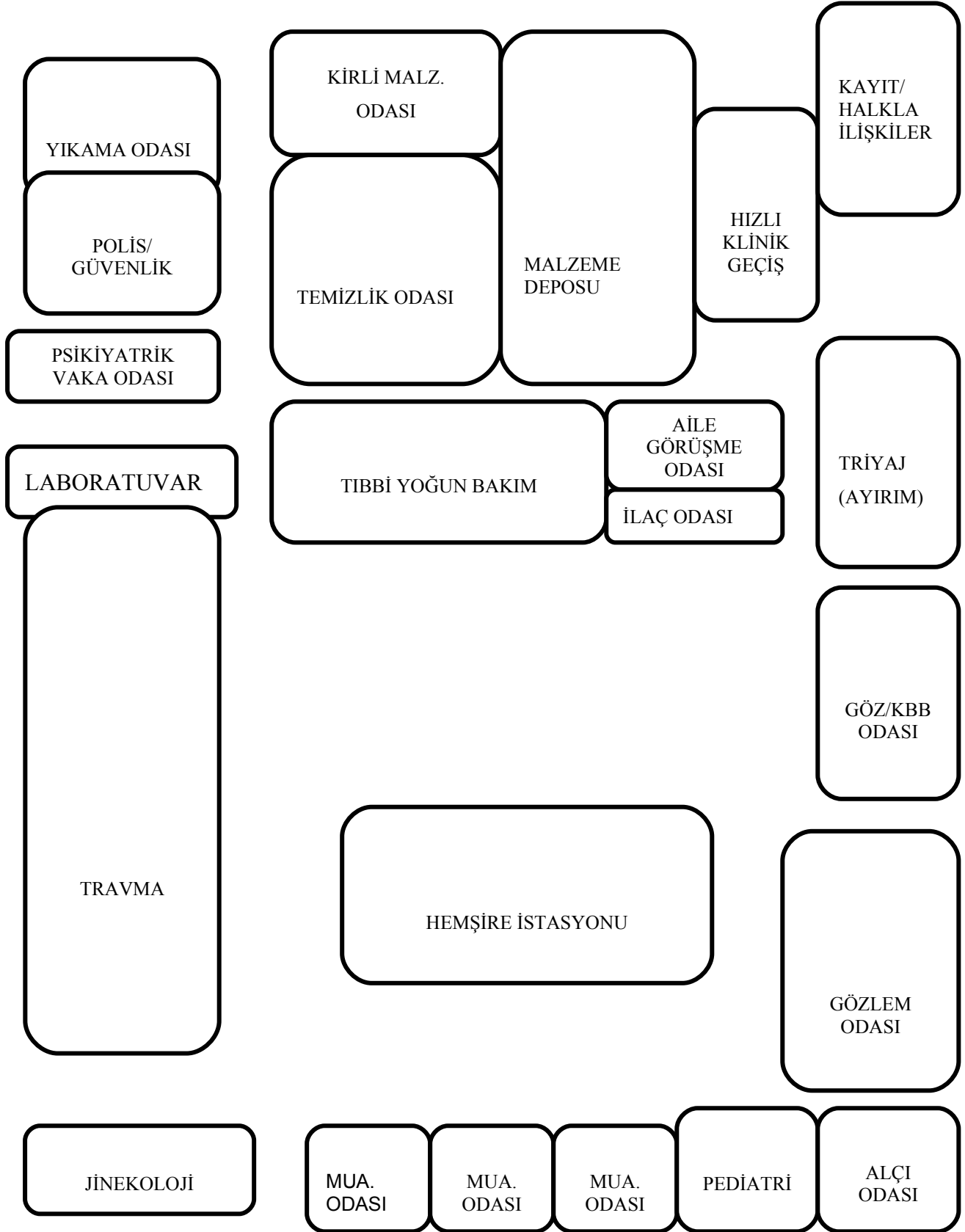
2.6.1. Koridor şeklinde

Geniş bir koridor üzerinde kuruludur ve bunun her iki tarafında çeşitli birimler ve tedavi odaları yerleştirilmiştir. Ortada olması gereken çalışma masası bu koridorun ortasında, başında veya sonunda olacak şekilde yerleştirilebilir. Burada acil servise hâkimiyet azalır ve hemşire masadan gözlemlenmesi gereken yerler tam olarak gözlemlenemez, servise hâkimiyet kaybolur.

2.6.2. Arena Tarzında Yerleşim

Ortada bir çalışma masası, etrafına dağılmış bakım, tedavi ve çalışma ofisleri şeklindedir. En iyi avantajı hastaların rahatlıkla orta masadan gözlemlenebilmeleridir. Dezavantajı ise; gizliliğin azalması ve gürültülü bir servis haline gelmesidir. Bunun önüne geçmek için tavan ve duvar yapılarının ses emici nitelikte planlanması ve bu ses yalıtımının tam olarak yapılması önerilmektedir. Ülkemizde yeni kurulan acil servisler bu tarzda kurulmaktadır (Miller, Herman, “Emergency Department” (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001).

Şekil 2: Arena Tarzında Acil Servis Örneği Şeması



2.6.3. Modüler Tarzda Yerleşim

Bu modelde ana merkez alan arena tarzında diğer spesifik tedavi alanları ise bu arenanın modüllerine yerleştirilmiştir. Büyük acil servisler için daha ideal bir modeldir. Hasta sayısı 40–45.000 kişi/yıl seviyesindeki acil servislerde uygulanması uygun olur (<http://www.atd.org.tr/acilmimari.htm>. 24.09.2005).

2.7. Acil Servis Yönetimi

Acil servisler, bakmakla yükümlü olduğu hasta nüfusunun acil sağlık hizmetleri ile ilgili beklentilerini karşılayabilecek şekilde organize edilmeli ve yönetilmelidir. Bu organizasyon, hastane kuralları ve hastanedeki diğer bölümlerin örgütlenme planları ile uyum içinde olup, bir şema halinde hazırlanmalıdır.

- Acil servisin işleyişi, yazılı politikalar ve kurallara uygun olarak sağlanmalıdır.
- Acil servisin tıbbi yöneticisi, acil servis sorumlu hemşiresi, diğer hizmet alanlarının sorumlularının da katılımı ile acil bakımın kalitesini, güvenliğini, uygunluğunu sürekli olarak izlemeli ve değerlendirmelidir.
- Acil serviste yeni çalışmaya başlayan tüm kişiler kurumun görevini, acil servisin işleyişini ve çalışanlarının her birinin sorumluluklarını belirten resmi bir oryantasyon programına alınmalıdır.
- Acil serviste çalışan tüm görevliler hastaya en iyi hizmeti verebilmek için uygun mesleki bilgi ve beceri seviyesine sahip olmalı, mevcut bilgi ile becerilerini sürekli olarak arttırıp geliştirmelidir.
- Toplam kalite kurallarının bir gereği olarak; Acil Servis içinde çalışan tüm doktor, hemşire ve yardımcı personelin görevleri, sorumlulukları belirlenerek dokümente edilmelidir. Ekibin her bireyinin düzenli aralıklarla denetlenmesi ve kontrolü için kalite güvenlik programları oluşturulmalıdır.
- Acil servise başvuran her hastanın triajı (hastaların başvuru yakınması, genel durumu ve vital bulguları değerlendirilerek aciliyetlerine göre önceliklerinin belirlenmesi) mutlaka bu konuda eğitim almış, bilgili ve deneyimli bir personel (hemşire ve/veya

paramedik) tarafından yapılmalıdır. Triaajda çalışan kişiler acil servis tıbbi sorumlusunun sürekli denetimi altında olmalıdır.

- Acil Servisin iç işleyişi ilgili idari prensipler, acil servis tıbbi yöneticisi ve acil servis sorumlu hemşiresinin işbirliği ile oluşturulmalıdır.
- Acil Servisin bakım ve stabilizasyon imkanları, acil tıbbi bir hastalık nedeniyle başvuran tüm hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapasitede olmalıdır.
- Acil servislerde çalışan acil tıp konusunda mezuniyet sonrası eğitim almış uzman hastaların her türlü tıbbi bakımından sorumlu olan kişidir.

Bu kişinin görevleri;

- Hastanın değerlendirilmesi,
- Tanısının konması,
- Tedavisinin düzenlenmesi,
- Tedavinin sonuçlandırılmasını (yatırılması, taburcu veya sevk edilmesini) içerir.

Acil Servisteki bir hastanın sorumluluğu başka bir hekime devredilebilir.

Acil Servis hemşiresi her bir acil hastasının

- Hemşirelik hizmetleri,
 - Hastanın değerlendirilmesi,
 - Yapılan uygulamalara verdiği cevabın sonucunun belirlenmesinden sorumludurlar.
- Acil servise müracaat eden her hasta için bir dosya çıkartılmalı ve tüm bilgiler okunaklı bir şekilde bu dosyaya ayrıntıları ile yazılmalıdır. Bu dosyalar kanunların uygun gördüğü sürece ve acil hekimlerinin gerekli olduğu zaman kolaylıkla ulaşabilecekleri ve yönetmeliklerde belirleneceği şekilde saklanmalıdır.
 - Acil servisten taburcu edilen veya başka bir merkeze sevk edilen tüm hastalara mutlaka yapılan girişimler ve/veya tedavi ile ilgili bir epikriz, öneri formu veya hasta sevk formu verilmelidir.

- Acil servis tıbbi yöneticisi: Akademik acil servislerde klinik direktörü, eğitim direktörü, araştırma direktörünün ve idari işlerle uğraşan direktörün yöneticisi konumundaki anabilim dalı başkanıdır. Akademik olmayan acil servislerde tıbbi yönetici, klinik sorumlusu ve idari işlerle uğraşan direktörün sorumlusu konumundadır.

3. BÖLÜM ACİL SERVİSLERDE ALT YAPI VE SORUNLAR

3.1.Acil Servislerin Alt Birimleri

3.1.1.Acil Girişi

Bir hasta acil servise hem yürüyerek ya da kendi arabasıyla hem de ambulans ya da helikopterle gelebilir. Kendisi gelen hastalar ve ambulans ya da helikopterle gelen hastalar için ayrı girişler sağlanır. Böyle bir düzende ambulans ile getirilen genel durumu bozuk, trafik kazası geçirmiş, kanlar içindeki hastalar ayakta gelen hastalar tarafından görülmeden içeri alınacaklardır (20,30).

Ayaktan başvuran ancak, acil müdahale gereksinimi olan hasta ve yaralıların da olabileceği unutulmamalıdır. Ambulansla gelen hastaların ayakta gelen hastalarla ayrı girişleri kullanması sayesinde ambulans girişi ve manevra alanı hasta ve yakınları tarafından işgal edilmez, giriş sürekli olarak boş kalır. Ambulansın hastayı indirip acil servise bırakması kolay olmalı, manevra yapmasına gerek kalmamalı, tek yönlü olmalıdır. Giriş ile zemin aynı seviyede olmalı ki sedye veya tekerlekli sandalye ile hastalar rahatlıkla içeri alınabilmelidir. Giriş kapısı civarında hasta getiren araba ve ambulansların geçici olarak bekleme yapabilecekleri otopark bulundurulmalı, hemen girişte sedyeler ile tekerlekli sandalyelerin bulunacağı bir boş alan olmalı, giriş hastalar, doktorlar, sedyelerin rahatlıkla hareket edebilecekleri kadar geniş, iyi aydınlatılmış olmalıdır. Etrafta lüzumsuz eşyalar bulundurulmamalı, giriş kapıları otomatik açılıp kapanabilir tarzda olmalı, hastalar açmak için uğraşmamalı, acil servis içindeki kapılar aynı anda iki sedyenin geçebileceği genişlikte olmalı, hatta sedyelerin yanında asılı serum şişeleri, seyyar monitör ve respiratör cihazlarının olabileceği düşünülerek genişlik ona göre ayarlanmalıdır. Hemen girişte hastayı getiren ambulans ve acil bakım teknikerlerinin bürokratik işlemleri yapabilecekleri boş bir alan ya da oda bulunmalıdır. Giriş kapısı doğrudan triyaj açılmalı, triyaj alanı hastaların durumlarını ve aciliyet derecelerini ayırt etmeye izin vermelidir. Acil bakım gerekli ise; hasta direkt olarak uygun muayene ve tedavi alanına

alınmalıdır. Hasta; bekleme durumunda kalacaksa; bekleme ve asıl bakım ünitelerine hemen ulaşabilmelidir.

Girişten sonra bulunması gereken ana bölümler şunlardır: (Miller, Herman, “Emergency Department” (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001, [http//www.atd.org.tr/acilmimari.htm](http://www.atd.org.tr/acilmimari.htm). 24.09.2005)

- Triyaj alanı,
- Dekontaminasyon odası,
- Güvenlik/Polis.
- Kayıt ve halkla ilişkiler odası
- Hasta ailesi görüşme odası.
- Bekleme salonu,
- Laboratuvarlar
- Hemşire istasyonu
- Psikiyatrik hasta bakım odası,
- Muayene ve tedavi odaları
- Alçı odası.
- Tıbbi yoğun bakım
- Gözlem odası
- Özel muayene odaları(KBB, göz, jinekoloji vb)

3.1.2.Triyaj Alanı

Acil servise ayaktan girişten başvuran hastalar burada değerlendirilirler. İhtiyaç duyduğu bakım ve seviyesine karar vermek için kısa bir hikâye alınır. Bu bölüm hastaların rahatlıkla ulaşabilmeleri için girişin hemen karşısında olmalıdır. Burası müdahale ve bekleme alanlarına komşudur, bu alanda tekerlekli sandalye ya da sedye bulunabilir. Bu alan 50–150 m² olmalıdır. Triyaj hemşiresi için küçük bir uygulama alanı, sınırlı araç gereç için modüler bir L masa, kilitli çekmece ve gözler bulunmalıdır. Triyaj bölümünde aynı zamanda hasta kayıtlarını ve ödemeleri kabul edecek bir sekreter de bulunabilir (Miller, Herman, “Emergency Department” (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001).

3.1.3.Dekontaminasyon (Hasta Yıkama) Odası

Savaşlarda veya sanayii fabrikalarda radyoaktif madde ile kontamine olan, organofosfatlar ile zehirlenen kişiler doğrudan bu odaya alınırlar. Aynı anda birkaç hastaya birden cevap verebilecek kapasitede olması gereken bu odada resüsistasyon ile tedavi ekipmanı ve en önemlisi duş şeklinde akarsuyu olmalıdır. Getirilen kişi veya kişiler önce bu odada yıkandıktan sonra ileri tedavileri başlatılır. Bölümün drenaj suyu özel kaplarda saklanır, normal drenaj sistemine akıtılmaz. Bu amaçla, akar suyun bulunması, halktan uzak bir bölüm olması nedeniyle hastane morgunun kullanılması da önerilmektedir (Miller, Herman, “Emergency Department” (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001).

3.1.4.Güvenlik /Polis

Günümüz istatistikleri göstermektedir ki; acil personeline karşı oluşan şiddet hareketleri gün geçtikçe artmaktadır. Acil servis içinde güvenlik açısından en riskli bölge triyaj alanı ve civarıdır. Bu nedenle bu bölgede kaçış noktaları açık bırakılmalı, kapalı devre TV ile izlenmeli ve çevrede alarm sistemleri kurulmalı, güvenlik görevlisi 24 saat burada görev yapmalı, acil servise giren kişileri metal detektörü ile taramalıdır (27,28).

3.1.5. Hasta Yakınları İçin Bekleme Salonu

Acil servislerde hastaları hakkında ayrıntılı bilgi alamamak ve tedavileri süresince vakit geçirebilecekleri uygun bir yerin bulunmaması hasta yakınları için oldukça sıkıntılı bir durum oluşturur. Bir diğer önemli nokta da; bekleme salonunun acil servis ile hiçbir bağlantısının olmaması ve buradan içerisinin görülmeyecek şekilde dizayn edilmesi gereğidir.

Bu nedenle; bekleme salonlarının belli bir konfora sahip, hasta yakınlarının rahat edebilecekleri ve ihtiyaçlarını giderebilecekleri sıcak bir ortam şeklinde olup mutlaka şu özellikleri içermelidir;

- Yeterince geniş olmalı,
- Duvarlarda tablolar olmalı,
- Erkek ve bayan tuvaletleri olmalı,
- İyi bir aydınlatma olmalı,
- Çocuklar için oyuncaklar ve oyun bahçeleri,

- Konforlu koltuklar (karşılıklı olacak şekilde),
- Jetonlu yiyecek ve içecek makineleri,
- Kredi kartı ve kart ile çalışan ankesörlü telefonlar,
- Televizyon cihazları bulunmalıdır.

2.1.6.Psikiyatrik Hasta Bakım Odası

Gerektiğinde güvenlik görevlisi veya sağlık ekibi bu noktaya hemen gelebilmesi için bu oda triyajın hemen yanında olmalıdır. Bu odaya genellikle intihar düşüncesi olan veya kendisine ve çevresine zarar verebilecek hastalar alınır. Hastanın kendisine zarar vermesini engellemek için odada oksijen vanaları, aspiratör, tansiyon aleti, otoskop, oftalmoskop gibi cihazlar bulundurulmamalıdır. Oda ve içerideki hasta, tavana monte gizli TV kamerası ile takip edilmeli, odalar içeriden değil, dışarıdan kilitlenebilir olmalıdır.

3.1.7.Tedavi Salonu

Şu bölümleri içerir;

- Büyük bir boş alan,
- Doktor ve hemşire bankosu,

Triyaj alanının hemen arkasında, tüm hasta bakım birimlerini gözleyebilen pozisyonda büyük bir boş alan acil servisin en önemli alanlarındanadır.

Bu alanda; doktor ve hemşirelerin dosya kayıtlarını tutabilmeleri, istemlerini verebilmeler için gerekli tüm olanaklar, interkom, duofon ve telefon cihazları, merkezi monitör cihazı hazır bulundurulduğu bir doktor-hemşire bankosu olmalıdır (<http://www.atd.org.tr/acilmimari.htm>. 24.09.2005).

3.1.8.Küçük Müdahale Odası

Bazı acil servislerde küçük yaralanmalar, kesikler ya da boğaz ağrısı, soğuk algınlığı gibi medikal hastalıkların bir saatten kısa sürede tedavi ve bakımının tamamlanıp gönderildiği alanlar yapılabilir. Buranın ekibi ayrı olabileceği gibi diğer acil ekipleri ufak müdahaleler için burayı kullanabilir (36).

3.1.9.Resüsitasyon Odası

Ortalama 6x6 m boyutlarında oda ve acil servisin ambulanslı hasta girişine en yakın odası olmalıdır. Çünkü bu odaya solunumu duran veya genel durumu çok kötü olan hastalar, agoni tablosundaki veya çoklu travma tanısı ile getirilen hastalar alınmaktadır. Bu odada genel durumu kötü olan bu hastalara anında ve çok yoğun tedavi verilmeli ve kötü durumdaki hastaların durumu ve yapılan müdahalelerin, diğer hastalar tarafından görülmesi engellenmelidir ([http://www.acep.org/emergency department planning and resource guidelines](http://www.acep.org/emergency_department_planning_and_resource_guidelines). 25.08.2002).

Acil servisteki diğer birimlerin hepsi sadece bir perde ile birbirinden ayrılırlarken bu odaların kapısı olmalıdır ve hasta varken kapalı tutulmalıdır. Burada hasta için gerekli tüm tedavi ve resüsitasyon malzemesi hazır bulundurulurken ortadaki sedyenin etrafı boş tutulmalıdır. Bu sayede tedavi ekibi hastanın etrafında 360° dönme imkanı bulabilmelidir (Miller, Herman, “Emergency Department” (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001, [http//www.atd.org.tr/acilmimari.htm](http://www.atd.org.tr/acilmimari.htm). 24.09.2005).

3.1.10.Tedavi Odaları

3.1.10.1. Monitörlü hasta bakım odaları

Büyüklüğü ortalama 3x4 m civarında olan bu bölüme bazı akciğer hastaları (KOAH alevlenmesi, astım krizi), kalp hastalığı olan hastalar (miyokard enfarktüsü, angina pectoris vb), gibi yakın takibi ve monitörizasyonu gerektiren hastaların alınması önerilmektedir. Burada hastanın dört bir yanı açıkta olmalı yatak kenarlıkları korumalı olmalı, acil müdahale gerektiğinde hemen müdahaleye müsaade etmelidir. Yataklar tekerlekli olmalı, aynı zamanda kolayca stabil hale getirilebilmelidir (Miller, Herman, “Emergency Department” (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001, [http//www.atd.org.tr/acilmimari.htm](http://www.atd.org.tr/acilmimari.htm). 24.09.2005).

Resüsitasyon odası dışında monitörlü ve monitörsüz gözlem odalarında sedyelerin perde ile birbirinden ayrılması uygundur. Çünkü bu sayede acilin fleksibilitesi, hastaların doktor ve hemşireler tarafından rahatlıkla gözlenebilmesi mümkün olur. Mahremiyetin bozulması, bazı istenmeyen ses ve konuşmalar ile kokuların diğer birimlere de yayılması ise dezavantajlardır.

Monitörlü hasta bakım odalarında bulunması gereken gereçler: (Kemal Aktuğlu, Hamit Hancı, “Acillerde Şiddet Tehidi”, (Çevrimiçi), [http//www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr), 04.01.2006)

- Ventilatör (olması ideal)
- Defibrilatör (olması ideal)
- Kardiyak monitör
- Manuel tansiyon aleti,
- Oksijen
- Aspiratör (suction),
- Serum askısı,
- Otoskop, oftalmoskop,
- Saniyeli saat,
- Telefon cihazı,
- Elbise askısı,
- Seyyar aydınlatma lambası,

- Eldiven kutusu,
- Çöp tenekeleri

3.1.10.2. Monitörsüz Hasta Bakım Odaları

Basit hastalıkları olan ve bakım sonrası kısa sürede taburcu edilebilecek veya her hangi bir bölüme yatırılacak olan (akut apandisit, vertigo gibi) hastalar içindir (Kemal Aktuğlu, Hamit Hancı, “Acillerde Şiddet Tehtidi”, (Çevrimiçi), <http://www.ttb.org.tr>, 04.01.2006).

3.1.10.3. Özel Hasta Bakım ve Tedavi Odaları

- Ortopedi tedavi odası,
- Kadın doğum tedavi odası (yanında tuvalet bulunmalıdır),
- Kulak Burun Boğaz ve Göz tedavi odaları,
- Pediyatrik hasta bakım odası
- Radyoloji bölümü (Şok ve monitörlü gözlem odalarına yakın),

3.1.10.4. Destek Birimleri

İnsanlara hizmet veren acil servislerde de bu kişilere verilen hizmet kalitesini arttırabilmek için bazı ayrıntılara dikkat etmek gerekir. Şöyle ki:

- Doktor, hemşirelerin ve personellerin boş zamanlarında dinlenebilmeleri için interkom ve telefon hattı olan dinlenme odaları olmalı,
- Uzun koridorlarda veya büyük bekleme salonlarında ortopedik özürlü kişilerin olabileceğini düşünerek duvarlara yürürken tutunabilecekleri parmaklıklar koyulmalı,
- Tekerlekli sandalye kullanan hastalar için özel tuvaletler yapılmalı,
- Duyma özürlü kişilerin yapılacak olan anonsları duyamayacağını düşünerek görsel alarm sistemleri kurulmalı,
- Görme özürlü hastalar için özel yürüme yolları yapılmalı,
- Acile gelen hastaların gidecekleri yeri bulabilmeleri veya o anda nerede olduklarını anlayabilmeleri, tuvalet, laboratuvar ve çıkış gibi noktaları bulmalarına yardımcı olacak yönlendirici levhalar bulundurulmalı veya renk kodlaması yapılmalı,
- Acil servis içindeki koridorlar veya görüş alanı dışındaki bölümler, kör noktalar için video kameralar ile takip ediliyor olmalı,

- Acil servisin ışıklandırma ve havalandırması (sıcak-soğuk) iyi ayarlanmalı. (genel olarak önerilen sıcaklık ortalama 20-22°C, nem oranı ise %50-60'dır),
- Tüm odalarda duvarlara monte negatoskoplar bulunmalı,
- Sadece acil servisi besleyen ve elektrik kesintilerinde 5 sn. içinde devreye girebilen bir jeneratör hazır bulundurulmalı,
- Tuvaletlerde ve tüm muayene birimlerinde, sedye başlarında, koridorlarda acil durumlarda kullanmak için hemşire çağırma zilleri bulunmalı,
- Vaka ve eğitim toplantılarının yapılacağı seminer odaları bulunmalı
- Acil hizmetleri için kullanılan ilaçlar, sarf malzemeleri, formlar ile temiz ve kirli çarşafların saklanacağı yeterli genişlikte depolar için yer ayrılmalıdır (Miller, Herman, "Emergency Department" (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001, Kemal Aktuğlu, Hamit Hancı, "Acillerde Şiddet Tehtidi", (Çevrimiçi), [http//www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr), 04.01.2006, [http//www.acep.org/emergency department planning and resource guidelines](http://www.acep.org/emergency_department_planning_and_resource_guidelines). 25.08.2005)

Acil servisin dizaynından önce; gelecekte ihtiyaç oranında genişleyebileceği düşünülerek ana binanın köşesine kurulmalıdır (21).

Acil servislerde primer hizmetin insanlar tarafından ve sadece insanlara verildiği düşünülürse bu kişilerin mobilya, akustik, aydınlatma, havalandırma, ısıtma, merkezi müzik sistemi, klima sistemleri gibi konfora yönelik ihtiyaçları ve rahatları en başta düşünülmesi gereken madde olmalı fakat konfor ile sedasyon ilişkisi iyi kurulmalıdır.

Bir acil servis ne kadar açık, basit, sade, yalın, özlü (kompakt) ve iyi organize ise o kadar fonksiyonel bir acil servistir.

Acil servis içinin ve çevresinin dizaynı ve mefruşatı çok küçük maliyetler getirirken hasta, hasta yakınları ve de özellikle çalışan ekip açısından en büyük etkiyi sağlamaktadır. Bu saydıklarımızın maliyeti ise toplam içinde %10 gibidir ama getirisi daha çok olacaktır çünkü acil servisler insan ruhuna hitap eden, insanca yapılar olmalıdır.

Yapılan bir araştırmada acil servis dizayn edilirken en çok unutulanan noktalar aşağıda belirtilmiştir: ([http//www.atd.org.tr/acilmimari.htm](http://www.atd.org.tr/acilmimari.htm). 24.09.2006)

- Acil servisin planı çizilirken ilgili acil hekimlerinin fikri alınmaması,

- Acil servisin yıllık hasta kapasitesi ve ileri yıllarda oluşacak talebin göz önüne alınmaması,
- Bütçe yetersizliği nedeniyle son teknolojik gelişmelerin kullanılmaması,
- Ayaktan ve ambulans ile gelen hastalar için ayrı ayrı girişlerin kullanılmaması,
- Hemşire istasyonu olarak yeterli ve uygun alanların kullanılmaması,
- Depo için yeterli yerlerin ayrılmaması,
- Acil servis çalışanlarına uygun dinlenme ortamının sağlanmaması,
- Özürlüler için tuvalet, yürüme yolları ve uyarıcı sistemlerin düşünülmemesi,
- Güvenlik sisteminin iyi kurulmaması, yangın çıkışlarının ve alarmının bulundurulmaması,
- Acil servis içi dizaynın iç mimar tarafından yapılmaması,
- AIDS, tüberküloz gibi izolasyon gereken hastalar için uygun muayene birimlerinin ayrılmaması,
- Bekleme salonunda hasta yakınlarının rahat edecekleri ortamın sağlanmaması,
- Acil servis girişinin kolay bulunabilir olmayışı,
- Acile hasta getiren ambulansların eksoz gazlarının acil kapısından içeriye dolmasını engelleyecek bir düzeneğin bulunmayışı.

Belki de en önemlisi bu dizaynı yapacak olan mimar ve sağlık ekibinin bir arada karar vermemesi ve birbirlerinin ihtiyaçlarından habersiz uygulamalardır

(<http://www.atd.org.tr/acilmimari.htm>. 24.09.2006).

3.1.10.5. Acil Servis Mobilya ve Tefrişatı

Acil servis mobilya ve tefrişatında hareket edebilen modüler bankolar ve masalar kullanılması önerilmektedir. Acil servis oldukça yoğun ve stresli bir çevredir. Çalışanlar sıklıkla değişen ve önceden tahmin edilemeyen tipteki acil vakalara karşı acil vaka başvurularına cevap vermek zorundadırlar. Sabit yapılar bu şekildeki değişen çevre, acil vaka ve teknolojiye cevap veremez (Miller, Herman, “Emergency Department” (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001).

3.1.10.6. Hareketli Modüler Yapının Avantajları

- Bütün hareketli modüler bileşenler son kullanıcı tarafından kolaylıkla tekrar düzenlenip eski haline getirilebilir. Bu yapılar değişen işlemler ve teknolojiye izin verir.
- Modüler mobilya konfüğürasyonu kolaylıkla demonte edilebilir. Bu sayede çalışma alanlarının ve depo bölümlerinin mükerrer dezenfeksiyonu mümkün hale gelir.
- Acilde gerekli malzemelerin yoğunluğundan dolayı hareketli modüler sistem daha az yere ihtiyaç gösterir.
- İlave yapılar istenilen herhangi bir zamanda ihtiyaç halinde çalışma sahasına eklenebilir.
- Bu tür yapıların maliyet açısından da avantajı vardır. Maliyeti düşüktür.
- Uzun süre kullanılabilir.

Bu yapılar yeni yapılara uyum sağlayabilir (Miller, Herman, “Emergency Department” (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001)

3.2.ACİL SERVİSLERDE İNSANGÜCÜ

Acil servislerde hizmetler halen anestezi ve reanimasyon ile travma cerrahisi uzmanlıklarınca üstlenilmektedir. Ancak bu alanda spesifik uzmanlaşma da gelişmektedir. Tıp fakültelerinde ayrı anabilim dalları kurulmakta, özel mesleki örgütler, kurslar ve kongreler yaygınlaşmaktadır.

Acil servislerde diğer servislerde olduğu gibi, tıbbi, idari ve destek birim personelleri bulunmaktadır. Bunların dışında konumu gereği emniyet mensubu personel de bulundurulmalıdır.

3.2.1.Tıbbi Personel

Acil servis ekibinde yer alan tıbbi personeller çeşitli meslek gruplarından oluşmaktadır. Bunlar:

- Doktorlar
- Hemşireler
- Psikologlar
- Sosyal Hizmet Uzmanları

- Tıbbi Teknisyenler(Paramedik, röntgen, anestezi, laborant vb)

3.2.2.Yönetimde Rol Alan Personeller

- Acil Servis Sorumlu Hekimi
- Acil Servis Başhemşiresi
- Yardımcı Hizmetler Birim Sorumluları:

3.2.3.Destek Hizmet Personelleri

- Genel Temizlik Personelleri
- Genel Güvenlik Personelleri
- Yemek Servis Elemanları
- Teknik Birim Personelleri
- Emniyet Personeli
- Hasta Kabul ve Kayıt Memurları
- Muhasebe Elemanları
- Bilgi İşlem Elemanları
- Depo ve Malzeme Sorumluları

3.2.4.Acil Servis Yöneticisi

Acil servislerin yönetimi ve işleyişi, her şeyden önce bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Her ekibin bir sorumlusu olduğundan; acil servislerden sorumlu bir yöneticinin olması gerekmektedir.

Acil servis yöneticisi; hızlı ve yerinde karar verebilmeli, organizasyonu hızlı yapabilmelidir.; sorumlulukları,

- Acil bakım hizmetlerinin planlanması,
- Hizmetin kesintisiz 24 saat sürdürülmesi,
- Koordinasyonu, yönlendirilmesi ve denetlenmesidir.

Acil servis yöneticisinin yönetim fonksiyonları ise;

- Planlama

- Karar verme
- Örgütlenme
- Yönlendirme ve uygulama
- Kontrol etme (Denetleme) dir.

3.2.4.1. Acil Servis Yöneticisinin Özellikleri

- Acil hizmetler alanında yeterli bilgi birikimine sahip olmalıdır.
- Duygularını iyi kontrol edebilmeli, soğukkanlı, güçlü benlik özelliklerine sahip olmalıdır.
- Uzun ve kısa vadeli planlar yapabilmeli, bunun için geleceği görebilme özelliğine sahip olmalıdır.
- Planları yaşama geçirebilecek, uygulamalarda ekibini destekleyecek kararlılıkta ve cesaretle olmalıdır.
- İkna etme ve etkileme gücüne sahip olmalıdır.
- Personeli için eğitim olanakları yaratmalıdır.
- Hızlı karar verme yeteneği olmalıdır.
- Yeniliklere açık, sürekli kendini geliştiren, etik kurallara değer veren yapıda olmalıdır.
- Kişiler arası ilişkilerin iyi temeller üzerinde kurulmasına, ekip üyeleri arasında takım ruhunun benimsenmesine önderlik etmelidir (<http://www.acep.org>, 30.08.2005).

3.2.5. Acil Servis Hemşiresinin Özellikleri

1991 yılında Amerikan Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nursing Association) acil bakım standartlarını belirlemiştir. Acil bakımda gelişmelere paralel olarak; acil servis hemşiresinin de işlevlerini geliştirerek genişletmiştir. Hemşirelik bakım sistemine temellendirilen bu standartlar, acil serviste görev yapan hemşireleri gruplandırmıştır (<http://www.acep.org>, 30.08.2005).

3.2.5.1.Acil Servis Başhemşiresi

Acil serviste triyaj ve acil bakım hizmetlerinin sürdürülmesinden, yönetimindeki ekibin işgücü planlamasından, koordinasyon ve organizasyonundan sorumludur. Acil servis yöneticisinin sahip olması gereken özelliklere sahip olması gerekmektedir. Ekibinin eğitimlerinin sürdürülmesi ve kendilerini geliştirme olanağının yaratılması baş hemşirenin işlevleri arasındadır.

3.2.5.2. Triyaj Hemşiresi

- Acil servise gelen hastaları en seri ve en doğru şekilde değerlendirebilecek bilgi ve deneyime sahip olmalıdır.
- Hasta ile ilgili tüm bilgileri en kısa sürede toplayarak, gerekli girişimlerin zamanında ve doğru olarak uygulanmasına olanak sağlamalıdır.
- Öncelikleri belirleyebilmeli, hızlı karar verebilmeli, oluşabilecek değişiklikleri değerlendirebilmeli ve iletişimi sağlayabilmelidir.
- Hastanın ailesine, hastanın durumundaki gelişmelerle ilgili bilgi vermelidir.
- Her türlü ilkyardım ve acil girişim konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır.

3.2.5.3. Acil Bakım Hemşiresi

Acil servis ekibindekilerle birlikte hastanın bakımını koordine etme becerisine sahip olmalıdır.

- Hastayı acil serviste durumuna en uygun yere almalıdır.
- Hastanın sistemik ve sekonder değerlendirmesini yaparak, bakım ve tedavi girişimlerini planlamalı, uygulamalı ve sonuçları değerlendirerek hastanın sevkini yapmalıdır.
- Hasta ve ailesinde güven duygusu sağlamalı, hastalık yada yaralanma hakkında bilgi vermeli, eğitmelidir.
- İyi mesleki bilgi ve beceriye sahip, kendini geliştirmeye ve değişime açık olmalıdır.
- Hasta hak ve özgürlüklerine duyarlı, mahremiyetine saygılı olmalıdır.

3.2.6. Acil Tıbbi Teknisyen (Paramedik, ATT)

Hastane öncesi acil bakımda, hasta yada yaralıya profesyonel düzeyde acil bakımı veren kişilerdir. Acil tıp hizmetlerinde, ATT yaşam zincirinin anahtarı olarak tanımlanmaktadır. Acil tıbbi teknisyen; olay yerinde, ambulansda ve acil bölümde temel ve ileri yaşam desteğinin sürdürülmesinde görev alır (13).

Yardımcı sağlık elemanlarının uzmanlaşması uzun zaman önce gündeme gelmiş ve bu alanda değişik ülkelerde mesafeler alınmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde bu amaçla yetiştirilmiş Acil Tıbbi Tekniker (ATT)ler görev yapmaktadır. Bunlar ATT-temel, ATT-ara ve ATT-paramedik olmak üzere üç değişik standartta yetiştirilmektedir. ATT-paramedik, ambulansı

kullanma, hasta taşıma görevlerinin yanı sıra, intravenöz tedavi (belli acil ilaçları uygulama), havayolu açma, kardiyak monitorizasyon, defibrilasyon ve bazı cerrahi girişimler gibi ileri yaşam desteği verebilecek düzeyde yetkili olarak çalışmaktadır. Böylece ambulansda doktor, şoför gibi diğer personelden tasarruf sağlanabilmektedir. Ayrıca ATT-paramedik kurtarma konusunda da eğitim görmektedir. A.B.D.inde hekim yerine kullanılan bu grubun, Avrupa'da ATT-ara düzeyinde yetiştirilip, hekimle beraber çalışmalarının daha uygun olacağı görüşü yaygındır. Ayrıca kurtarma görevinin bu konuda ileri düzeyde eğitim görmüş, daha gelişmiş araç gerece sahip itfaiye çalışanları tarafından üstlenilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür (12,13,29) .

ATT lerin sahip olması istenilen özellikler şöyle sıralanmaktadır:

- Kurtarma ve bakımda hem kendisinin, hem hastanın hem de çevredekilerin güvenliğine önem vermelidir.
- Mimik, jest ve ses tonu ile güven verici olmalı, sakin, cesur ve kararlı olmalıdır.
- Görevini gerektiği şekilde sürdürebilmesi için vücudunu her zaman formda tutmalı, ortalama 50 kg kaldırabilmelidir.
- Atik olmalı, ruhsal ve fiziksel yönden sağlıklı olmalıdır.
- Önderlik yapabilme ve karar verme yeteneğine sahip olmalıdır.
- Profesyonel sağlık personeli olarak nazik, uyumlu, becerikli ve iyimser olmalıdır.
- Hastanın ne gibi sorunu olduğunu vaka yerini inceleyerek, çevresinde bulunan kişilerden bilgi alarak ve hastayı muayene ederek belirlemeli, aynı zamanda triyaj yapma becerisine sahip olmalıdır (<http://www.acep.org>, 30.08.2005).

3.3.Acil Serviste Karşılaşılan Sorunlar

Çok temiz; iyi bir tıbbi ve teknik donanımlı, zengin kadroya sahip, tüm ameliyatların yapılabilirdiği bir hastanede acil servis yoksa ya da bilimsel ve mimari anlamda uluslararası standartlara uymuyorsa, “iyi hastane”den söz edilemez. Acil servisler, hastanelerin vitrini ve sağlık sisteminin aynasıdır. Burada sunulan hizmetin kalitesi, gelişmişlik göstergeleri ile doğru orantılıdır.

Acil servisler, hastalar, hasta yakınları ve burada çalışanlar için stresli ortamlardır. Acil servis çalışanları zaman zaman hasta yakınları tarafından, sözel veya fiziksel şiddet olaylarına maruz

kalmaktadır. Ülkemizde de; son yıllarda acil servislerde çalışanlara yapılan saldırı olayları artmıştır. Bunun örnekleri yazılı ve görsel basında izlenmektedir.

Tedavinin gecikmesi, bekleme süresinin uzaması, tedaviye rağmen hastanın kurtarılamaması gibi nedenlerle hasta yakınları suçlu arayabilir ve bu suçlu da zaman zaman acil servis ve burada çalışanlardır (<http://www.acep.org>, 30.08.2005).

Olası saldırılara karşı önlem alınmalı, polis ve güvenlik görevlisi daima odasında bulunmalıdır. Saldırı olabileceği düşünüldüğünde, yardım istenmeli, saldırmaya hazırlandığı düşünülen kişi ile arada güvenlik mesafesi bırakılmalıdır. Acil servislere girişler güvenlik görevlileri tarafından denetlenmelidir. Hasta yakınları acil servis içinde bulunan tedavi alanlarına alınmamalı, kendileri için ayrılan bekleme odalarına alınmalıdır ve burada kendileri ile görüşülmeli ve yeterince bilgi verilmelidir. Çünkü bilgi sahibi olunmadığında da insanlar şiddete başvurabilmektedir (Miller, Herman, "Emergency Department" (Çevrimiçi) [http // www. hermanmiller. com /edgs0699](http://www.hermanmiller.com/edgs0699), 18.11.2001)

4. DÜNYADAKİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ MODELLERİ

4.1. Amerika Birleşik Devletleri

Ülke genelinde polis, itfaiye ve ambulans hizmetleri için tek telefon numarası (911) öngörülmüştür. Ancak kırsal kesimde farklı acil çağrı numarası kullanan bölgeler de bulunmaktadır. Örneğin, A.B.D. Teksas eyaletinde Meksika sınırında bulunan Val Verde şehrinde acil çağrı numarası 775-1111'dir. Topluma yönelik ilkyardım eğitiminde: "*Acil çağrı için 911 veya yerel numarayı arayın!*" ifadesi yer almaktadır.

İleri teknoloji kullanan komuta merkezlerine "*Gelişmiş komuta merkezi*" denmektedir. Buralarda, gelen çağrı ile birlikte ekrana arayan abonenin telefon, adres, kimlik ve benzeri bilgileri yansımaktadır. Böylece arayan kişi konuşmasa bile, bu adrese ambulans gönderilebilmektedir. Bilişim teknolojisindeki gelişmeler, komuta merkezinin işlevini kuvvetle desteklemektedir.

Komuta merkezi, ayrıca arayan kişiye, ambulans ulaşıncaya kadar geçen sürede tıbbi danışmanlık verebilecek şekilde planlanmıştır.

1960'ların sonunda acil ambulans hizmetleri kardiyak bakım ağırlıklı, doktor ve hemşireden oluşan ekiple çalışmaktaydı. 1966'daki "Karayolları Trafik Güvenliği Yasası" modern anlamdaki hastane öncesi travma organizasyonuna ivme kazandırmıştır.

Bugün Amerika Birleşik Devletleri'nde eyaletler düzeyinde oluşturulan *Hastane öncesi travma organizasyonu* eyaletlerin alt bölgelerinde kurulan "Acil Tıp Servisleri (EMS: Emergency Medical Services)" aracılığıyla hizmet vermektedir. Şehir yönetimine bağlı çalışan bu sistem itfaiye ve kurtarma hizmetleri ile işbirliği içerisindedir. Bölgenin yapısına göre gönüllü desteğini de alarak birleşik veya ayrı istasyonlar şeklinde örgütlenmiştir.

Komuta merkezi şehir yönetimine bağlı ayrı bir kurumdur. Genellikle birleşik komuta merkezi, yani itfaiye, polis ve ambulans hizmetlerinin aynı merkezden yönlendirilmesi tercih edilmektedir. Ancak bu merkez içerisindeki çalışanlar arasında işbölümü yapılabilmektedir. Özellikle polise yönelik çağrılar, bu konuda özelleşmiş elemanlara yönlendirilmektedir.

Örneğin, Kaliforniya eyaletinin 110.000 nüfuslu Berkeley şehrinde her noktasına en fazla 5 dakika içerisinde ulaşılabilir şekilde 5 itfaiye istasyonu kurulmuştur. Bunların 3 tanesinde ambulans bulunmaktadır. Acil çağrı üzerine en yakın istasyonda ambulans bulunmuyorsa, çok amaçlı itfaiye kamyonu ve yakında bulunan uygun ambulans birlikte görevlendirilmektedir. İtfaiye aracının standart ekibini oluşturan 3 itfaiye elemanı aynı zamanda 40 saat süreli ileri ilkyardım eğitimi ilk yardımcı (*First Responder:FR*) almıştır. Böylece itfaiye elemanları ilk 5 dakika içinde ilk girişimi başlatmakta, olay yerine ulaşan ambulanda görevli teknikerler (genellikle 700 saat eğitilmiş EMT-I düzeyi) ve gereğinde çağrılan paramedikler (1200 saat acil tıp eğitilmiş kişiler) hastayı devralmaktadırlar. Uzayan kurtarma veya kitle yaralanmalı acil durumlarda çağrı cihazı ile bilgilendirilen servisin tıbbi müdürü olan doktor gerekli görürse olay yerine gelmektedir. Yine gerek görülürse, hastane acil servisinden de olay yerine doktor gönderilmektedir. Bu kademeli sistem ülke genelinde yaygın olarak uygulanmaktadır.

New York örneğine bakıldığında, şehir merkezinde 7 milyon, çevresinde ilave 10 milyonluk bir nüfustan, tek bir "Acil Tıbbi Servis (EMS)" sorumludur. 350 civarında ambulansla, tamamı profesyonel toplam 3000 acil tıbbi tekniker (700 saatlik eğitilmiş EMT-I ve 2000 saatlik eğitilmiş EMT-P'ler) günlük ortalama 3000 olgu çıkışı gerçekleştirmektedirler. 1996 yılında bu servisin yönetimi diğer Amerikan şehirlerinden farklı olarak New York İtfaiye Müdürlüğü'ne (New York Fire Department) bağlanmıştır.

Komuta merkezinde görevli “Çağrı karşılayıcılar (dispatcher)” özel bir eğitimden geçmiştir.

Ulusal Karayolları Trafik Güvenliği İdaresi, acil tıbbi tekniker eğitimi için 3 standart önermiştir. *EMT-B (Emergency Medical Technician-Basic) 110 saat, EMT-I (Intermediate) 400 saat ve EMT_P (Paramedic) en az 1200 saat eğitim görmelidir.* Ayrıca itfaiye, polis ve kurtarma elemanlarının 40 saat ilkyardım eğitimi (*İlk yardımcı: FR:First Responder*) görmeleri önerilmiştir. Bunlardan FR, EMT-B ve EMT-P tüm eyaletlerde kabul edilmiştir. Ayrıca *EMT-Şok, Travma* gibi ara standartlar da çeşitli eyaletlerde geliştirilmiştir. Halen ülke genelinde ambulansların tamamında görevlendirilebilecek sayıda paramedik bulunmamaktadır. Bun nedenle olay yerine ilk ulaşan çoğunlukla FR veya EMT-B olmakta, bu durumda eş zamanlı olarak veya olay yerinden gelen talep üzerine paramedik ayrıca gönderilmektedir. (<http://www.atd.org.tr/> 30.04.2001)

A.B.D.’de sağlık alanındaki mesleki hatalar (Mal practice) titizlikle sorgulanmaktadır. Mal practice sigortasının yaygın bir gereksinim halini aldığı bir ortamda, en kritik tıbbi bakımın uygulandığı hizmet dalının tamamen hekim dışı personele bırakılması düşünülemez. Hizmetin etkin, güvenli ve istenen standartta sürdürülmesi için hekim kontrolü dikkatli şekilde planlanmıştır.

Hekim kontrolü iki şekilde sağlanmaktadır. Hastane acil servis hekimine, olay yerindeki tekniker telsiz veya telefon aracılığıyla her an ulaşabilmektedir. Kendisine tanınmış yetkiyi aşan durumla karşılaştığında hemen bu hekime danışmaktadır.

Diğer yöntem, her acil tıp servisinin bir tıbbi müdürü olmasıdır. Acil tıbbi teknikerlerin olay yerinde-yolda uyguladıkları veya uygulamadıkları tıbbi girişimin sorumluluğunu sürekli olarak bu tıbbi müdür, ayrıca danışıldığında acil servis hekimi üstlenmektedir. Acil tıbbi teknikerlerin hizmet içi eğitimi, performans çizelgeleri, yetersiz olduğu düşünülen çalışanların takibi ve desteklenmesi tıbbi müdürün görevidir. Daha çok travma cerrahı, acil tıp uzmanı veya aile hekimi olan bu hekim sürekli çağrı cihazı taşımakta, büyük kazalarda, uzayan kurtarmalarda mutlaka olay yerine gitmekte, gereğinde eğitim ve denetim için acil tıbbi teknikerlerle birlikte ambulans çalışmaktadır. Acil servis hekimlerinin ve tıbbi müdürlerin, acil tıp servislerinin olanak ve sınırlarını iyi bilmeleri gerekmektedir.

Yani yaygın olarak bilinen, “A.B.D.’nde Hastane öncesi travma organizasyonu paramediklerce yürütülmekte, doktor burada hiç görev yapmamaktadır” görüşü tam olarak gerçek durumu yansıtmamaktadır. Ancak olay yerine Avrupa modelindeki sıklıkta doktor gönderilmediği de bir gerçektir.

Sistemde kullanılan ambulanslar 1974 yılında 3 tip olarak tanımlanmıştır:

- Tip I ambulans: Kamyonet tipi araç olup, hasta ve şoför kabinleri birbirinden bağımsızdır.
- Tip II ambulans: Tavanı yükseltilmiş, kapalı minibüs tipi araçtır.
- Tip III ambulans: Kamyonet tipinde, ancak hasta ve şoför kabinleri arasında geçiş olanağı olan bir araçtır.

1983’ te *Temel yaşam desteği ambulansı*, 1988’ de *İleri yaşam desteği ambulansı* donanımı tanımlanmıştır. Ambulanslar gereğinde 2 yaralı taşıyabilecek yapıdadır. Ambulansta sedye ve sabitleyiciler, teknikerin eğitim düzeyine göre kullanma yetkisi verilmiş ilaç ve tıbbi malzeme bulunmaktadır. Avrupa’ dan önemli bir fark, travma olgusu için kaşık sedye değil, omurga tahtası kullanmayı tercih etmeleridir. İtfaiye ile yakın işbirliği nedeni ile, ambulanda yangına dayanıklı giysiler bulunmaktadır.

Kore Savaşında ilk olarak denenen, Vietnam savaşında geliştirilen ambulans helikopterler, ilk olarak 1970 yılında 35 adet askeri helikopter ve acil tıp servislerinde görevli teknikerler ile toplum hizmetinde denenmiştir. Zamanla yaygınlaştırılan helikopter ambulanslar, temel veya ileri yaşam desteği sağlayabilecek tiptedirler. Ayrıca 200 km’ yi geçen uzaklıklar için hasta taşınmasında ambulans uçaklar kullanılmaktadır.

Ambulans donanımı çantalarda bulunmaktadır. Hava yolu çantasında entübasyon seti ve portatif O₂ cihazı bulunmaktadır. İlaç çantası genellikle sert plastikten üretilmiştir. Ayrıca servikal yakalılık çantası ve travma çantası bulunmaktadır. Çantalar omuzdan askılı veya sırt çantası şeklinde tercih edilmektedir.

4.2 Almanya

Almanya 16 eyaletten oluşmuştur. *Hastane öncesi travma organizasyonu* konusunda yetki eyaletlere bırakılmıştır. Bu nedenle sistem genellikle aynı olmakla birlikte, eyaletler arasında

küçük farklılıklar bulunmaktadır. Ülke genelinde polis için 110, itfaiye ve ambulans hizmetleri için 112 acil çağrı numaraları öngörülmüştür. Ayrıca acil ambulans çağrısı için 19 222 numarası ayrılmıştır. Genelde, itfaiye ve ambulans komuta merkezleri birleşiktir (entegre komuta merkezi). Ancak acil ambulans hizmeti sunan örgütler genellikle kendi komuta merkezlerini oluşturmuştur. Bu merkezlere 19 222 numara yönlendirilmiş ve 112'nin yönlendirildiği birleşik komuta merkezlerine direk hatla bağlantı kurulmuştur. Bu iki merkez arasındaki işbirliğinin işleyişi bölgelere göre değişmektedir. Genellikle ambulans görevlendirmeleri birleşik komuta merkezi tarafından yapılmakta, 19 222 numaraya gelen çağrılar birleşik komuta merkezine aktarılmaktadır. Ancak bazı bölgelerde bu sıra tersine çevrilmiştir.

Komuta merkezlerinde, haberleşme ve bilgi işlem uygulamalarında ileri teknolojiden yararlanılarak veri girişinde ve karar almada önemli kolaylıklar sağlanmıştır. Örneğin, ambulanslardaki telsizlere bağlanan numarator ile sık tekrarlanan belli anonslar (göreve çıkış, olay yerine varış gibi) belli kodlarla bildirilmekte ve bilgi işlem sisteminde olgu formuna bu işlemlerin zamanı otomatik olarak işlenmektedir. Böylece hem telsiz sisteminde konuşma yoğunluğu azaltılmakta, hem de bilgi işlemde veri girişi hızlandırılmaktadır. Bilgi işlem sistemine acil çağrı bilgileri (adres, olayın niteliği, etkilenen kişi sayısı) girilirken, sistem karar önerisinde de bulunmaktadır (en yakın uygun ambulans istasyonu, büyük kaza planları gibi). Bilgi işlemde hizmet kararı onaylandığı anda, ilgililerin çağrı cihazına kimlik, adres ve ön tanı bilgileri sistem tarafından gönderilmektedir.

Komuta merkezleri, ambulans helikopter, abone olanların günlük kontrol edildiği özel acil hatlar, yarı acil olgular için muayenehanelerin kapalı olduğu saatlerde devreye giren acil ev doktorluğu sistemi ve acil olmayan hasta nakilleri gibi hizmetlerin yönlendirilmesini de üstlenebilmektedir.

2. Dünya Savaşı sonrasında Almanya'nın güneyi A.B.D., kuzeyi ise İngiltere tarafından yönetilmiştir. Bu süre zarfında güneyde hasta taşıma hizmeti için Kızılhaç, kuzeyde ise İtfaiye görevlendirilmiştir. Zamanla bu hizmet için *Malteser Hilfsdienst* (katolik görüşte yardım örgütü), *Johanniter Unfall Hilfe* (Protestan görüşte yardım örgütü), *Arbeiter Samariter Bund* (işçilerin dayanışma örgütü) ve sınırlı sayıda özel girişimci yetkilendirilmiştir.

1960'lı yıllarda hızla artan kalp damar hastalıkları, trafik ve iş kazaları sıklığı, acil ambulans hizmetinin önemini artırmıştır. Yapılan araştırmalarda, olay yerinde erken dönemde nitelikli

tıbbi bakımın başlatılması halinde acil olgularda ölümlerin % 10-20 oranında azaltılabileceği, yine hastanede bakımın süresinin ve maliyetinin de düşürülebileceği saptanmıştır. Böylece, hekimin olay yerine gönderildiği acil yardım modeli seçilmiştir. Almanya’da hastane öncesi travma organizasyonunun amacı, olay yerinde yaralının taşınmaya uygun hale getirilmesi (fiksasyonu ve stabilizasyonu), nakil süresince tıbbi destek sağlanması ve durumuna en uygun hastaneye götürülmesidir.

Almanya’nın önemli özelliği geliştirdiği “*Randevu sistemi*”dir. Bu sistemde, iki teknikerin görev yaptığı acil yardım ambulansları ve birkaç ekipten sorumlu bir acil doktor bulunmaktadır. Eyaletlere göre doktor olay yerine (geçiş üstünlüğü ve tıbbi donanımı bulunan, ancak sedye içermeyen) özel bir araçla veya bir acil yardım ambulansı ile gitmektedir. Komuta merkezi, çağrıyı aldığı anda veya olay yerindeki teknikerin talebi üzerine doktorun gidişine karar vermektedir. Ambulans ve doktor böylece olay yerinde buluşmakta, ilk gelen girişimi başlatmakta, acil hekim ulaştığında hasta veya yaralının sorumluluğunu üstlenmektedir. Acil doktor duruma göre, hasta veya yaralıyı taşınmaya uygun hale getirdikten sonra ambulansla göndererek olay yerinden ayrılmakta veya kendisi de ambulansa binerek hastaneye kadar eşlik etmektedir.

Eyaletler bu konudaki yasalarında örgütlenme kriteri olarak yanıt süresini yani acil çağrının gelişinden, ambulansın olay yerine ulaşmasına kadar geçen süreyi seçmişlerdir. Buna göre tüm olguların %95’ ine yanıt süresinin kentsel alanda 10–12 dakikanın, kırsal alanda 16–18 dakikanın altında tutulması gerekmektedir.

Almanya’ nın diğer ülkelere önemli bir üstünlüğü, ülke bütününe alan kaplama yöntemiyle ambulans helikopter güvencesi altında bulunmasıdır. Almanya’nın her noktasına en fazla 12 dakika içerisinde helikopter ambulans ulaştırılabilmesi için, her 50 km yarıçaplı alana bir helikopter görevlendirilmiştir.

Almanya’ da 6 yıllık tıp eğitiminden sonra hekimler, hasta sorumluluğunu alabilmek için 1,5 yıl süre ile staj (*Arzt im Praktikum*) yapmak zorundadırlar. Bu süreci tamamlayan hekimler 80 saatlik bir kursu başarıyla tamamladıklarında, acil yardım sisteminde görev yapabilmektedirler. Uygulamada daha çok anestezi uzmanları ve ana klinik dal uzmanları, ayrıca büyük kentlerde bu alanda en az iki yıllık asistanlar ambulans hekimliğini ek iş olarak yürütmektedirler. Helikopterde görev yapacak hekim için genellikle travma cerrahisinde en az iki yıllık deneyim koşulu aranmaktadır. Tüm bu hekimlerin acil yardım kursunu başarıyla

tamamlamış olmaları ve özellikle helikopter ambulansda görev yapacak doktorların en az 10–20 ileri yaşam desteğinin uygulandığı olgu çıkışında refakatçi olarak bulunmuş olmaları koşulu aranmaktadır.

Yönetici acil doktor, kitle yaralanmalarında olay yerine gelen sağlık ekiplerinin ürettiği tıbbi hizmeti yönetmekle sorumludur. Bu yetkiyi alabilmek için, deneyimli acil doktorların 40 saatlik ek bir kursu daha başarıyla bitirmeleri gerekmektedir.

Acil tıbbi tekniker eğitim iki düzeyde verilmektedir. 1977 yılında ilk kez, hastane öncesi acil hizmetlerde görev yapacak hekim dışı sağlık insangücü tanımlanmış ve 520 saatlik eğitim programı koşulu getirilmiştir (*Rettungssanitäter*). 1989 yılında 2 yıl eğitim gerektiren bir acil tıbbi tekniker düzeyi (*Rettungsassistent*) daha tanımlanmıştır. Ayrıca *Rettungssanitäter* ve hemşirelerin *Rettungsassistent* yetkisi alabilmeleri için tamamlayıcı eğitim programları geliştirilmiştir.

Rettungsassistent, hekimin ulaşamadığı acil durumlarda belirli girişimler için yetkilidir. Alman Tabipleri Birliği'nin tespit ettiği bu girişimler şunlardır: İntravenöz sıvı (izotonik, Ringer laktat) tedavisi, entübasyon, dolaşım durması halinde i.v. veya inhalasyon yoluyla yeterli dozda adrenalin vermek, yarı veya tam otomatik olması koşuluyla defibrilatör kullanmak, belli ilaçların inhalasyon, oral veya topikal formlarını kullanmak, hifoglisemi komasında glikoz çözeltisi vermek gibi.

Acil yardım ambulansları, tek hasta veya yaralıyı taşıyacak şekilde planlanmış büyük boyutlu araçlardır. Ortaya yerleştirilmiş sedye hareketli bir platform üzerindedir. Bu platform yükselip alçalabilmekte, öne veya arkaya yatabilmekte (örneğin şok pozisyonu için), ambulans hareket halindeyken hasta veya yaralının konforu için yaylanabilmekte veya girişim için sabitlenebilmektedir.

Ana sedye yanında vakum ve kaşık sedyeler bulunmakta, ancak kombinasyon sedye ve omurga tahtası kullanma alışkanlığı bulunmamaktadır. Her acil yardım ambulansında mutlaka portatif O₂ tedavi ünitesi, ventilatör, elektrikli (veya şarjlı) aspiratör ve yarı otomatik defibrilatör bulunmaktadır. Tıbbi malzeme çanta sistemi (*Ulmer Koffer*) içinde standartlaştırılmıştır. Genellikle reanimasyon, cerrahi ve pediatrik çantalar bulunmaktadır. İlaçlar acil tıbbi teknikerin kullanabilecekleriyle sınırlıdır. Serumlar için ısıtıcı bir bölüm

mevcuttur. Acil doktor aracında da sedye ve sabitleyiciler haricinde, bu donanımın aynısı ve acil ilaçlar bulunmaktadır.

4.3. Fransa

Acil sağlık hizmeti için kullanılan çağrı numarası 15'tir. İtfaiye (pompiers) 18, polis 17 acil çağrı numaralarını kullanmaktadır.

Fransız sisteminin özelliği, hekimin çağrı karşılanmasından olay yerine kadar her aşamada görev almasıdır. Sistemin birbirini tamamlayan iki önemli ilkesi bulunmaktadır:

1. Her acil çağrı en kısa zamanda en uygun yanıtı bulmalıdır. Bu eldeki olanakların optimum kullanımını sağlar.
2. Bu hedefe, her tür acil olguya hâkim ve telefonla acil olguların yönlendirilmesi konusunda eğitilmiş bir hekimin yardımıyla en kısa sürede ulaşılabilir.

Fransa'da ambulans hizmeti önceleri Savunma Bakanlığı'na bağlı itfaiye örgütü tarafından sürdürülmekteydi. 1955 yılında hastanelerde ilk "*Mobil reanimasyon yardım ekipleri (SMUR: Service Mobile d'Urgence et de Reanimation)*" oluşturulmuştur. Başlangıçta bu ekiplerin görevleri kaza kurbanlarının tıbbi bakımı ve hastaneler arası nakliydi. İlk başarılı deneyimler üzerine 1965 yılında sistem tüm Fransa'ya yaygınlaştırıldı. Aynı yıl bu mobil reanimasyon ekipleri ve konumlandıkları hastaneleri düzen altına almak için bir bakanlıklar arası kurul teşkil edildi.

1968 yılında tüm acil çağrılarının düzenleneceği ve bu ekiplerin yönlendirileceği merkezler (*Regulation*) oluşturuldu. 1974 yılından beri hastanelerde görevli uzman hekimlerin yanında, pratisyen hekimler de komuta merkezlerinde çalışmaktadır.

1978 yılında ücretsiz acil aramalar için 15 numaralı hat tahsis edildi. Polis 17 ve itfaiye 18 numaralı hatları daha önce kullanmaya başlamışlardı. 1986 yılında "*Acil tıbbi yardım servisi (SAMU-Service d'Aide Medicale Urgente)*" sisteminin hukuku altyapısını oluşturacak yasa çıkarıldı.

SAMU merkezlerinin görevleri 1986 yılında çıkarılan yasayla düzenlendi. Bu görevlerin başlıcaları şunlardır:

1. SAMU merkezleri devlet hastanelerinin bir birimidir.
2. Hekim kontrolünde acil çağrı hizmetinin sürekliliğini sağlarlar.
3. Acil çağrının türünü en kısa zamanda belirleyerek, uygun yanıtı saptarlar.
4. Hastanın tercihinine uyumlu olarak, kamu ve özel yataklı tedavi kapasitesinin etkin kullanımını gerçekleştirirler.
5. Hastanın uygun bir araçla hastaneye ulaştırılmasını sağlarlar.
6. Hastanın sorununa uygun birime ulaştırılmasını sağlarlar.
7. Özellikle kitlesel etkinlikler ve çok sayıda kurban veren kazalara yönelik kamu güvenliği için gerekli planların hazırlanması ve uygulanmasında görev alırlar.
8. Acil tıp eğitimini üstlenirler ve tüm sağlık personelinin yeterli ilkyardım eğitimi almasını gerçekleştirirler.

Hekimli komuta merkezleri, SAMU olanaklarının optimum kullanımını sağlamaktırlar. Bu merkezler, anesteziist veya acil tıp eğitimi görmüş hekim içeren SMUR ekibini, gerçekten gereksinim duyulan olgulara görevlendirmektedir.

Fransa'da toplam 105 (ortalama 500.000 nüfusa sahip her yerleşim biriminde bir) SAMU merkezi ve 350 SMUR birimi bulunmaktadır.

Paris SAMU örgütü örnek olarak incelenirse:

Şehir merkezinde gündüz 5 milyon, gece 2,5 milyon insan yaşamaktadır. Bu bölgede bir SAMU merkezi ve 6 SAMU istasyonunda toplam 4 SMUR otomobil (gereğinde hekimi olay yerine hızlı ulaştıracak tıbbi donanımlı ve geçiş üstünlüklü otomobil), 11 SMUR ambulans (biri pediatrik) bulunmaktadır. Aynı bölgede itfaiyeye ait 290 istasyon bulunmaktadır. Her noktaya en fazla 3 dakika içerisinde yetişecek şekilde konumlanmış itfaiye istasyonlarında ambulanslar da bulunmakta, bu ambulanslarda görevli itfaiye erleri, acil durumlarda ilk girişimi başlatabilmektedirler. Eğer hasta veya yaralının yaşam tehlikesi yoksa bu ambulanslar hastaneye götürmekte, yaşam tehdidi varsa olay yerine SMUR ekibi de gönderilmektedir. Ayrıca hastaneler, Kızıllıhaç ve özel sektöre ait ambulansları da gereğinde olay yerine gönderilebilmektedirler.

Komuta merkezinde aynı anda 2-3 hekim (1-2 genel cerrah, 1 pediatrist), bir telsizci ve 3-5 çağrı karşılayıcı personel çalışmaktadır. Merkez gelen çağrının türüne göre danışmanlık yapabilmekte, bölgedeki ev doktorunu, özel araçlarda görev yapan acil doktoru (*S.O.S. Medecine*) veya istasyonlarda bulunan SMUR ekibini gönderebilmektedir. Olguya yapılan yardım olay yerinden merkeze bildirilir. Her olgu için bir form doldurulur, hastaneye götürülmesi halinde formun bir örneği hastanede bırakılır.

Her SAMU merkezinin bir tıbbi müdürü bulunmaktadır. SMUR ekiplerinde uzman hekimler görev yapmaktadırlar. Örneğin Paris örgütünde 60 uzman hekim (anestezi, dahiliye, kardiyoloji, acil tıp, psikiyatri...) çalışmaktadır. Ambulanslarda ayrıca 2 yıl (her ay bir hafta teorik, kalan süre nöbetler halinde pratik) eğitim görmüş hekimler de görev yapmaktadırlar.

Komuta merkezinde acil çağrılara yanıt konusunda 6 ay özel eğitim görmüş operatörler (iletişim alanında yüksek okul mezunu) hizmet yapmaktadırlar. SMUR ekiplerinde anesteziyoloji konusunda eğitim görmüş hemşireler vardır. Ayrıca ekipte ambulans şoförleri de yer almaktadırlar.

Merkezde tıbbi araç gereç yönetiminden sorumlu personel ile tıbbi veri girişinden sorumlu personel bulunmaktadır. Ayrıca merkezde ve ambulansda öğrenciler de staj yapabilmektedirler.

SMUR ambulansları tek hasta veya yaralı taşımaya yönelik hazırlanmıştır. Ortada bulunan sedyenin ön tarafında tüm ilaçlar ve tıbbi araç gerecin bulunduğu dolapları içeren bir tezgah vardır. Ambulansda reanimasyon için gerekli tüm araç gereç ve ilaçlar bulunmaktadır. Fransa'da myokard infarktüsü sonrası trombolitik tedavi olay yerinde uygulanmaktadır; dolayısıyla ambulans donanımı buna uygundur.

Büyük merkezlerde bulunan pediatrik ambulanslarda, tıbbi araç-gerecin pediatrik boyaları ve portatif kuvöz bulunmaktadır.

4.4. Rusya

Acil sağlık hizmeti için kullanılan ağrı numarası 03' tür. İtfaiye 01, polis 02 acil ağrı numaralarını kullanmaktadır.

Moskova'da 17. yüzyılın başlarında Fedor Ptışov hastanesi bir iyiliksever tarafından yaptırılmıştır. Bu kişinin örgütlediği atlı arabalar, soğuktan donan veya acil yardıma gereksinimi olan kişileri toplayıp bu hastaneye getirirlerdi. 1861 yılında Venski Operası'nda çıkan yangında yüzlerce kişinin ölmesi üzerine, şehir bütçesi olanaklarıyla ilk acil yardım istasyonu kuruldu. 1919 yılında Moskova, Petrograd, Kiev ve Odesa şehirlerinde acil yardım hizmeti yeniden yapılandırıldı. 1933 yılında acil yardım istasyonlarını düzenleyen bir yasa çıkarıldı.

Acil sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı, acil olmayan nakilleri ve evde tedavi hizmetlerini de içeren bir sistemdir. Acil olgular evinde, ayakta olarak acil poliklinikler veya acil yardım istasyonlarında, acil hastanede veya genel hastanelerin acil servislerinde tedavi edilebilmektedirler.

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilen acil sağlık hizmetlerinin sunumu için 50.000'in üzerinde nüfusa sahip her şehirde bir acil yardım istasyonu kurulması öngörülmektedir. Ayrıca nüfus 100.000'i geçince, şehrin her noktasına en fazla 15 dakika içerisinde ulaşmayı sağlayacak şekilde, her 7 km çapında alana bir adet olmak üzere alt istasyonlar kurulmuştur. Kırsal kesimde ulaşma süresi sınırı 30 dakika olarak belirlenmiştir. İstasyonda komuta merkezi, idari bölüm, ekiplerin odaları, depolar, garaj ve helikopter pisti yanında, acil hasta bakımı için bölümler de bulunmaktadır.

Acil yardım ekipleri 3 farklı düzeydedir:

- Taşıma ağırlıklı ekiplerde 2 "*Feldşer (Pheldscher)*", bir sağlık memuru ve bir şoför görevlidir.
- Genel acil yardım ekiplerinde bir hekim, iki feldşer (veya bir feldşer ve bir anestezi teknisyeni) ve bir şoför görevlidir.
- Uzman ekipler ilk defa 1988 yılında hizmete girmiştir. Genel ekipten farkı ekipteki hekimin ileri uzmanlık eğitimi bulunmasıdır.

Komuta merkezinde çağruları hemşireler karşılamaktadır; uzman ekip gönderilmesi veya sağlık danışma hizmeti hekim sorumluluğunda bulunmaktadır. Ambulans hekimi evde tedavi düzenleyebilir, reçete ve 3 güne kadar iş göremez raporu verebilir. Ancak daha uzun rapor, adli rapor veya alkol muayenesi için yetkisi bulunmamaktadır.

Rusya'da konuyla ilgili eğitimin yapıldığı sağlık meslek liseleri üç tiptir:

- 3 yıllık bölümde hemşire veya sağlık memuru yetiştirilmektedir.
- 3 yıllık bölümde feldşer-laborant yetiştirilmektedir.
- 4 yıllık bölümde kırsal kesimde belli tedavi yetkileri bulunan feldşer yetiştirilmektedir.

Rusya'da acil tıbbi tekniker eğitimi bulunmamaktadır.

Tıp fakülteleri erişkin, çocuk tedavisi, biyomedikal, koruyucu hekimlik gibi konularda uzmanlaşmıştır. Tıp fakültesi sonrasında hasta sorumluluğunu alabilmek için hekimlere 1 yıllık pratik zorunluluğu (internatura) vardır. Böylece temel tıp eğitimini bitiren hekim, belli ana dallarda uzman kabul edilmektedir. Ambulansta çalışan hekimler için mezuniyet sonrası kurslar, acil tıp uzmanlığı gibi eğitimler geliştirilmektedir. Bu hekimler genel acil ekiplerde görev almaktadırlar. Ayrıca ileri uzmanlık eğitim almış hekimler ise uzman ekiplerde görev yapmaktadır. Bu düzenlemeye göre, nüfusu 100.000 üzerinde olan yerleşim yerlerinde bir pediatri uzman ekibin bulunması gerekmektedir. Büyük şehirlerde anestezi, nöroloji, kardiyoloji, travmatoloji, psikiyatri gibi dallarda uzman ekipler oluşturulmuştur. Bu ekipte görev alan hekimlerin uzmanlık eğitimi sonrasında kendi alanlarında en az 3 yıl klinik deneyim koşulu aranmaktadır.

Ambulans olarak Rus yapımı (şehir tipi, arazi tipi) minibüsler kullanılmaktadır. Gereğinde iki hasta taşımaya uygun yapıdaki ambulanslarda yerli üretim tıbbi malzeme kullanılmaktadır. Sedye sistemleri, sabitleyiciler ve çanta sistemi içerisindeki tıbbi malzeme Avrupa modeline benzemektedir. Her 10 yılda bir yenilenmesi öngörülen ambulanslar ve tıbbi donanım, kısmen eksik ve eskidir. Defibrilatör, şarjlı aspiratör, ventilatör gibi cihazlar çoğu ambulanda bulunmamaktadır.

4.5. İngiltere

Yapısal olarak ABD'deki sisteme benzer. Paramedik eğitimi ve protokoller ABD' dekiye yakındır. İYD Ambulanslarında hekimler görevlidir. Kırsal alanda ise pratisyenler görevlidir. Gündüz saatlerinde helikopter hizmeti mümkündür.

4.6. Polonya

Yaklaşık 450 ambulans istasyonu bulunmaktadır. Bu ambulansların çoğu hastanelerde veya sağlık birimlerindedir. Ortalama müdahale mesafesi TYD için 20 mil & İYD için 30 mil' dir. Yaklaşık 4800 ambulans – 165'i İYD Çağrılarının %70 acil değil. Halkın çoğunun özel arabası yok. Hizmet devlet tarafından karşılanıp, ücretsizdir. Helikopter imkanları çok kısıtlıdır. İYD ambulanslarında hemşire, hekim ve sürücü vardır. Tanımlanmış eğitim programları yoktur.

Polonya' da hekimlerin %75'i uzmandır. Birinci basamak iyi gelişmemiş, aile hekimliği çok yenidir. Hekimler ek gelir olarak ambulanslarda da çalışmaktadırlar. Kişi başına düşen hekim sayısı yüksektir.

4.7. Hollanda

35 komuta kontrol merkezi, 86 ambulans servisi, Yılda 800,000 olguya çıkış, 400 ambulans istasyonu, 637 araç, 1500 hemşire & 1400 sürücü, Ambulanslarda 1 hemşire ve 1 sürücü bulunmaktadır.

Komutada görevli personel hemşire veya paramediktir. Hemşire ve sürücüler için tanımlanmış bir kurs programı vardır. Hastane öncesi travma yaşam desteği kursu eklenmiştir. Protokoller standarttır. Kalite güvence sistemleri mevcuttur. Helikopter hizmeti verilmektedir.

4.8. İtalya

1992' de Sağlık Reform Yasası ile hastane öncesi hizmetlerin geliştirilmesi için kaynak ayarlanmıştır. Hemşirelerinde girişim yapmasına izin verilmiş olup bölgesel farklılık çok fazladır. Acil Tıp; İç hastalıklarının alt dalı olmaktadır. 3 yıl iç hastalıkları sonrası 2 yıl acil tıp. İKYD kursları başladı. Bazı bölgelerde gündüz helikopter hizmeti vardır. EMS hekimleri

“1. öncelikli” çağrılara yanıt vermekte – arabalarla. Bazıları EMS hekimleri – 6 aylık tanımlanmış eğitim vermektedirler. Diğer İYD ünitelerinde bir hemşire ve sürücü var. Hekim fazlalığı sorunu mevcut

4.9. Slovenya

Ambulansların çoğu 25 hastanenin veya 65 bölge sağlık merkezinin birisindedir. Personel olarak bir hekim ve bir veya iki hemşire veya paramedik bulunmaktadır. Bazı hekimler arabalarla olay yerine gitmektedir. Toplam 264 ambulansları mevcuttur.

4.10. Hırvatistan

Ambulans hizmetlerinin çoğu hastanelerden bağımsızdır. Hastalar hastanelere veya bağımsız “acil servislere” götürülmektedir. Standart ulusal protokolleri mevcut değildir.

Personel genellikle hekim, paramedik ve sürücüden oluşmakta

Kırsal alanda yanıt süresi çok uzundur.

III. BÖLÜM

5. ARAŞTIRMA

5.1. MATERYAL-METOD

Bu araştırma hastanelerin acil birimlerinin yönetim ve organizasyonunda ne gibi konulara dikkat edilmesi gerektiği, yaşanan sorunların belirlenmesi ve daha iyi nasıl organize edilebileceğine ilişkin sonuçların elde edilmesine yönelik olarak tasarlanmıştır.

Buna göre Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezi örnek olarak seçilmiştir. Mart-Nisan 2006 tarihleri arasında merkezin mevcut durumunun belirlenmesi için Acil Tıp Derneğinin ve Dünya Sağlık Örgütünün belirlediği standartları içeren bir kontrol formu uygulanmıştır. Bu uygulama araştırmacı tarafından bizzat yapılmıştır. Ayrıca acil birimindeki üst yöneticiler ile derinlemesine görüşme yapılarak yaşanan sorunlarla ilgili ve yönetim-organizasyonda dikkat edilecek konulara ilişkin daha açık bilgiler elde edilmeye çalışılmıştır.

Acil servisin değerlendirilmesi aynı zamanda kendileri ile derinlemesine görüşmeler de yapılan 6 üst düzey sorumlu kişiye yaptırılmış, objektif bulgu niteliğindeki (hemşirenin 5 yıl deneyimi olup olmaması, tanımlanan teknolojik cihazın olup olmaması vb.) sonuçlara ise bizzat araştırmacının gözlem ve ilgililerle konuşmaları ile ulaşılmıştır.

5.2. BULGULAR

5.2.1. DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME

Çalışmada 6 üst düzey yöneticiye derinlemesine görüşme uygulaması gerçekleştirilmiştir. Buna göre “Hastane yönetiminde acil servisin yönetimi nasıl yapılmaktadır?” sorusuna yöneticilerin tamamı acil servisten sorumlu birer başhekim yardımcısının, sorumlu doktorun, sorumlu müdür yardımcısının, sorumlu başhemşire yardımcısının ve acilden sorumlu hemşirenin bulunduğunu ifade etmiştir. Ancak tüm sorumluluğun acil servis sorumlu hemşiresinde olmasına karşın yetkilerinin kısıtlı olduğu, dolayısıyla bu konuya ilişkin sıkça sorun yaşandığı konusunda tüm yöneticilerin hemfikir olduğu gözlenmiştir.

“Acil serviste başarılı ve başarısız bulduğunuz noktalar nelerdir?” sorusunun cevabında yöneticilerin tümü hastane acil servisinin başvuruların tamamına yakınının geri çevrilmeden ve başka bir kuruluşa sevk edilmeden hizmet alabilmesini başarı olarak ifade etmiştir. Yöneticilerden dördü (% 67) ise her branştan doktorun acil serviste 24 saat kesintisiz hazır bulunmasını bir başka başarı unsuru saymıştır. Yöneticilerden ikisi (% 33) triaj sisteminin, bir yönetici (% 17) ise yoğun bakım şartlarının başarılı olduğunu belirtmiştir.

Tıbbi malzeme tedarikinin sorunsuz yapılamaması ve poliklinikten sıra alamayan hastaların hastaneye doğrudan acil girişi yapmasının önüne geçilememesi en ciddi başarısızlıklar olarak görüşülenlerin tamamı tarafından ifade edilmiştir.

Acil servisin sorunları konusunda katılımcılar personel yetersizliğini ve acil servis çalışanlarının demotivasyonunu başlıca sorunlar olarak göstermişlerdir. Özellikle acil serviste karantina nöbeti kapsamında görev alan KBB, göz, psikiyatri gibi kliniklerin asistanlarının iş ortamına ve servise sahip çıkmamalarına dikkat çekilmiştir. Bu sorunların çözümünde öncelikle acil serviste acil tıp kliniğinin kurulması ile problemlerin büyük bölümünün çözüleceği ifade edilmiştir. Çalışanlara hizmet içi eğitim verilmesi ve işdoyumuna yönelik uygulamaların yapılmasının çözüm olacağı belirtilmiştir. Bunlara ek olarak 4734 sayılı kamu ihale kanununun sağlık kuruluşlarına uyarlanmasının olumlu olabileceği de ifade edilmiştir. Bu uyarılama ile lojistik yönetiminde yaşanan sorunların yerinde çözüme kavuşacağı ümit edilmektedir.

DSÖ standartlarına göre gözden geçirilmesi gereken belli başlı kategoriler arasında bulunan acil servisin fiziki alt yapısı, tıbbi donanımı, hizmetlerin süreçleri ve organizasyonu konularına değinmemişlerdir. Bu noktalar açısından hastane acilinin standart listeye göre değerlendirilmesi bir sonraki başlıkta ele alınan araştırma sonucumuzun kapsamındadır.

Yapılan önerilerin konu hakkında karar verici konumda olan kendileri tarafından neden gerçekleştirilmediği sorulduğunda ise kalıcı ve eğitimli kadronun bürokratik engellerden dolayı kurulamadığı ve siyasi kaygılardan dolayı getirilen yöneticilerin liyakat sahibi olmayan kişilerden meydana gelmesi ile bu sorunların süregeldiği belirtilmiştir(%50). Sonuçta hem kısa hem de uzun vadeli çözüm önerilerinin yerine getirilemeyişinin nedeni olarak profesyonel ve kalıcı bir yönetim kadrosunun oluşturulamayışı gösterilmektedir. Sıkıntısı çekilen donanım ve malzeme yetersizliğinde bile sorunun mali olmayıp, lojistik ve tedarik yönetim kusurları olduğu vurgulandırılmıştır.

5.2.2. STANDARTLARA GÖRE DEĞERLENDİRMELER

Tablo 2: Hastanenin Acil Servis Standartlarına Göre Durumu

Acil Servis Standartları	Durum	
	Evet	Hayır
Acil Tıbbi Bakım herkes için eşit koşullarda ulaşılabilir mi?	X	
Uygun, nitelikli acil tıbbi hekim ve hemşire bakımına giriş sınırlandırılmış mı?		X
Hastane öncesi sağlık hizmeti verenler, Acil Servislerde hizmet verenler ve yataklı tedavi bölümlerinde hizmet verenler arasında engelsiz ve kesintisiz bir devamlılık var mı?	X	
Hastaların değerlendirilmesi, yaklaşımlar, tedavileri ve bakımlarının sonuçlandırılması her basamakta ve her birim düzeyinde aynı kalitede, aynı özellikte, uygun, yeterli ve hastaya yarar sağlayıp zarar vermeyecek bir nitelikte mi?		X
Her hastanın ihtiyacını karşılamak için geliş zamanından, değerlendirme, karar verme, tedavi ve sonuca (taburcu, yatış, sevk) kadar gerekli tüm alet ve sarf malzemeler Acil Servislerde hazır ve çalışır konumda bulunduruluyor mu?	X	
Acil Servis hekim hemşire ve diğer sağlık personelleri tıbbi bakım sisteminin vazgeçilmez bir parçasıdır. Acil Servis çalışanları, hastane öncesi ve yataklı birimlerdeki diğer sağlık çalışanları ve sosyal hizmetler elemanları ile etkili iş ilişkileri sağlamalı ve bu kişilerle ortaklaşa hizmet veriyorlar mı?		X

Hastanenin Acil Servisinin Standartlara göre değerlendirilme sonuçları incelendiğinde hastaların değerlendirilmesi, yaklaşımlar, tedavileri ve bakımlarının sonuçlandırılması “her basamakta ve her birim düzeyinde aynı kalitede, aynı özellikte, uygun, yeterli, ve hastaya yarar sağlayıp zarar vermeyecek bir nitelikte” olmayıp; Acil Servis çalışanlarının tıbbi bakım sisteminin vazgeçilmez bir parçası olmasına rağmen, hastane öncesi ve yataklı birimlerdeki diğer sağlık çalışanları ve sosyal hizmetler elemanları ile etkili iş ilişkileri sağlayamamakta, bu kişilerle ortaklaşa hizmet verememektedir.

Tablo 3: Acil Servisin Mesleki Sorumluluklar ve Halkın Beklentileri Standartlarına Göre Durumu

Mesleki Sorumluluklar ve Halkın Beklentileri	Durum	
	Evet	Hayır
Acil Servisler, özellikle ölüm veya sakat kalma riski olan, acil bakım arayan her hastanın değerlendirilmesi ve stabilizasyonu için gerekli bilgi ve beceriye sahip nitelikli personeli var mı	X	
Uygun tıbbi bakım, günün 24 saati, haftanın 7 günü veriliyor mu	X	
Acil serviste , acil tıp konusunda eğitimli ve yeterli tecrübeye sahip sorumlu bir uzman hekim, acil tıp uzmanı ve acil hemşiresi var mı		X
Acil hastaların değerlendirilmesi ve stabilizasyonu acil bakım arayan her birey için sağlanıyor mu	X	
Hastanın sosyal sağlık güvencesinin veya maddi imkanlarının yeterli olup olmaması, hastanın ilk değerlendirme, gerekli hayat kurtarıcı girişimlerin ve tedavilerin yapılmasını engelliyor mu.		X
Acil servisler sundukları hizmetlerin özelliklerini anlatan aktif halk eğitim programları düzenliyor mu.		X
Acil servisler, acil sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut sistemleri destekliyor mu ve gerekli ise tıbbi yönlendirmeler ve önerilerde bulunuluyor mu		X

Acil servisin mesleki sorumluluklar ve halkın beklentileri Standartlara göre incelendiğinde Acil serviste , acil tıp konusunda eğitimli ve yeterli tecrübeye sahip sorumlu bir uzman hekim, acil tıp uzmanı ve acil hemşiresi bulunmamakta, Acil serviste sundukları hizmetlerin özelliklerini anlatan aktif halk eğitim programları düzenlenmemektedir. Acil servis, acil sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut diğer sistemleri desteklemekten uzaktır ve gerektiğinde tıbbi yönlendirmeler ve önerilerde bulunma işlevini gerektiği şekilde yerine getirememektedir.

Tablo 4: Acil Servisin Yönetim Standartlarına Göre Durumu

Acil Servis Yönetimi İlgili Standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Acil servisin işleyişi, yazılı politikalar ve kurallara uygun olarak sağlanıyor mu.		X
Acil servisin tıbbi yöneticisi*, acil servis sorumlu hemşiresi, diğer hizmet alanlarının sorumlularının da katılımı ile, acil bakımın kalitesini, güvenliğini, uygunluğunu sürekli olarak izlenip değerlendiriliyor mu		X
Acil serviste yeni çalışmaya başlayan tüm kişiler kurumun görevini, acil servisin işleyişini ve çalışanlarının her birinin sorumluluklarını belirten resmi bir oryantasyon programına alınıyorlar mı		X
Acil serviste çalışan tüm görevliler hastaya en iyi hizmeti verebilmek için uygun mesleki bilgi ve beceri seviyesine sahip mi, mevcut bilgi ile becerilerini sürekli olarak artırıp geliştiriliyor mu		X
Toplam kalite kurallarının bir gereği olarak; Acil Servis içinde çalışan tüm doktor, hemşire ve yardımcı personelin görevleri, sorumlulukları belirlenerek dokümanite edilmiş mi. Ekibin her bireyinin düzenli aralıklarla denetlenmesi ve kontrolü için kalite güvenlik programları oluşturulmuş mu.		X

Acil servis yönetim standartlarına göre değerlendirildiğinde servisin işleyişi, yazılı politikalar ve kurallara uygun olarak sağlanmamaktadır. Acil servisin tıbbi yöneticisi, acil servis sorumlu hemşiresi, diğer hizmet alanlarının sorumlularının da katılımı ile, acil bakımın kalitesi, güvenliği, uygunluğu sürekli olarak izlenip değerlendirilmemekte, Acil serviste yeni çalışmaya başlayan tüm kişiler kurumun görevini, acil servisin işleyişini ve çalışanlarının her birinin sorumluluklarını belirten resmi bir oryantasyon programına alınmamaktadır. Acil serviste çalışan tüm görevlilerin hastaya en iyi hizmeti verebilmek için uygun mesleki bilgi ve beceri seviyesine sahip olması, mevcut bilgi ile becerilerini sürekli olarak artırıp geliştirmesi güvence altına alınmamıştır. Toplam kalite kurallarının bir gereği olarak; Acil Servis içinde çalışan tüm doktor, hemşire ve yardımcı personelin görevlerinin/sorumluluklarının

belirlenerek dokümanite edildiği ve ekibin her bireyinin düzenli aralıklarla denetlenip kontrolü için kalite güvenlik programlarının oluşturulduğu ortam yaratılmamıştır.

Tablo 5: Acil Servisin Denetim Standartlarına Göre Durumu

Acil servis denetim standartları	Durum	
	Evet	Hayır
Acil servise başvuran her hastanın triajı (hastaların başvuru yakınması, genel durumu ve vital bulguları değerlendirilerek aciliyetlerine göre önceliklerinin belirlenmesi) mutlaka bu konuda eğitim almış, bilgili ve deneyimli bir personel (hemşire ve/veya paramedik) tarafından yapılıyor mu. Triajda çalışan kişiler acil servis tıbbi sorumlusunun sürekli denetimi altında mı.		X
Acil Servisin iç işleyişi ilgili idari prensipler, acil servis tıbbi yöneticisi ve acil servis sorumlu hemşiresinin işbirliği ile oluşturuluyor mu.		X
Acil Servisin bakım ve stabilizasyon imkanları, acil tıbbi bir hastalık nedeniyle başvuran tüm hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapasitede mi.	X	
Acil servislerde çalışan acil tıp konusunda mezuniyet sonrası eğitim almış uzman hastaların her türlü tıbbi bakımından sorumlu mu		X
Acil Servis hemşiresi her bir acil hastasının <ul style="list-style-type: none">o hemşirelik hizmetleri,o değerlendirilmesio yapılan uygulamalara verdiği cevabın sonucunu belirlenmesinden sorumlu mu.	X	
Acil servise müracaat eden her hasta için bir dosya çıkartılıyor mu	X	
Acil servisten taburcu edilen veya başka bir merkeze sevk edilen tüm hastalara mutlaka yapılan girişimler ve/veya tedavi ile ilgili bir epikriz, öneri formu veya hasta sevk formu veriliyor mu		X

Acil servis denetim standartları açısından değerlendirmede, servise başvuran her hastanın triajı (hastaların başvuru yakınması, genel durumu ve vital bulguları değerlendirilerek aciliyetlerine göre önceliklerinin belirlenmesi) mutlaka bu konuda eğitim almış, bilgili ve deneyimli bir personel (hemşire ve/veya paramedik) tarafından yapılmamaktadır. Triajda çalışan kişiler acil

servis tıbbi sorumlusunun sürekli denetimi altında değildir. Acil Servisin iç işleyişi ilgili idari prensipler, acil servis tıbbi yöneticisi ve acil servis sorumlu hemşiresinin işbirliği ile oluşturulamamıştır. Acil serviste çalışan sağlık görevlileri acil tıp konusunda mezuniyet sonrası eğitim almamıştır. Servisten taburcu edilen veya başka bir merkeze sevk edilen tüm hastalara mutlaka yapılan girişimler ve/veya tedavi ile ilgili bir epikriz, öneri formu veya hasta sevk formu verilmesinde başarı sağlanamamıştır.

Tablo 6: Acil Servis Hekimlerine İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil servis hekimlerinin standartları	Durum	
	Evet	Hayır
Acil servis, acil tıp konusunda iyi eğitilmiş ve nitelikli acil tıp hizmeti çalışanları ile istihdam edilmiş mi		X
Bu ekibe 24 saat hizmet verebilecek olan uzman bir hekim ve sorumlu bir hemşire de dahil edilmiş mi		X
Acil serviste verilen hizmetler mutlaka bir "acil servis tıbbi yöneticisi" tarafından yönetiliyor mu		X
Acil servis tıbbi yöneticisi ve hekimleri hastanenin diğer tüm yönetici ve hekimleri gibi olması gereken bazı klinik imtiyazlar dahil, aynı haklara, imtiyazlara ve sorumluluklara sahip mi.		X
Acil Servis Hekimleri acil serviste 24 saat, haftada 7 gün acil tıp uzmanı hekim bulunduruluyor mu.		X
Acil Serviste çalışan her hekim acil serviste hastalığı nedeniyle tedavi edilmeyi bekleyen tüm hastaları değerlendiriyor mu	X	
Bu doktorlar ilk bakımlarını ve tedavilerini yapabilecek seviyede yeterli bilgi ve tecrübeye sahipler mi.		X
Acil serviste hasta bakımı ve kontrolünü sağlıyor mu	X	
Gerekli müdahale ve tedavi işlemlerini vakit kaybetmeden yapıyor mu	X	
Gerektiğinde hastaları diğer bölümlerin konsultanları ile değerlendirip hastaya en iyi acil bakım hizmeti veriliyor mu	X	
Bu uzmanlar iki yılda 100 TTB STE kredisi alıyorlar mı		X

Acil servis hekimlerine ilişkin standartlara göre değerlendirilmede; hekimlerin Acil servis, acil tıp konusunda iyi eğitilmiş ve nitelikli olmadığı, ekibe 24 saat hizmet verebilecek olan uzman acil tıp hekiminin ve sorumlu bir hemşirenin dahil edilmediği, acil serviste verilen hizmetlerin bir "acil servis tıbbi yöneticisi" tarafından yönetilmediği, acil servis tıbbi yöneticisi ve hekimlerinin hastanenin diğer tüm yönetici ve hekimleri gibi olması gereken bazı klinik imtiyazlar dahil, aynı haklara, imtiyazlara ve sorumluluklara sahip olmadığı, doktorların ilk bakımlarını ve tedavilerini yapabilecek seviyede yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmadığı ve hekimlerin her iki yılda bir 100 TTB STE kredisi almadığı gözlenmiştir.

Tablo 7: Acil Servis Sorumlu Hemşirelerine İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil servis sorumlu hemşiresine ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Acil servislerdeki hemşirelik hizmetleri sorumlu bir yüksek hemşire tarafından yürütülüyor mu	X	
Sorumlu hemşire Acil Serviste klinik hizmetlerin idare ve yönetiminde yeterli mi		X
Acil Servis içinde çalışan hemşireler ile yardımcı sağlık personelinin yeterli kapasite ve bilgi de kişiler olmasını temin ediyor mu	X	
Bu kişileri denetliyor mu	X	
AS sorumlu hemşiresi AS'teki hemşirelerin hasta bakımının 24 saat, haftada 7 gün kontrolü ve düzgün yürütülmesinden, AS'teki klinik ve yönetsel kuralların hemşirelere aktarılmasından, hemşirelerin eğitiminden, geriye yönelik taramalar yaparak AS hasta bakımının kalitesinin artırılmasından, hemşire ve diğer yardımcı personelin nöbet listelerinin ayarlanması ve yürütülmesinden sorumlu mu.	X	
İdeal olarak bu görevin 2 yıl Acil Servis tecrübesi, 1 yıl yöneticilik deneyimi olan, bunun yanında liderlik özellikleri taşıyor mu	X	
Bu hemşireler tercihen ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri pediatrik yaşam desteği gibi kurslara katılmış mı		X
Acil tıp konularında iki yılda 75 TTB STE kredisi alıyor mu.		X

Acil servis sorumlu hemşirelerine ilişkin standartlara göre değerlendirmede; sorumlu hemşirenin acil serviste klinik hizmetlerin idare ve yönetiminde yeterli olmadığı, sorumlu hemşirenin ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri pediatrik yaşam desteği gibi kurslara katılmadığı ve sorumlu hemşirenin Acil tıp konularında her iki yılda bir 75 TTB STE kredisi almadığı tespit edilmiştir.

Tablo 8: Acil Servis Hemşirelerine İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil servis hemşirelerine ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Acil servis içinde çalışan tüm hemşireleri acil bakım eğitim veya yoğun bakım programını tamamlamış veya yeterli acil tıp hizmetleri tecrübesi olan kişilerden mi seçilmiş		X
Başvuran hastaların değerlendirmesi, tedavisi ve eğitimini Acil Hemşirelik Pratiği Standartlarına uygun şekilde yapabilecek bilgi ve beceriye sahipler mi		X
En ideali ise bu hemşirenin veya hemşirelerin acil hemşireliği konusunda tecrübesi olan veya bu eğitimi almış bir kişiler mi		X
Daha önceden acil servis ve yoğun bakımlarda deneyimli olduğunu ve acil bakım hizmet içi eğitimi programını tamamladığını belgeleyebiliyor mu		X
Acil Serviste çalışan her hemşire acil Hemşireliği uygulamaları standartlarına göre gerekli bilgi ve beceriye sahip mi		X
1 yıl klinik deneyim sahibi, Acil Servis oryantasyonunu başarıyla tamamlamış mı		X
Bu hemşirelerinde ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri pediatrik yaşam desteği gibi kursları almış mı		X
Bu hemşirelerin de iki yılda 75 TTB STE kredisi alması gereklidir.		X
Acil servis hizmetleri sorumlusu ile acil servis hemşire sorumlusunun düzenli aralıklarla toplanıp çalışanları, sorunları ve çalışanların ihtiyaçlarının gözden geçiriliyor mu	X	

Acil servis hemşirelerine ilişkin standartlara göre değerlendirmede; Acil servis içinde çalışan hemşirelerin tamamının acil bakım eğitim veya yoğun bakım programını tamamlamış veya yeterli acil tıp hizmetleri tecrübesi olan kişilerden seçilmemiş olduğu, hastaların değerlendirmesi, tedavisi ve eğitimini Acil Hemşirelik Pratiği Standartlarına uygun şekilde yapabilecek bilgi ve beceriye sahip olmadığı, hemşirelerin acil hemşireliği konusunda yeterli tecrübesinin (örneğin 5 yıldan çok) olmadığı, hemşirelerin daha önceden acil servis ve yoğun bakımlarda deneyimlerini veya acil bakım hizmet içi eğitimi programını tamamlamadığı ve Acil Servis oryantasyon programına katılmadıkları, hemşirelerin Acil tıp konularında her iki yılda bir 75 TTB STE kredisi almadığı saptanmıştır

Tablo 9: Acil Serviste Kullanılan Alet ve Sarf Malzemelere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil serviste kullanılan alet ve sarf malzemelere ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Acil Serviste kullanılan aletler ve sarf malzemeleri yüksek kalitede ve Acil Servis tarafından beklenen her hastanın ihtiyaçlarını sağlayabilecek sayı ve kalitede mi		X
Acil ekstra alet ve malzeme ihtiyacı durumunda acil servis veya hastanede bu ihtiyacı karşılayabilecek kadar stok bulunduruluyor mu.		X
Acil serviste hastaların bakımında kullanılan aletlerin (EKG, defibrilatör vs.) her an tam olarak çalışır durumda mı.	X	
Bu aletlerin düzenli aralıklarla bakımları yapılmalı, çalışır durumda olup olmadığının kontrolleri kağıtlara işleniyor mu.		X

Acil serviste kullanılan alet ve sarf malzemelerine ilişkin standartlara göre değerlendirmede; acil serviste kullanılan aletler ve sarf malzemelerinin yüksek kalitede ve Acil Servis tarafından beklenen her hastanın ihtiyaçlarını sağlayabilecek sayı ve kalitede olmadığı, acil ekstra alet ve malzeme ihtiyacı durumunda acil servis veya hastanede bu ihtiyacı karşılayabilecek kadar stok bulunmadığı, bu aletlerin düzenli aralıklarla bakımlarının yapılmadığı, sadece arıza durumlarında servis talebinde bulunulduğu, çalışır durumda olup olmadığının kontrollerinin kağıtlara işlenmediği, sadece gözle kontrol edildiği saptanmıştır.

Tablo 10: Acil Servisteki Genel Muayene Odalarına İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil servisteki genel muayene odalarına ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Odanın koşullarına uygun muayene masaları veya sedyeler kullanılıyor mu	X	
Genel durumu bozuk ağır hastaların tedavilerinin yapılması için kullanılan sedyelerin ise manevra kabiliyeti yüksek, çeşitli pozisyonlara sokulabilen (Fowler, Trendelenburg vs.), serum askısı ve seyyar oksijen tüpü taşıyabilen yeri olan sedyeler kullanılıyor mu		X
Çalışan kişiler için gerekli sayıda sandalye ve tabure var mı		X
Yeterli aydınlatma, girişimler için ayaklı seyyar lambalar var mı	X	
Oksijen tedavisi için gerekli olan nazal kanül, yüz maskesi, venturi maskesi ve seyyar oksijen tüpleri gibi malzemeler var mı	X	
Aspirasyon sistemi, trakeadan aspirasyon da yapabilmek için gerekli ve çeşitli boyda kanüller var mı	X	
Oral ve nazal airway'ler var mı	X	
Portabl veya duvara monte otoskop ve oftalmoskoplar var mı		X
Tansiyon aletleri ve stetoskop var mı	X	
Buzdolabı, çabuk bozulan ilaç ve malzemeleri korumak için var mı?	X	
Enfekte atıkların toplanabileceği çöp tenekeleri, kesici aletlerin atılacağı kutular var mı	X	
Kan ile geçen hastalıklardan korunabilmek için gerekli olan maske, elbise, eldiven gibi kişisel korunma malzemeleri var mı	X	
Elleri yıkamak için uygun lavabo ve musluklar, mikrop öldürücü ajanların bulunduğu sabunluklar ve havlular var mı		X

Acil servisteki genel muayene odalarına ilişkin standartlara göre değerlendirmede; genel durumu bozuk ağır hastaların tedavilerinin yapılması için kullanılan sedyelerin manevra kabiliyeti yüksek, çeşitli pozisyonlara sokulabilen (Fowler, Trendelenburg vs.), serum askısı ve seyyar oksijen tüpü taşıyabilen yeri olan sedyelerin kullanıldığı, fakat bu sedyelerin bu tür fonksiyonlarının bulunmadığı yada bu fonksiyonlarının çalışmadığı, çalışan kişiler için gerekli sayıda sandalye ve tabure bulunmadığı, görevlilerin çoğu zaman ayakta kaldığı, Portabl veya duvara monte otoskop ve oftalmoskoplar bulunmadığı ve elleri yıkamak için uygun lavabo ve muslukların bulunmasına karşın mikrop öldürücü ajanların bulunduğu sabunluk ve havlu bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 11: Acil Servis İçin Gerekli Diğer Malzemeler İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Acil servis için gerekli diğer malzemeler ile ilgili standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Güvenlik malzemeleri, saldırgan hastaları bağlamak için gerekli olan deri ve yumuşak kelepçeler ve eğer gerekli olursa el tipi veya sabit metal dedektörler var mı.		X
Acil servisin uygun temizliği için gerekli olan malzemeler var mı.	X	
Hastalara ait dosya bilgilerinin kayıt edilebilmesi için gerekli olan malzemeler var mı.	X	
Toksikoloji ile ilgili olanlar dahil olmak üzere gerektiğinde bakılabilecek referans kitaplar ve broşürler var mı		X
Hastaların gerektiğinde hemşireyi çağırabilmesi için gerekli olan çağrı sistemi var mı		X
Acil işlemleri için bir adet ışık mikroskobu var mı		X
Erişkinler ve çocuklar için bir adet terazi var mı		X
Mezura var mı		X
Ambulanslar ile haberleşebilmek için gerekli olan iletişim sistemi var mı		X

Acil servis için gerekli diğer malzemeler ile ilgili standartlara göre değerlendirmede; güvenlik malzemeleri, saldırgan hastaları bağlamak için gerekli olan deri ve yumuşak kelepçeler ve eğer gerekli olursa el tipi veya sabit metal dedektörlerin bulunmadığı, toksikoloji ile ilgili olanlar dahil olmak üzere gerektiğinde bakılabilecek referans kitap ve broşürlerin bulunmadığı, bunun yerine zehir danışma hattından bilgi alındığı, hastaların gerektiğinde hemşireyi çağırabilmesi için gerekli olan çağrı sistemi bulunmadığı, acil işlemleri için ışık mikroskobu, erişkin ve çocuklar için terazi, mezüre bulunmadığı, ambulanslar ile haberleşebilmek için gerekli olan iletişim sistemi olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 12: Resüsitasyon Odası İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Resüsitasyon odası ile ilgili standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Resüsitasyon Odasında Hemşireler ile irtibat kurabilmek için ve eğer mümkün ise bir düofon sistemi var mı		x
Radyografi malzemeleri var mı		x
Negatoskop ve sarı ışık kaynağı var mı		x

Resüsitasyon odası ile ilgili standartlara göre değerlendirmede, resüsitasyon odasında hemşireler ile irtibat kurabilmek için bir düofon sistemi olmadığı, radyografi malzemeleri ve negatoskop ve sarı ışık kaynağının olmadığı saptanmıştır.

Tablo 13: Resüsitasyon Odasında Bulunan Hava Yolu Malzemeleri İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Resüsitasyon odasında bulunan hava yolu malzemeleri ile ilgili standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Havayolu malzemeleri var mı	X	
2.5-8.5 mm boyutlarında endotrakeal tüpler var mı	X	
Laringoskop takımları var mı	X	
Laringoskopik ayna ve gerekli olan malzemeleri var mı		X
Oral ve nazal airwayler, var mı	X	
Duvara monte aspirasyon sistemi var mı	X	
Seyyar aspiratör cihazları var mı	X	
Ambu respiratörler, erişkin, pediyatrik ve infant boyutlarında var mı	X	
Krikotirotoni seti ve malzemeleri var mı		X
Trakeostomi seti ve malzemeleri var mı		X
Fiberoptik laringoskop (elektif) var mı		X

Resüsitasyon odasında bulunan hava yolu malzemeleri ile ilgili standartlara göre değerlendirmede, laringoskopik ayna ve gerekli olan malzemeleri, krikotirotoni seti ve malzemeleri, trakeostomi seti ve malzemeleri ve fiberoptik laringoskop (elektif)'un olmadığı saptanmıştır.

Tablo 14: Resüsitasyon Odasında Bulunan Solunum İle İlgili Malzemelere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Resüsitasyon odasında bulunan solunum ile ilgili malzemelere ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Kapalı göğüs drenaj seti ve var mı	X	
Göğüs tüpü malzemeleri ve aletleri var mı	X	
Acil torakotomi seti ve aletleri var mı	X	
Ventilatörler var mı		X
Pulse oksimetre var mı		X
Peak flow metre var mı		X

Resüsitasyon odasında bulunan solunum ile ilgili malzemelere ilişkin standartlara göre değerlendirmede, ventilatörler pulse oksimetre ve peak flow metrenin olmadığı görülmüştür.

Tablo 15: Resüsitasyon Odasında Bulunan Dolaşım İle İlgili Malzemelere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Resüsitasyon odasında bulunan dolaşım ile ilgili malzemelere ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Pediyatrik ve internal kaşıkları, uygun eksternal padleri de olan monitor/defibrilatör var mı	X	
Geçici eksternal pacemakerlar var mı		X
Transvenöz ve/veya transtorasik pacemaker cihazı var mı		X
Noninvazif otomatik kan basıncı monitörleri var mı		X
Kardiyak masaj yapabilmek için gerekli olan tahta var mı		X
Kan/sıvı pompaları var mı		X
Kan/sıvı ısıtma cihazları var mı		X
IV kateterler, setler, tüpler var mı	X	
Santral venöz (CV) kateterleri ve takmak için gerekli olan malzemeler var mı	X	
Santral venöz basınç (CVP) ölçümü için gerekli olan gerekli olan monitör var mı		X
Perikardiyosentez seti ve malzemeleri var mı	X	
12 derivasyonlu EKG cihazı var mı	X	
Cut down seti ve malzemeleri var mı	X	
Kemik içi sıvı replasmanı için iğne (intraosseöz iğne) var mı		X

Resüsitasyon odasında bulunan dolaşım ile ilgili malzemelere ilişkin standartlara göre değerlendirmede, geçici eksternal pacemakerlar, Transvenöz ve/veya transtorasik pacemaker, Noninvazif otomatik kan basıncı monitörleri, Kardiyak masaj yapabilmek için gerekli olan tahta, Kan/sıvı pompaları, Kan/sıvı ısıtma cihazları, Santral venöz basınç (CVP) ölçümü için gerekli olan gerekli olan monitör,ve Kemik içi sıvı replasmanı için iğne (intraosseöz iğne) nin olmadığı saptanmıştır.

Tablo 16: Resüsitasyon Odasında Bulunan Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin Kullanılan Malzemelere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Resüsitasyon odasında bulunan travma ve diğer resüsitasyon girişimleri için kullanılan malzemelere ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin Pnömatik antişok tulumlar (elektif) var mı		X
Servikal boyunluklar, erişkin ve çocuk boylarda var mı		X
Nazogastrik aspirasyonu için gerekli olan malzemeler var mı	X	
Geniş lümenli tüpler de (orogastrik ve nazogastrik) dahil olmak üzere gastrik lavaj malzemeleri var mı	X	
Peritoneal lavaj seti ve malzemeleri var mı	X	
Çeşitli tipte üriner kateterler ve idrar torbaları var mı	X	
Erişkin ve çocuklar için lomber ponksiyon seti ile malzemeleri var mı		X
Yenidoğan resusitasyonu için radyan ısıtıcılar var mı		X
Acil doğum ve jinekolojik muayene için gerekli olan malzemeler var mı	X	
Hipotermi termometreleri var mı	X	
Hastayı ısıtan veya serinleten battaniyeler var mı		X
Vasküler Doppler ultrasonografi cihazı var mı		X
Ototransfüzyon cihazı var mı		X
Küçük cerrahi müdahale ve sütür setleri var mı	X	
Ortopedik, Kadın Hastalıkları-Doğum ve Özel Muayene İle Girişimler İçin Gerekli Odalar var mı	X	

Resüsitasyon odasında bulunan travma ve diğer resüsitasyon girişimleri için kullanılan malzemelere ilişkin standartlara göre değerlendirmede, Travma ve diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin Pnömatik antişok tulumlar (elektif), Servikal boyunluklar, erişkin ve çocuk boylarda Erişkin ve çocuklar için, lomber ponksiyon seti ile malzemeleri, Yenidoğan resusitasyonu için radyan ısıtıcılar, Hastayı ısıtan veya serinleten battaniyeler ve Vasküler Doppler ultrasonografi Ototransfüzyon cihazının bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 17: Ortopedik, Kadın Hastalıkları-Doğum ve Özel Muayene İle Girişimler İçin Gerekli Odalara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Ortopedik, Kadın Hastalıkları-Doğum ve Özel Muayene ile girişimler için gerekli odalara ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Ekstremitte atelleme cihazları, traksiyon ve fiksasyon setleri, el parmak atelleri var mı		X
Alçı ve atel yapılabilmesi için gerekli olan malzeme ve setler var mı	X	
Alçı kesici alet var mı	X	
Biyomikroskop var mı		X
Oftalmik tonometre (aplanasyon, Schiotz veya diğer) var mı		X
Göz şineli var mı		X
Negatoskop ve sarı ışık kaynağı var mı		X
Göz muayenesi için gerekli olan cobalt mavi ışık, gözden yabancı cisim çıkartılması için gerekli malzemeler var mı		X
Sütür setleri ve sütür malzemeleri var mı	X	
Posterior tampon materyali de dahil olmak üzere epistaksis için gerekli olan malzemeler var mı	X	
KBB bakısı için kafaya takılan ışık kaynağı var mı	X	
Frazier aspirasyon uçları var mı	X	
Kadın hastalıkları ve doğum muayene masası var mı		
Vaginal spekulum var mı	X	
Fötal doppler ultrason cihazı var mı		X
Kadın hastalıkları ve doğum muayenesi için ışık kaynağı var mı	X	
Cinsel taciz tanısında materyal toplamak için gerekli kitler var mı	X	
Kanda alkol seviyesinin tayini için gerekli olan cihaz var mı	X	
Buşon temizleyiciler var mı	X	
Glikometre var mı	X	

Ortopedik, Kadın Hastalıkları-Doğum ve Özel Muayene ile girişimler için gerekli odalara ilişkin standartlara bakıldığında; Ekstremitte atelleme cihazları, traksiyon ve fiksasyon setleri, el parmak atellerinin olmadığı hastalara dışarıdan aldırıldığı, Biyomikroskop Oftalmik tonometre (aplanasyon, Schiotz veya diğer), Göz şineli, Göz muayenesi için gerekli olan cobalt mavi ışık olmadığı, gözden yabancı cisim çıkartılması için gerekli malzemeler bulunmadığı ve Fötal doppler ultrason cihazı bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 18: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan İlaçlara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil serviste bulundurulması gerekli olan ilaçlara ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Sistemik kullanım için antibiyotikler var mı	X	
Topikal antibiyotikler	X	
Antihistaminikler	X	
Otonomik ilaçlar	X	
Parasempatolitik ajanlar	X	
Parasempatomimetik ajanlar	X	
Sempatolitik ajanlar	X	
Parenteral ve nebulizer yardımıyla kullanılabilen semptomimetik ajanlar	X	
Koagülan ajanlar	X	
Antikoagülanlar ve antidotları	X	
Kardiyovasküler ilaçlar	X	
Antiarritmik ilaçlar		X
Ergot alkaloidleri	X	
Hipotansif ajanlar	X	
ACLS (ileri kardiyak yaşam desteği) ile ilgili diğer ajanlar	X	
Trombolitik ajanlar	X	
Vazodilatatör ajanlar	X	

Acil serviste bulundurulması gerekli olan ilaçlara ilişkin standartlara bakıldığında; bir tek antiarritmik ilaçların olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 18).

Tablo 19: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan İlaçlardan Merkezi ve Periferik Sinir Sistemi İlaçlarına İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil serviste bulundurulması gerekli olan ilaçlardan Merkezi ve periferik sinir sistemi ilaçlarına ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Analjezikler ve antipiretikler	X	
Anestezi indüksiyon ajanları	X	
Antikonvülzanlar	X	
Bilinçli sedasyon ajanları	X	
Narkotik antagonistler	X	
Paralizan ilaçlar	X	
Psikoterapötik ilaçlar	X	

Acil serviste bulundurulması gerekli olan ilaçlardan Merkezi ve periferik sinir sistemi ilaçlarına ilişkin standartlara bakıldığında; acil serviste hepsinin var olduğu görülmüştür.

Tablo 20: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan Tanıya Yönelik Ajanlara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil serviste bulundurulması gerekli olan tanıya yönelik ajanlara ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Gaita tahlili için		X
Kan tahlili için		X
Miyestenia Gravis tanısı için		X
İdrar tahlili için		X
Elektrolitik, kalorik ve su balansı için		X
Katyon-exchange reçinesi		X
Diüretikler	X	
Parenteral ve oral elektrolit replasmanları	X	
Sıvı replasman sıvıları	X	
Hipoglisemik ajanlar	X	
Volüm genişleticiler	X	

Acil serviste bulundurulması gerekli olan tanıya yönelik ajanlara ilişkin standartlar incelendiğinde; Gaita tahlili için, Kan tahlili için, Miyestenia Gravis tanısı için, İdrar tahlili için, Elektrolitik, kalorik ve su balansı için ajanların olmadığı ve Katyon-exchange reçinesinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 21: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan Göz, Kulak, Burun ve Boğaz İlaçlarına İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil serviste bulundurulması gerekli olan Göz, kulak, burun ve boğaz ilaçlarına ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Göz, kulak, burun ve boğaz ilaçları	X	
Topikal anestetikler	X	
Topikal antibiyotikler	X	
Topikal midriyatik ajanlar	X	
Topikal vazokonstriktörler	X	

Acil serviste bulundurulması gerekli olan Göz, Kulak, Burun ve Boğaz ilaçlarına ilişkin standartlara bakıldığında; hiçbir eksiğin olmadığı saptanmıştır.

Tablo 22: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan Gastrointestinal İlaçlara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil serviste bulundurulması gerekli olan Gastrointestinal ilaçlara ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Absorbanlar	X	
Antiasitler	X	
Antispazmotikler	X	
Katartikler	X	
Emetik ve antiemetikler	X	
H2 reseptör blokerler	X	

Acil serviste bulundurulması gerekli olan Gastrointestinal ilaçlara ilişkin standartlara bakıldığında; tümünün mevcut olduğu saptanmıştır.

Tablo 23: Acil serviste bulundurulması gerekli olan Hormonlar ve sentetik alt gruplarına ilişkin standartlara göre durumu

Acil serviste bulundurulması gerekli olan Hormonlar ve sentetik alt gruplarına ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Adrenal glikokortikoidler	X	
İnsülinler ve antidiyabetik ajanlar	X	
Glukagon	X	
Tiroid preparatları		X

Acil serviste bulundurulması gerekli olan Hormonlar ve sentetik alt gruplarına ilişkin standartlara bakıldığında; sadece tiroid preparatlarının eksik olduğu gözlenmiştir.

Tablo 24: Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan Lokal Anestetikler ve Tamponlayıcılara İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil serviste bulundurulması gerekli olan Lokal anestetikler ve tamponlayıcılara ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Rho (D) immün globulin (Rho-Gam)		X
Akciğerler ile ilgili preparatlar	X	
Bronkodilatatörler	X	
Mukolitikler		X
Serumlar, toksoidler, aşular ve antiveninler	X	
Spazmolitikler	X	
İnhalasyon yolu ile kullanılanlar	X	
Parenteral yoldan kullanılanlar	X	
Toksikoloji ile ilgili antidotlar	X	
Vitaminler	X	

Acil serviste bulundurulması gerekli olan Lokal anestetikler ve tamponlayıcılara ilişkin standartlar incelendiğinde; Rho (D) immün globulin (Rho-Gam) ve Mukolitiklerin olmadığı görülmüştür.

Tablo 25: Acil Servis Kurumuyla İlgili Özelliklere İlişkin Standartlara Göre Durumu

Acil servis kurumuyla ilgili özelliklere ilişkin standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Acil servisler hasta bakımı için gerekli olan güvenli ortamı sağlamak için dizayn edilmiş mi.		X
Başvuran tüm hastalara uygun bir değerlendirilme ve muayene olabilme imkanı sağlanıyor mu.	X	
Acil servisler mümkün olduğunca hastaların görsel ve işitsel mahremiyet haklarını koruyacak şekilde dizayn edilmiş mi.		X
Radyolojik görüntüleme, diğer tanısal hizmetler ve laboratuvar hizmetleri, gerekli olan her birey için uygun bir zaman diliminde sonuçlanacak özellikte mi	X	
Hastanenin ana girişinden itibaren acil servise ulaşılacak en kısa yollar ışıklı levhalar ile işaret edilmiş mi.		X
Acil servisin girişi yer ile aynı seviyede olmalı, sedye ve tekerlekli sandalye ile gelen hastaların girişleri kolay yapılabilir mi	X	
Acil servis girişinin üzeri kapalı mı	X	
Acil Servisler çalışanların, hastaların ve hasta yakınlarının güvenliği sağlayacak koşullarda dizayn edilmiş mi		X
Girişte güvenlik personeli var mı	X	
sabit veya el tipi metal dedektörler var mı		X

Acil servis kurumuyla ilgili özelliklere ilişkin standartlara göre değerlendirmede, servisin hasta bakımı için gerekli olan güvenli ortamı sağlamak için dizayn edilmediği belirlenmiştir. Acil servis mümkün olduğunca hastaların görsel ve işitsel mahremiyet haklarını koruyacak şekilde dizayn edilmemiş olduğu, bölümlerin sadece perdelerle ayrıldığı, hastanenin ana girişinden itibaren acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı ışıklı levhaların ve sabit veya el tipi metal dedektörlerin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 26: Acil Serviste Olması Gereken Radyolojik, Görüntüleme ve Diğer Tanısal Hizmetleri İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Acil serviste olması gereken radyolojik, görüntüleme, ve diğer tanısal hizmetleri ile ilgili standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Yumuşak doku dozunda boyun grafileri çekilebiliyor mu	X	
Bir yabancı cisim tanısını ekarte edebilmek için cilt altı dokusunun grafileri	X	
Standart göğüs grafileri, karın grafileri vs.	X	
Yatak başı lateral servikal grafiler, takibinde servikal AP ve odontoid grafiler	X	
Genel durumu bozuk olan hastalar için portabl film makinesi		X
Endotrakeal tüpün yerini kontrol	X	
CVP kateterinin yerini kontrol	X	
Takılan göğüs tüpünün yerini kontrol	X	
Göğüs hastalıkları ile ilgili olarak	X	
Arteriyel kan gazı tayini	X	
Peak flow ölçümü	X	
Pulse oksimetre		X
Föetal ve uterin monitorizasyon	X	
Kardiyovasküler sistem ile ilgili olarak		
12 kanallı EKG cihazı ve ritm stripleri	X	
Doppler ultrasonografi çalışmaları		X
Kardiyak, jinekolojik, obstetrik ve diğer hemodinamik problemler için USG cihazı	X	
Radyografi	X	
Kontrastlı filmler (İVP, ÖMD vs.)	X	
Arteriyografi/venografi		X
Bilgisayarlı tomografi	X	
Nükleer tıp		X
Akciğerin ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi		X
Travma ve diğer amaçlar için sintigrafik çalışmalar		X
Vasküler akım çalışmaları, doppler ultrasonografi		X
Diğer acil tanılar için ultrasonografi	X	

Acil serviste olması gereken radyolojik, görüntüleme, ve diğer tanısal hizmetleri ile ilgili standartlara bakıldığında; Genel durumu bozuk olan hastalar için portabl film makinesi bulunmadığı, Pulse oksimetre, Doppler ultrasonografi, Arteriyografi/venografi cihazı bulunmadığı, Nükleer tıp, Akciğerin ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi, Travma ve diğer

amaçlar için sintigrafik çalışmalar, Vasküler akım çalışmaları ve doppler ultrasonografinin olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 27: Acil Servis Çalışmaları İçin Hazır Bulundurulması İstenen Laboratuvar Tetkiklerinden Kimyasal Tetkikler İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Acil servis çalışmaları için hazır bulundurulması istenen laboratuvar tetkiklerinden kimyasal tetkikler ile ilgili standartlara	Durum	
	Evet	Hayır
Amonyak	X	
Amilaz	X	
Antikonvülzan ve diğer ilaçların kan seviyelerinin ölçümü	X	
Arteryel kan gazları	X	
Direkt ve total bilirubin	X	
Elektrolitler	X	
Ethanol	X	
Glukoz (Kan ve beyin omurilik sıvısında)	X	
Kalsiyum	X	
Karaciğer fonksiyon testleri (ALT,AST,Alkale fosfataz)	X	
Karboksi hemoglobin	X	
Kardiyak enzimler (CK-MB mass, troponin T-I, myoglobin de dahil olmak üzere)	X	
Klorid (Kan ve beyin omurilik sıvısında)	X	
Kreatinin	X	
Methemoglobin		X
Osmolalite		X
Protein (Beyin omurilik sıvısında)	X	
Serum asetonu		X
Serum magnezyumu		X
Üre nitrojeni	X	

Acil servis çalışmaları için hazır bulundurulması istenen laboratuvar tetkiklerinden kimyasal tetkikler ile ilgili standartlara bakıldığında; Methemoglobin, Osmolalite Serum asetonu, Serum magnezyumu gibi testlerin çalışılmadığı saptanmıştır.

Tablo 28: Acil Servis Çalışmaları İçin Hazır Bulundurulması İstenen Laboratuvar Tetkiklerinden Hematoloji Tetkikleri İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Acil servis çalışmaları için hazır bulundurulması istenen laboratuvar tetkiklerinden hematoloji tetkikleri ile ilgili standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Hücre sayımı ve hücre tipi ayırımı (Kan, Beyin omurilik sıvısı, eklem sıvısı analizi)	X	
Koagülasyon testleri		X
Tam kan sayımı	X	
Eritrosit Sedimentasyon Hızı		X
Trombosit sayımı	X	
Retikülosit sayımı	X	
Orak hücre yaymaları		X

Acil servis çalışmaları için hazır bulundurulması istenen laboratuvar tetkiklerinden hematoloji tetkikleri ile ilgili standartlar incelendiğinde; Koagülasyon testleri Eritrosit Sedimentasyon Hızı, Orak hücre yaymaları gibi testlerin çalışılmadığı saptanmıştır.

Tablo 29: Acil Servis Çalışmaları İçin Hazır Bulundurulması İstenen Laboratuvar Tetkiklerinden Mikrobiyoloji Tetkikleri İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Acil servis çalışmaları için hazır bulundurulması istenen laboratuvar tetkiklerinden mikrobiyoloji tetkikleri ile ilgili standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Asit fast yayma ve boyaması		X
Klamida testi		X
Bakteri izolasyonu ve tip tayini için kounterimmün elektroforez	X	
Gram boyası ve kültürü/antibiyotik duyarlılığı		X
Herpes testi		X
Streptokok taraması		X
Viral kültürler		X
Wright boyası	X	
Hazır banka ürünleri	X	
Kan grubu tayini ve cross tetkikleri	X	
Hepatit tarama tetkikleri		X
HIV tayini		X
Eklem ve beyin omurilik sıvısı incelemeleri	X	
Mono spot	X	
Kalitatif ve kantitatif gebelik testleri	X	
VDRL, RIA gibi serolojik testler		X
Toksikoloji ve ilaç seviyeleri tayini		X
Tam idrar tahlili	X	

Acil servis çalışmaları için hazır bulundurulması istenen laboratuvar tetkiklerinden mikrobiyoloji tetkikleri ile ilgili standartlara bakıldığında; Asit fast yayma ve boyaması, Klamida testi, Gram boyası ve kültürü/antibiyotik duyarlılığı, Herpes testi, Streptokok taraması, Viral kültürler, Wright boyası, Hepatit tarama tetkikleri, HIV tayini, VDRL, RIA

gibi serolojik testler ve Toksikoloji ve ilaç seviyeleri tayini gibi testlerin yapılmadığı görülmüştür.

Tablo 30: Acil serviste hasta bakımının devamlılığı için sorumluluklar ile ilgili standartlara göre durumu

Acil serviste hasta bakımının devamlılığı için sorumluluklar ile ilgili standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Tüm acil servis çalışanları kendi bölgelerinde bulunan hastane öncesi tıbbi bakım protokollerini biliyor mu		X
Hasta olduğunu ifade ederek acil servise gelen veya getirilen tüm hastalar, aksi ispat edilinceye kadar potansiyel acil olarak kabul ediliyor mu	X	
Hekim tarafından eksiksiz olarak değerlendiriliyor mu	X	
İlk bakımları süratle başlatılarak stabilizasyonu yapıp, gerekli girişimlerde bulunulup süratle tedavisi yapılıyor mu.	X	

Acil serviste hasta bakımının devamlılığı için sorumluluklar ile ilgili standartlar incelendiğinde; Tüm acil servis çalışanları kendi bölgelerinde bulunan hastane öncesi tıbbi bakım protokollerini bilmediği saptanmıştır.

Tablo 31: Acil Servise Başvuran Hastaların Bakımının Sonuçlandırılması İle İlgili Standartlara Göre Durumu

Acil servise başvuran hastaların bakımının sonuçlandırılması ile ilgili standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Acil servise müracaat eden bir hastanın bakımı hastanın taburcu edilmesi, ilgili bölüme yatırılması veya başka bir kuruma sevk edilmesi ile biter. Hastanın bir servise veya yoğun bakım yatırılması, veya başka bir hastaneye sevk konusunda kesin son kararı verebilecek yetkili bir uzman hekim görevlendirilmiş mi	X	
Gerekli olduğu hallerde acil servis hasta bakımına yardım etmek üzere çağrılacak icapçı uzman hekimlerin bir listesi çıkartılmış mı ve Acil Serviste bulunuyor mu	X	
Acil Servisteki değerlendirilmelerden sonra hastanın herhangi bir servise veya yoğun bakıma yatışı gerekiyorsa, hastanın sorumluluğu ilgili hekime devredilerek hasta yatırılıyor mu	X	
Hastanın yatışının gerekli olup olmadığını belirlemek amacıyla acil serviste uygun tetkik ve kısa süreli izlem yapılabilir olanağa sahip mi.	X	
Acil Servise başvuran hastalar ilk değerlendirilmeleri ardından gerekli stabilizasyonları sağlanıp, ilk girişim ve tedavileri başlanarak ilgili bölüme devrediliyor mu	X	
Acil Servislerden taburcu edilen hastalara hastalıklarına özgü, matbuu veya okunaklı bir şekilde yazılmış, izlem için dikkat edilecek bilgileri içeren talimatlar veriliyor mu,		X

Acil servise başvuran hastaların bakımının sonuçlandırılması ile ilgili standartlara bakıldığında; Acil Servislerden taburcu edilen hastalara hastalıklarına özgü, matbuu veya okunaklı bir şekilde yazılmış, izlem için dikkat edilecek bilgileri içeren talimatlar verilmediği görülmüştür.

Tablo 32: Acil servise başvuran hastaların sevkleri ile ilgili standartlara göre durumu

Acil servise başvuran hastaların sevkleri ile ilgili standartlar	Durum	
	Evet	Hayır
Bir hastanın başka bir hastaneye sevki gerektiğinde sevki uygun görülen hastane ile koordinasyon sağlanıyor mu	X	
Hastanın sevki kabul edildikten sonra, hasta için matbuu bir sevk kağıdı eksiksiz olarak düzenleniyor mu		X
Her türlü girişimin uygulanabileceği tam teşekküllü bir ambulans hastanın nakli için hazırlanıyor mu	X	
Hayati tehlikesi ve sakatlık tehlikesi taşıyan hastaların kurumun imkanları dahilinde uygun bakımları, stabilizasyonları ve tedavileri yapılmadan başka bir hastaneye sevk ediliyor mu		X
Hastaneler arası tüm hasta sevkleri, acil sağlık hizmetleri yönetmeliğine, yerel hastaneler arası kurallarına ve TATD'nin hastaneler arası hasta sevkleri politikalarına uygun mu		X

Acil servise başvuran hastaların sevkleri ile ilgili standartlara bakıldığında; Hastanın sevki kabul edildikten sonra, hasta için matbuu bir sevk kağıdı eksiksiz olarak düzenlenmediği, Hastaneler arası tüm hasta sevkleri, acil sağlık hizmetleri yönetmeliğine, yerel hastaneler arası kurallarına ve TATD'nin hastaneler arası hasta sevkleri politikalarına uygun olmadığı tespit edilmiştir.

5.3. TARTIŞMA ve SONUÇ

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezi Acil Servis yapısı uluslar arası standartlarla karşılaştırıldığında bu standartlara uygun ve uygun olmayan yönlerinin bulunduğu görülmektedir. Standartlara göre acil servise belirli bir uygunluk skoru vermek mümkünse de, acil servis gibi kritik ve zincirin hiçbir halkasının zayıf olmaması gereken bir üniteye böyle bir puanlamanın sanki bazı eksikliklere tolerans gösterilebileceği gibi yanlış kanı uyandırma riski vardır. Bu durumda standartların tümüne uyan yada uymayan gibi ikili bir değerlendirme daha titiz bir yaklaşım olmaktadır. Hastalara yaklaşım ve değerlendirme ile tedavileri ve bakımlarının her basamakta ve her birim düzeyinde aynı kalitede ve aynı özellikte; uygun, yeterli, ve hastaya yarar sağlayıp zarar vermeyecek bir nitelikte olması gerekir. Araştırma ünitesinde bu niteliklerin aksadığı yönler her basamakta aynı kalite ve uygunlukta hizmet verilmesi ve ekip işbirliğinin sağlanması konularında aksaklıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Acil servisin mesleki sorumluluklar ve halkın beklentileri konusunda standartlara uymayan noktalar, acil tıp konusunda eğitilmiş ve yeterli tecrübeye sahip sorumlu bir uzman hekim, acil tıp uzmanı ve acil hemşiresi gibi elemanların bulunmaması ve halka verdikleri hizmet konusunda yeterli ve etkili bilgilendirme yapmamalarıdır.

Acil servisin yönetim standartları açısından belirlenen 5 standardın hiçbirine uymadığı ve profesyonel yönetimden uzak, klinik sezgi ve deneyime dayalı kararların verildiği sonucuna ulaşılmıştır. Acil hizmetler gibi hem aksama ve kesintiye hiç tahammülü olmayan hem de gereğinde en pahalı hizmetlerin birkaç saat içerisinde tereddütsüz verilebildiği birimlerde profesyonel yönetim daha da kritik hale gelir. Hizmetin anlık kararlarda bile isabetle etkili hale getirilmesi ve mali olarak büyük boyutlara ulaşan kaynakların kontrol altına alınması hastane yöneticiliği açısından en önemli hedefler arasındadır.

Yönetimin 5 temel işlevinden birisi olan denetim uluslar arası standartların bir kategorisini oluşturmaktadır. Bu standart kategorisinde kişilerin mesaiye uyması ve vakaların/ hizmetlerin kayda geçirilmesi konusunda sorun yaşanmadığı ancak acil servis çalışanlarının yeterli eğitimi bulunması, işbirliği ve iletişimin denetlenmesi, hastaların başka servis veya kurumlara sevki durumunda uygun dokümanların kendilerine verilmesi konusunda denetim yetersizliği bulunduğu ortaya çıkmıştır.

Acil servis hekimlerinin ve hemşirelerinin durumuna bakıldığında insan vücudu üzerinde mesleki uygulama ve bakımı uygun yaptıkları ancak aldıkları eğitim ve yönetim prosedürleri açısından büyük eksikliğin olduğu gözle çarpılmaktadır. Acil servis sorumlu hemşiresinin sürekli eğitim ile ilgili eksiklikleri bulunmakla birlikte genelde standartlara uygun bir kişi olduğu görülmektedir. Acil servis sorumlu hemşiresi acilin yönetiminde en kritik kişi rolünü oynamakta ve operasyonel olarak işlerin alınan kararlara uygun yürütülmesini gözetmekte ancak karar almada yetkisiz konumda bulunmaktadır.

Acil servisin alet ve sarf malzemesine ilişkin eksiklikleri sarf malzemesinin uygun zamanda temininde ve stok kontrolünde belirginleşmektedir. EKG, defibrilatör gibi hayati önemi taşıyan cihazlarda ise bir sorun bulunmamaktadır.

Acil servisteki genel muayene odalarında genel olarak standartlara uygun koşullar sağlandığı ancak sandalye-tabure gibi genel döşeme unsurları ile lavabo ve musluklarda hijyenin sağlanması gibi konularda aksaklık gözle çarpılmaktadır. Bundan başka ışık mikroskobu, çocuk terazisi, iletişim sistemi, saldırgan hastalar için yumuşak kelepçe, el tipi dedektörler gibi ilk bakışta ayrıntı gibi gelen ancak ihtiyaç duyulduğunda hayati önem taşıyan malzemelerden yoksun bir durum belirlemektedir.

Resüsitasyon odası ile ilgili standartlara bakıldığında; resüsitasyon odasında hemşireler ile irtibat kurabilmek için ve eğer mümkün ise bir düofon sistemi olmadığı, radyografi malzemeleri ve negatoskop ve sarı ışık kaynağının olmadığı; resüsitasyon odasında bulunan hava yolu malzemeleri ile ilgili standartlar açısından da laringoskopik ayna ve gerekli olan malzemeleri, krikirotomi seti ve malzemeleri, trakeostomi seti ve malzemeleri ve fiberoptik laringoskopun (elektif) olmadığı saptanmıştır Bir acil servis için bu durum büyük eksiklik olarak kabul edilmelidir. Aynı şekilde resüsitasyon odasında solunum, dolaşım, travma vd. girişimler ile ilgili alet ve malzemelerde de büyük eksiklikler bulunmaktadır.

Ortopedik, Kadın Hastalıkları-Doğum ve Özel Muayene ile girişimler için gerekli odalara ilişkin standartlara bakıldığında bazı standartlara uygunluk olmakla birlikte bir başka sorun dikkati çekmektedir. Ekstremiteler atelleme cihazları, traksiyon ve fiksasyon setleri, el parmak atellerinin olmadığı hastalara dışarıdan aldırılması, sağlık hizmetlerinin sunulduğunda zaten önemli bir sorun olan hasta ve yakınlarına dışardan malzeme aldırma uygulamalarının en kritik hizmet olan acil servisteki boyutunu göstermektedir. Bu durum malzeme ve stok yönetimi fonksiyonunu yerine getiremeyen sağlık işletmelerinin beklenen sorunudur. Ayrıca

biyomikroskop oftalmik tonometre (aplanasyon, schiotz veya diğeri), göz şineli, gibi göz muayenesi için gerekli olan cobalt mavi ışık olmadığı, gözden yabancı cisim çıkartılması için gerekli malzemelerin bulunmadığı da dikkati çekmektedir.

Acil serviste bulundurulması gerekli olan ilaçlara ilişkin standartlara bakıldığında, antiaritmik ilaçlar hariç diğeri sayılan 16 kalem ilacın hazır bulundurulduğu belirlenmiştir.

Standartlarda ele alınan sistemlere ait ilaçların birkaçı dışında hepsinin hazır bulundurulduğu ve eksik olanların hayati önem taşımayan ilaçlar olduğu belirlenmiştir. Acil serviste ilaç stokları açısından önemli bir sorun yaşanması olumlu bir yönüdür.

Acil serviste dikkati çeken önemli bir eksiklik tanıya yönelik unsurlar (tahlil preperatları, laboratuvar tetkik materyalleri vb.) açısından istenilenin çok altında kalınmasıdır.

Standartlarda rutin hizmetin önemli parçaları arasında yer alan bazı işlem/ süreç/ hizmet unsurlarının ayrıca acil servis yapısı içinde de yer alması yada bunların mesai gün ve saatleri dışında da acil servise entegre edilerek çalışır durumda tutulması öngörülmüştür. Bunlar arasında nükleer tıp hizmetleri, manyetik rezonans görüntülemesi, sintigrafi, arteriografi, venografi vb. bazı özel görüntüleme yöntemleri sayılabilir. Bu işlemler acil serviste ayrıca yapılandırılmadığı gibi mesai saatleri dışında servise entegre edilememiş durumdadır.

Acil servis laboratuvarının yaptığı tetkikler ve malzemeler açısından standartların birçok noktasını sağlamadığı ve kimyasal, mikrobiyolojik açıdan çok yetersiz kaldığı dikkat çekmektedir.

Acil servisin bir başka önemli sorunu hasta güvenliği ve mahremiyetine ilişkin standartların yarısını sağlayamamış olmasıdır. Bu durum acil servisten hizmet alan hasta ve yaralıları olduğu kadar burada görev yapan sağlık görevlilerini de risk altına almaktadır.

Acil serviste hasta bakımının devamlılığı konusundaki standartlara uygunluk sağlanmış durumdadır. Çalışanların eğitim ve deneyim eksikliğine bağlı sayılabilecek hastane öncesi bakım protokollerini bilmek gibi birkaç sorun bulunsa da bunların periyodik eğitimlerle giderilmesi yönünde çalışma yapılmaması acil serviste çalışan sağlık görevlilerinden çok yönetim kademesindekilerin eksikliği sayılmaktadır. Bir başka önemli sorun olan acil servise başvuran hastaların sevk işlemleri uluslararası standart politikalara uygun değildir. Ancak bu

sorun bir işletme olan hastanenin sorunu olmaktan çok makro ortamın yönetimini ve genel anlamda sağlık sistemini ilgilendiren daha geniş bir sorun olarak dikkati çekmektedir.

Uluslar arası standartlara uygunluk değerlendirmesi standartların yazıldığı listede var-yok değerlendirmesini içermekte ve sorunların kaynakları, dinamikleri ve çözüm önerilerine ilişkin ayrıntıları taşımamaktadır. Bu nedenle değerlendirme yapmada yardım alınan kişilerle ayrıca derinlemesine görüşmelere ihtiyaç duyulmuştur. Bu görüşmelerde ilgililer genel anlamda işletme yönetimi kapasitesi açısından hastanenin yetersizliğine dikkat çekmiş ve özellikle hiç aksama yaşanmaması gereken acil servis gibi bir noktada yalnızca klinik yönetim deneyim ve birikimi ile işin idare edildiği vurgulanmıştır. Bu yaklaşımın en büyük sorunu başvuran her hastayı tek tek vaka olarak görmek ve bu kişileri bütünün parçaları olarak sistem mantığına yerleştirememektir. Klinik yük arttıkça yöneticinin ve çalışanların bütünü gözleyip ihtiyaç ve sorunları belirleme, bunlara yönelik çözüm üretme yeteneği giderek azalmaktadır. Kısır döngü ve durumun kanıksanması doğal bir sonuç olarak belirmektedir.

Ana hatları ile bakıldığında, bazı malzeme ve cihaz eksiklikleri yanında hastane acil servisinin fiziki mekan ve altyapı sorunu bulunmamaktadır. Alet ve malzeme eksikliğini gidermek nispeten kolay çözümlenebilecek bir sorundur. Dikkati çeken ve giderilmesi uzun zaman ve kültürlenme gerektiren nokta ise eğitim ihtiyaçları ve süreç yaklaşımıdır. Bu nokta hem standart değerlendirme listeleme sonuçlarında hem de derinlemesine görüşme sonuçlarında belirgin olarak karşımıza çıkmıştır.

5.4. ÖNERİLER

- Acil servis yöneticilerinin ve karar almaya yetkili üst düzey görevlilerin uluslar arası acil hizmet birimlerine ilişkin standartları ayrıntıları ile bilmesi sağlanmalıdır.
- Acil serviste var olan ile yetinmek yerine standartlardan azda olsa sapmalar görüldüğü anda önemli bir sorun olarak algılanmalı, hemen çözüm yoluna gidilmelidir.
- Acil servis çalışanlarının, tıbbi hizmeti sunmak yanında kendi aralarında, hastanın diğer birimleriyle ve hizmet alanlarla pozitif iletişim ve bilgilendirme görevini yerine getiren bir tutum sergilemeleri gerekmektedir.

- İyileştirme çalışmalarının başarıya ulaşması ve hizmetlerin sürekli olarak istenilen şekilde verilmesi için hastane yönetiminin kontrol işlerini hakkıyla yerine getirmesi gerekmektedir.
- Standartlara göre eksikliği saptanan tüm cihaz ve malzemeler hemen temin edilmeli ve bir daha eksiklik yaşanmaması için bilimsel stok yönetimi yaklaşımı benimsenmelidir.
- Acil hizmet verilirken en büyük iki destek unsuru olan biyokimya ve mikrobiyolojik tetkik-tahlilleri ile görüntüleme hizmetleri mutlaka standartlar çerçevesinde sürdürülmelidir.
- Acil servisin hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ile risk yönetimi prosedürlerine kavuşturulması gerekmektedir.
- Acil servise göreve son başlayan hemşire ve asistanların kliniklerden gönderilmesi yerine bu hizmetlerde deneyimli ve servise oryante olmuş sağlık çalışanlarının hizmetleri sürdürmesi sağlanmalıdır.
- Acil hizmetlerin sunuluşu ve yönetimine ilişkin periyodik eğitimler planlanmalı ve ilgililere verilmelidir.
- Acil hizmetlerin organizasyonunda hastanenin servislerini ikincil çalışma alanı olmaktan kurtarılıp asli işi acil hizmet vermek olan kişilerin çalıştırıldığı organizasyon modeline gidilmelidir. Bu durum belki de acil servisin ayrı bir anabilim dalı olarak örgütlenmesini gerektirecektir.

KAYNAKLAR

1. İŞÇİ E., “Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımının Önemi ve İstanbul İlinde Bir Uygulama”, M.Ü. Sosyal Bil.Ens. Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004
2. SEÇİM H., **Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, İ.Ü. İşletme İktisadi Yayın No:145, İstanbul, 1995
3. KAVUNCUBAŞI Ş., **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000
4. ÖZTÜRK M.M., “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Pilot Çalışma”, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2002
5. Adaş G., Sarvan F., Küpelioglu R, “Hastanelerde Acil ve Kaza Servislerinin Planlanması ve Fiziksel Organizasyonu”, **Ulusal Travma Dergisi**, Cilt: 4, Sayı 1, 1998
6. YETEK B., “Metropolitan bir kentte Acil Çocuk Ünite Hizmetleri”, **Yüksek Lisans Tezi**, İ.Ü. Sos. Bil. Ens. Hast. Ve Sağ. Kur. Yönetimi, İstanbul. 1989
7. TAŞKIN S., “İstanbul İlinde Hizmet Veren Hastanelerin Acil Servislerinin Fiziki Yapı, İnsangücü ve Tıbbi Donanım Açısından Değerlendirilmesi”, İ.Ü., Sosyal Bilimler Ens. Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002
8. SUR H., “Hastane Acil Birimlerin Örgütlenmesinde Dikkat Edilmesi Gerekenler” **Modern Hastane Yönetimi**, C:2, Sayı: 7, 1998
9. Özel hastaneler Tüzüğü, 10.01.1983 tarih ve 17924 sayılı resmi gazete; Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 14.04.1928 Tarih ve 8634 sayılı Resmi Gazete; Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 13.01.1983 Tarih ve 1927 mükerrer sayılı Resmi Gazete
10. Adams H.A., Moellmann, M., “**The Task of the Emergency Doctor**”, C:6, 1991
11. Admiralazt, A.D., Wedel, K.W., “**Developments in Military Medicine Since 1900**”, Medical Corps. C: 2, 1987
12. Rıdvan Ege, **Kaza Hastalık ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım**, 2. bs., Ankara, THK basımevi, 1995

13. D. James Heckman, Ronald E. Rosenthal: **Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı ve Nakledilmesi**, 2. bs., İstanbul, Nasetti Limited, Mısırlı Matbaası, 1991
14. David K. Brooks: **The Organization and Administration of Accident and Emergency Departments**, London, Edward Arnold Ltd., 1982
15. Sur, Haydar: “Hastane Acil Birimlerin Örgütlenmesinde Dikkat Edilmesi Gerekenler” **Modern Hastane Yönetimi**, C:II Sayı: 7, 1998
16. Kemal Tosun, **İşletme Yönetimi**, İstanbul, 1987
17. Tamer Koçel, **İşletme Yönetimi**, Beta Yayınları, İstanbul, 1993
18. Bilal Ak, **Hastane Yöneticiliği**, Özkan Matbaacılık Sanayi, Ankara, 1990
19. Ertuğrul Göksoy, Feridun Şirin, **Kitle Yaralanmaları ve Afet Hekimliği**, İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, Yayın No:19, 2000
20. Ertuğrul Göksoy, “Acil Bakım ve Hekimlik Hizmetlerine Toplu Bakış”, **İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri**, İstanbul, 1997
21. Leonard Riggs M., “Emergency Department Desing Indianapolis”, Maury Boyd and Associates, 1993
22. Accreditation Manuel for Hospital, **Standarts of Emergency Services**, London, WHO, 1987
23. H.William Rutherford: **Accident and Emergency Medicine**, Edinburg, Churchill Livingstone Ltd., 1989
24. A.D. Redmond, “A Trauma Center for United Kingdom”, **Annals of Emergency Medicine**, C:1584, 1993, Sayı:5
25. Korhan Taviloğlu, “**Hastane İçi Felaket Organizasyonu**”, Kitle Yaralanmaları ve Afet Hekimliği, Ed.Ertuğrul Göksoy, Feridun Şirin, İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları, 2000, Yayın No:19
26. DC. Angus, DC. Kvetan, “**Critical Care Medicine in Disasters**”, Textbook of Critical Care, Ed., SM. Ayres, A. Grenvik, PR. Holbrook, WC. Shoemaker, Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1995
27. V. Kvetan “Disaster Management, **Critical Care Clinic**, C:VII, 1991
28. Fatma Eti Aslan, “İstanbul’daki Acil Travma Ünitelerinin Mevcut Durumunun Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma”, **Hemşirelik Forumu**, C.2, No:4, Ağustos 1999
29. N. Olgun, F. Eti. Aslan, S. Yazıcı, **Acil Bakım**, Ed. D. Şelimen, İstanbul, Yüce Yayım. 1998
30. Çelikmen, Dr. Feridun / Acil Durum Yönetimi – Acil Sağlık Sistemi (Merkezi Tek Numara) 112

31. Ulus T., İstanbul Hastanelerinde Acil Hizmetlerin Durumu Ve Ülkemizde Yeniden Örgütlenme İçin Öneriler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Biyoistatistik Ve Demografi Bilim Dalı, Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul, 2002