



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**SAĞLIK BAKANLIĞI İLETİŞİM MERKEZİ'NE
(SABİM) YAPILAN HASTANE ACİL SERVİSLERİNE
YÖNELİK BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Melih ÇAMCI

ACİL TIP ANABİLİM DALI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**SAĞLIK BAKANLIĞI İLETİŞİM MERKEZİ'NE
(SABİM) YAPILAN HASTANE ACİL SERVİSLERİNE
YÖNELİK BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Melih ÇAMCI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Şervan GÖKHAN

ACİL TIP ANABİLİM DALI

Ankara, 2019

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

.. /.. /2019

İmza

Dr. Melih ÇAMCI

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın baőından sonuna kadar yardım ve katkılarını sunan, araştırma görevlisi olarak geçirdiğim eğitim ve ğretim sürecinde medikal ve paramedikal birçok konuda kendisinden çok Őey öğrendiğim saygıdeğer hocam ve tez danıőmanım Sayın Prof. Dr. Şervan GÖKHAN'a,

Asistanlık sürecimde yardımları ve destekleri ile her daim yanımda olduğunu hissettiren, bilgi, donanım ve tecbesiyle birlikte duruşu ve hayata bakıőını her zaman örnek alacağım kıymetli ustam Sayın Prof. Dr. Ayhan ZHASENEKLER'e,

Bu uzun yolculukta kendileriyle çalıőmaktan keyif aldığım ve her birinin bilgi ve tecbesinden ayrı ayrı faydalandığım abilerim, ablalarım olan değerli hocalarım, Doç. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK, Doç. Dr. Mehmet ERĐİN, Doç. Dr. Selçuk COŐKUN, Doç. Dr. Ferhat İÇME, Dr. Öğr. Üyesi Fatih TANRIVERDİ, Dr. Öğr. Üyesi Fatih Ahmet KAHRAMAN, Dr. Öğr. Üyesi Gl PAMUKÇU GÜNAYDIN ve tez hazırlama sürecinde de destekleriyle yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Alp ŐENER ve Dr. Öğr. Üyesi ađdaő YILDIRIM'a,

Uzmanlık eğitimimin boyunca her türlü zorluğa birlikte göğüs gerdiğimiz, destek, dayanıőma ve kardeőlik duygusunu her daim birbirimizde hissettiğimiz tüm asistan arkadaőlarıma, bizlerle birlikte her zaman ekibimizin bir parçası olan yardımcı sağlık personeli mesai arkadaőlarıma,

Tezimin baőlangıcından sonuna kadar bana her türlü teknik desteği sağlayan SABİM personeline ve özellikle Ali ÇAĞLAYAN'a,

Buğnlere gelmemde en büyük paya sahip olan ve daima arkamda olup beni destekleyen sevgili annem, babam ve ablama,

Hayatıma Őimdilerde yeni bir can katılmasına vesile olan biricik sevgili eőim Av. Rezzan Gl ÇAMCI'ya,

Ve minik oğlum Mehmet Aybars ÇAMCI'ya

Teşekkür ederim..

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
ŞİMGELER ve KISALTMALAR.....	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Sağlık Hizmetleri	4
2.2 Hastaneler.....	5
2.2.1 Hastanelerin Sınıflandırılması.....	6
2.2.1.1 Mülkiyet.....	6
2.2.1.2 Eğitim Statüsü.....	6
2.2.1.3 Hizmet Türü.....	7
2.2.1.4 Dikey Bütünleşme	
Basamağı.....	7
2.3 Acil Sağlık Hizmetleri.....	7
2.4 Hastane Acil Sağlık Hizmetleri.....	7
2.5 Acil Hasta	8
2.6 Acil Ünitesi	9
2.7 Acil Tıp.....	9
2.8 Acil Servis.....	9
2.8.1 Hastane Acil Servislerinin Sınıflandırılması.....	10

2.8.1.1 I. Seviye Acil Servis.....	11
2.8.1.2 II. Seviye Acil Servis.....	12
2.8.1.3 III. Seviye Acil Servis.....	12
2.9 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM).....	13
3. HASTANE ACİL SERVİSLERİ YÖNETİM VE ORGANİZASYONU.....	18
3.1 Yönetim ve Organizasyon.....	18
3.2 Acil Servis Birimleri.....	19
3.3 Acil Servis Çalışanları.....	21
3.3.1 Acil Servis Yöneticisi (Acil Servis Sorumlu Hekimi).....	22
3.3.2 Acil Servis Sorumlu Hemşiresi.....	24
3.3.3 Acil Servis Yardımcı Personelleri.....	26
3.4 Vardiya Usulleri ve Zaman Yönetimi.....	26
3.5 Hasta Kabul İşlemleri.....	28
3.6 Triyaj.....	28
3.7 Muayene, Müdahale ve Refakat Esasları.....	30
3.8 Konsültasyon.....	30
3.9 Yatış İşlemleri ve Diğer Sağlık Tesislerine Sevk, Nakil Esasları.....	31
3.10 Acil Servis Kalabalığı.....	33
4. ACİL SERVİSTE İLİŞKİ VE İLETİŞİM YÖNETİMİ	35
4.1 Acil Tıp Etiği.....	36
4.2 Hasta Kabul İşlemleri Esnasında İletişim.....	36
4.3 Hasta Psikolojisi ve İhtiyaçların Değerlendirilmesi.....	37
4.4 Acil Serviste Hasta ve Sağlık Personeli İletişimi.....	38
4.5 Acil Serviste Zor Hasta İle İletişim.....	39
4.6. Acil Serviste Hasta Memnuniyeti.....	39
4.6.1 Hasta Memnuniyetinin Tanımı ve Önemi.....	40
4.6.2 Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	40
4.7 Hasta Hakları.....	41
4.8 Acil Serviste Şiddet.....	42
5. MATERYAL ve METOD	43
5.1 Çalışma Evreni.....	43
5.2 Başvuruların Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	44

5.3 Başvuruların Çalışmaya Alınmama/Çıkarılma Kriterleri.....	44
5.4 Çalışma Yöntemi.....	44
5.5 İstatistiksel Analiz.....	45
6. BULGULAR.....	46
7. TARTIŞMA	75
8. SONUÇ.....	84
9. KAYNAKLAR.....	85



ÖZET

SAĞLIK BAKANLIĞI İLETİŞİM MERKEZİ'NE (SABİM) YAPILAN HASTANE ACİL SERVİSLERİNE YÖNELİK BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Bu çalışmada acil sağlık hizmetleri sunumu esnasında yaşanan durumlar nedeniyle Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne (SABİM) yapılan acil servislere yönelik başvuruların analiz edilmesi ve bu araştırmada elde edilen sonuçlarla, hastane içi acil sağlık hizmetleri gelişimine katkı sağlamak ve hizmetlerin geliştirilmesini sağlamak amaçlanmaktadır.

MATERYAL VE METOD: Bu çalışmada SABİM'e 01.01.2018 - 31.12.2018 tarihleri arasında yapılan hastane acil servislerine yönelik başvurular retrospektif olarak incelenmiştir. Başvurular randomize olarak sıralanmış olup her 50. başvuru çalışma örneğine dahil edilmiştir. Başvurucuya yakınlık derecesi, hangi acil türüne başvuruda bulunduğu, acil serviste hangi alanda değerlendirildiği, başvuruya konu olan personelin kim olduğu, başvurunun şiddet söylemi içerip içermediği, başvurunun takip ve sonuçlandırılmasının ne şekilde olduğu, başvuruya konu olan sebeplerin neler olduğu kaydedilmiştir.

BULGULAR: Çağrı sayısı 4.977.748 olup toplam 2.088.725 adet başvuru oluşturulduğu görülmüştür. Çalışmaya gerekli kriterleri sağlayan 955 başvuru dahil edildi. %59.0 oranında şikayet nedeniyle en sık başvuruda bulunulduğu, ihbar, taciz iddiası ve teşekkür nedeniyle başvuruların ise en az oranda olduğu görülmüştür. En sık başvuru %53,7 ile 2. basamak acil servislere yönelik olmuştur. Yapılan başvuruların en sık olarak %66,9 ile yeşil alana yönelik yapıldığı görülmüştür. Başvuruya konu olan personel değerlendirildiğinde %37,9 oranla en sık hastane yönetimi olduğu tespit edilmiştir. Başvuruların %15,0'inde şiddet içerikli konuşmalara rastlanmıştır.

SONUÇ: Hastane acil servislerinde sunulan hizmetlerde kaliteyi ve hasta memnuniyet düzeyini arttırmak için başta hastane yönetiminin gerekli iyileştirmeleri yapması, akabinde sağlık hizmetlerini sunan personelin bilgi, beceri ve mesleki yeteneklerini geliştirmesi, tutum ve davranışlarını iyileştirmesi ve iletişim dilinin geliştirilmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Servis, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi(SABİM), Hasta Şikayetleri, Hasta Memnuniyeti, Acil Servis Yönetimi



ABSTRACT

EVALUATION OF APPLICATIONS TO THE MINISTRY OF HEALTH COMMUNICATION CENTER(SABİM) FOR THE HOSPITAL EMERGENCY SERVICES

OBJECTIVE: In this study, it is aimed to analyze the applications to the Ministry of Health Communication Center for emergency services and to improve the in-hospital emergency health services and to improve the services.

MATERIALS AND METHODS: In this study, applications to SABİM for hospital emergency services were investigated retrospectively between 01.01.2018 and 31.12.2018. The applications were listed randomly and each 50th application was included in the study sample. The degree of intimacy to applicant, the type and the area of emergency that applicant had applied to, the personnel of emergency service, whether the application included violence, and the reasons for the application was recorded.

RESULTS: The number of calls was 4,977,748 and total number of applications was 2,088,725. 955 applicants were included in the study. It was observed that 59.0% of applications were made because of complaints and there were a minimum number of applications due to denunciation, harassment claim and thanks. Most of the applications were made for the green area with 66.9%. When the personnel subject to the application were evaluated, it was found that the most frequent personnel subject to application was hospital management with 37.9%. Violence was found in 15.0% of the applications.

CONCLUSION: In order to increase the quality and patient satisfaction level in the services provided in hospital emergency services, hospital management should make the necessary improvements. Afterwards, the personnel providing health services should improve their knowledge, skills and professional skills, improve their attitudes and behaviors and develop the communication language.

KEYWORDS: Emergency Department, The Ministry of Health Communication Center, Patient Complaints, Patient Satisfaction, Emergency Department Management



SİMGELER KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ASKOM	: Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. 2017 Yılı Muayene Oranlarına Göre Branş Sıralaması

Tablo 2. SABİM Başvuru Tür ve Sebepleri

Tablo 3. 2018 Yılı SABİM Başvuru Sayılarının Aylara Göre Dağılımı

Tablo 4. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Aylara Göre Takibi ve Sonuçlandırılması

Tablo 5. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Tür ve Aylara Göre Sayıları

Tablo 6. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Bölgelere Göre Dağılımı ve Sayıları

Tablo 7. Başvuru Sayılarının Bölgelere Göre Nüfus Sayılarına Oranı

Tablo 8. 2016, 2017, 2018 Yılları Başvurularının Türlerine Göre Sayıları ve Karşılaştırılması

Tablo 9. 2016, 2017, 2018 Yılları Başvuru Sayılarının Bölgelere Göre Karşılaştırılması

Tablo 10. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların Kurum Türüne Göre Sayıları

Tablo 11. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların Aylara Göre Sayıları

Tablo 12. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların Günlere Göre Sayıları

Tablo 13. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların Gün İçerisindeki Saat Dilimlerine Göre Sayıları

Tablo 14. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların SABİM Başvuru Tür ve Sebeplerine Göre Sınıflandırılması

Tablo 15. Başvuruların Türü ve Sebebi, Bölgelere, Kurum Türüne, Takip ve Sonuçlandırılmasına Göre Dağılımı

Tablo 16. Başvuruların Günlere, Haftalara, Aylara ve Mevsimlere Göre Dağılımı

Tablo 17. Başvuruların Yapanın Hastaya Yakınlık Derecesi, Acil Servis Basamağı, Acil Türü, Hastanın Triyaj Kodu, Konu Olan Personel, İçeriğinde Şiddet Söylemi, Takip ve Sonuçlandırılmasına Göre Dağılımı

Tablo 18. Başvuruların Oluşturulan Sebep ve Tür Taksonomisine Göre Dağılımı

Tablo 19. Bölgelere Göre Ana Başvuru Grupları Sayıları ve Dağılımı

Tablo 20. Günlere Göre Ana Başvuru Grupları Sayıları ve Dağılımı

Tablo 21. Yakınlık Derecesine Göre Başvuruda Bulunanların Ana Başvuru Grupları Dağılımı

Tablo 22. Acil Servis Basamaklarına Göre Ana Başvuru Grupları Dağılımı

Tablo 23. Başvuranların Triyaj Renk Koduna Göre Ana Başvuru Grupları Dağılımı

Tablo 24. Başvuruya Konu Olan Personel ve Ana Başvuru Grupları İlişkisi

Tablo 25. Ana Başvuru Gruplarının Şiddet Söylemi İle Olan İlişkisi

Tablo 26. Türkiye Geneli Bölgelerin Şiddet Söylemi İle Olan İlişkisi ve Dağılımı

Tablo 27. Yakınlık Derecesine Göre Başvuruda Bulunanların Şiddet Söylemi İle Olan İlişkisi ve Dağılımı

Tablo 28. Acil Servis Basamakları ile Şiddet Söylemi İlişkisi

Tablo 29. Başvuranların Triyaj Renk Kodu ile Şiddet Söylemi İlişkisi

Tablo 30. Başvuruya Konu Olan Personel ile Şiddet Söylemi İlişkisi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Aylara Göre Oranı

Şekil 2. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Türlere Göre Oranları

Şekil 3. Yönetim Kaynaklı Başvuru Tür ve Sebepleri

Şekil 4. Klinik Kaynaklı Başvuru Tür ve Sebepleri

Şekil 5. İletifim ve İlişki Kaynaklı Başvuru Tür ve Sebepleri

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde hızlı değişen yaşam standartları ve buna bağlı ihtiyaçlara yönelik gelişen teknoloji, sürecin doğal bir sonucu olarak sağlık hizmetleri ve sistemleri üzerinde de etki göstermektedir. Ülkemiz temel hak ve özgürlükler, ekonomik, kültürel, sosyal konularda bir taraftan gelişim göstermekte iken diğer taraftan buna paralel olarak sağlık sisteminin dönüşüm ve gelişimi de gerçekleşmektedir.

Sağlık hizmetleri konusunda memnuniyet özellikle son yıllarda önem kazanan bir kavramdır. Eskiden memnuniyet denilince sadece hasta memnuniyeti anlaşılırken gün geçtikçe hasta memnuniyeti kadar sağlık çalışanlarının memnuniyeti de önem kazanmaktadır. Çünkü hizmet alanın memnuniyetini belirleyen en önemli unsurlardan biri de hizmet üreten sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının ilişkileridir. Sağlık çalışanının hizmet alan hastalara gösterdiği şefkat, ilgi, hastayı tedavinin bir parçası yapabilme becerisi, hastaya verdiği güven hem hastaların memnuniyetini hem de tedaviye uyumlarını etkilemektedir.

Gelişen sağlık hizmetleri içerisinde, hizmetlerin yansıtılması açısından bir bakıma ayna görevi gören acil sağlık hizmetleri, bireylerin yaşamlarına ve hayat kalitelerine doğrudan etki etmesi göz önünde bulundurulduğunda planlanması, yönetim ve organizasyonu, uygulanması bakımından önem arz etmektedir. (1)

Sağlık hizmetlerinde gerek nicekliksel gerekse niteliksel olarak yaşanan olumlu gelişmelerle birlikte hizmete erişebilirliğin de artmasıyla son on beş yılda sağlık hizmeti alma talebinde ciddi artışlar yaşanmıştır. Bu durumdan acil servisler de hasta başvuru sayılarının artışıyla paralel olarak etkilenmişlerdir. Yaşanan bu gelişmeler sağlık hizmeti alıcılarında hizmet kalitesinin iyileşmesi yönünde beklentilerin artmasına neden olmuştur. Bu beklentiler yöneticilerde verilen hizmetin devamlı iyileştirilmesi ve geliştirilmesi ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Acil servislerin en büyük özelliği kesintisiz hizmet vermeleridir. 7 gün 24 saat hizmet veren, hizmet alanlar ile iletişim bakımından bir süreç ve hizmet alımının devam ettiği esnada sürekli şekilde bir temas halinin olduğu hastane içi tek hizmet, acil servis hizmetleridir. Bu hizmeti, ihtiyacı olan hastalara en kısa süre içinde vermek ve en acil olana öncelik tanımak esastır. Ancak herhangi bir acil yakınması olmayan hastalar da sıklıkla acil servise başvururlar. Bu hastaların acil servislere başvuruları birçok acil servisin aşırı

hasta yoğunluğuna (overcrowding) yol açmaktadır. Böylece bekleme süreleri uzayabilmekte, ciddi hastalığı olan hastaların tedavileri gecikmekte, hasta memnuniyetsizliği artmakta, acil serviste genel bir karmaşa ve yetersizlik durumu ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan acil servisten bağımsız sebepler olan, konsültan hekimlerin ilgisizliği ve yetersizliği, icapçı hekimlerin çağırılmalarına rağmen icaba gelmemeleri, hastane yönetiminin tüm bu eksikler hakkında yetersiz takip ve çözüm süreci, radyoloji ve laboratuvar birimlerinin teknik sorunları, hastane acil sağlık hizmetlerinin eksiklikleri, nakil sorunları, hastane içi yatış işlemlerinde yaşanan problemler gibi daha birçok sorun acil servis imajını olumsuz yönde etkilemektedir.

(2) (3)

Acil vakalarda, poliklinik hizmetlerinin verildiği hastalardan daha fazla malpraktis riski bulunmaktadır. Acil servisteki hekimden, kısıtlı bir zaman içinde, birçok disipline ait bilgileri sentezleyip yorumlayarak, hayat kurtaracak şekilde hareket etmesi ve aynı zamanda hukuk kurallarını da eksiksiz yerine getirmesi beklenmektedir. Hekimler mesleklerini icra ederken, sadece hastaya ve yakınlarına değil aynı zamanda adli ve idari birimlere karşı da sorumludurlar. Yasalar çerçevesinde hekimlere ve sağlık personellerine ciddi sorumluluklar yüklenmektedir. Bu sorumluluklar dönem dönem adli sorunlara da neden olmaktadır.

Giderek artmakta olan hasta istek, ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması, daha nitelikli hizmet sunumunun sağlanması ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesi açısından önemlidir. Hastaların aldıkları hizmetlere yönelik şikâyetleri, talepleri ve önerileri hem hizmet sunumunun iyileştirilmesinde hem de hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılmasında önemli rol oynamaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının şikâyetlerine ait verilerin kullanılmasının hizmet sunumunda sorunların tespit edilmesinde; gerekli iyileştirmelerin yapılmasında ve daha kapsamlı bir sağlık sisteminin sağlanması önemli bir yere sahip olduğu ifade edilmektedir.

Acil servisler, sağlık hizmeti alma talebinde bulunanların en sık ve kolay başvurabildiği yerlerin başında gelmekte ve iletişim sorunlarının en yoğun yaşandığı yerler olarak karşımız çıkmaktadır. Bu nedenle acil servisler, sağlık hizmetlerinin genelinde yaşanan sorunları yansıtabilme potansiyeline sahiptir.

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı'na bağlı bulunan hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarında, acil sağlık hizmetleri sunumu esnasında yaşanan durumlar nedeniyle Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne (SABİM) yapılan

acil servislere yönelik başvuruların birimlere, sađlık personeline, başvuru konusuna, başvuruda bulunan kiřilerin demografik verilerine, hastanelerin tūrüne (eđitim hastanesi olma durumu, genel veya dal hastanesi olma durumu) ve hangi başvuru nedenlerinin en sık gōrōldūđūnū, nasıl sonuēlandırıldıđına iliřkin genel gōrōnōmōnū ortaya koymak, nūfus ve hekim sayısı deđiřkenleri kontrol edildikten sonra bōlgesel geliřmiřlik dūzeyine gōre farklı olup olmadıđını belirlemek amaēlanmıřtır. Bu arařtırmadan elde edilen sonuēların, hastane iēi acil sađlık hizmetlerinde yařanan aksaklıklar ve problemleri ortaya koyma, hastane iēi acil sađlık hizmetlerinden yola ēıkarak tōm sađlık sistemine yōnelik ēıkarımlarda bulunma ve hizmetlerin geliřtirilmesinde sađlık hizmet sunucularına faydalı olacađı dūřōnōlmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşan bir bütündür. Birincil koruma, sağlığı kötü etkileyen fiziki, sosyal ve psikolojik etmenleri yok etmeyi kapsar. İkincil koruma, hastalık belirtilerini en erken sürede tespit edip hastalığı tanılamak ve tedavi etmektir. Tedavi hizmetleri üç basamaklı bir yapıyı içerir. Birinci basamak ayakta ve evde tedavi hizmetidir. Bu basamakta hekimler, bireylerin kolay ulaşabilecekleri yerlerde olmalıdır. Bu basamak ön aşamadır, hekim gerekli gördüğü kişileri ikinci basamak hizmetlere yönlendirir. Doğru kişilerin doğru yerde tedavi görmesini sağlar ve hizmet kalitesini artırır. Üçüncü basamak, kalp cerrahisi, beyin cerrahisi ve benzeri yüksek teknolojinin kullanıldığı hizmetlerdir. (4) Sağlık hizmetleri, devletin yürüttüğü hizmetlerdir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. maddesine göre, her bireyin sağlıklı yaşamaya hakkı vardır. Anayasa Mahkemesi'nin kararına göre: "Kamu hizmeti, devlet ya da diğer kamu tüzel kişileri tarafından ya da bunların gözetim ve denetimleri altında, genel ve ortak gereksinimleri karşılamak, kamu yararı ya da çıkarını sağlamak için yapılan ve topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinliklerdir." (5) Bu anlamda kamu hizmeti, yasama organınca kamu hizmeti olarak tanımlanıp idare tarafından yönetilen ve denetlenen faaliyettir. (6) Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetleri kamu hizmetidir.

Kamu hizmeti olarak sağlık hizmeti, kamu hukukuna tabidir. (7) Sağlık hizmetleri yalnızca tedavi hizmetleri olmayıp bunun yanında toplumu tehdit eden bulaşıcı hastalıklar, salgınlar gibi olaylarda güvenliği alan halkı bilinçlendiren, gençlerin kötü alışkanlıklardan uzak durması için bilinç düzeyini artıran bütüncül bir hizmettir. (8) Bunlar sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir ve kapsayıcı hizmetleridir. Anayasa Mahkemesi'ne göre, "Sağlık hizmetleri nitelikleri gereği diğer kamu hizmetlerinden farklıdır. Sağlık hizmetinin temel hedefi olan insan sağlığı sorunu, ertelenemez ve ikame edilemez. Bilime dayalı olması gereken tanı ve tedavi metodlarının insan yararına sürekli yenilik ve gelişme göstermesi, hizmet kalite ve beklentilerini çağın koşullarına yaklaştırmayı gerektirmektedir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri, kendi iç dinamikleri ve nitelikleri gereği, üretilmesi ve halk yararına sunulmasında özel sektörün kazanç, rekabet ve büyüme dinamiklerinden yararlanacak türdeki hizmetlerdendir." (9)

Sağlık hizmetleri, tüketicisinin aldığı hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip

olmaması, ikamesi olmayan bir hizmet olması ve kardan çok sosyal hizmetler içeren kendine özgü toplumsal özellikleri olması itibariyle özgündür. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, basamaklara göre mekansal anlamda farklılıklar gözlense de sunulan hizmetlerin kapsamına yönelik ihtiyaçların göz önünde bulundurularak planlanması esastır. Bu bağlamda, ülke sathında en geniş ve kurumsal olarak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlar hastanelerdir.

2.2. Hastaneler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hastaneleri: “Müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır. (10)

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği madde 4’te yataklı tedavi kurumları olarak ifade edilen hastaneler: “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır. (11) Hastaneler tanım olarak ifade edilirken kaba dört temel işlevden bahsedilebilir. Bunlar, tedavi hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırmadır.

Sağlık hizmetlerinin çeşitliliği, farklı uzmanlık branşları altında hizmet vermesi, toplumun geneline hitap ediyor oluşu ve kapsamlı olması nedeniyle sınıflandırmaya tabi tutulmuştur. Yine Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği madde 5’te sağlık kurumları işlevlerine göre 5 gruba ayrılır:

a) İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

b) Gün hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

c) Genel hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin,

bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği, ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

d) Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

e) Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır. (Kaynak yukarıdaki)

2.2.1. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastanelerin mülkiyeti, eğitim statüsü, hizmet türü, büyüklüğü, hastaların yatış süresi, akreditasyon süresi, dikey bütünleşme basamağı gibi çeşitli ölçütler baz alınarak yapılan sınıflandırmalar da bulunmaktadır. Diğer taraftan ise sınıflandırmalar yapılırken hastaların hastanede kalış süreleri, verilen tedavi hizmetinin türü, finansal kaynakların çeşidi ve büyüklükleri temel oluşturmaktadır. (12)

2.2.1.1. Mülkiyet

Hastanelerin mülkiyet ölçütüne göre sınıflandırılmasında, mülkiyet hakkının hangi kurum veya kuruluşa ait olduğunun tespiti neticesinde, nitelikleri göz önüne alınarak yapılan bir sınıflandırma türüdür. Ülke genelindeki hastaneler, yönetim ve organizasyonunda söz sahipliği sağlayan mülkiyet hakkına göre, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, özel sektör olarak kabul edilen dernek ve vakıflar, belediyeler, yabancılar ve azınlıklara bağlı hastanelerden oluşmaktadır. (13)

2.2.1.2. Eğitim Statüsü

Eğitim statüsüne göre sınıflandırma, Türkiye’de hastanelerin sınıflandırılmasında kullanılan bir diğer yöntemdir. Birincil amacı eğitim, araştırma yaparak uzman, yan dal uzmanları yetiştirmek olan eğitim ve araştırma hastaneleri ve tanı, tedavi hizmetleri ön planda tutulan eğitim, araştırma yapılmayan hastaneler olarak ikiye ayrılır. (12) Eğitim ve araştırma hastaneleri, asıl amacı olan uzmanlık eğitimi ve araştırmaların yanı sıra tanı ve tedavi hizmetleri bakımından da her türlü donanıma sahip olup hasta bakım hizmetleri vermektedir. (13)

2.2.1.3. Hizmet Türü

Sundukları hizmet türüne göre hastanelerin sınıflandırılması bir diğer başlıktır. Genel hastaneler ve dal hastaneleri, hizmet türüne göre sınıflandırmanın iki grubudur. Bünyesinde birden fazla dal bulundurarak hasta ayrımı yapmaksızın tüm bölümleriyle hizmet sunan, genel hastanelerdir. Dal hastaneleri ise kişilerin demografik özellikleri gibi belirli sınıflamalara ayırarak hastalara hizmet sunarlar. (12) Örnek olarak, kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi, psikiyatri hastanesi, kalp damar hastanesi, onkoloji hastanesi, meslek hastalıkları hastanesi, ağız ve diş sağlığı merkezi sayılabilir.

2.2.1.4. Dikey Bütünleşme Basamağı

Sağlık hizmetleri içerisindeki basamağını ve yerinin dikey bütünleşme konumu belirler. Dikey bütünleşme basamağı, hastanelerin sınıflandırılmasındaki faktörlerden biridir. 1. basamak, 2. basamak ve 3. basamak olarak gruplandırılır. (12)

Birinci basamak sağlık kuruluşları, gününbirlik olarak ayaktan tanı ve tedavi hizmeti veren kuruluşlardır. Aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, AÇSAP merkezi, verem savaş dispenseri, 112 acil sağlık hizmetleri bu kurumlara birer örnektir. İkinci basamakta ise birinci basamakta alınamayan hizmetlerin verildiği, uzun süreli olmayan sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumlarıdır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları, çözülemeyen ve daha detaylı tetkik, araştırma, bakım ihtiyacı olan hastaların başvurduğu, branşların tamamına yakınının bulunduğu ve tam kapasiteyle çalışan sağlık basamağıdır. Eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri bu gruba örnek olarak gösterilebilir. (14)

2.3. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri, hastane öncesi sağlık hizmeti olarak başlayıp hastane acil servisine kadar uzanan çok sayıda farklılığı ve zorluğu bünyesinde barındıran bir süreçtir. Hayati tehlike arz eden bir hastalık ve yaralanma durumunun ortadan kaldırılması, en hızlı şekilde tıbbi müdahale ve tedaviye yönelik harekete geçilmesi ve neticesinde durumun kötüye gitmesinin engellenmesi, hayati tehlikenin ortadan kaldırılması, acil sunulan sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir. Acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan

tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde sunulabilmesi için, kesintisiz olarak, bir ekip anlayışı içinde yürütülmesi ve kısa zamanda ulaşilabilir olması esastır. Acil sağlık hizmetlerinin bu esaslara göre bakanlığın koordinasyonunda kamu veya özel bütün kurum ve kuruluşların iştiraki ile tek merkezden yönetilmesini sağlamak maksadıyla, hizmetin yürütülmesi için acil sağlık hizmetleri teşkil olunmuştur. (15) Bu hizmetlerin yürütülmesi amacıyla Bakanlıkça görevleri ve yeleri belirtilen Acil Sağlık Hizmetleri Danışma Kurulu, Acil Sağlık Hizmetleri Bölge Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi ve müdürlüklerce İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) teşkil edilir. ASKOM, il genelinde acil sağlık hizmeti ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon ve işbirliğini sağlamak üzere müdürlük bünyesinde kurulan, sekreteryasını acil sağlık hizmetleri biriminin yaptığı İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonudur. Acil sağlık hizmetleri, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve hastane acil sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.4. Hastane Acil Sağlık Hizmetleri

Hastane içi acil sağlık hizmetleri, sunulduğu ortam ve kullanılan ileri yöntemler itibariyle hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden ayrılmaktadır. Akut bir hastalık, yaralanma ve hayatı tehdit edici bir sağlık sorunu neticesinde kişilerin ayaktan ya da hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunucuları aracılığıyla ilk başvurdukları birim hastane acil servisleridir. Hastane yapılanması içerisinde ulaşımı, kapasitesi, ihtiyaçlara cevap verebilme kabiliyeti bakımından en önemli birimlerin başında gelmektedir. Hastaya acil müdahalenin yapıldığı, stabil hale getirildiği, tanıya yönelik değerlendirmelerin ve tetkiklerin yapıldığı, tedavisinin başlandığı ve ilgili bölümlere tedavinin devamı açısından nakledildiği, hastane içi acil sağlık hizmetlerinin merkezi acil servislerdir. (16)

2.5. Acil Hasta

Akut bir hastalık ve yaralanma sonrası acil ünitesine başvuran, sınırlı zaman dilimi içerisinde acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişidir. (17) Acil hasta tanımı, Dünya Sağlık rgt'nce belirli kriterler ile belirlenmiş olmasına rağmen günümüz koşullarında acil sağlık hizmetlerinin kullanım amaçları ve önceliklerinin değerştirilmesi sonucu gerçek anlamından çok sapmıştır. Triyaj uygulamasıyla hayati tehlikesi bulunan hastalara daha hızlı müdahale edilmeye çalışılmaktadır.

2.6. Acil Ünitesi

Akut gelişen hastalıkların ve yaralanma durumlarında, hastaların ilk başvurdukları yerdir. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ m.4/c'deki tanıma göre ise; acil hastalara ilk yardım, kesin tedavisinin yapılacağı merkeze nakline kadar temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği hizmetlerinin verilebildiği, en az bir odadan oluşan acil sağlık birimidir. İlk müdahalenin yapılması sonrası detaylı bir muayene ve ileri tedavi için diğer birimlere nakil sağlanır. Acil sağlık ünitesi 7 gün 24 saat esaslı, müdahale, acil tıbbi bakım ve tedavi hizmeti verir. Hastanelerin daha hızlı yanıt veren, daha basit ve kolay bir işleyiş mekanizmasına sahip olmasını sağlar.

2.7. Acil Tıp

Acil tıp dünyada ilk olarak 1960 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de ayrı bir uzmanlık dalı olarak gelişmeye başlamıştır. 1970 yılında ilk kez Cincinnati Üniversitesi'nde Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmuştur. Türkiye'de de 1970'li yıllar ile beraber İlk ve Acil Yardım gündeme gelmiş ancak ülke gündemindeki sorunlardan dolayı yeterli desteği görememiştir. 1990 yılında acil tıp uzmanı Dr. John Fowler'ın Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na davet edilmesiyle çalışmalar başlamıştır. Bu çalışmaların ilk neticeleri olarak 1993 yılında Acil Tıp ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edildi, akabinde Dokuz Eylül Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi'nde ilk Acil Tıp Anabilim Dalları kurulmuş oldu. (18)

2.8. Acil Servis

Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı sağlık tesisleri bünyesinde yer alan acil birimlerdir. (19)

Kronik bir hastalığın akut atağı, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri, beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında, komplikasyon, morbidite, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, hayati tehlikesini ortadan kaldıracak tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması, ileri tanı ve tedavisi için diğer hizmetlere devrine kadar yataklı sağlık

tesislerinde sunulan acil sağlık hizmetlerine acil servis hizmetleri denir. (19)

Ülkemizde acil servislerin genel işleyişı, fiziki altyapısı, yönetimi, triyaj yöntemleri, verilecek sağlık hizmetleri, kalite standartları kısacası bulunması gerekli olan asgari standartlar mevzuat ile belirlenmiştir. Acil servisin dışarıdan ulaşımı ve hastane içerisinde önemli birimlere olan mesafesi, hastane içi binalar arasında geçiş kolaylıkları, engelli vatandaşlar için sunulması gereken ek hizmetler, kafeterya ve kantin gibi beslenme ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik sosyal alanlar, tekerlekli sandalye ve sedyelerin bulundurulması, ambulans girişı ve ayaktan hasta girişı ile ilgili düzenlemeler, kolay bulunabilmesi için yönlendirmeler ve levhaların konulması gibi temel altyapı planlamaları yönetmelikte belirtilmiştir.

Acil servisler, bir hastaneye yapılan başvuruların büyük çoğunluğunu kabul eden birimlerdir. Anlık değişimlerin yaşandığı, acil tıbbi müdahale kavramını benimsemiş, alanında yetkinleşmiş ve uzmanlaşmış bir ekip tarafından hastaların hayatlarına dokunulan yerlerdir. Donanım ve personel açısından aksaklığın kabul edilmemesi, teknolojik imkanların sonuna kadar kullanılabilindiği, sadece tıbbi bilginin değil elektronik, fizik, kimya, mimari, işletme gibi multidisipliner yaklaşımın güncel tutulduğu ve uygulama alanı bulduğu yerler olması nedeniyle önemlidir. (2)

2.8.1. Hastane Acil Servislerinin Sınıflandırılması

Ülkemizde acil servisler, uluslararası alanda hizmet veren birçok sağlık kuruluşunun acil servisi gibi içerisinde bulunduğu hastanenin statüsü, bulunduğu konumu, tıbbi kapasite ve yetenekleri, fiziki yeterliliği, personel ve malzeme niteliği gibi belirli özellikler göz önüne alınarak sınıflandırılmış ve seviyelendirilmiştir. 27378 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ madde 6 acil servisleri 3 seviyeye ayırmakta ve şöyle açıklamaktadır: “Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak 1. 2. ve 3. seviye olarak seviyelendirilmiştir.”

Son yıllarda yaşanan acil servis kalabalığı ve buna bağlı ortaya çıkan sorunlar nedeniyle, 2018 yılında 30338 sayılı Resmi Gazete’de Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’inde değişiklik

yapılarak 7. maddeye; “Günde ortalama 500 (beş yüz) hastadan fazla hasta kabul eden veya nöbetçi tabip başına günde ortalama 100 (yüz) hastadan fazla hasta kabul eden veya günde ortalama 50 (elli) hastadan fazla sarı alan hastası olan veya günde ortalama 25 (yirmi beş) hastadan fazla kardiyopulmoner resusitasyon gerektirmeyen kırmızı alan hastası olan veya günde ortalama 3 (üç) hastadan fazla kardiyopulmoner resusitasyon gerektiren kırmızı alan hastası olan acil servisler, hastane büyüklüğü ile acil servis hasta oranı uyumsuz olan acil servisler, acil serviste ilk muayene için bekleme süresi 45 dakikayı geçen acil servisler, özel öneme sahip acil servisler, günlük ortalama ambulansla hasta alma sayısı 5 (beş)’ten fazla olan acil servisler “Öncelikli Takip ve Özellikli Planlama Gerektiren Acil Servis” olarak tanımlanır.” ibaresi eklenmiştir. Böylelikle “Öncelikli Takip ve Özellikli Planlama Gerektiren Acil Servis” kavramı mevzuata eklenerek acil servis pratiğinde yerini almıştır.

2.8.1.1. I. Seviye Acil Servis

Acil servisler, bulundurulması gereken asgari alan, yatak, birim, personel standartlarına göre sınıflandırılmaktadır. 1. seviye acil servis, hizmetlerin nöbetçi uzman tabibin denetim ve gözetiminde 1-2 tane pratisyen tabip, 1-2 tane hemşire/ATT/sağlık memuru ile 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak yürütüldüğü, ilgili branşlarda uzman tabip hizmeti gerektiren hastaların bu ihtiyaçlarının icap nöbeti (evde nöbet) yöntemi ile karşılandığı, üst düzey bakım gerektiren hastaların stabilizasyonu sağlandıktan sonra ileri seviyeli acil servislerin bulunduğu sağlık tesislerine sevk edildiği, daha çok ayakta stabil hastaların muayene, tetkik ve tedavilerinin yapılabilirdiği, gerektiğinde kısa süreli müşahedenin sağlanabildiği acil servislerdir. Yatak sayısı 100'den az olan veya günde 1000 'den az poliklinik hastası kabul eden veya toplam tabip sayısı 30'dan az olan hastanelerde kurulur.

Temel Yaşam Desteği, İleri Travma Yaşam Desteği, İleri Kardiyak Yaşam Desteği, yoğun bakım gerektirmeyen hastaların müşahede biriminde takibi, ayaktan hasta bakımı, 1. seviye acil serviste verilmesi gereken sağlık hizmetleridir. Yine 1. seviye acil servisler için gerekli olan fiziki koşullar Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği Ek-1’de verilmiştir.

2.8.1.2. II. Seviye Acil Servis

Acil hastaların 3-4 tane pratisyen tabip tarafınca karşılandığı, dahili veya cerrahi branşlardan en az birer uzmanın sorumluluğunda, 3-7 tane hemşire/ATT/sağlık memuru ile 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmetinin verilebildiği, diğer branş uzmanlarının ise ihtiyaca göre icap (evde nöbet) yöntemi ile acil sağlık hizmeti sunduğu acil servisler olarak tanımlanmaktadır.

Yatak sayısı 101-300 arası olan veya günde 1001-3000 arası poliklinik hastası kabul eden veya toplam tabip sayısı 31-60 arası olan hastanelerde 2. seviye acil servis kurulabilir. Triyaj, görüntüleme ünitesi, izolasyon/dekontaminasyon odası 2. seviye acil servisi 1. seviye acil servisten ayıran ek fiziki alan gerekliliklerindedir.

2. seviye acil servislerde verilmesi gereken acil sağlık hizmetleri, 1. seviyeye ek olarak uzman düzeyinde değerlendirme, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi gibi görüntüleme imkanları eşliğinde tetkik ve tedavilerin yapılmasıdır.

2.8.1.3. III. Seviye Acil Servis

Bünyesinde Dahiliye, Genel cerrahi, Kadın hastalıkları ve doğum, Çocuk sağlığı ve hastalıkları, Ortopedi ve travmatoloji ile Beyin cerrahi, Kardiyoloji, Nöroloji, Anestezi ve Reanimasyon branşlarında ve bu branşlara ilave olarak hasta yoğunluğuna göre gerektiğinde diğer branşlarda da 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmeti verilebilen, 5'in üzerinde tabip ve 8'in üzerinde hemşire/ATT/sağlık memurunun 24 saat kesintisiz hizmet verdiği ileri düzey acil servisler olarak tanımlanmaktadır.

Yatak sayısı 301 ve üstü olan veya günde 3001 ve üstü poliklinik hastası kabul eden veya toplam tabip sayısı 61'den fazla olan hastaneler bünyesinde bulunmaktadır. Travma odası, kritik hasta bakım birimi ve her branş için muayene odası 2. seviye acil servise ek olarak bulunması gereken birimlerdir.

Müdahale imkanı ve kabiliyeti en yüksek düzeyde olan acil servislerdir. 1. ve 2. seviye acil servislere ek olarak ileri tetkik yapabilme imkanı, 24 saat uzman düzeyinde hizmet sunması, kritik ve yoğun hasta bakımını sağlayacak donanıma sahip olması gerekmektedir.

2.9. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)

Kamu kurumlarının hizmet kalitesini arttırmak, kamu yararını ön plana çıkarmak, insan hakları ve yasalara uygun bir çalışma anlayışı geliştirmek ve bunu sürdürmek için kurum içinde ya da dışında oluşturulan birtakım mekanizmalar geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), kurum faaliyetleri için yararlı olacağı düşünülen tüm bu faaliyet alanlarına ve amaçlarına benzer çalışma içindedir. Birçok kamu kuruluşunda benzer yapılanmalar oluşturularak, vatandaşın bu kuruluşlara ulaşması sağlanmaya çalışılmaktadır ancak sadece şikayetleri kabul etmek ya da çağrı merkezi oluşturmak yeterli olmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) 184 no'lu Çağrı Merkezi, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 10. maddesinin (d) bendinde yer alan "Bakanlığın basın ve halkla ilişkilerini ve bilgi edinme hizmetlerini yürütmek" maddesinden yola çıkarak 01.01.2004 yılında kurulmuş olup merkez ve taşra birimleriyle, Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Halkla İlişkiler Daire Başkanlığı çatısı altında vatandaşlara 7 gün 24 saat hizmet veren bir sistemdir. Sağlık hizmeti sunanların ve sağlık hizmetinden faydalananların daha kaliteli bir süreç içinde mutlu ve güvenli bir şekilde hizmet alışverişinde bulunmaları adına destekçi ve yol gösterici olmayı kendine misyon edinerek kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını ve bu hizmete toplumun tüm kesimlerince ulaşılabilir olmasını hedefleyen bakanlık ile vatandaş arasındaki köprüyü oluşturma vizyonunu belirlemiştir. Kısacası, sağlık sektöründe değişim ve gelişim amacıyla ilgili tüm tarafların talep ve önerilerini alarak, sağlık kurum ve kuruluşları ile vatandaşlar arasındaki mevcut iletişimi güçlendirerek, yaşanan problemlerin, vatandaşların taleplerinin, önerilerinin, teşekkürlerinin, eleştirilerinin duyulduğu ve vatandaşa mevzuat dahilinde doğru bilgilendirme sağlandığı bir platformdur. Bu merkeze acil yardım, bilgi alma, tedavi talebi, şikâyet, teşekkür, ihbar, eleştiri, öneri, merkezi randevu sistemi ile ilgili başvurular gibi sağlıkla ilgili birçok konuda çağrı gelmektedir ve sistem bu çağrıları ilgili olan alan ve kurumlara yönlendirmektedir.

SABİM operatörleri, ALO 184 hattını arayan vatandaşların çağrılarını karşılar, görüşme esnasında başvurularını oluşturur ve sisteme kaydettikten sonra SABİM çözümleyicisine başvuruyu yönlendirir. Çözümleyici yönlendirilen başvuruyu inceler, aciliyet arz eden durumlarda anında müdahale ederek gerekli arama ve koordinasyon işlerini yürütürken aciliyet arz etmeyen durumlarda ise başvuru önem sırasına göre

Çözümleme sürecini yönetir. Sürecin yürütülmesi esnasında gerektiği takdirde başvuru içeriği ile ilgili kurum ve kuruluşlarla görüşme sağladıktan sonra aldığı bilgileri vatandaşa aktarır. Mevzuat doğrultusunda vatandaşa başvurusu ile ilgili bilgilendirme yapar ve incelenmesi gereken başvuruları sevk ekibine gönderir. Sevk ekibi başvuruyu tekrar inceler ve eleme yaparak başvuruyu sonlandırır ya da başvurunun içeriğine göre ilgili birimde görevli merkez teşkilat veya taşra çözümleyicisine sevk eder.

Merkez veya taşra çözümleyicisi sevk edilen başvuruya ilişkin tüm detayları inceleyerek gerekli işlemleri yapar. Bu işlemler tamamlandıktan sonra gerektiğinde vatandaşa bilgilendirme yapılır ve inceleme sonucu bilgisi girilen başvuru sistem üzerinden SABİM'e gönderilir. SABİM bölge sorumluları tarafından, yapılan işlemler ve sisteme girilen sonuç değerlendirilir. İncelenmesi tamamlanan başvuru bölge sorumluları tarafından kapatılır. Bu süreç doğrudan bakanlık yetkilisi ya da bazı durumlarda bizzat Sağlık Bakanı tarafından takip ve kontrol edilmektedir.

Kısacası SABİM'in görevi; Bakanlık, Bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşlar ile sağlık sistemi işleyişi ile ilgili her türlü bilgi alma, ihbar, şikayet, öneri ve taleplere yönelik başvuruları kabul ederek ilgili yasal mevzuata uygun şekilde çözüm üretmek, aşağıda belirtildiği gibi aciliyet arz eden durumlarda da gerekli arama ve yönlendirme yapmak süratiyle hızlı ve etkin çözüm yolları üretmektir.

Acil müdahale gerektiren durumlar:

Acil Sağlık Hizmetleri'nde yaşanan aksaklıklar (acil olarak ambulans ile sevki yapılan hastalara uygun hastane, yoğun bakım ve nitelikli tedavi ünitesi bulunamaması durumunda),

Genel toplum sağlığını ilgilendiren acil durumlar,

Görev ihmali nedeni ile sağlık hizmetlerinin aksaması durumları,

Hasta hakları ihlali durumları

Başvuru sahiplerinin nedensiz olarak hastanelerde tutulması durumları ve

Yasal mevzuata uygun olmayan hizmet sunumu durumlarıdır.

SABİM'in görevlerinden bir diğeri de sağlık sisteminin herhangi bir aşamasında meydana gelen aksaklığı, halka arzı ile eş zamanlı olarak tespit ederek;

hızlı ve etkin bir çözüme kavuşturulması amacıyla sağlık sistemi faaliyetlerini sürdürmek ve sorunun çözümünde etkin olacak mekanizmaları ivedilikle harekete geçirerek, özdenetimi sağlayacak geri bildirim mekanizmalarının kurulmasını sağlamaktır.

SABİM'in önümüzdeki sürece dair hedeflerine baktığımızda ise aşağıdaki başlıklar altında toplayabiliriz:

-Tüm İletişim Araçlarına Hakim Bir Hizmet Anlayışı Sunmak

Kamu kurumları birçok iletişim aracını kullanarak iletişim hizmetlerini sürdürmektedir. Kullandıkları iletişim araçları, kurumlara göre farklılık göstermektedir. Kurumlardaki iletişim hizmetlerinin standart olmamasından dolayı insan kaynağı ve teknik alt yapı yetersizliği, kamu kurumlarının sosyal medyayı ve teknolojiyi kullanamaması gibi etkenler ve fiziki yetersizliklerden dolayı kurumların iletişim hizmet kalitesi düşmektedir. Bunun sonucunda vatandaşlar iletişim hizmetlerinden yeterince faydalanamamakta ve dolayısıyla memnuniyetsizlik ortaya çıkmaktadır. SABİM'in amacı iletişim araçlarının çeşitlendirerek memnuniyetsizliğin önüne geçmektedir.

SABİM, sağlık hizmeti sunanların ve sağlık hizmetinden faydalananların daha kaliteli bir süreç içinde mutlu ve güvenli bir şekilde hizmet alışverişinde bulunmaları adına yeni bir sürece girmiştir. Bu süreçte telefon, fax, dilekçe ve yüz yüze görüşme dışında bireysel / toplu SMS, e-posta, sosyal medya, web üzerinden canlı görüşme ve web üzerinden başvuru kabul etme, işitme engelli vatandaşlarımızla görüntülü görüşme, yabancı uyruklu kişilerle yabancı dilde iletişim sağlama, e-devlet sistemi ve mobil uygulama araçları kullanarak başvuru oluşturma ve başvuru takibi sağlama gibi teknolojinin tüm olanaklarına hakim; destekçi, çözümcü ve yol gösterici olarak vatandaşımıza kaliteli iletişim hizmeti sunmak hedeflenmektedir.

-Tanıtıcı ve Aydınlatıcı Bir İletişim Hizmeti Sunmak

SABİM'in faaliyetlerini, çalışma prensiplerini ve sağlıkta sağladığı iletişim hizmetinin faydalarını, sosyal farkındalık oluşturmak adına; kamu spotları oluşturarak ve broşürlerle vatandaşlara bilgilendirme yaparak daha çok vatandaşın Sağlık Bakanlığı ile iletişime geçmesi hedeflenmektedir.

Bakanlık faaliyetlerinin ve hizmetlerinin sosyal algıyı harekete geçirmesi adına

SABİM bünyesinde çözüme kavuşturulan başvuruları Genel Müdürlük aracılığı ile filmleştirerek ve haber haline getirerek sağıkta dönüşüm hizmetlerini tanıtmak için basında yer almasını sağlamak hedeflenmektedir.

-Ülke Tanıtımına ve İmajına Katkı Sağlamak

Bakanlığın uluslararası alandaki sağık hizmeti sunumu kalitesi, dünyadaki görüntüsü, saygınlığı önemli bir rol oynamaktadır. Bu bakımdan iletişim merkezinin hizmet kalitesi ön planda tutularak revize edilmesi planlanmaktadır. Yapılacak olan bu yenilikler kapsamında dünyadaki sağık iletişimi düzeyinde ilk olması beklenmektedir. Verilen sağık hizmeti iletişimi ve iletişim teknolojisinin Genel Müdürlük aracılığı ile uluslararası iletişim fuarlarında dünyaya tanıtılması hedeflenmektedir.

-Toplumun Vicdanını Rahatsız Eden Olaylara Müdahil Olmak

SABİM bünyesinde uzman sosyal medya ekibi kurarak etkin bir tarama yöntemi ile toplum vicdanını rahatsız eden olayları tespit etmek, anında olaya müdahil olmak, olay sonuçlanıncaya kadar Bakanlık birimlerini harekete geçirmek hedeflenmektedir. Böylece devletin, vatandaşın hakkını savunduğunu ve olayların takipçisi olduğunu hissettirmek amaçlanmaktadır.

-Kriz Anlarında Vatandaşa En Doğru ve Güncel Bilgiyi Vermek

Ülkemizde meydana gelebilecek doğal afetler veya toplumsal olaylara bağlı olarak Bakanlık faaliyetleri doğrultusunda, Bakanlığın kurumları ile koordinasyon sağlanarak en güncel ve en doğru bilginin vatandaşlara ulaştırılması ve bilgi kirliliğinin önlenmesi hedeflenmektedir.

-Personelin Hizmet Kalitesini Arttırmak

Kamu kurumlarına bağlı iletişim merkezindeki personellerin performans ve kalite değerlendirmelerinin insan gücü ile yapılmasından dolayı birçok sorun olduğu gözlenmektedir. Yapılan değerlendirmelerin objektif yapılmadığı veya tüm personellerin eşit şartlarda değerlendirilmediği görülmektedir. Adil olmayan personel değerlendirme yöntemleri, personelin iş güvenini kaybetmesine neden olmaktadır. Bunun sonucu ise personelin vatandaşla kalitesiz hizmet sunması olarak yansımaktadır.

Bakanlık Mevzuat Modülü aracılığı ile bakanlıkların mevzuatları doğrultusunda vatandaşla en doğru bilginin iletilmesi hedeflenmektedir.

Yılda en az iki kez vatandaş memnuniyet anketi düzenlenerek personelin kalite durumunu belirlemek ve ankete bağlı olarak bireysel ve toplu hizmet içi eğitimler verilmesi hedeflenmektedir.

-Vatandaş Başvurularının Analiz ve Raporlamasını Yapmak

SABİM bünyesinde bulunan raporlama birimi tarafından oluşturulan başvurular değerlendirilerek verilerin oluşturulması ve analizinin yapılması gerçekleştirilmektedir. Sistemde olan verilerin Bakanlık faaliyetleri doğrultusunda ilgili birimlere bilgi amaçlı raporlanması yapılmaktadır. Raporlar düzenli olarak haftalık, aylık, üç aylık, altı aylık, dokuz aylık ve yıllık olarak Genel Müdürlük tarafından Bakanlığa arz edilmektedir.

SABİM sisteminde kullanıcı olan merkez ve taşra çözümleyicilerinin kurumlarını ilgilendiren raporların sistem üzerinde detaylı olarak kullanıcılarla paylaşılarak veri akışı sağlanmaktadır.

SABİM'in önemli handikaplarından biri olan sağlıkta şikayet noktası olarak algılanması, tüm bu değişim, dönüşüm ve hedeflerin gerçekleştirilmesiyle olumlu bir ivmeye dönüşecektir. Sağlık kullanıcıları kadar sağlık sunucuları açısından da bir iletişim kanalı olan SABİM, ülkemizde sağlığın geliştirilmesi adına bir kazanç olarak yerini almaktadır.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne ait bilgiler ve veriler gerekli izinler ve prosedürler yerine getirilerek gizlilik sözleşmesi imzalanması sonrası koordinatörlük ve raporlama biriminden temin edilmiştir. Bu bilgilerin herhangi bir kaynaktan yayınlanmış olmaması nedeniyle kaynak gösterimi yapılamamaktadır.

3. HASTANE ACİL SERVİSLERİ YÖNETİM VE ORGANİZASYONU

3.1. Yönetim ve Organizasyon

Sağlık yönetimi, örgütlenmesi, ölçeği, kamu ya da özel sektör olması, eğitim ya da hizmet amaçlı olması düşünüldüğünde birçok işletmenin bir arada bulunduğu iç içe geçmiş, bütünlük bir anlayıştır. Her işletmenin ve yöneticinin ise kendine has yönetim anlayışı bulunması ise pek tabidir. Genel anlamda ise yönetim, önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için yararlanılacak araç ve kaynakların örgütün amaç ve hedefleri doğrultusunda verimli, etkili ve uygun bir biçimde kullanılmasını kapsayan faaliyetlerin bütünüdür. (20)

Acil servisler, bu kadar farklılığın ve çeşitliliğin bulunduğu sağlık yönetimi anlayışı kapsamında, zamana karşı yarışın olduğu bir ortam olması, dakikalar içerisinde kaotik bir ortama dönüşebilme ihtimali, karmaşık ve kompleks yapıda olması göz önüne alınarak daha düzenli, örgütlü ve güçlü bir yönetim anlayışına ihtiyaç duymaktadır. Acil servis yönetiminde, kuruluş aşamasından itibaren yer seçimi, mimarisi, kalite yönetimi, personelin eğitim ve öğretimi noktasında belli standartları yakalaması, çalışmaya başladıktan sonra yapılacak denetimler ve düzenli kontroller neticesinde gerekli düzenlemelerin yapılması anahtar noktalardır. (21)

Acil serviste sunulan hizmetler ve yönetimi konusunda Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği md. 15/b konuyu şu şekilde özetlemektedir; “Hizmetler; uzman tabip sorumluluğunda, acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş, tecrübeli ve yeter sayıda tabibin, hemşirenin ve diğer personelin de katılımı ile bir bütün olarak yürütülecek şekilde organize edilir. Bütün görevlilerin acil servis birimindeki görev, yetki ve sorumlulukları yazılı olarak hazırlanır ve acil serviste görülebilecek bir yere asılır.” Acil servisler, hayatı tehdit edici acil durumlarla başvuruların yapıldığı, bu nedenle daima hasta veya yaralının güvenliğinin en üst düzeyde tutulması gereken alanlardır. Acil servis planlaması, kanunla belirtilen şekil ve şartları taşımasının yanı sıra binanın, mimarinin planlaması, personel yönetimi, malzeme ve tedarik yönetimi konularını da içerecek şekilde ayrı ayrı, dikkatli ve özenli bir şekilde ele alınmalıdır. Bunun yanında acil servisler hizmet verdikleri hasta nüfusunun, acil sağlık hizmetlerinden beklentilerini karşılayabilecek şekilde organize edilmeli ve yönetilmelidir. Bu organizasyon ve yönetim biçimi hem hastanenin genel disiplinleri ile hem de diğer servislerin çalışma düzenleri ile uyum sağlamalıdır. (1)

Acil servis işleyişinin sağlıklı yürütülebilmesi, doğru ve yerinde hizmet sunulabilmesi kendine has bir iş akış planı, karmaşadan uzak, daha önceki tecrübeleri kendisine rehber edinen çözüm odaklı planlar ile mümkündür. (22) Planlamadan bir sonraki basamak, belirlenen amaçların incelenip değerlendirildiği, yapılması gereken faaliyetlerin belirlendiği, personel ayağının organize edildiği ve tüm bunların neticesinde bir stratejinin belirlendiği örgütlenme sürecidir. Artık acil servis için organize edilen faaliyetlerin, hiyerarşik yapı gözetilerek emir komuta zinciri altında hayata geçirilmesi basamağına geçilmiştir. (22) Koordinasyon ve uyumun sağlanması acil servis iç işleyişi açısından önem arz etmektedir. Sonuç olarak planlanan hedeflere ne kadar ulaşılabildiğinin ölçüldüğü, en önemli basamaklardan biri olan kontrol safhasına gelinir. İşlevini yerine getiren bir kontrol mekanizması acil servisler için hayati önem taşımaktadır. (22)

3.2. Acil Servis Birimleri

Acil servis tasarımı ve mimarisi, fonksiyonellik, verim alınabilmesi gibi ana bileşenlerden başlayarak çalışanların güvenliğine kadar uzanan geniş bir önem yelpazesine sahiptir. Günümüzde de acil serviste yaşanan birçok aksaklığın ya da sorunun kökenine bakıldığında planlama yapılmadan, acil servislerin ihtiyacı olan mimari kurallara riayet edilmeden faaliyete geçirilen alanların neden olduğu problemler olduğunu görmekteyiz. Acil servis yerleşim tipleri, koridor şeklinde, arena tarzında ve modüler tarz gibi çeşitliliklere sahiptir.

Acil servis girişi, ayaktan hasta ve ambulans girişi olmak üzere farklı iki kapıdan olmalıdır. Ayaktan başvuran ve genel durumu kötü, yaralı, hayatı tehdit edici durumu olan hastaların da olabileceği ve bu hastaların da hızlı bir müdahaleye ihtiyaç duyabileceği unutulmamalıdır.

Acil servise ulaşım kolay olmalı, girişi zemin ile aynı seviyede olmalı ya da mutlaka sedye rampası bulunmalıdır. Giriş kapısının önünde ambulans ve araçların geçici olarak bekleyebilecekleri park yeri bulunmalı, araçtan ve ambulandan indirilen hastalara hızlıca ulaştırılabilecek bir alanda sedyeler ve tekerlekli sandalyeler bulunmalıdır. Giriş kapısı otomatik açılıp kapanabilen yapıda olmalı ve triyaj alanına açılmalıdır. Diğer bir deyişle triyaj alanı, acil servis giriş kapısını mutlaka görmelidir.

(1)

Triyaj odası veya alanı, acil servis girişinin hemen karşısında olmalıdır.

Ayaktan başvuran ve ambulans ile getirilen hastaların burada kısa hikayesi alınıp ilk değerlendirmesi yapılarak tıbbi öncelikleri belirlenir ve ilgili alana hasta alınır. Hasta ile ilk temas noktası olan triyaj alanı, müdahale odası, bekleme salonu ve güvenlik noktasına yakın bir yerde konumlandırılmalıdır. (2)

Güvenlik noktası, son dönemlerde artış gösteren acil personeline şiddet olayları nedeniyle önemli bir birim hali almıştır. Bu bakımdan en riskli bölgeler; triyaj alanı, bekleme salonu ve müdahale alanlarıdır. 24 saat kesintisiz sunulan acil sağlık hizmetleri ile birlikte gelinen noktada acil servis personeline de 24 saat güvenlik hizmeti sunulması maalesef bir zorunluluk haline gelmiştir. Özellikle muayene ve müdahale odalarının güvenlik açısından iki kapısı bulunmalı ve odanın içi olası bir şiddet hadisesinde sağlık personelinin zarar görmeden odadan çıkabilmesine olanak sağlayabilecek şekilde dizayn edilmelidir. Kendi ihtiyaçlarını görebilecek hastaların yakınlarının da güvenlik eşliğinde acil servis hizmet alanları dışına, bekleme salonuna alınmaları sağlanmalıdır. (2)

Bekleme salonu, acil servislerin belki de en dolu yeri olması gerekirken hasta yakınlarının hastalarının yanında durma ısrarı nedeniyle en boş alanlardır. Acil servislerin bir kısmı günlük yaklaşık 1000 hastanın üzerinde bir hasta sayısına hizmet veren ve bu nedenle de hastalar acil olsa da yoğunluk nedeniyle işlemlerin aynı hızda ilerlemediği alanlar haline gelmiştir. Hasta yakınları ısrarla hastalarının yanında durmak istese de, hastaları hakkında gerekli bilgilerin sağlık personeli tarafınca alınması ve tanı, tetkik, tedavi süreci hakkında hasta yakınlarına bilgi vermesi sonrası bekleme salonuna alınmalıdırlar. Bekleme salonları acil servisin içerisini görmeyecek ve doğrudan bağlantısı olmayacak şekilde planlanmalıdır. Hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterlilikte düzenlenmelidir. (2)

Tedavi Odaları, triyaj alanında değerlendirildikten sonra kayıt-kabul işlemleri yapılarak hastanın adına çıkartılmış dosyası ile birlikte tanı ve tedavi hizmeti almak üzere alındığı alandır. Her sedyedeki hastanın görülebileceği bir noktada hemşire ve doktor bankosunun bulunduğu, monitörlü ve monitörsüz gözlem alanı olarak ikiye ayrılır. Monitörsüz tedavi gözlem alanında daha basit hastalıkları olan, kısa süreli tıbbi bakım sonrası taburcu olacak veya hastaneye yatışı olacak hastalar bulunur. Monitörlü tedavi gözlem alanı ise yakın takibi gereken, genel durumu kötü, hayati tehlike arz eden bir hastalığı bulunan hastaların olduğu yerdir. Acil müdahale gerektiğinde uygulama imkanı bulunmalı, sedye alanları perde ile birbirinden ayrılmalıdır. (23)

Resüsitasyon odası, nöbetçi bir hekim, 1 veya 2 hemşire/ATT/sağlık memuru ile oluşturulan resüsitasyon ekibi tarafınca çoklu travma, solunum arresti veya kardiyak arrest tablosunda olan hastalara müdahale alanıdır. Acil servisin ambulans girişine en yakın oda olmalıdır. Odanın boyutları mevzuata uygun olmalı, personelin rahat çalışabileceği, tüm malzemelerin hızlıca ulaşılabilceği pozisyonda, diğer hastalar ve özellikle de hasta yakınları tarafından görülmeyecek bir dizayn gereklidir. Resüsitasyon odası ile radyoloji birimi arasındaki mesafe kısa olmalıdır. (23)

İzolasyon/Dekontaminasyon odası, bulaşıcı hastalık, kimyasal, biyolojik, radyoaktif maddeler ile kontamine olan, organofosfat, insektisitler ile zehirlenen hastalar için acil serviste mutlaka bulunması gereken bir alandır. Acil servise bu nedenlerle getirilen hastalar içeriye alınmadan önce bu odada yıkanılır ve daha sonra tedavilerine başlanır. Bu alanın drenajına giden suyun normal drenaj sistemine değil de izole bir yerde biriktirilip saklanmasına özen gösterilmelidir. Menenjit, tüberküloz gibi izolasyon ihtiyacı olan hastalar bu odalara alınmalı ve takipleri burada yapılmalıdır. (23)

Ortopedi tedavi odası (alçı odası), kadın doğum muayene odası, kulak burun boğaz ve göz hastalıkları konsültasyon odaları, psikiyatrik hasta bakım odası, mahkum odası gibi acil servise başvuran hastaların ihtiyaçlarına yönelik özel birimler, acil servis seviyesine göre mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Acil serviste görev yapan personeli için sosyal alanlar ve destek birimleri de mutlaka bulunmalıdır. Dinlenme odaları, yemek salonu, seminer salonu, soyunma odaları gibi kişisel ihtiyaçlarını acil servis içerisinde giderebilecekleri alanlar oluşturulmalıdır. Engelli hastalar için özel tuvaletler, hasta ve hasta yakınları için yön levhaları, elektrik kesintisi halinde devreye giren jeneratör gibi önemli detaylar da gözden kaçırılmamalıdır.

3.3. Acil Servis Çalışanları

Acil servis hekimi ve hemşiresi, tüm acil servislere olmazsa olmaz pozisyonda görev yapan iki ana sağlık personelidir. Acil servis hekimi, acil tıp uzmanlığının gelişimi ve acil tıp uzmanı sayısının artması ile bazı merkezlerde acil tıp uzmanı olarak mevcut iken bazı sağlık kuruluşlarında pratisyen hekim olarak karşımıza çıkmaktadır. Acil hekimi, başvuran hastanın değerlendirilmesi, tanısının konması, tedavisinin düzenlenmesi, tedavinin yatış, taburculuk veya sevk ile sonuçlandırılması gibi

görevlerden mesuldür. Acil servis hemşiresi ise hemşirelik hizmetleri, hastanın değerlendirilmesi, yapılan uygulamaların takibi ve cevabının izlemi gibi sorumluluklara sahiptir. Bu iki ana acil servis çalışanının yanında diğer yardımcı sağlık personelleri ve acil servis yöneticisi ile acil servis sorumlu hemşiresi organizasyon ve yönetimde önemli rol oynar.

3.3.1. Acil Servis Yöneticisi (Acil Servis Sorumlu Hekimi)

Acil tıp hekimi, acil servise başvuran her türlü hastaya tıbbi müdahale ve bakım yapabilecek bilgi birikimine ve deneyimine sahip olmalıdır. Hastanın değerlendirilmesi, tanısının konması, tedavisinin düzenlenmesi ve sonuçlandırılması aşamalarında ivedi karar verebilmeli, her türlü hastanın başvurabileceğine hazırlıklı, donanımlı ve bakımda pratik olmalıdır. (1)

Acil servis yöneticileri, acil tıp uzmanlık eğitimi almış, acil serviste çalışmakta olan soğukkanlı ve iletişim konularında yeterli beceriye sahip olan kişiler olmalıdır. Nitekim Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Uygulamalarının Usul ve Esasları Hakkında Tebliği madde 11’de acil servis sorumlu hekiminin acil tıp uzmanı olması gerektiği vurgulanmıştır; “Acil servislerde var ise acil tıp uzmanı, bulunmaması halinde başhekimin görevlendireceği bir başhekim yardımcısı veya bir uzman hekim ya da bir hekim acil servis sorumlu hekimi olarak görev yapar.” Diğer sağlık yöneticileri gibi disiplinli uyumlu, motive edici ve iş paylaşımında adaletli olmalıdır.

Acil servis sorumlu hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarını ise Türkiye Acil Tıp Derneği 23 maddede belirtmiştir: (24)

1. Acil serviste hasta bakım, tetkik istemi ve tedavinin sağlanması ve hastanın bakımının sonlandırılması için gereken işleyişi düzenler, uygular, uygulanmasını denetler. Acil Servisin düzenli ve verimli çalışmasını sağlar / denetler.

2. Acil servis personelinin izin, işe devam, kıyafet, iş verimliliği vb. konularında denetim ve koordinasyonunu sağlar.

3. Acil servis çalışanlarının ve kendisinin mesleki bilgi ve becerisini geliştirecek eğitim faaliyetlerine (seminer, konferans, kurs, workshop vb.) katılımlarını sağlar. Hizmet içi eğitim seminerlerini planlar ve uygular.

4. Acil servisin ilgili olduğu hastane içi ve dışındaki kişi ve birimlerle,

koordinasyonunu ve iletişimini sağlar.

5. Eğitim, araştırma ve uygulama kuruluşlarındaki bölüm faaliyetleri ile ilgili konularda; en son yenilik ve değişiklikleri yakından takip ederek, öneriler geliştirir ve uygulanmasını sağlar.

6. Staj amacı ile gelen sağlık personelinin işleyişini denetler.

7. Acil servis faaliyetlerine ilişkin istatistikî verilerin toplanması, düzenlenmesi ve ilgili birimlere gönderilmesini sağlar.

8. Hastane yönetiminin ve bölümün politika, hedef, kural, yönetmelik ve düzenlemelerine uyar. Bunları sorumluluğu altındakilere açıklar ve benimsetir.

9. Hastanın bakımıyla ilgili girişimleri planlar, acil durumlarda bizzat uygulamaya katılır.

10. Acil hasta bakım hizmetlerinde 24 saat sürekli ve aktif olarak sürdürecektir şekilde personel çalışma listeleri düzenler, izinlerin çalışma düzenini aksatmayacak şekilde kullanılmasını sağlayarak başhekimlik onayına sunar. İmza çizelgelerini kontrol eder onaylar ve başhekimliğe gönderir.

11. Acil serviste görev yapan tüm hekimlerin performans değerlendirmesini denetler ve onaylar.

12. Acil servisin sarf malzeme ve ilaçlarının istemini yapar.

13. Araç ve gereç malzemenin yerinde doğru ve ekonomik kullanımını sağlar.

14. Servise yeni başlayan hekimlerin adaptasyonunu sağlar. Eğitimini yapar ve değerlendirir.

15. Hasta gereksinimine ve mesleki yeterliliğe göre personeli görevlendirir.

16. Servis hekimlerinin ve personelin performansla ilgili eksiklik ve yetersizliklerini tespit eder. Gerekli görüşmeleri yapar Başhekimliğe bildirir.

17. Ünitede kullanılan demirbaş malzemelerin denetimini sağlar ve kullanılabilirliğini denetler.

18. Acil servis hekimleri ile toplantılar yapar. Onların ihtiyaçlarını ve

olanaklarını gözden geçirerek gerek gördüğü değişikliklerini, başhekimlik onayıyla yapar.

19. Acil serviste bulunması gereken en az ilaç ve malzemelerin sürekliliğini denetler.

20. Acil servisin idari ve adli kayıtlarının sürekliliğini ve düzenini sağlar.

21. Hastane afet planının acil servis ile ilgili bölümünün işlerliğini ve sürekliliğini sağlar, tatbikatlar organize eder.

22. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında tanımlanan ve kurulan İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonunda (ASKOM) Hastaneyi temsil eder.

23. Bağlı olduğu amire, çalışmaları ile ilgili rapor verir ve kendisine verilen konusu ile ilgili diğer görevleri de yapar.

Görev ve sorumlulukları düşünüldüğünde acil servis yöneticisi, liderlik vasıflarını taşıyan, bilgi ve donanım yönünden yeterli, güçlü ve soğukkanlı bir yapıya sahip, ileri görüşlü, kararlı ve cesaretli, hızlı karar verme yeteneğine sahip, etik duruşu olan, sürekli kendisini yenileyen, ikna kabiliyeti yüksek, kişiler arası iletişim yeteneği olan, ekip ruhuna önem veren bir kişi olmalıdır. (25)

3.3.2. Acil Servis Sorumlu Hemşiresi

Acil tıbbi bakım ve triyaj hizmetlerinin yürütülmesinde, hekim dışı sağlık personellerinin örgütlenmesi, koordinasyonu ve denetlenmesinden sorumludur. Acil servis işleyişinde ve ekibin uyumunda, acil servis yöneticisi kadar kritik bir rol üstlenir ve bir o kadar da sorumluluğa sahiptir. Acil servisteki hastaların bakım gereksinimlerinin hemşirelik süreci doğrultusunda belirlenmesine ve karşılanmasına yönelik hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur. Hemşirelik hizmetleri, tanımları, yetki ve sorumlulukları 2010 yılında 27515 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği ile belirlenmiştir.

Acil servis sorumlu hemşiresi, hemşirelik hizmetlerinin yerine getirilmesinde başhemşireye karşı sorumlu olup, öncelikle ilgili alanda uzman hemşireler, yoksa üç yıl deneyimli ve hemşirelikte lisans mezunları arasından başhemşire tarafından görevlendirilir. Ancak, kurum/kuruluşta, hemşirelikte lisans eğitime sahip hemşire

bulunmaması halinde diğer hemşirelerden de görevlendirme yapılabilir. Sorumlu hemşire görevlendirildiği alanda öncelikle gündüz mesai saatlerinde görev yapar. (Hemşirelik Yönetmeliği m.10/1)

Sorumlu hemşire;

a) Servis/üniteye yeni başlayan hemşirelerin uyumunu sağlar. Hemşirelerinin mesleki gelişimlerinde, hasta bakımında rehberlik ve danışmanlık yapar, iş doyumunu ve motivasyonu yükseltici düzenlemeler yapar. Eğitim hemşiresi ile işbirliği yaparak hemşirelerin eğitim gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunur. Hizmet içi eğitim programlarına katılır ve ünite/servis hemşirelerinin katılmalarını sağlar.

b) Hastaların tedavi planlarının güvenli bir şekilde uygulanmasını, eczane tarafından kliniğe gönderilen ilaçların güvenli bir şekilde kullanımını ve korunmasını sağlar.

c) Hastanın muayene ve tedavi girişimleri sırasında ilgili hemşirelik işlevlerinin yerine getirilmesini sağlar.

ç) Kurum politikaları doğrultusunda hemşirelerin gelişimi için performans değerlendirmelerini yapar, geri bildirimde bulunur.

d) Kendisine bağlı hemşirelerin özlük işleri ve hakları ile ilgili konularda servis/ünite içinde gerekli düzenlemeleri sağlar.

e) Hemşirelerin çalışma çizelgelerini ve izinlerini düzenler, başhemşirenin onayına sunar.

f) Servis/ünitenin fiziksel yapısı ve donanımı konusunda yönetime önerilerde bulunur.

g) Hastaları bakım gereksinimlerine göre sınıflayarak uygun oda ve yatak ayırımını yapar.

h) İlgili birimlerle koordinasyonu sağlar.

ı) Hasta ile ilgili vizit, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunur.

i) Öğrenci hemşirelerin eğitiminde uygun eğitim ortamını sağlar. (Hemşirelik Yönetmeliği m.10/3)

3.3.3. Acil Servis Yardımcı Sağlık Personelleri

Acil serviste görev yapan hekim dışı sağlık personelleri olan; hemşireler, sağlık memurları, acil tıp teknisyenleri, paramedikler (ambulans ve acil bakım teknikerleri), röntgen teknisyenleri ve sorumlulukları 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu ve 2010 yılında 27515 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği ile kendine yer bulmuştur. Yine Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği md. 28'de ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenlerinin acil bakımda tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları ifade edilmiştir. Tıbbi görüntüleme teknisyeni, tıbbi sekreter ve laborantların görev ve sorumlulukları Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik maddelerinde belirtilmiştir. Tıbbi personel haricinde acil serviste çalışan destek hizmet personelleri ise; temizlik, güvenlik, teknik birim, hasta yönlendirme personelleri, yemek servis, bilgi işlem elemanları, hasta kabul ve kayıt memurları, depo ve malzeme sorumluları, emniyet personelidir.

Acil servis çalışanları tam bir uyum içerisinde ve bir ekip çalışması içinde olmalıdırlar. Acil servis sorumlu hekimi dışında, acil servis yönetiminde rol alan personeller, acil servis sorumlu hemşiresi ve yardımcı hizmetler birim sorumlularıdır. Hekim dışı sağlık personelinin arasından; acil servis sorumlu hemşiresi seçilmelidir. Acil servis sorumlu hemşiresi acil servis yöneticisinin sahip olması gereken özelliklere sahip olmalıdır. Acil tıp uygulayıcı olarak değerlendirilmese de, acil servis yönetiminde üzerine büyük görevler düşen acil servis sorumlu hemşiresi acil bakım ve triaj hizmetlerinin sürdürülmesinden, hekim dışı sağlık ekibinin işgücü planlamasından, koordinasyon ve organizasyondan sorumludur. (23)

3.4. Vardiya Usulleri, Nöbetler ve Zaman Yönetimi

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliği 12. maddesi, 2018'de yapılan son değişikliklerle birlikte acil servis çalışanlarının, müstakil acil branş nöbeti tutan dal uzmanları, yan dal uzmanları ve özel sağlık tesisleri acil servis çalışanlarının vardiya usulü ve nöbetleri hakkında düzenlemeler getirmiştir. Acil servis hizmetlerinin, yeterli sayıda uzman tabip bulunması hâlinde uzman düzeyinde, sayının yetersiz olması durumunda bir uzman tabibin denetim ve sorumluluğunda tabip tarafından verilmesi esas alınmış, kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulacağı ifade

edilmiştir.

Sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından altı ve üzeri sayıda uzman tabibin bulunması halinde, sadece acil işlerde görevlendirilmek üzere 24 saat kesintisiz hizmet verecek müstakil acil branş nöbeti düzenlenir. Müstakil acil branş nöbetleri, ilgili branşın gerektirdiği şartlar acil servis bünyesinde oluşturulacak şekilde öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyo­loji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon, aile hekimliği branşlarından hekimler çalışmak üzere düzenlenir.

Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki tüm dahili ve cerrahi branşların her ikisinde de mevcut toplam 6 klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmez, ihtiyaç hâlinde acil servis sorumlu tabibi veya nöbet uzman tabipçe çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur.

Acil tıp uzmanlık eğitimi veren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde acil servis nöbetleri, acil tıp uzmanlık asistanları ve bu birime rotasyona gelen asistan tabipler tarafından, acil tıp uzmanlık dalı öğretim üyeleri veya acil tıp klinik şefleri gözetiminde bir bütün olarak aksamadan planlanır ve yürütülür. İhtiyaç durumunda tüm klinik tabipleri acil serviste aktif olarak çalışmak üzere görevlendirilebilir.

Özel sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak verilmesi esastır. Özel sağlık tesisleri bünyesindeki I. Seviye acil servislerde acil sağlık hizmetleri tabipler veya var ise aile hekimi uzmanı veya acil tıp uzmanı tarafından yürütülür ve ihtiyaç halinde ilgili dal uzmanı kuruma davet edilir. II. Seviye acil servislerde biri dahili ve diğeri cerrahi branşta olmak üzere en az 2 (iki) uzman tabibin günün her saatinde sağlık tesisinde bulunması zorunlu olup acil servis hizmetleri bu uzman tabiplerin denetim ve sorumluluğunda tabipler tarafından verilir. III. Seviye acil servislerde ise faaliyet izin belgesinde yazılı olması kaydıyla iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları branşlarında müstakil acil branş nöbeti tutulması zorunludur. Uzman tabip sayısının yeterli olması halinde, bu branşlara ilave olarak diğeri branşlarda da müstakil acil branş

nöbeti tutulabilir. (19)

3.5. Hasta Kabul İşlemleri

Acil servise ayaktan veya ambulansla ya da sevk olarak getirilen tüm acil vakaları kamu ve özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmak ve stabilizasyonu sağlamakla yükümlüdür. Stabilizasyonunu sağladıktan sonra ileri tetkik ve tedavi gereken hastaların diğer sağlık tesislerine sevk ve sevk işlemleri 112 komuta kontrol merkezi idaresi ve aracılığıyla yapılır. Acil servise vaka getiren ambulansların işlemlerinin hızlı tamamlanması ve en fazla 15 dakika içerisinde ayrılmalarının sağlanmasına özen gösterilir. Acil servislere müracaat eden ancak herhangi bir nedenle geçerli kimlik belgesi, sağlık karnesi veya hasta sevk evrakı ibraz edemeyen hastaların kimlik bilgilerinin ve adresinin belirlenmesi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amacıyla Ek-8 Hasta Bilgilendirme Formu doldurulur. Bu hastalardan hiçbir surette senet veya taahhütname alınmaz. (19)

Acil muayene, tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren kritik hastaların kayıt kabul işlemlerine bakılmaksızın gerekli tıbbi müdahaleler uygulanır. Durumu kritik olan kırmızı kodlu hastaların otomasyon sistemi üzerindeki kayıt işlemlerinde öncelik sağlanabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. (19)

3.6. Triyaj

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemine denir. Triyaj işlemi sırasında acil hastaların öncelik sırasının belirlenmesi amacıyla kırmızı, sarı ve yeşil renk şeklinde uygulanan kodlamaya ise renk kodlaması adı verilir. (19) Triyaj uygulaması, acil servise başvuran hastaların kayıt-kabul işlemi öncesi yapılır. İstinai bir durum olarak, kırmızı alan hastalarının triyaja ve kayda dahil edilmeden doğrudan kırmızı alana alınması esastır. Acil serviste triyaj uygulaması için yeterli alan ayrılır. Triyaj uygulaması, eğitim müfredatı ve süresi çerçevesinde eğitim almış tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır. Etkin ve verimli bir acil sağlık hizmeti sunumu açısından önemlidir. İhtiyacı olan acil sağlık hizmetini doğru zamanda, doğru hastalara ulaştırabilme bakımından acil servis işleyişine katkı sunar. Muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi

girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır. (26) Renk kodlamasına ilişkin uygulama esasları Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği Ek-7’de gösterilmiştir.

Dal hastaneleri ve bünyesinde 1. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması yapılması zorunlu değildir. 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj uygulaması yapılmaz. Ambulansla getirilen acil vakaların sağlık tesisine kabul işlemleri en kısa sürede tamamlanır. (27)

Ayrıca 20.02.2018 tarihinde 30338 sayılı Resmi Gazete ile yapılan değişiklikle acil servis yoğunluğunu azaltmak üzere “Yeşil Alan 1” ve “Yeşil Alan 2” kodları oluşturulmuştur. Sarı alan muayenesi gerekmiyip sadece acil serviste poliklinik muayenesi olması gerekenlere “Yeşil Alan 1” kodu verilir, acil serviste genel tabip muayene polikliniklerinde bakılır. Sarı ve kırmızı alan hastası olarak nitelenmeyen ve poliklinik muayenesi gerektiren hastalar için acil servis alanı dışında ve yakın yerleşiminde olmak koşuluyla, “Yeşil Alan 2” kodu ile mesai kaydırma veya vardiya branş poliklinikleri oluşturulur. Yapılan triyaj ile branş muayenesi olması gereken hastalar bu polikliniklere yönlendirilir. (19)

Triyaj uygulamasında kullanılan renk kodları kırmızı, sarı ve yeşil olarak ayrıldıktan sonra kendi içerisinde iki kategoriye ayrılmaktadır. Kırmızı kod kategori 1; hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlardır. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Bilinci kapalı, hava yolu güvenliği, solunum ve dolaşımı olmayan hastalar ise derhal yeniden canlandırma (resusitasyon) odasına alınacaktır. Kategori 2; hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır. Bilinci kapanabilecek, hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınacaktır.

Sarı kod kategori 1; hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlardır. Kategori 2; orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlardır. (Solunum sayısı, nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı anormal olan hastalar ile medikal tedavi ihtiyacı olan hastalar ve subjektif ağrı skoru maksimum skorun % 80'i olan hastalar) Bu iki kategoride değerlendirilen sarı kodlu hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.

Yeşil kod kategori 1; ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan, akut semptomları sebebiyle 1 saatten fazla beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalardır. Bu kategoride olan hastalar acil servis içerisinde yeşil alanda muayene edilmelidir. Kategori 2; ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek 1-4 saat arası beklemekle morbidite veya hayati tehdit oluşturmayan basit sağlık sorunları bulunan hastalardır. Bu kategoride olan hastalar acil servise entegre edilmiş olan mesai kaydırma veya vardiya branş polikliniklerine yönlendirilirler. (19)

3.7. Muayene, Müdahale ve Refakat Esasları

Hastaların triyaj işlemleri en kısa sürede tamamlanıp acil serviste uygun olan alana alındıktan sonra muayene ve müdahale işlemleri gerçekleştirilir. Hastalar tabip ve hemşirenin gerekli görmesi halinde hasta refakatçisi eşliğinde muayene edilir. Onun haricindeki durumlarda sarı ve kırmızı alanda hasta refakatçisi kabulü yapılmaz. Hasta yakınları bekleme salonuna alınır, belirli aralıklarla ilgili alandan sorumlu tabip tarafınca hastalar hakkında tıbbi bilgi verilir. Acil servislerde yapılan her türlü tıbbi işlem sırasında hasta mahremiyetine, tıbbi etik kurallara ve hasta hakları ilkelerine riayet edilmesi zorunludur. Hasta hakkında yapılacak özel görüşmeler için ayrı bir oda tahsis edilebilir.

Acil servise başvuran hastalara yardımcı olmak üzere, hasta karşılama ve taşıma elemanı bulundurulur. Alınan tetkik ve tahlil numunelerinin istek, taşınma, iş ve işlemleri kesinlikle hasta ve yakınlarına yaptırılmaz. Görüntüleme işlemleri de dahil hasta ve hasta yakınlarına bu işlemlerinde görevli eğitimli yönlendirme personeli refakat eder. (19)

3.8. Konsültasyon

Konsültasyon, bir hastalığın tanı ve tedavi sürecinde bir hekimin diğer bir hekimin yardımını ve fikrini alması durumudur. Mevzuata göre hasta ve/veya hasta yakını isteği ya da takip, tedavi eden hekimin göreceği ihtiyaç üzere yapılmaktadır. Günümüzde artan branşlaşma ve dal uzmanlarının daha spesifik alanlara yönelmesi nedeniyle yaşana sorunlar konsültasyon çeşitliliği ve sayısına da yansımaktadır. Konsültasyonun tıp doktrininde, tıbbi konsültasyon, etik konsültasyon ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi olarak üç sınıflamaya ayrıldığını görmekteyiz. Konsültasyon,

müdavi hekim tarafınca lüzum gördüğü hasta için yazılı olarak ilgili bilgileri paylaştığı ve danışmak istediği konuyu açık ve anlaşılır bir biçimde belirttiği bir yol ile başlamalıdır. Cevap beklenen konsültan hekimin de hastayı değerlendirip yine yazılı olarak danışılan konu ile alakalı görüş ve kanaatlerini ilgili prosedürlere uygun şekilde bildirmesi süreci ile sona ermelidir. (28)

Konsültasyonlar, mevcut olması halinde acil servis nöbetçisi veya acil branş nöbetçisi tabip tarafından, olmadığı durumlarda konsültasyon nöbet listesinde olan tabipler tarafından hastane bilgi sistemi üzerinden yapılır. Konsültasyon süreleri aciliyetine göre en fazla 30 dakikadır. Kırmızı alan konsültasyonları “mavi kod” kapsamında olup yakından takip edilir. İhtiyaç halinde hastanın sonuçları çıkmadan da konsültasyon talep edilebilir. Konsültan tabip eksik gördüğü tetkikleri ve müdahaleleri talep edebilir; mutlak yapılması gereken diğer branş konsültasyonlarını da talep edebilir. Konsültasyon, konsültan tabip tarafınca istenen yeni taleplerin yatış ve tanı sürecini geciktirmesine izin verilmeden kendi branşı ile ilgili net öneriler ile kapatılmalıdır. Yatış kararı verilmiş hastalarda acil müdahale edilmesi gerekenler dışındaki konsültasyonlar, kliniğe yatışı yapıldıktan sonra yapılır. Konsültasyon için ismi belirtilen tabibe ulaşılamaması veya meşgul olması durumlarında, konsültan listesindeki sıralı nöbetçi tabip çağrılır ve icabet etmekle zorunludur. İcapçı tabip davete mazeretsiz olarak icabet etmediğinde hakkında idari işlem başlatılır ve nöbet ücretleri kesilebilir. (19)

3.9. Yatış İşlemleri ve Diğer Sağlık Tesislerine Sevk, Nakil Esasları

Acil serviste takip edilmekte olan ve 24 saat içerisinde kesin tanısı konulamamış veya ilgili konsültan klinikler tarafınca yatış önerilmemiş hastalar ve birden fazla kliniği ilgilendiren patolojisi olması nedeniyle ilgili klinikler tarafınca kendileri adına yatış düşünülmemiş olan hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabip tarafınca değerlendirilerek hasta için en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak yatırıldığı kliniğin şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir. Yatış kararı verilen klinikte boş yer bulunmaması durumunda hasta boş yatak bulunan uygun kliniklerden birine sadece boş yatağın kullanımı amaçlı yatırılır, hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafınca yapılır. Amaç acil servislere uzun süreli yatış bekleme sürelerinin önüne geçme amaçlı hasta takibi süresinin 24 saatin üzerine çıkmasını engellemektir. Yatış için acil serviste bekleyen hastalara öncelik verilir ve acil olmayan, akut bir tanısı olmayan hastaların yatış ve

takibi kesinlikle yapılmaz.

Acil serviste henüz tanısı konulmayan, gözlem ve takip için 8 (sekiz) saatten uzun veya yatış kararı verildiği halde 4 (dört) saatten uzun yatan hastası bulunan klinikler için elektif koşullarda yeni hasta yatırılmasına hastane bilgi sistemi tarafından engel konulur. Başka bir klinikte yatak olması durumunda acil serviste yatış için bekleyen hastalar mevcut boş yatalara yatırılır. Tanısı konup tedavisi başlanmış, durumu stabil, mevcut tabloda acil tedavi ihtiyacı olmayan, sadece nakil amaçlı başka sağlık kuruluşundan sevkle gönderilen hastada akut bir tıbbi sorun gelişmedikçe hastalar acil serviste yeniden değerlendirilmez, yatış işlemleri derhal gerçekleştirilir ve ilgili kliniğe yatırılır.

Acil cerrahi kararı alınmış olan hastaların operasyonu ameliyat sonrası boş yoğun bakım yatağı bulunmaması gerekçesiyle geciktirilmemeli ve hastalar acil serviste bekletilmemelidir. Hastanın ameliyat sonrası yoğun bakım yatağı ihtiyacı yoğun bakım sorumlu uzmanı tarafınca belirlenir. Yoğun bakım yatağı sağlanamadığı durumlarda doğacak sevk ihtiyacı ameliyat endikasyonu koyan klinik ve değerlendiren yoğun bakım uzmanı tarafınca sağlanır. Acil ameliyat ihtiyacı olan hastaların ameliyat öncesi anestezi konsültasyonu ameliyat endikasyonu koyan ilgili klinik uzmanı tarafınca yapılmalı, acil servis nöbetçi doktorlarından talep edilmemelidir. (19)

Acil serviste değerlendirilen ve tıbbi durumunun gerektirdiği tetkik, tedavi, acil müdahale, bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek şartları taşıması, yeterli donanım, yeterli sayıda personel ve boş yatak bulunması halinde hastanın bulunduğu sağlık tesisinde gereken sağlık hizmetini alması esastır. Vital durumu stabil olmayan bir hasta sevk edilemez. Eğer acil müdahale işlemlerinin yapılamaması gibi bir durum söz konusu ve hasta mutlaka sevk edilmesi gerekiyor ise uygun sağlık kuruluşuna sevki nakil kararı veren ilgili dal uzmanı, yoksa acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabip talebi üzerine gerçekleştirilebilir. Sevk ve nakil işlemleri il 112 komuta koordinasyon merkezi koordinasyonu, yetki ve sorumluluğunda Ek-9 Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu kullanılarak gerçekleştirilir. Uygunsuz sevklerin önlenmesi ve acil vakayı kabul etmeyen sağlık kuruluşlarının denetimi müdürlükçe ASKOM bünyesindeki Sevk Değerlendirme ve Denetleme Komisyonu'nda görüşülür, sebepler sorgulanır ve çözüme kavuşturulur. (19)

3.10. Acil Servis Kalabalığı

Kalabalık ve buna uzamış bekleme süreleri, dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de acil servislerde ciddi bir problemdir. Acil servis kalabalığının birinci nedeni acil servise yapılan başvuru sayılarının fazlalığı iken diğer bir sebep olarak da hastaneye yatışı verilen hastaların acil serviste tutulması uygulaması gösterilmektedir. Bu uygulama, hataların artması, maliyetin artması, tedavide gecikmeler, mortalite ve morbidite de artış ile ilişkilendirilmiştir. Acil serviste tutulan hastaların yatakları işgal etmesi yüzünden acil servisin daha az kullanılabilir olması tedavi edilerek taburcu edilebilecek hastaların sayısını da azaltmaktadır. Kalabalık memnuniyeti azaltıp hataları artırırken aynı zamanda acil serviste şiddetin bir nedeni olarak da saptanmaktadır. (29)

2017 yılı branşlara göre muayene sayıları incelendiğinde Tablo 1’de incelendiğinde Kamu Hastanelerinde en çok acil servis, en az ise çocuk kalp ve damar cerrahisi, halk sağlığı ve çocuk genetik hastalıkları branşlarında muayene yapıldığı görülmektedir.

2017 yılında Kamu Hastanelerimizde yapılan toplam acil muayene sayısı 101.473.472’dir. Bu sayının 91.991.243’ü Acil, 9.482.499’u Çocuk Acil muayene sayısıdır. 2017 yılında yapılan toplam muayene sayısının %28,36’sı acil muayenesidir. (Tablo 1)

Tablo 1. 2017 Yılı Muayene Oranlarına Göre Branş Sıralaması

SIRA	BRANŞ ADI	MUAYENE SAYISI	MUAYENE ORANI
1	Acil Tıp	91.991.243	25,71%
2	İç Hastalıkları	32.467.981	9,07%
3	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22.165.270	6,19%
4	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	18.321.618	5,12%
5	Göz Hastalıkları	18.193.057	5,08%
6	Kadın Hastalıkları ve Doğum	17.183.021	4,80%
7	Ortopedi ve Travmatoloji	17.138.366	4,79%
8	Genel Cerrahi	13.248.000	3,70%
9	Deri ve Zührevi Hastalıkları	11.799.544	3,30%
10	Nöroloji	11.405.565	3,19%
11	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	10.987.416	3,07%
12	Kardiyoloji	10.870.861	3,04%
13	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	9.493.097	2,65%
14	Çocuk Acil	9.482.499	2,65%
15	Üroloji	9.339.504	2,61%
16	Göğüs Hastalıkları	9.084.217	2,54%
17	Diş Polikliniği	7.568.438	2,11%
18	Beyin ve Sinir Cerrahisi	6.044.898	1,69%
19	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	3.260.538	0,91%
20	Aile Hekimliği	2.889.971	0,81%
21	Kalp ve Damar Cerrahisi	2.362.496	0,66%
22	Anestezi ve Reanimasyon	2.234.163	0,62%
23	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	2.203.970	0,62%
24	Gastroenteroloji	1.762.762	0,49%
25	Çocuk Cerrahisi	1.591.600	0,44%
26	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	1.523.395	0,43%
27	Nefroloji	1.329.124	0,37%
28	Tıbbi Onkoloji	1.291.590	0,36%
29	Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalığı	1.211.105	0,34%
30	Romatoloji	711.508	0,20%
31	Hematoloji	694.864	0,19%
32	Göğüs Cerrahi	677.194	0,19%
33	Çocuk Kardiyolojisi	652.733	0,18%
34	Çocuk Endokrinolojisi	613.251	0,17%
35	Radyasyon Onkolojisi	527.621	0,15%
36	Çocuk Nörolojisi	522.942	0,15%
37	Çocuk İmmunolojisi ve Alerji Hastalıkları	502.215	0,14%

4. ACIL SERVİSTE İLİŞKİ VE İLETİŞİM YÖNETİMİ

İletişim, kişiler arası ilişkilerin gelişmesi ve devam ettirilmesinde, bireylerin kendilerini ifade edebilmesinde, günlük yaşamın her safhasında bilgi, duygu ve düşünce aktarımını sağlayan olmazsa olmaz bir kavramdır. Günlük hayatın yanında, çalışma hayatı içerisinde de yoğun olarak kişiler arası ilişki ve bilgi aktarıma gerek olan meslek gruplarından biri de sağlık meslek gruplarıdır. Sağlık alanında çalışan personellerin, meslek hayatlarında kullandıkları tüm süreçlerin temelini aslında iletişim oluşturmaktadır. İşinin merkezinde insan olan sağlık personelleri, hasta ve hasta yakınları ile olan ilişkilerinde, bilgilendirmelerinde, duygu ve düşünce alışverişlerinde iletişim becerilerini kullanmaktadır. (30)

Fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak bir kayıp yaşamış olan bireyler sağlık hizmeti talebinde bulunurken etkisi altında bulunduğu faktörlerden biri de sağlık personeli ve yardımcı sağlık personelinin tutum ve davranışlarıdır. Teknolojik gelişimin hızla ilerlediği, eğitim ve refah düzeyinin yükseldiği günümüzde, hastalar da iletişim konusunda daha hassas ve bir beklenti içerisinde bulunmaktadırlar. Sağlıklı devam eden iletişim sürecinin hasta ve yakınlarının memnuniyetini arttırdığı, sağlık hizmetlerini almaya yönelik isteğin artışı sonucunda ise başarılı bir tedavi elde edildiği görülmektedir. (31)

Günlük pratikte hasta ve hasta yakınları ile sağlık hizmet sunucuları arasında en sık iletişim halinde olan hekimler ve hemşirelerdir. Yine diğer yardımcı sağlık personelleri ve teknik destek elemanları ile doğrudan ya da dolaylı olarak iletişim halindedirler. İletişimin öneminin çok fazla arttığı günümüzde, bireyler sağlık hizmeti kullanıcısı olarak başvurduğunda sağlık personelinin kendileri ile iyi iletişim kurması ve yeterince dinlenme ihtiyacı içerisinde olduklarıdır. (32) Bunun tezahürü bazen hasta olarak empati kurması bazen de hasta yakını olarak empati kurması beklentisi şeklinde

kendini göstermektedir. Empati; bir kişinin kendini karşısındakinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısı ile bakabilmesi ve o kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve anladıklarını iletme sürecidir. Parsons'a göre sağlıklı olmak ve hasta olmak toplum içerisindeki statülerdendir. Doğası itibarıyla ise geçici statüler olarak tarif edilmişlerdir. Hekim ve hasta zıt kutuplar değildir, tam aksine üstlendikleri rol ve sorumluluklar gereği birbirini tamamlayıcı olarak görülmektedir. (33)

4.1. Acil Tıp Etiği

Etik, karakter, alışkanlık, gelenek ve toire anlamına gelen bir kökene sahiptir. Eylem üzerine söz söyleme sanatı ve felsefesi olarak da bilinen etik, tıbbi uygulamalar esnasında ortaya çıkan eyleme bağlı sorunları tanımak, kavramak, çözümlenmek ve çözüm yolları üretmek amacıyla tıp etiği olarak karşımıza çıkmaktadır. Her uzmanlık alanının kendine özgü etiklerinden bahsetmek mümkündür. Acil tıp etiği de henüz yeni sayılacak bir disiplin olarak yerini almıştır. (34) Hastanenin en önemli parçalarından biri ve diğer branşlar ile en çok temas halindeki klinik olan acil servis, bunun yanında hizmet verdiği sağlık kullanıcıları kitlesinin sayısı olarak fazla olması nedeniyle de birçok etik sorunla meşgul olmaktadır. Zaman kısıtlılığı ve yoğunluk altında çalışan hastane acil hizmetlerinde karşılaşılan etik sorunları, kişiler arası iletişim temelinde dokuz farklı grupta tarif edebiliriz. Bunlar; hasta için en iyi seçeneği belirleme, hastanın kendisi hakkında karar verme, profesyonel gereklilikler, profesyonel kimlik, kurumsal yapı ve kaynakların yönetimi, sosyal yükümlülükler, hasta yakınları ile etkileşim, diğer sağlık çalışanları ile iletişim ve diğer görevlilerle iletişimdir. (35)

Acil tıpta etik kodların en önemlilerinden biri Amerikan Acil Hekimleri Birliği (ACEP) etik kodlarıdır. Acil tıp hekimi için genel etik ilkelerden bir bölüm, özel ilkelerden bir bölüm ve daha çok acil tıba özgü güncel etik sorunların incelendiği bir bölümden oluşur. 2005 yılında acil tıp etiği eğitim rehberi olma özelliğiyle Akademik Acil Tıp Cemiyeti tarafınca bir rehber yayınlanmıştır. Yine 2010 yılında Amerikan Acil Tıp Akademisi, ağırlıklı olarak ekonomi ile ilgili etik kodları içeren uluslararası ölçekte en önemli acil tıp kodlarından birini yayınlamıştır. (17)

4.2. Hasta Kabul İşlemleri Esnasında İletişim

Acil sağlık hizmeti alma amacıyla bir sağlık kuruluşuna başvuranların ilk karşılaştığı birim kayıt-kabul birimidir. Bu birimin görevi, acil bir durum neticesinde

başvuran hasta ve hasta yakınlarının kimlik bilgileri ve gerekli olan diğer kişisel bilgilerini kaydederek hızlıca doğru bölüme yönlendirmektir. Gerçek kimlik bilgilerinin tespiti, adli olayların girişi ve daha sonradan ortaya çıkabilecek faturalandırma sorunları gibi konularda yükümlülükleri bulunmaktadır. Hasta kabulü işlemleri yapan personelin, hastane içi organizasyonu iyi tanınması ve bilmesi, acil serviste yürüttüğü işlemler esnasında zaman kaybını önleme ve verimliliği artırma yönünde hareket etmesi, halkla ilişkiler konusunda gerekli eğitimleri almış ve sağlıklı iletişim kurabilen kişiler olmasına özen gösterilmelidir. (36)

4.3. Hasta Psikolojisi ve İhtiyaçların Değerlendirilmesi

Acil servis kalabalığı ve buna bağlı artmış bekleme süreleri, prosedürler nedeniyle artmış zaman kaybı, daima hasta ve hasta yakınlarının sabırsızlanmalarına, aldıkları hizmetin memnuniyeti bakımından etki altında kalmalarına sebep olmaktadır. (37) Stres faktörü, panik olma eğilimi, hoşnut olmayan hasta psikolojisi kavramının temelini oluşturur. Buna binaen ise sağlık personelinin hastaya ve hasta yakınlarına karşı empati kurarak, daha anlayışlı ve olumlu yaklaşımları beklenmektedir. (38) Lakin acil bir hastalık tablosu olmayan, sadece kendi işinin acil olduğunu düşünen bencil bireylerin bu hasta psikolojisi kavramı içerisinde değerlendirilmesi de mümkün değildir.

Hasta ihtiyaçlarının değerlendirilmesi süreci, teşhis ve tedavinin zamansal bakımdan daha geniş perspektifle gözlenmesidir. Bu aşamada gösterilen tavır ve davranışlar sağlık personeli-hasta-hasta yakını iletişimde büyük önem taşır. Hekim davranışları bazında yapılan bir değerlendirme neticesinde tavrın 3 başlık altında ifade edilebileceği söylenebilir: (39)

Buyurgan Davranış: Hekimin hastayı anamnez aldığı esnada dahi yeterli dinlemediği, teşhis ve tedavi sürecinde yeterli aydınlatmayı yapmadığı ve neticesinde hasta ve hasta yakınında memnuniyetsizlikle sonuç veren bir davranış tarzıdır. Baba-çocuk ilişkisi benzerliği nedeniyle ‘paternalist davranış’ olarak da isimlendirilir.

Danışman Davranış: Hastaya ve hasta yakınına, hastalık süreci ile alakalı detaylı bilgi verilmiş, aydınlatılmış, komplikasyon sürecine varan bir bilgilendirme yapılmış ancak o seviyede bırakılmıştır. Sonuç almak amaçlı bir yönlendirme yapılmamış hekim sadece danışman rolü üstlenen bir davranış sergilemiştir.

Katılımcı Yaklaşım: Hasta ve hasta yakını açısından memnuniyet düzeyi yüksek bir yaklaşımdır. Hekim, hemşire, diğer yardımcı sağlık personeli ve hasta bir bütün olarak hareket etmekte, acil servisi daha fazla sahiplenmekte ve sürece katılmaktadır.

Hekim yanında tedavi süreci başladığında hastanın en sık gördüğü ve iletişim halinde olduğu kişi hemşiredir. Doğal olarak ilgi ve anlayışın en çok beklenildiği sağlık personeli de çoğu zaman hemşire olmaktadır. İletişim eğitimi almış hemşirelerin sorunu çözmede ve sağlıklı iletişim kurmada başarısı daha üst seviyededir. (39)

4.4. Acil Serviste Hasta ve Sağlık Personeli İletişimi

Acil servisler yoğunluğu ve karmaşası itibariyle sağlık kuruluşlarının en kaotik birimleridir. Bu kaosu çözebilmek ancak güçlü bir acil servis yönetimi anlayışıyla mümkündür. Günümüz sağlık politikalarının gelişiminde ise temel ayaklardan biri, hasta-sağlık personeli iletişimini arttırarak sağlık hizmetlerini almaya yönelik bir artışı ve hasta memnuniyetini sağlamaktır. (40) Bu bağlamda acil servislerde de hasta-sağlık personeli iletişimi kaotik bir acil servisi yönetmek adına çözüm olarak sunulabilmektedir. Sağlık personelinin, hasta ve hasta yakınlarına karşı olan tutum ve davranışlarının, arz edilen sağlık hizmetlerine karşı olan talebin düzeyini belirlemede bir faktör olduğu belirtilmektedir.

Hastane içi acil sağlık hizmetlerinin sunumunda uygulanan triaj sonrası hastaların buldukları alanlara sunulan hizmetin kapsamı, genişliği ve süresi değişmektedir. Sarı alan ve kırmızı alanda daha uzun süreli hemşirelik hizmetleri alan hasta ve hasta yakınlarının, uzamış bu süreyle birlikte beklenti ve istekleri de değişiklik göstermektedir. Hasta bakımı, temizliği ve beslenmesi gibi temel ihtiyaçlara devreye girdiğinde hastalar karşısından daha sabırlı olan, sordukları sorulara cevap veren, onlara bilgi aktaran, gülyüzlü bir şekilde hizmet veren hemşireler görmek istemektedirler. Hemşire-hasta, hemşire-hasta yakını iletişimsizliğine bağlı şikayetlerin sıklığında artış dikkat çekici düzeydedir. Bu nedenle günümüzde özel sektörün yanında kamu sağlık hizmeti sunan kurumlar da hemşire-hasta ilişkisini önemsemekte ve buna yönelik çalışmalar yapmaktadır. (41)

Acil servislerin randevu sistemi ile çalışmayışı bazı karmaşa ve belirsizlikleri beraberinde getirmektedir. Bu belirsizlik ve karmaşa, kontrol altına alınamayıp büyüdüğünde bazı iletişim problemlerine yol açmaktadır. Acil serviste yaşanabilecek

iletişim problemleri genelde, sağlık ekibinin kendi arasında ve hasta/ hasta yakınları ile sağlık ekibi arasında yaşanmaktadır. Acil servis profesyonellerinin kendi arasındaki iletişim ve ilişkileri ise Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün, meslektaşların birbirleriyle ve paramedikal meslek mensuplarıyla münasebetleri başlığı altında düzenlenmiştir. Hastanın kabul işlemleri sonrası acil serviste ilk temas ve iletişim hekimledir. Hasta ve hekim arasında yaşanabilecek iletişim sorunları; terminoloji/dil sorunları, iletişim yetersizliği, dinlememe, bilgilendirme sorunları, ilgisizlik gibi başlıklar altında toplanabilir. (42) Hekimin hasta ile aynı dili konuşması, bilgilendirme yaparken hastanın seviyesinde anlatabilme, yeterince dinleme ve sonrasında ilgi gösterme, katı ve soğuk davranışlardan uzak durup duygudaşlık kurma sağlıklı iletişim için kilit rol oynar.

4.5. Acil Serviste Zor Hasta ile İletişim

'Zor hasta', tıbbi sorunlarını çözmekten ve tedavi olmaktan çok ilgisiz paramedikal sorunlara odaklanarak, kimi zaman iyileşmek istemiyor gibi görünen, kimi zaman ise hastalığı kendisine bir yaşam biçimi haline getirmiş olarak acil servise sık başvuran ve iletişimi engelleyici davranışları ön planda dikkat çeken kişilerdir. Acil servisi sık kullanması en dikkat çekici özelliklerinden olup genç, yaşlı, kadın, erkek ayrımı olmaksızın günün her saati acil servis personeli tarafınca karşılanması muhtemeldir. Sağlık personeline karşı olan saldırgan ve hakaret içerikli davranışları acil servis yönetimini ve huzurunu sağlamayı zora sokmaktadır.

Acil servis tam bir profesyonel ekip işidir. Zor hasta ile iletişim kurabilmenin ilk şartı sabırlı olup sakin kalabilmektir. Hastayı sözünü kesmeden dinlemek, sorununun ne olduğunu anlayabilmek ve hastayı stres altına sokmadan, ortamda bir panik hava yaratmadan hastanın anlayabileceği bir dille durumu anlatmak önemlidir. Zor hasta ile sağlıklı iletişim ve işbirliği kurabilmenin temelinde sağlık personelinin hastaya güven vermesi yatmaktadır. Acil servis personelinin tıbbi becerileri yanında kişisel iletişim becerilerini bu yönde geliştirmesi en zor hastalar ile bile iletişimi kolaylaştıracaktır.

4.6. Acil Serviste Hasta Memnuniyeti

Acil servisler hizmet sunulan sağlık kuruluşunun aynası olması ve ilk izlenim açısından önemli sonuçlar ortaya koyması nedeniyle hasta memnuniyeti açısından büyük önem taşımaktadır. Çankırı Devlet Hastanesi acil servisine yapılan

başvurulardan 440'ının değerlendirildiği bir çalışmadaki anket sonuçlarına göre, hastaların %95'inin acil servisin fiziki koşullarından, %97'sinin ise genel olarak acil servisten memnun olduğu saptanmıştır. Ancak hastaların %75'i bilgilendirmenin yetersiz olduğunu, %5'i ise hasta mahremiyetine saygı gösterilmediği ve çalışan sağlık personelinin tutumundan, yaklaşık %33'ünün de hemşirelik hizmetlerinden memnun olmadığı ortaya konmuştur. (43)

4.6.1. Hasta Memnuniyetinin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda yaşanan değişim ve dönüşümler, sağlık alanında da beklenti ve gereksinimlerin değişmesine, önceliklerin farklılaşmasına yol açmıştır. Hasta memnuniyeti kavramı, sağlıkta dönüşüm ile birlikte daha ön plana çıkmış ve bu konuda çalışmalar yapılmaya başlanmış, ölçüm araştırmaları yaygınlaşmıştır. (44) Sağlıkta dönüşüm ile birlikte yapılan mevzuat değişiklikleri, acil servis kalabalığının önüne geçmek, daha planlı, kolay ulaşılabilir, organize bir hastane içi acil sağlık hizmeti sunma ve neticesinde hasta memnuniyetini artırma amacı taşımaktadır. Hasta memnuniyeti, hasta tatmini, bakım kalitesi algısı ve beklentilerinin karşılanması nispetinde değişkenlik göstermesi nedeniyle sabit kurallara ve bir tanıma bağlanmamıştır. Kabaca hasta memnuniyetini ifade etmek gerekirse, acil servise başvurmadan önceki beklenti düzeyi ile başvuru sonrası tanı, tetkik ve tedavi süreci bakımından tatmin olma düzeyi arasındaki korelasyondur. (45)

Hasta memnuniyeti değerlendirilmesi yapılırken, daha önceki deneyimleri ve kazançları neticesinde acil servisi acil olmayan durumlar sebebiyle kullanan kişilerin kapsam dışı bırakılması gerekmektedir. Zira acil olmayan beklentilerini bir çıkar ekseninde oluşturan hasta ve hasta yakınının sunulan acil sağlık hizmetini objektif olarak değerlendiremeyecek oluşu hasta memnuniyeti ve tatminini doğru şekilde yansıtmayacaktır. Memnuniyeti sağlamanın zor olduğu bir alan olan acil sağlık hizmetlerinde, hasta ile iletişimin iyi kurulması, poliklinik hizmetlerini acil serviste alamayacağının bildirilmesi ve acil bir durumunun olması halinde ise tüm imkanların seferber edileceğine ikna edilmesi gerekmektedir. (45)

4.6.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Acil servis, gelişen olayların etkilenimi açısından multifaktöriyel, yönetimi bakımından da aslında multidisipliner bir alandır. Birçok klinik ile etkileşim ve iletişim halinde oluşu, gün içerisinde gelişen birçok durum nedeniyle anlık değişimi birden

fazla faktöre bağı olan acil servislerde hasta memnuniyetini değerlendirmek için çok yönlü bir yönetim programı uygulanmalıdır. (46)

Hasta memnuniyetinin belirlenmesinde, hastaya ilişkin, sağlık personeline ait, bakım kalitesi ve çevresel faktörlerle ilişkili çeşitli etmenler vardır. Acil servis ortamının hijyenik olması, muayene, tetkik ve tedavi hizmetlerinden hastanın tatmin olması, hemşirelik hizmetlerinden, bekleme süreleri, kullanılan ekipman ve cihazların son teknolojiye uygun olması gibi faktörler bakım kalitesi ve sağlık personeline ait olan faktörler olarak yer almaktadır. (46) Hasta ve sağlık hizmeti sunucularının iletişimi ve ilişkisi, ilgi düzeyi, hizmetin sunuluş biçimi ve organizasyonu hasta memnuniyeti kapsamındaki başlıklardır.

Hastaya ait faktörlere bakılacak olursa, öncelikli olarak geçmiş tecrübelerin memnuniyet etkilenimi oluşturduğu görülmektedir. Kişisel değerler, sağlık hizmetinden beklentiler, toplumsal yansımalar, cinsiyet, sosyokültürel düzey ve eğitim seviyesi diğer faktörlerdir. Dikkat çekilmesi gereken en önemli nokta ise, toplumdaki acil kavramının hasta ve hasta yakınlarının zihinlerinde oluşturduğu çağrışımlardır. Bu bağlamda hastaya ait faktörlerden en önemlisi, acil kavramı ve işinin acil olması algısının oluşturduğu çelişkidir.

Acil servise ulaşım ve acil servis içerisindeki kritik noktalara hızlı erişim, otopark hizmetlerinin sunulması, beslenmeye yönelik sunulan hizmetler (kantin, acil serviste yemek verilmesi, vs.), hijyen gibi faktörler hasta memnuniyetindeki çevresel faktörlerdir.

4.7. Hasta Hakları

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru gündeme gelen hasta hakları kavramı son yıllarda başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere batılı ülkelerin birçoğunda tartışılmaya başlanarak önem kazanmıştır. Hasta hakları, sağlık hizmeti sunucuları ve alıcıları arasında sadece tek tarafı ilgilendiren olumlu bir kavram gibi görünse de aslında bütüncül bir yaklaşım gerektirir. (47) Mevzuata 1 Ağustos 1998'de Hasta Hakları Yönetmeliği ile giren bu kavram, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları ifade etmektedir. Diğer bir deyişle, hastaların sağlık haklarının somutlaşması, bireyselleşmesi ve görünür hale gelmesini ifade eder. (48)

Hasta hakları, yönetmelikte ve doktrinde kabaca sağlık hizmetlerinden faydalanma, bilgi alma, hasta haklarının korunması, hastanın rızası, tıbbi araştımlar, sorumluluk ve hukuki korunma yolları gibi ana başlıkların altında ifade edilmektedir. Acil servislerin kalabalık oluşu, diğer kliniklere göre daha hareketli ve sıradan olmayan bir çalışma tarzı oluşu bir farklılık oluşturmaktadır. Lakin bu durum, hasta hakları göz önüne alındığında her ne kadar kendine özgü bir hassasiyet oluşursa da acil servislerde hasta haklarının ikinci planda tutulmasını gerektirmez. (49)

4.8. Acil Serviste şiddet

Acil servislerin aşırı stresli yerler olduğu göz önüne alınırsa, uzun ve sıklıklar konforsuz beklemler ile gündüz ya da gece herhangi bir anda ulaşılabilir olma gibi bir düzende, yüksek seviyede şiddetin görülebileceği sürpriz değildir. Acil serviste şiddete katkıda bulunan diğer faktörler, artan sayılardaki alkollü hastalar ile psikiyatrik ve kognitif bozuklukları olan hastalardır. Buna ek olarak, çalışan eğitiminin olmaması ve yetersiz güvenlik de acil servisin sık şiddet eylemlerinin görüldüğu bir yer olmasına katkıda bulunabilir. (50)

Hastanın, yakınının veya ziyaretçisinin, şiddet davranışının spesifik nedeni bilinmemektedir. Bununla birlikte, genel olarak toplumda başka bi yerde tamamen kabul edilemez ve tolere edilemez davranışların, acil serviste normal gibi görünebilmesi, acil servis çalışanlarını sıklıkla vuran bir durumdur. Acil serviste şiddet kendini sözlü tehdit, fiziksel şiddet, sinsice takip olarak gösterebilmektedir. (50)

Acil servisteki güvenliği arttırmak, içeriye kısıtlı girişler, personeli tuzağa düşürebilecek yerlerin kaldırılması, metal dedektörler, hukuki yaptırımlar ve tabiki eğitim şiddetin önüne geçilmesinde bazı çözümler olarak karşımıza çıkmaktadır.

5. MATERYAL ve METOD

5.1. Çalışma Evreni

Bu çalışma hastane acil servislerinin yönetim ve organizasyonunda dikkat edilmesi gereken hususların, yaşanan aksaklıkların ve sorunların neler olduğunun tespiti için vatandaş gözüyle bir bakışın gerçekleştirilmesi ve elde edilen sonuçlar ile hastane acil sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli nasıl organize edilebileceğini saptamaya yönelik tasarlanmıştır.

Çalışma için, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın 02.10.2018 tarih, 946229954-622.01 sayılı, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) verilerinin paylaşılması konulu yazışmalarına binaen gerekli tüm resmi izinler alınmıştır.

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.01.2019 tarih ve 09 sayılı etik kurul onayı alındıktan sonra, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne 01.01.2018 - 31.12.2018 tarihleri arasında yapılan hastane acil servislerine yönelik başvurular retrospektif olarak incelenmiştir. Veriler Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne ait Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden Raporlama Birimi aracılığıyla geriye dönük taranmıştır. Çalışma evreni oluşturulması basamğına geçilmiştir.

2018 yılı SABİM başvuruları, çalışmamızın konusu ve amacı gereğı acil servis başvurularını içermesi ve daha spesifik verilere ulaşılabilmesi hedeflenerek 'acil servis' anahtar sözcüğü ile birlikte 'hekim', 'pratisyen hekim', 'acil tıp uzmanı', 'konsültan hekim', 'hemşire', 'yardımcı sağlık personeli', 'erişkin acil', 'çocuk acil', 'yeşil alan', 'sarı alan', 'kırmızı alan', 'şikayet', 'teşekkür', 'bilgi alma', 'acil servis yönetimi', 'şiddet' anahtar sözcükleri ile filtrelenmiştir. Başvurular, SABİM Raporlama Birimi tarafınca başvuru numaraları ile kodlanmış, içeriklerdeki kişisel veriler çıkartılarak anonim veri haline getirilmiştir. Elde edilen çalışma evreni içerisinde başvurular randomize olarak sıralanmış olup her 50. başvuru çalışma örneğine dahil edilmiştir.

5.2. Başvuruların Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. 01.01.2018-31.12.2018 tarihleri arasında SABİM'e yapılan başvurular
2. 'Acil servis', 'hekim', 'pratisyen hekim', 'acil tıp uzmanı', 'konsültan hekim', 'hemşire', 'yardımcı sağlık personeli', 'erişkin acil', 'çocuk acil', 'yeşil alan', 'sarı alan', 'kırmızı alan', 'şikayet', 'teşekkür', 'bilgi alma', 'acil servis yönetimi', 'şiddet' anahtar sözcükleri ile filtrelenen başvurular
3. Filtrelenmiş ve kişisel bilgiler çıkartıldıktan sonra numaralandırılarak anonimleştirilmiş hale dönüştürülen başvurulardan randomizasyon amaçlı her 50. başvuru

5.3. Başvuruların Çalışmaya Alınmama/Çıkarılma Kriterleri

1. Anahtar sözcükler ile filtreleme sonrası dışarıda kalan başvurular
2. Randomize olarak sıralanıp her 50. başvuru seçildikten sonra dışarıda kalan başvurular
3. Filtrelemeye rağmen başvuru içerikleri değerlendirilmeye başlandığında hastane acil servisleri ile ilgili olmadığı tespit edilen başvurular

5.4. Çalışma Yöntemi

Çalışmaya alınan başvurular, <http://sabim.saglik.gov.tr> adresindeki Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi bilgi sistemi üzerinden incelemiştir. İnceleme öncesi SABİM koordinatörlüğü ile tarafımızca karşılıklı imzalanan kişisel verilerin korunması ve gizlilik sözleşmesi gereği, çalışma süresince kullanılmak üzere geçici bir oturum açılarak tarafımıza sadece bir kişinin kullanımını sağlayan şifre verilmiştir. Başvurulara ulaşım, güvenlik nedeniyle sadece Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi hizmet binasında sağlanmıştır.

Çalışmaya gerekli kriterleri sağlayan 955 başvuru dahil edildi. Başvurular, öncelikle coğrafi bölgelere ve sonrasında kamu, özel, üniversite olmak üzere kurumlara göre sınıflandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı güncel hastane bilgileri kullanılarak hastaneler ve acil servisler basamaklandırılmıştır. Başvuru içerikleri tek tek bir acil tıp asistanı tarafınca okunarak değerlendirilmiş; başvuru sahibinin kim olduğu, yakınlık derecesi, hangi acil

türüne başvuruda bulunduğu, acil serviste hangi alanda değerlendirildiği, başvuruya konu olan personelin kim olduğu, başvurunun şiddet söylemi içerip içermediği, başvurunun takip ve sonuçlandırılmasının ne şekilde olduğu, başvuruya konu olan sebeplerin neler olduğu saptanmış ve kaydedilmiştir.

5.5. İstatistiksel Analiz

Elde edilen bulguların istatistiksel analizi için SPSS 16.0 for Windows programı kullanıldı. Kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sürekli değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Çalışmada sürekli değişkenler için Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Bağımsız frekans verilerin oran karşılaştırmalarında (2x2, 3x2, vs. tablolar üzerinde) Ki-Kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kullanılmıştır.

6. BULGULAR

SABİM Bölge ve İl Bazlı Rapor için başvuru tür ve sebepleri SABİM'e gelen başvurular değerlendirilerek 2016 yılında revize edilmiş olup sebebi, mevcut sistemde olan başvuru tür ve sebeplerinin güncel konuları tam anlamıyla karşılamadığının görülmesi olarak ifade edilmektedir. Bu sayede; sistem güncellemesiyle birimimizi arayan vatandaşların talep, öneri, şikayet ve bilgi almak istedikleri konular detaylı bir şekilde incelenmesi, raporların daha sağlıklı hale getirilmesi hedeflenmiştir. SABİM veri tabanı incelendiğinde Tablo 2'de olduğu üzere bir taksonomi sonucu elde edilmiştir.

Tablo 2. SABİM Başvuru Tür ve Sebepleri

ACİL YARDIM	Acil Hatlara Ulaşamama
	Acil Yardım Talebi
	Ambulans Talebi
	Başka Sağlık Kurum / Kuruluşuna Sevk Talebi
	Doğum Hastalarının Kabul Edilmemesi
	Olumsuz Hava Koşulları
	Yanık Merkezi Yer Talebi
	Yoğun Bakım Yer Talebi
	Zehirlenmeler
	Aktarma
BİLGİ ALMA	Aşı Uygulamaları
	Diğer
	Dönemsel Hastalıklar
	E-Nabız Uygulaması
	E-Reçete Uygulaması
	Geçersiz Kayıt
	Kurum Sorgulamaları
	Kurum Telefonları
	Randevu Sistemi
	SABİM İşleyişi
	Sağlık Hizmeti Ücretlendirmeleri
	Sağlık Sistemi İşleyişi
	Sağlık Sorunları
	Tıbbi Uygulamalar
	Yönlendirme
İHBAR	Çevre Sağlığı
	Diğer
	Diplomasız Personel
	Havuz ve Kaplıca Hijyeni
	Hekim Kaşesini Usulsüz Kullanma
	İçme Suları
	Rehin Alma
	Ruhsatsız Sağlık Kuruluşu
	Tam Gün Yasası İhlalleri
	Usulsüz Mobil Sağlık Hizmeti
Usulsüz Reklam	
İLGİNÇ BAŞVURULAR	İLGİNÇ BAŞVURULAR
MHRS - Aktarma	182'ye Aktarma
	184 SABİM'e Aktarma
	184 TÛTÛN'e Aktarma
	191 UMDDH'ye Aktarma
	182'ye Yönlendirme
MHRS - Bilgi Alma	Diğer Kurumlara Yönlendirme
	MHRS Sistem Bilgileri
	Randevu Bilgisi
	Randevu Doluluğu
	Yan Dal Poliklinik Bilgisi
MHRS - Diğer	Diğer
MHRS - İhbar	Randevu Usulsüzlükleri
MHRS - Şikayet	182 MHRS Operatör
	184 MHRS Operatör
	Hekim / Hastane Mazeretleri
	Randevu Cetvel Sorunları
	Randevu Doluluğu / Randevu Alamama
	Randevu İptali
	Randevu Saatinde Muayene Olamama
	Sistemsel Problemler
	Yan Dal Poliklinik
	MHRS - Talep
Randevu Kotası Artırımı	

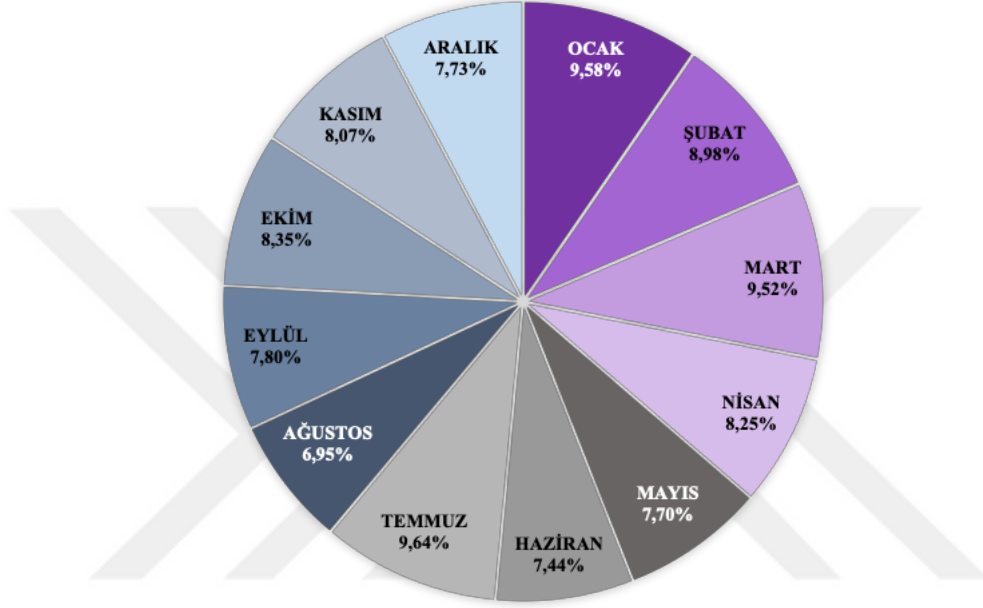
MHRS - Teşekkür	182 MHRS Operatör 184 MHRS Operatör Genel
ORGAN BAĞIŞ	Bağış Bilgi Alma Diğer
ÖNERİ	Diğer Mevcut İşleyişe Yönelik
SALGIN HASTALIK BİLDİRİMİ	SALGIN HASTALIK BİLDİRİMİ
SIĞINMACI / MÜLTECİ SAĞLIK HİZMETİ	Bilgi Alma Şikayet Talep
ŞİKAYET	112 Acil Sağlık Hizmetleri Acil Servis İşleyişi Acil Serviste Enjeksiyon - Pansuman Yapılmaması Aşı Uygulamaları Diğer Diğer Personel İletişim Sorunu Diyaliz Hastalarının Nakli Eczane E-Nabız Uygulaması E-Reçete Uygulaması Eyde Sağlık Hizmetleri Hekim İletişim Sorunu Hijyen İlaç - Tıbbi Cihaz - Kozmetik İşleyiş Mesai Saatlerine Uymama Ölüm Randevu Sistemi SABİM Çalışanı Sağlık Çalışanı Eylemi Sağlık Çalışanına Tehdit / Şiddet Sağlık Hizmeti Ücretlendirmeleri Sağlık Personeli - Diğer Şikayetler Taciz İddiası Teknik ve İşletme Sorunları Terör Tıbbi Uygulamalar Yardımcı Sağlık Personeli İletişim Sorunu Yatış - Taburcu ve Rapor İşlemlerinde Aksaklıklar Yemek Sorunu
TALEP	Acil Olmayan Ambulans Talebi Diğer İlaç Talebi Personel Talebi - Diğer Personel Personel Talebi - Genel Personel Talebi - Hekim Personel Talebi - Yardımcı Sağlık Personeli Poliklinik / Bölüm Açılması Sağlık Kurum / Kuruluşu Açılması Tedavi Talebi Tıbbi Ürün Talebi
TEŞEKKÜR	Bakan Bakanlık Uygulamaları Diğer SABİM Çalışanı Sağlık Çalışanı
TÜTÜN ÜRÜNLERİ	Bilgi Alma Diğer Ertelenmiş İhbar MHRS Birimine Aktarma SABİM Birimine Aktarma Sigara İhbarı

2018 yılı SABİM verilerinin tamamı incelendiğinde çağrı sayısı 4.977.748 olup toplam 2.088.725 adet başvuru oluşturulduğu görülmüştür. En fazla başvurunun yapıldığı aylar Ocak ve Temmuz, en az başvurunun yapıldığı aylar ise Haziran ve Ağustos olarak görülmüştür. (Tablo 3, Şekil 1)

Tablo 3. 2018 Yılı SABİM Başvuru Sayılarının Aylara Göre Dağılımı

	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK
Başvuru Sayısı	200.073	187.597	198.781	172.376	160.921	155.310	201.254	145.154	162.888	174.352	168.626	161.393

AYLARA GÖRE BAŞVURU ORANI



Şekil 1. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Aylara Göre Oranı

Başvuruların %81,68'i bulunduğu ay içerisinde SABİM tarafından çözüme kavuşturulmuştur ve %18,32'si ise ilgili Merkez ve Taşra Teşkilatına sevk edilmiştir. (Tablo 4)

Tablo 4. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Aylara Göre Takibi ve Sonuçlandırılması

	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK
SABİM Merkez Tarafından Çözülen	168.961	158.792	168.726	144.585	132.288	126.910	162.355	115.008	128.883	139.666	134.566	125.237
Sevk Edilen	31.112	28.805	30.055	27.791	28.633	28.400	38.899	30.146	34.005	34.686	34.060	36.156

Türkiye geneli başvuru türü ve sayıları incelendiğinde SABİM'e 2018 yılında gelen 2.088.725 başvuru; 1.004.280 "Bilgi Alma", 16.789 "Acil Yardım" talebi, 12.293 "Teşekkür", 76.553 "Talep ve Öneri" olarak oluşturulmuş ve SABİM

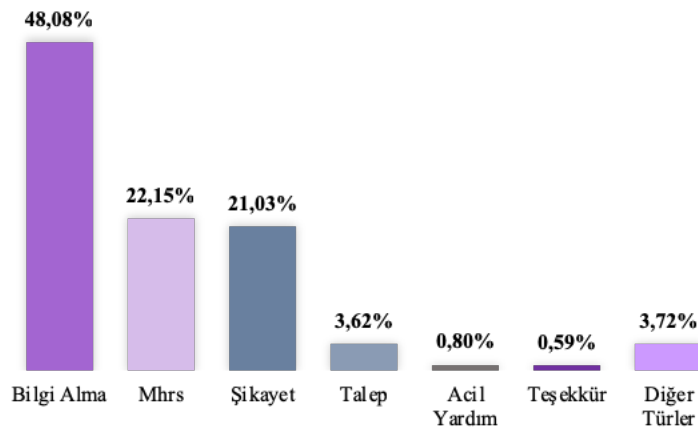
tarafından gerekli görüldüğü takdirde ilgili kurum ve kuruluşlara iletilmiştir.

Başvuruların %48,08'i bilgi alma, %22,15'i MHRS, %21,03'ü şikayet, %3,62'si talep, %0,80'i acil yardım başvurusudur. (Tablo 5, Şekil 2)

Tablo 5. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Tür ve Aylara Göre Sayıları

	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK
BİLGİ ALMA	98.407	92.511	98.591	84.074	78.767	77.188	97.141	65.204	77.961	83.873	80.287	70.276
MHRS	44.729	42.955	41.734	36.111	29.480	28.265	38.938	36.387	39.416	42.505	41.490	40.571
ŞİKAYET	36.905	33.109	37.496	34.877	35.831	33.883	43.889	34.087	35.781	38.038	36.523	38.941
TÜTÜN ÜRÜNLERİ	10.516	10.517	11.941	8.394	8.724	7.942	9.847	0	0	0	0	0
TALEP	6.119	5.517	5.889	5.273	5.323	5.225	7.177	6.044	6.719	6.862	7.366	8.145
ACIL YARDIM	1.676	1.350	1.304	1.172	1.162	1.247	1.648	1.859	1.358	1.314	1.193	1.506
TEŞEKKÜR	1.070	1.039	1.153	999	1.008	919	1.099	779	806	1.072	1.172	1.177
İHBAR	512	447	557	500	533	531	789	688	675	511	436	494
ULUSAL OLAĞANDIŞI DURUMLAR	0	0	0	869	2	0	604	0	0	0	0	41
ÖNERİ	64	65	59	47	49	59	70	53	74	107	91	156
SALGIN HASTALIK BİLDİRİMİ	19	35	18	20	15	8	12	21	63	21	28	35
ŞİĞİNMACI / MÜLTECİ SAĞLIK HİZMETİ	32	23	10	14	7	18	17	12	23	7	2	14
İLGİNÇ BAŞVURULAR	14	16	20	18	13	15	18	16	7	33	25	26
ORGAN BAĞIŞ	10	13	9	8	7	10	5	4	5	9	13	11

TÜRLERE GÖRE BAŞVURU ORANI



Şekil 2. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Türlerine Göre Oranları

Bölgelere göre başvuru sayılarına bakıldığında ise; ülke genelinde en yüksek başvuruyu yıl boyunca İstanbul bölgesi, en düşük başvuruyu ise Doğu Anadolu bölgesi illeri almıştır. Bölgeler içerisindeki başvuru sayılarının da 2018 yılı tüm başvuruların aylara göre dağılımı ile uyumlu olduğu görüldü. (Tablo 6)

Tablo 6. 2018 Yılı SABİM Başvurularının Bölgelere Göre Dağılımı ve Sayıları

	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK
İstanbul Bölgesi	67.824	63.009	68.828	61.225	53.449	49.506	61.049	45.216	54.916	65.958	62.170	61.378
İç Anadolu Bölgesi	28.719	26.669	28.242	24.127	23.637	23.108	30.824	19.581	21.513	22.268	22.553	21.266
Marmara Bölgesi	24.434	23.284	23.528	19.528	19.005	18.071	24.557	16.939	17.784	19.202	18.728	17.162
Akdeniz Bölgesi	18.552	17.801	18.837	16.816	15.911	15.622	20.576	15.312	16.701	16.314	15.214	15.005
Ege Bölgesi	18.965	18.073	19.229	16.406	16.545	16.012	19.989	14.593	16.019	16.055	16.102	14.274
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	14.703	13.720	13.753	12.411	12.136	12.039	15.945	11.632	13.440	12.546	12.047	11.830
Karadeniz Bölgesi	14.196	13.789	14.430	11.869	11.165	11.620	15.579	11.753	11.389	11.401	11.109	9.867
Doğu Anadolu Bölgesi	12.510	11.097	11.786	9.855	8.929	9.159	12.569	10.103	11.113	10.593	10.674	10.582
Diğer	170	155	148	139	144	173	166	25	13	15	29	29

Toplam başvuru sayısı bölgelerin nüfus sayılarına göre oranlandığında ise Tablo 7’de en yüksek orana İstanbul bölgesinin %4.75 ile sahip olduğu saptanmıştır. Güneydoğu Anadolu bölgesi başvurularının ise nüfus sayılarına göre oranının %1.80 ile bölgeler arasında en düşük orana sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Başvuru Sayılarının Bölgelere Göre Nüfus Sayılarına Oranı

Bölgeler	2018 Yılı Toplam Başvuru Sayısı	2017 Yıl Sonu Bölgelere Göre Nüfus Sayıları	Başvuru Sayılarının Bölgelere Göre Nüfus Sayılarına Oranı
İstanbul	714.528	15.029.231	4,75%
İç Anadolu Bölgesi	292.507	12.895.988	2,27%
Ege Bölgesi	202.262	10.383.963	1,95%
Akdeniz Bölgesi	202.661	10.303.984	1,97%
Marmara Bölgesi	242.222	9.786.792	2,47%
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	156.202	8.665.165	1,80%
Karadeniz Bölgesi	148.167	7.782.736	1,90%
Doğu Anadolu Bölgesi	128.970	5.962.666	2,16%
Diğer	1.206	313.626	0,38%

2018 yılı için 2017 ve 2016 yılı karşılaştırmalarına bakıldığında ise, 2018 yılında oluşturulan başvuru sayısı 2017 yılına göre %13,44 artarak, 1.841.301 başvurudan 2.088.725 başvuruya ulaşmıştır. Bu başvurulardan bilgi alma başvurusu %9,55 artarak 1.004.280, MHRS %30,79 artarak 462.581, şikayet başvurusu %7,60 artarak 439.360, acil başvuruları %2,68 azalarak 16.789 adet başvuru oluşturulmuştur. Teşekkür başvuruları ise %21,45 artarak 12.293 başvuru oluşturulmuştur. (Tablo 8)

Tablo 8. 2016, 2017, 2018 Yılları Başvurularının Türlerine Göre Sayıları ve Karşılaştırılması

Başvuru Türü	2016	2017	2018
Bilgi Alma	718.490	916.765	1.004.280
MHRS	339.320	353.694	462.581
Şikayet	411.602	408.315	439.360
Talep	100428	75.121	75.659
Tütün Ürünleri	166	51.778	67.881
Acil Yardım	20.789	17.252	16.789
Teşekkür	8.632	10.122	12.293
İhbar	7.085	6.883	6.673
Öneri	853	659	894

Başvuru sayıları 2016, 2017, 2018 yılları baz alınarak bölgelere göre Tablo 9'da karşılaştırılmıştır. 2018 yılında İstanbul ilinden oluşturulan başvuru sayısı 2017 yılına göre %16,05 artarak 714.528 başvuruya, İç Anadolu Bölgesi'nden oluşturulan başvuru sayısı %10,49 artarak 292.507 başvuruya, Ege Bölgesi'nden oluşturulan başvuru sayısı %11,44 artarak 202.262 başvuruya, Marmara Bölgesi'nden oluşturulan başvuru sayısı %15,15 artarak 242.222 başvuruya, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nden oluşturulan başvuru sayısı %12,52 artarak 156.202 başvuruya, Doğu Anadolu Bölgesi'nden oluşturulan başvuru sayısı %11,29 artarak 128.970 başvuruya ulaşmıştır. Akdeniz Bölgesi'nden oluşturulan başvurular %13,51 artarak 202.661 başvuruya, Karadeniz Bölgesi'nden oluşturulan başvurular ise %10,79 artarak 148.167 başvuruya ulaşmıştır. Tüm bölgelerde bu üç yılda bir önceki yıla göre başvuru sayılarında artış olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. 2016, 2017, 2018 Yılları Başvuru Sayılarının Bölgelere Göre Karşılaştırılması

Bölgeler	2016	2017	2018
İstanbul	519.088	615.716	714.528
İç Anadolu Bölgesi	232.663	264.725	292.507
Akdeniz Bölgesi	176.795	178.541	202.661
Ege Bölgesi	168.765	181.491	202.262
Marmara Bölgesi	157.393	210.361	242.222
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	122.545	138.821	156.202
Karadeniz Bölgesi	114.726	133.742	148.167
Doğu Anadolu Bölgesi	107.576	115.884	128.970
Diğer	15.415	2.020	1.206

2018 yılı SABİM başvuruları ‘acil servis’ anahtar sözcüğü ile filtreledikten sonra elde başvuru sayısı 202.921 olarak saptandı. Başvuru sayısının çok fazla olması ve hastane acil servislerine yönelik daha spesifik verilere ulaşılmasının amaçlanması nedeniyle ‘acil servis’ anahtar sözcüğü ile birlikte ‘hekim’, ‘pratisyen hekim’, ‘acil tıp uzmanı’, ‘konsültan hekim’, ‘hemşire’, ‘yardımcı sağlık personeli’, ‘erişkin acil’, ‘çocuk acil’, ‘yeşil alan’, ‘sarı alan’, ‘kırmızı alan’, ‘şikayet’, ‘teşekkür’, ‘bilgi alma’, ‘acil servis yönetimi’, ‘şiddet’ anahtar sözcükleri de filtrelemeye eklenerek başvuru sayısı 42.777 olarak görülmüştür. Başvurular, SABİM Raporlama Birimi tarafınca başvuru numaraları ile kodlanmış, içeriklerdeki kişisel veriler çıkartılarak anonim veri haline getirilmiştir. Sonrasında 42.777 başvuru numaraları ile birlikte randomize olarak sıralanmış her 50. başvuru seçilerek örnekleme dahil edilmiştir. Böylelikle çalışmanın örneklem büyüklüğü 955 başvuru olarak belirlenmiştir.

Belirlenen kriterler neticesinde tespit edilen çalışma evrenine ait başvuruların kurum türüne göre sayıları Tablo 10’da verilmiştir. En çok başvuru kamuya ait sağlık kuruluşlarına yönelik olarak tespit edilirken onu özel sağlık kuruluşları ve üniversite hastaneleri izlemiştir.

Tablo 10. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların Kurum Türüne Göre Sayıları

Kurum Türü	Başvuru Sayısı
Genel	585
Kamu	32.347
Özel	6.070
Üniversite	3.775
Toplam	42.777

Başvuruların aylara göre dağılımı Tablo 11’de incelendiğinde ise, Temmuz ve Ağustos aylarında başvuru sayısının diğer aylara göre daha fazla sayıda olduğu izlenmiştir. Diğer aylar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Haftanın günlerine göre değerlendirildiğinde, Pazartesi günü en çok başvurunun yapıldığı, ardından Pazar ve Salı günlerinin en çok başvuru yapılan günler olduğu izlenmiştir. (Tablo 12)

Tablo 11. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların Aylara Göre Sayıları

Aylar	Başvuru Sayısı
Ocak	3.913
Şubat	3.195
Mart	3.471
Nisan	3.190
Mayıs	3.336
Haziran	3.481
Temmuz	4.201
Ağustos	4.260
Eylül	3.659
Ekim	3.381
Kasım	3.102
Aralık	3.588
Toplam	42.777

Tablo 12. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların Günlere Göre Sayıları

Günler	Başvuru Sayısı
Pazartesi	7.004
Salı	6.528
Çarşamba	5.467
Perşembe	5.576
Cuma	5.587
Cumartesi	5.718
Pazar	6.897
Toplam	42.777

Başvuruların gün içerisindeki dağılımına bakıldığında, en çok başvurunun yapıldığı saat aralığı 21:00-22:00 olarak saptanmış olup saat 10:00 ile 00:00 arasında başvuru yoğunluğunun saatler arasında benzerlik gösterdiği görülmüştür. En az başvurunun yapıldığı saat dilimi, 06:00-07:00 olarak izlenmiştir. 02:00-09:00 saat dilimi arasında ise en az olan başvuru saatleri arasında da benzerlik görülmüştür. (Tablo 13)

Tablo 13. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların Gün İçerisindeki Saat Dilimlerine Göre Sayıları

Saat Aralığı		Gelen Başvuru Sayısı
00:00	01:00	1.868
01:00	02:00	1.305
02:00	03:00	739
03:00	04:00	538
04:00	05:00	376
05:00	06:00	295
06:00	07:00	263
07:00	08:00	404
08:00	09:00	986
09:00	10:00	1.591
10:00	11:00	2.027
11:00	12:00	2.278
12:00	13:00	2.386
13:00	14:00	2.423
14:00	15:00	2.587
15:00	16:00	2.560
16:00	17:00	2.634
17:00	18:00	2.412
18:00	19:00	2.521
19:00	20:00	2.431
20:00	21:00	2.465
21:00	22:00	2.738
22:00	23:00	2.657
23:00	00:00	2.293
Toplam		42.777

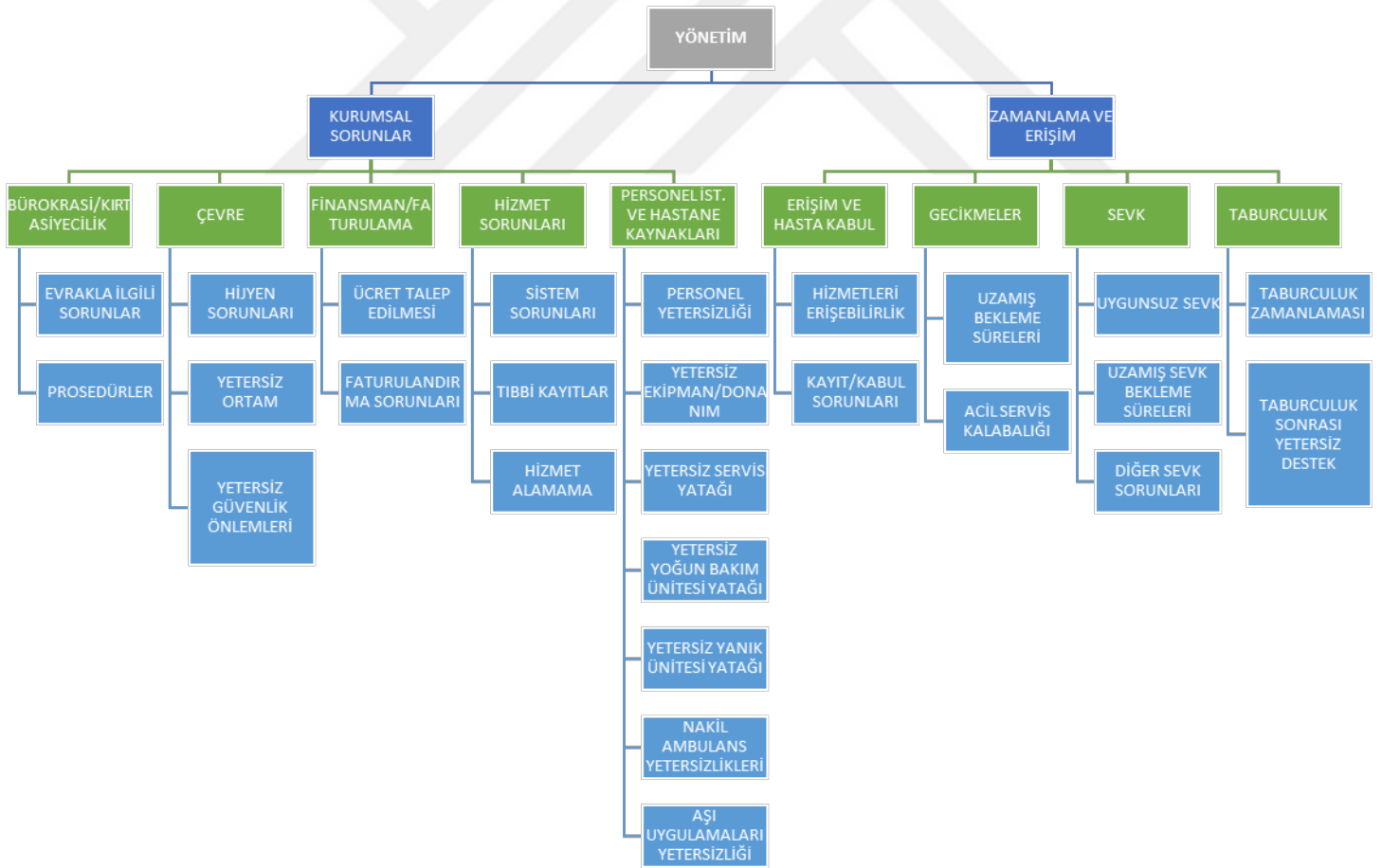
42.777 başvuru SABİM'in 2016 yılında revize ettiği kendi başvuru tür ve sebep sınıflandırmasına göre Tablo 14'te gösterilmiştir. Şikayet başvurusu, 24.921 rakamıyla başvurular arasında birinci sırayı alırken, bilgi alma 13.054, talep 2.319, acil yardım 1.989 başvuru ile izlemiştir. Salgın hastalık bildirim, sığınmacı/mülteci sağlık hizmeti, öneri, ihbar gibi başlıklar ise en az başvuruya sebep olan türler olarak saptanmıştır. (Tablo 14)

Tablo 14. Çalışmaya Kabul Edilen Tüm Başvuruların SABİM Başvuru Tür ve Sebeplerine Göre Sınıflandırılması

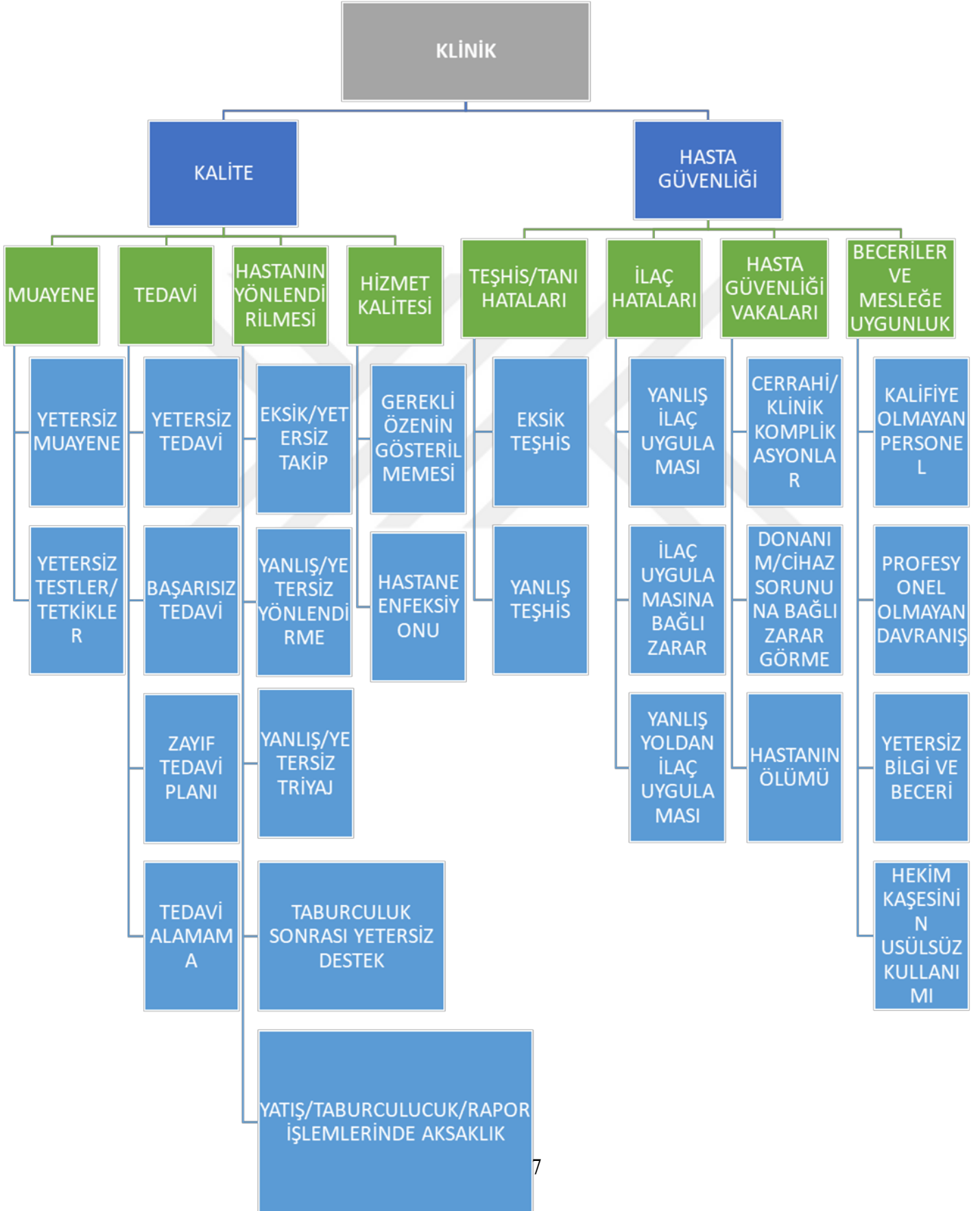
SABİM Başvuru Türü ve Sebebi	Başvuru Sayısı
ACIL YARDIM	1.989
Acil Yardım Talebi	890
Yoğun Bakım Yer Talebi	678
Başka Sağlık Kurum / Kuruluşuna Sevk Talebi	215
Ambulans Talebi	145
Doğum Hastalarının Kabul Edilmemesi	35
Yanık Merkezi Yer Talebi	15
Acil Hatlara Ulaşamama	10
Zehirlenmeler	1
BİLGİ ALMA	13.054
Sağlık Sistemi İşleyişi	7.856
Sağlık Hizmeti Ücretlendirmeleri	2.942
Yönlendirme	1.067
SABİM İşleyişi	696
Sağlık Sorunları	265
Diğer	62
Randevu Sistemi	57
Aşı Uygulamaları	33
Kurum Telefonları	27
Tıbbi Uygulamalar	25
E-Nabız Uygulaması	12
Kurum Sorgulamaları	10
E-Reçete Uygulaması	2
İHBAR	53
Diğer	17
Diplomasız Personel	4
Hekim Kaşesini Usulsüz Kullanma	16
İçme Suları	6
Rehin Alma	8
Tam Gün Yasası İhlalleri	2
ÖNERİ	12
Diğer	2
Mevcut İşleyişe Yönelik	10
SALGIN HASTALIK BİLDİRİMİ	5
SALGIN HASTALIK BİLDİRİMİ	5
SİĞİNMACI / MÜLTECİ SAĞLIK HİZMETİ	9
Bilgi Alma	5
Şikayet	2
Talep	2
ŞİKAYET	24.921
Acil Servis İşleyişi	6.999
İşleyiş	5.976
Tıbbi Uygulamalar	2.849
Hekim İletişim Sorunu	1.542
Teknik ve İşletme Sorunları	1.223
Hijyen	962
Sağlık Hizmeti Ücretlendirmeleri	920
Sağlık Personeli - Diğer Şikayetler	900
Yardımcı Sağlık Personeli İletişim Sorunu	657
Diğer Personel İletişim Sorunu	655
Yatış - Taburcu ve Rapor İşlemlerinde Aksaklıklar	508
Acil Serviste Enjeksiyon - Pansuman Yapılmaması	336
Ölüm	286
Mesai Saatlerine Uymama	263
112 Acil Sağlık Hizmetleri	225
Sağlık Çalışanına Tehdit / Şiddet	162
Diğer	130
Aşı Uygulamaları	73
Randevu Sistemi	69
İlaç - Tıbbi Cihaz - Kozmetik	52
Eczane	50
Evde Sağlık Hizmetleri	39
E-Reçete Uygulaması	22
E-Nabız Uygulaması	7
Taciz İddiası	6
Yemek Sorunu	5
SABİM Çalışanı	3
Diyaliz Hastalarının Nakli	2
TALEP	2.319
Personel Talebi - Hekim	1.166
Diğer	340
Acil Olmayan Ambulans Talebi	319
Tedavi Talebi	143
Personel Talebi - Yardımcı Sağlık Personeli	96
Poliklinik / Bölüm Açılması	79
Tıbbi Ürün Talebi	79
Personel Talebi - Diğer Personel	39
İlaç Talebi	28
Personel Talebi - Genel	16
Sağlık Kurum / Kuruluşu Açılması	14
TEŞEKKÜR	415
Sağlık Çalışanı	405
Diğer	6
SABİM Çalışanı	3
Bakan	1
Toplam	42.777

Örneklemin tamamı olan 955 başvuru incelendiğinde başvuru içeriklerinden yapılan çıkarımlar doğrultusunda çalışmamıza ait yeni bir başvuru taksonomisi oluşturulmuştur. Üç ana başlık olan yönetim, klinik, ilişkiler başlıkları altında toplanmıştır. Acil servis yönetimi ve hastane yönetimi baz alınarak kurumsal sorunlar ve zamanlama, erişim olmak üzere iki başlığa ve sonrasında alt başlıklara ayrılmıştır. Acil tıp kliniği özelinde değerlendirilen klinik ana başlığı altında toplanan başvurular, kalite ve hasta güvenliği başlıklarına ayrılarak daha sonra alt başlıklara kırılım göstermiştir. İlişkiler ana başlığı ise, iletişim, insaniyet/önemseme ve hasta hakları olarak 3 başlığa ayrılmış olup davranışlar ve kişiler arası iletişim bozuklukları ekseninde alt kırılımlara bölünmüştür. (Şekil 3-4-5)

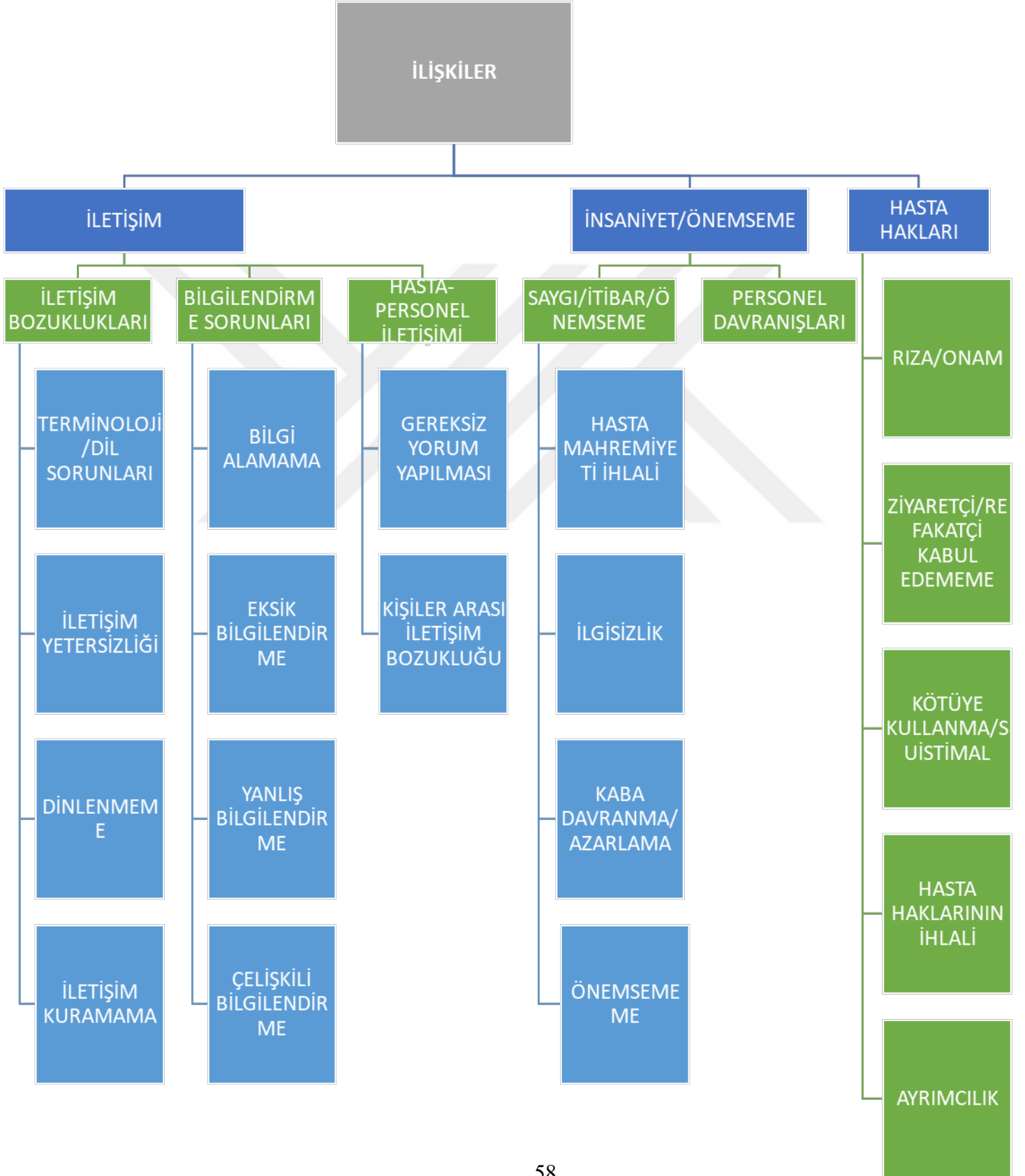
Şekil 3. Yönetim Kaynaklı Başvuru Tür ve Sebepleri



Şekil 4. Klinik Kaynaklı Başvuru Tür ve Sebepleri



Şekil 5. İletişim ve İlişki Kaynaklı Başvuru Tür ve Sebepleri



Başvurular SABİM sınıflaması göz önüne alınarak türlerine ve sebeplerine göre sınıflandırıldığında %59.0 oranında şikayet nedeniyle en sık başvuruda bulunduğu, ihbar, taciz iddiası ve teşekkür nedeniyle başvuruların ise en az oranda olduğu görülmüştür. Bölgelere göre dağılıma bakıldığında %25 oranıyla en çok Marmara bölgesine ait şikayetler göze çarparken, en az başvuru sayısının Karadeniz bölgesinden olduğu tespit edilmiştir. Kurum türlerine göre ise, en sık başvuru %71.8 ile kamuya ait sağlık kuruluşları için sonrasında %18.1 özel sağlık kuruluşları ve %10.1 üniversite hastaneleri için yapılmıştır. İncelenen başvuruların %93.7'si SABİM tarafından bilgilendirme yapılarak kapatılırken, %2.5 başvurunun kurumlara sevk edildiği izlenmiştir. (Tablo 15)

Tablo 15. Başvuruların Türü ve Sebebi, Bölgelere, Kurum Türüne, Takip ve Sonuçlandırılmasına Göre Dağılımı

		n	%
SABİM Sınıflamasına Göre Başvuru Türü ve Sebebi	Acil Yardım	73	7,6%
	Bilgi Alma	209	21,9%
	İhbar	2	,2%
	Ölüm	20	2,1%
	Sağlık Çalışanına Tehdit / Şiddet	30	3,1%
	Şikayet	563	59,0%
	Taciz İddiası	1	,1%
	Talep	46	4,8%
	Teşekkür	11	1,2%
	<hr/>		
Başvuruların Bölgelere Göre Dağılımı	Marmara	240	25%
	Ege	227	23,8%
	Akdeniz	123	12,9%
	İç Anadolu	157	16,4%
	Karadeniz	73	7,6%
	Doğu Anadolu	102	10,7%
	Güneydoğu	101	10,6%
<hr/>			
Başvuruların Kurum Türüne Göre Dağılımları	Kamu	686	71,8%
	Üniversite	96	10,1%
	Özel	173	18,1%
	Genel	0	0,0%
<hr/>			
Başvuruların Takip ve Sonuçlandırılması	Güncelleme	7	,7%
	İşlemi Tamamlananlar	14	1,5%
	Kapalı	895	93,7%
	Kapatma İsteği	15	1,6%
	Sevkedilenler	24	2,5%

Başvuruların günlere göre oransal dağılımında, Pazartesi ve Salı günü %15.5 oran ile en sık başvurunun yapıldığı günlerdir. Ancak haftanın diğer günleri ile arasında da bir fark bulunamamıştır. Haftalık değerlendirmeye bakıldığında ise başvuruların %72.5'i hafta içi yapılmış olup %27.5'i haftasonu yapılmıştır. Aylık bazda, %11.4 ile Ocak ayı en çok başvuruyu alırken Ekim ayı %5.9 ile en az başvuru yapılan ay olarak saptanmıştır. Mevsimsel olarak incelendiğinde, kış mevsiminde %30.7 oranında başvuru yapılmış, sonbaharda ise %19.6 oranı tespit edilmiştir. (Tablo 16)

Tablo 16. Başvuruların Günlere, Haftalara, Aylara ve Mevsimlere Göre Dağılımı

		n	%
Başvuruların Günlere Göre Dağılımı	Pazartesi	148	15,5%
	Salı	148	15,5%
	Çarşamba	131	13,7%
	Perşembe	126	13,2%
	Cuma	139	14,6%
	Cumartesi	123	12,9%
	Pazar	140	14,7%
Başvuruların Haftalık Dağılımı	Hafta içi	692	72,5%
	Hafta sonu	263	27,5%
Başvuruların Aylara Göre Dağılımı	Ocak	109	11,4%
	Şubat	94	9,8%
	Mart	86	9,0%
	Nisan	73	7,6%
	Mayıs	67	7,0%
	Haziran	66	6,9%
	Temmuz	93	9,7%
	Ağustos	90	9,4%
	Eylül	73	7,6%
	Ekim	56	5,9%
	Kasım	58	6,1%
	Aralık	90	9,4%
Başvuruların Mevsimsel Dağılımı	Kış	293	30,7%
	İlkbahar	226	23,7%
	Yaz	249	26,1%
	Sonbahar	187	19,6%

Başvuruda bulunan kişilerin hastaya yakınlık derecesine bakıldığında, başvuruda bulunanın %52,5 ile hastanın 1. derece yakını olduğu, %39,6 başvuruda ise hastanın kendisinin SABİM'i arayarak başvuruda bulunduğu görülmüştür. Acil servislerin basamakları arasında ise en sık başvuruya konu olan %53,7 ile 2. basamak acil servislerdir. Bunu %38,9 ile 3. basamak, %7,3 oranla 1. basamak acil servislerin izlediği tespit edilmiştir. Başvuruların %90,2'si erişkin acil için, %9,7'si çocuk aciller için yapılmıştır. Hakkında başvuru yapılan hastanın triyaj kodu değerlendirildiğinde ise, başvuruların en sık olarak %66,9 ile yeşil alandan yapıldığı görülmüştür. Başvuruya konu olan personel %37,9 oranla hastane yönetimi, %25,1 pratisyen hekim, %15,7 acil tıp uzmanı olarak tespit edilmiştir. Başvuruların %85,5'inde şiddet söylemine rastlanmamış olup %15,0'inde şiddet içerikli konuşmalara rastlanmıştır. %79,1'lik başvuru bilgilendirme yapılarak doğrudan SABİM tarafınca kapatılmıştır. (Tablo 17)

Tablo 17. Başvuruların Yapanın Hastaya Yakınlık Derecesi, Acil Servis Basamağı, Acil Türü, Hastanın Triage Kodu, Konu Olan Personel, İçeriğinde Şiddet Söylemi, Takip ve Sonuçlandırılmasına Göre Dağılımı

	n	%
Başvuruyu Yapanın Hastaya Yakınlık Derecesi	Kendisi	378 39,6%
	1.derece yakını	501 52,5%
	2-3.derece yakını	45 4,7%
	3.kişi	31 3,3%
Başvuruya Konu Olan Acil Servisin Basamağı	1.basamak	70 7,3%
	2.basamak	513 53,7%
	3.basamak	372 38,9%
Başvuruya Konu Olan Acil Türü	Erişkin acil	862 90,2%
	Çocuk acil	93 9,7%
Başvuruya Konu Olan Hastanın Triage Kodu	Kırmızı	106 11,1%
	Sarı	210 22,0%
	Yeşil	639 66,9%
Başvuruya Konu Olan Personel		

	Acil Tıp Uzmanı	150	15,7%
	Çocuk Hastalıkları Uzmanı	19	2,0%
	Hastane Yönetimi	362	37,9%
	Konsültan Hekim	65	6,7%
	Pratisyen Hekim	240	25,1%
	Yardımcı Sağlık Personeli	120	12,6%
Başvuru İçeriğinde Şiddet Söylemi	Var	143	15,0%
	Yok	864	85,5%
Yapılan İşlem, Takip ve Sonuçlandırma	Bilgilendirme	747	79,1%
	Kuruma Sevk	200	20,9%

Başvurular çalışmamız esnasında oluşturulan sebep ve tür taksonomisine göre değerlendirildiğinde %27 oran ile iletişim-ilişki-bilgilendirme sorunları en sık görülen başvuru sebebi olarak saptanmıştır. Uzun süre beklemeleri (%9,1) ve acil servis kalabalığı (%6,2) hemen ardından ikinci ve üçüncü sırada gelmektedir. Ücret talep edilmesi %6,9 oranla başvuru sebebi iken, teşekkür %0,5 ile son sıralarda bir başvuru sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. (Tablo 18) Örnekte 955 başvuru olmasına rağmen Tablo 18’de 1735 başvuruya ait tür ve sebep ifade edilmiş olmasının sebebi, bir başvuru içerisinde birden fazla sebep ve başvuru türünün geçiyor ve ifade ediliyor olmasıdır.

Tablo 18. Başvuruların Oluşturulan Sebep ve Tür Taksonomisine Göre Dağılımı

		n	%
Başvuruların Oluşturulan Sebep ve Tür Taksonomisine Göre Dağılımı	İletişim-ilişki-bilgilendirme sorunları	469	27,0
	Uzun süre beklemeleri	158	9,1
	Ücret talep edilmesi	120	6,9
	Acil servis kalabalığı	108	6,2
	Donanım/Malzeme eksiklikleri-Sistemseller sorunlar	107	6,2
	Yetersiz takip ve tedavi	104	6,0
	Personel yetersizliği	83	4,8

	Sevk ve nakil sorunları	78	4,5
	Yetersiz muayene ve tetkik	76	4,4
	Yetersiz yoğun bakım yatağı	70	4,0
	Hizmet alamama	63	3,6
	Hijyen sorunları	47	2,7
	Acil olmayan, makul olmayan veya mantık dışı talep ve şikayetler	35	2,0
	Eksik-Yanlış teşhis	33	1,9
	Hekim kaşesini usulsüz kullanma	30	1,7
	Yetersiz ortam	24	1,4
	Özen eksikliği	23	1,3
	Yetersiz servis yatağı	23	1,3
	Cerrahi/klinik komplikasyonlar	16	,9
	Çocuk acil ihtiyacı	15	,9
	Kalifiye olmayan personel	14	,8
	Hasta ölümlü	11	,6
	Teşekkür	9	,5
	Aşı-pansuman-enjeksiyon sorunları	6	,3
	E-reçete sorunları	6	,3
	Mahremiyet ihlali	5	,3
	Taciz	2	,1
	Toplam	1735	100,0

Başvurular ana gruplar altında benzer başlıkların biraraya getirilmesi suretiyle toplanmıştır. Tablo 19’da ana başvuru gruplarının bölgelere göre hangi sayıda ve yüzdede görüldüğü incelenmiştir. İletişim-ilişki-bilgilendirme sorunları akdeniz bölgesinde %20,7, uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği doğu anadolu bölgesinde %21,6, ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımı Marmara bölgesinde %27,2, yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlar güneydoğu Anadolu bölgesinde %30,6, yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları iç Anadolu bölgesinde %15,3, donanım-malzeme-sistem-ortam-hijyen eksiklikleri ege bölgesinde %22,2, acil olmayan-makul olmayan ve diğer durumlar ege bölgesinde %15,7 oranları ile ilk sırada başvurular olarak saptanmıştır. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 19. Bölgelere Göre Ana Başvuru Grupları Sayıları ve Dağılımı

		Bölgeler							Toplam	
		Marmara	Ege	Akdeniz	İç Anadolu	Karadeniz	Doğu Anadolu	Güneydoğu		
Ana başvuru grupları	İletişim-ilişki-bilgilendirme sorunları	n	20	34	25	30	2	11	11	133
		%	13,2%	15,1%	20,7%	19,1%	7,1%	10,8%	11,2%	15,1%
	Uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği	n	20	75	17	25	1	22	10	170
		%	13,2%	33,3%	14,0%	15,9%	3,6%	21,6%	10,2%	19,3%
	Ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımı	n	41	8	11	16	8	21	19	124
		%	27,2%	3,6%	9,1%	10,2%	18,6%	20,6%	19,4%	14,1%
	Yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonları	n	28	26	30	33	7	19	30	173
		%	18,5%	11,6%	24,8%	21,0%	15,0%	18,6%	30,6%	19,6%
	Yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları	n	19	31	10	24	6	13	11	114
		%	12,6%	13,8%	8,3%	15,3%	11,4%	12,7%	11,2%	12,9%
	Donanım-malzeme-sistem-ortam-hijyen eksiklikleri	n	16	50	9	15	3	16	13	122
		%	10,6%	22,2%	7,4%	9,6%	10,7%	15,7%	13,3%	13,8%
	Acil olmayan-makul olmayan ve diğer	n	7	1	19	14	1	0	4	46
		%	4,6%	0,4%	15,7%	8,9%	3,6%	0,0%	4,1%	5,2%
Toplam		n	n	225	121	157	28	102	98	882

	%	%	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
P<0,001; Pearson Ki-Kare									

Tablo 20’de ana başvuru gruplarının günlere göre hangi sayıda ve yüzdede görüldüğü incelenmiştir. İletişim-ilişki-bilgilendirme sorunları Pazartesi günü %19,0, uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği Perşembe günü %22,4, ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımı Salı günü %18,0, yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlar Çarşamba günü %23,3, yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları Salı günü %17,3, donanım-malzeme-sistem-ortam-hijyen eksiklikleri Çarşamba günü %16,8, acil olmayan-makul olmayan ve diğer durumlar Perşembe günü %7,8 oranları ile ilk sırada başvurular olarak saptanmıştır. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 20. Günlere Göre Ana Başvuru Grupları Sayıları ve Dağılımı

		Günler							Topla m
		Pazart esi	Salı	Çarşam ba	Perşem be	Cum a	Cumart esi	Pazar	
İletişim- ilişki- bilgilendirm e sorunları	n	26	21	19	12	19	15	21	133
	%	19,0%	15,1 %	15,2%	10,3%	15,4 %	13,3%	16,3 %	15,1 %
Uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı- personel yetersizliği	n	28	22	20	26	30	22	22	170
	%	20,4%	15,8 %	16,0%	22,4%	24,4 %	19,5%	17,1 %	19,3 %
Ücret talebi- hekim kaşesinin usulsüz kullanımı	n	20	25	21	10	15	10	23	124
	%	14,6%	18,0 %	16,8%	8,6%	12,2 %	8,8%	17,8 %	14,1 %
Yetersiz	n	27	28	23	27	19	26	23	173

Ana başvuru grupları	muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlar	%	19,7%	20,1%	18,4%	23,3%	15,4%	23,0%	17,8%	19,6%
	Yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları	n	6	24	16	14	19	18	17	114
		%	4,4%	17,3%	12,8%	12,1%	15,4%	15,9%	13,2%	12,9%
	Donanım-malzeme-sistem-ortam-hijyen eksiklikleri	n	20	13	21	18	17	18	15	122
		%	14,6%	9,4%	16,8%	15,5%	13,8%	15,9%	11,6%	13,8%
Acil olmayan-makul olmayan ve diğer	n	10	6	5	9	4	4	8	46	
	%	7,3%	4,3%	4,0%	7,8%	3,3%	3,5%	6,2%	5,2%	
Toplam	n	137	139	125	116	123	113	129	882	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
P=0,332; Pearson Ki-Kare										

Tablo 21’de ana başvuru grupları ile başvuruyu yapan ilişkisi izlenmiştir. Kendisi başvuruda bulunanlar %25,3 oranında uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği sebebinden, hastanın 1. derece yakını olup başvuruda bulunanlar %23 oranında yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlardan, 2.-3. derece yakını olup başvuranlar %31,2 oranla yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunlarından, 3. kişi olup hasta adına başvuruda bulunanlar ise, %25 oranıyla uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği sebebiyle başvurmuştur. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 21. Yakınlık Derecesine Göre Başvuruda Bulunanların Ana Başvuru Grupları Dağılımı

		Yakınlık Derecesi				Toplam		
		Kendisi	1.derece yakını	2-3.derece yakını	3.kişi			
Ana başvuru grupları	İletişim-ilişki-bilgilendirme sorunları	n	64	60	5	4	133	
		%	18,0%	12,7%	15,6%	20,0%	15,1%	
	Uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği	n	90	71	4	5	170	
		%	25,3%	15,0%	12,5%	25,0%	19,3%	
	Ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımı	n	52	66	3	3	124	
		%	14,6%	13,9%	9,4%	15,0%	14,1%	
	Yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlar	n	54	109	6	4	173	
		%	15,2%	23,0%	18,8%	20,0%	19,6%	
	Yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları	n	2	102	10	0	114	
		%	0,6%	21,5%	31,2%	0,0%	12,9%	
	Donanım-malzeme-sistem-ortam-hijyen eksiklikleri	n	72	46	2	2	122	
		%	20,2%	9,7%	6,2%	10,0%	13,8%	
	Acil olmayan-makul olmayan ve diğer	n	22	20	2	2	46	
		%	6,2%	4,2%	6,2%	10,0%	5,2%	
	Toplam		n	n	474	32	20	882
			%	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

P<0,001; Pearson Ki-Kare

Acil servis basamakları olan 1.-2.-3. Basamaklara göre ana başvuru gruplarının değerlendirdiği Tablo 22’de 1. Basamakta %44,6 yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlar, 2. Basamakta %24,4 ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımı, 3. Basamakta ise %19,3 uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği en sık sebepler olarak saptanmıştır.

Tablo 22. Acil Servis Basamaklarına Göre Ana Başvuru Grupları Dağılımı

		Acil Servis Basamakları			Toplam	
		1.basamak	2.basamak	3.basamak		
Ana başvuru grupları	İletişim-ilişki- bilgilendirme sorunları	n	11	63	59	133
		%	19,6%	13,0%	17,3%	15,1%
	Uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği	n	10	79	81	170
		%	17,9%	16,3%	23,7%	19,3%
	Ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımı	n	0	118	6	124
		%	0,0%	24,4%	1,8%	14,1%
	Yetersiz muayene- tetkik-teşhis-tedavi- takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlar	n	25	83	65	173
		%	44,6%	17,1%	19,0%	19,6%
	Yetersiz yatak sayısı- çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları	n	2	46	66	114
		%	3,6%	9,5%	19,3%	12,9%
	Donanım-malzeme- sistem-ortam-hijyen eksiklikleri	n	5	67	50	122
		%	8,9%	13,8%	14,6%	13,8%
Acil olmayan-makul olmayan ve diğer	n	3	28	15	46	
	%	5,4%	5,8%	4,4%	5,2%	
Toplam		n	484	342	882	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

P<0,001; Pearson Ki-Kare

Hastane acil servislerinde sıkça kullanılan triyaj renk kodlamasına göre ana başvuru gruplarının sayıları ve dağılımı Tablo 23'te incelenmiştir. Kırmızı alandaki en sık başvuru nedeni %78,5 ile yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunlarıdır. Sarı alandaki en sık başvuru sebebi %31,2 ile yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlardır. Yeşil alandaki en sık başvuru nedeni ise, %25,3 ile uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliğidir. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

Tablo 23. Başvuranların Triyaj Renk Koduna Göre Ana Başvuru Grupları Dağılımı

		Trijaj Kodu			Toplam	
		KIRMIZI	SARI	YEŞİL		
Ana başvuru grupları	İletişim-ilişki-bilgilendirme sorunları	n	5	29	99	133
		%	5,4%	14,6%	16,8%	15,1%
	Uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği	n	1	20	149	170
		%	1,1%	10,1%	25,3%	19,3%
	Ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımı	n	0	11	113	124
		%	0,0%	5,5%	19,2%	14,1%
	Yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlar	n	13	62	98	173
		%	14,0%	31,2%	16,6%	19,6%
	Yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları	n	73	34	7	114
		%	78,5%	17,1%	1,2%	12,9%
Donanım-malzeme-sistem-ortam-hijyen eksiklikleri	n	1	35	86	122	
	%	1,1%	17,6%	14,6%	13,8%	
Acil olmayan-makul olmayan ve diğer	n	0	8	38	46	
	%	0,0%	4,0%	6,4%	5,2%	
Toplam		n		199	590	882
		%		100,0%	100,0%	100,0%

P<0,001; Pearson Ki-Kare

Acil serviste görev yapan ve başvurulara özne olabilecek olan sağlık personeli ve başvuru nedenleri Tablo 24’te açıklanmıştır. Acil tıp uzmanı, çocuk hastalıkları uzmanı, konsültan hekim ve pratisyen hekim ile ilişkili en sık başvuru yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlardır. Hastane yönetimi için en sık başvuru, %35,3 ile ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımınıdır. Yardımcı sağlık personeli ile ilgili en sık başvuruya sebep olan başlık ise %50.9 oranla iletişim-ilişki-bilgilendirme sorunlarıdır.

Tablo 24. Başvuruya Konu Olan Personel ve Ana Başvuru Grupları İlişkisi

			Başvuruya Konu Olan Personel					Toplam	
			Acil Tıp Uzmanı	Çocuk Hast. Uzmanı	Hastane Yönetimi	Konsültan Hekim	Pratisyen Hekim		Yardımcı Sağlık Personeli
Ana	İletişim-ilişki-	n	22	3	3	10	36	59	133

başvuru grupları	bilgilendirme sorunları	%	16,1%	16,7%	0,9%	20,0%	16,3%	50,9%	15,1%
	Uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği	n	20	6	78	7	49	10	170
		%	14,6%	33,3%	22,9%	14,0%	22,2%	8,6%	19,3%
	Ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımı	n	2	0	120	2	0	0	124
		%	1,5%	0,0%	35,3%	4,0%	0,0%	0,0%	14,1%
	Yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlar	n	48	7	6	22	78	12	173
		%	35,0%	38,9%	1,8%	44,0%	35,3%	10,3%	19,6%
	Yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları	n	25	0	72	3	13	1	114
		%	18,2%	0,0%	21,2%	6,0%	5,9%	0,9%	12,9%
	Donanım-malzeme-sistem-ortam-hijyen eksiklikleri	n	12	0	61	3	21	25	122
		%	8,8%	0,0%	17,9%	6,0%	9,5%	21,6%	13,8%
	Acil olmayan-makul olmayan ve diğer	n	8	2	0	3	24	9	46
		%	5,8%	11,1%	0,0%	6,0%	10,9%	7,8%	5,2%
	Toplam	n		18	340	50	221	116	88
%			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

P<0,001; Pearson Ki-Kare

Acil serviste şiddet söylemi ve eylemine dönüşen durumların ana başvuru gruplarıyla olan ilişkisine bakıldığında, şiddet söylemi en sık %31,1 oranıyla iletişim-ilişki-bilgilendirme sorunlarıyla karşımıza çıkmaktadır. Tam aksi duruma bakıldığında, yani şiddet söyleminin en az olduğu başvuru sebebi incelendiğinde %1,6 oranla yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları başlığı olduğu saptanmıştır. (Tablo 25)

Tablo 25. Ana Başvuru Gruplarının Şiddet Söylemi İle Olan İlişkisi

		Şiddet Söylemi		Toplam	
		VAR	YOK		
Ana başvuru grupları	İletişim-ilişki-bilgilendirme sorunları	n	19	114	133
		%	31,1%	13,9%	15,1%
	Uzamış bekleme süreleri-acil servis kalabalığı-personel yetersizliği	n	11	159	170
		%	18,0%	19,4%	19,3%
	Ücret talebi-hekim kaşesinin usulsüz kullanımı	n	2	122	124
		%	3,3%	14,9%	14,1%
	Yetersiz muayene-tetkik-teşhis-tedavi-takip ve cerrahi/klinik komplikasyonlar	n	18	155	173
		%	29,5%	18,9%	19,6%
	Yetersiz yatak sayısı-çocuk acil ihtiyacı-sevk ve nakil sorunları	n	1	113	114
		%	1,6%	13,8%	12,9%
	Donanım-malzeme-sistem-ortam-hijyen eksiklikleri	n	4	118	122
		%	6,6%	14,4%	13,8%
	Acil olmayan-makul olmayan ve diğer	n	6	40	46
		%	9,8%	4,9%	5,2%
Toplam		n		821	882
		%		100,0%	100,0%

P<0,001; Pearson Ki-Kare

Şiddet söyleminin bölgelere göre dağılımına ve ilişkisine Tablo 26’da bakıldığında en yüksek oranda şiddet söylemi %12,3 ile Karadeniz bölgesinde, 2. sırada %10,1 oranla Güneydoğu Anadolu bölgesinde olduğu tespit edilmiştir. Şiddet söyleminin en az oranda görüldüğü yer ise %4,0 ile Ege bölgesi olmuştur.

Tablo 26. Türkiye Geneli Bölgelerin Şiddet Söylemi İle Olan İlişkisi ve Dağılımı

		Şiddet Söylemi		Toplam
		YOK	VAR	
Marmara	n	144	7	151
	%	95,4%	4,6%	100,0%
Ege	n	217	9	226
	%	96,0%	4,0%	100,0%
Akdeniz	n	113	10	123
	%	91,9%	8,1%	100,0%
İç Anadolu	n	142	15	157
	%	90,4%	9,6%	100,0%
Karadeniz	n	64	9	73
	%	87,7%	12,3%	100,0%

Doğu Anadolu	n	95	7	102
	%	93,1%	6,9%	100,0%
Güneydoğu	n	89	10	99
	%	89,9%	10,1%	100,0%
Toplam	N	n	864	67
	%	%	92,8%	7,2%
P=0,102; Pearson Ki-Kare				

SABİM'e başvuruda bulunan ve başvuruya konu olan hasta ile yakınlık derecesi 3. kişi düzeyinde olanların şiddet söylemi %14,3 ile ilk sıradadır. En az şiddet söylemi ise %3,1 oranıyla 2.-3. derece yakınlarında saptanmıştır. (Tablo 27)

Şiddet söyleminin acil servis basamaklarına göre olan dağılımına bakılacak olduğunda ise Tablo 28'de en sık şiddet söyleminin %9,4 oranıyla 3. basamak acil servisler, en az şiddet söyleminin ise %3,5 oranıyla 1. basamak acil servislerde olduğu görülmüştür.

Şiddet söyleminin acil serviste hangi triyaj renk kodu, alan ile daha sık veya nadir ilişki içerisinde olduğu Tablo 29'da görülmektedir. Şiddet söylemi %9,0 ile en sık sarı alan, %5,2 ile en az kırmızı alanda görülmektedir.

Başvuruya konu olan personelin şiddet söylemi ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde, incelenen başvurularda %15,8 ile en sık çocuk hastalıkları uzmanına, ikinci sırada %13,9 ile acil tıp uzmanına şiddet söyleminde bulunulmuştur. En az şiddet içerikli başvuru alan ise %0,3 ile hastane yönetimi olarak saptanmıştır. (Tablo 30)

Tablo 27. Yakınlık Derecesine Göre Başvuruda Bulunanların Şiddet Söylemi İle Olan İlişkisi ve Dağılımı

			Şiddet Söylemi		Toplam
			YOK	VAR	
Yakınlık Derecesi	Kendisi	n	354	24	378
		%	93,7%	6,3%	100,0%
	1.derece yakını	n	461	39	500
		%	92,2%	7,8%	100,0%
	2-3.derece yakını	n	31	1	32
		%	96,9%	3,1%	100,0%
	3.kişi	n	18	3	21
		%	85,7%	14,3%	100,0%
Toplam		n	n	67	931
		%	%	7,2%	100,0%

P=0,383; Pearson Ki-Kare

Tablo 28. Acil Servis Basamakları ile Şiddet Söylemi İlişkisi

			Şiddet Söylemi		Toplam
			YOK	VAR	
Acil Servis Basamakları	1.basamak	n	55	2	57
		%	96,5%	3,5%	100,0%
	2.basamak	n	482	31	513
		%	94,0%	6,0%	100,0%
	3.basamak	n	327	34	361
		%	90,6%	9,4%	100,0%
Toplam		n	864	67	931
		%	92,8%	7,2%	100,0%

P=0,088; Pearson Ki-Kare

Tablo 29. Başvuranların Triyaj Renk Kodu ile Şiddet Söylemi İlişkisi

			Şiddet Söylemi		Toplam
			YOK	VAR	
Trijaj Kodu	KIRMIZI	n	91	5	96
		%	94,8%	5,2%	100,0%
	SARI	n	191	19	210
		%	91,0%	9,0%	100,0%
	YEŞİL	n	582	43	625
		%	93,1%	6,9%	100,0%
Toplam		n	67	931	
		%	7,2%	100,0%	

P=0,419; Pearson Ki-Kare

Tablo 30. Başvuruya Konu Olan Personel ile Şiddet Söylemi İlişkisi

			Şiddet Söylemi		Toplam
			YOK	VAR	
Başvuruya Konu Olan Personel	ACİL TIP UZMANI	n	130	21	151
		%	86,1%	13,9%	100,0%
	ÇOCUK HASTALIKLARI UZMANI	n	16	3	19
		%	84,2%	15,8%	100,0%
	HASTANE YÖNETİMİ	n	350	1	351
		%	99,7%	0,3%	100,0%
	KONSÜLTAN HEKİM	n	46	4	50
		%	92,0%	8,0%	100,0%
	PRATİSYEN HEKİM	n	214	26	240
		%	89,2%	10,8%	100,0%
	YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİ	n	108	12	120
		%	90,0%	10,0%	100,0%
Toplam	n	n	67	931	
	%	%	7,2%	100,0%	

P<0,001; Pearson Ki-Kare

11. TARTIŞMA

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi, sağlık sunucuları ve kullanıcıları arasındaki köprü vazifesini onlarla bağlantılarını sıkı tutarak ve kendisini sürekli güncelleyerek sağlamaktadır. Son olarak 2016 yılında revize edilen ve Tablo 2’de verilen başvuru tür ve sebepleri hastane acil sağlık hizmetlerine spesifik olarak düzenlenmemiş olup tüm sağlık sisteminin ihtiyaçlarına cevap vermeye yönelik hazırlanmıştır. Örneğin, MHRS ile ilgili olan başlıkların randevu sistemiyle çalışmayan acil servisler için bir önemi yoktur. Burada dikkati çeken noktalardan biri, öncelerden bilgi alma başlığı altındaki kırımlar daha fazla iken sağlıkta yaşanan gelişmeler ile birlikte bu durum şikayet başlığı altındaki kırımların artması ve ön plana çıkmasına doğru evrilmiştir.

2018 yılının tüm başvurularını konuşurken başvuruların aylara göre dağılımını Tablo 3 ve Şekil 1’de en fazla başvuru sayısının Ocak ve Temmuz aylarında, en az başvurunun yapıldığı ayların ise Haziran ve Ağustos olarak görülmesi söz konusudur. Kış aylarında artan hasta yoğunluğu gereği buna paralel olarak Ocak ayında başvuru sayısının fazla olması makul olarak değerlendirilirken, iki en düşük sayılı başvuruya sahip yaz ayı arasında Temmuz ayının başvurularının en yüksekler arasında olması mümkün görünmemekte ve bu durumun 2018 Temmuz ayına has gelişen ekstra bir durum gereği bu şekilde sonuçlandırıldığıyla açıklanabilir.

SABİM kendisine gelen çağrılar neticesinde başvuruya dönüşen olguları çözmekle mükelleftir. Çözüm yolları, başvuru içeriğine göre değişmekle birlikte genellikle bilgilendirme ve sonrasında başvuruyu kapatma, SABİM tarafından anlık çözüm üretme, kuruma sevk etme şeklindedir. 2018 yılı başvurularının %81,68’i bulunduğu ay içerisinde SABİM tarafından çözüme kavuşturulmuştur ve %18,32’si ise ilgili Merkez ve Taşra Teşkilatına sevk edilmiştir. Sevk edilen başvurular ilgililere ulaştırılmak suretiyle çözüm aranmaktadır.

Türkiye geneli başvuru türü ve sayıları incelendiğinde SABİM’e 2018 yılında gelen 2.088.725 başvuru; 1.004.280 "Bilgi Alma", 16.789 "Acil Yardım" talebi, 12.293 "Teşekkür", 76.553 "Talep ve Öneri" olarak oluşturulmuştur. Şekil 2’de gösterildiği üzere başvuruların %48,08’i bilgi alma, %22,15’i MHRS, %21,03’ü şikayet, %3,62’si talep, %0,80’i acil yardım başvurusudur. 2018 yılı özelinde bakıldığında başvuruların yaklaşık yarısı SABİM operatörleri tarafınca bilgi alma

başlığı altına kodlanmıştır. Ancak çalışmamızın ilerleyen kısımlarında da tartışacağımız üzere bu bilgi alma başlığı altındaki başvuruların büyük bir kısmının aslında şikâyet başlığı altında yer alması gerektiğidir. Tablo 5'te başvuru tür ve sebeplerine göre aylık değişimler gösterilmekte olup başvuruların tamamı ile uyumlu sayılar göze çarpmaktadır. Ancak burda dikkati çeken önemli hususlardan biri, ulusal olağandışı durumlar başlığı altında diğer aylarda sıfır başvuru alınmış iken Nisan ve Temmuz aylarında yaşanan afet, terör olayları, salgın hastalıklar vb. gibi ulusal çapta etki gösteren durumların meydana gelmiş olmasıdır.

Tüm başvuruların bölgelere ve bölgelerdeki nüfus sayılarına göre oranlanması Tablo 6'da incelendiğinde, 8. bölge olarak kabul edilen İstanbul bölgesinin yıl boyunca hep en yüksek sayıda başvuruyu aldığını ve bunun doğal bir sonucu olarak da Tablo 7'de görüldüğü üzere, 714.528 olan başvuru sayısı 15.029.231 nüfus ile oranlandığında %4.75 olan bölgesel bazda en yüksek oran tespit edilmiş olur. Bu sonucun ortaya çıkmasını sağlayan en önemli faktörlerden biri tabiki nüfus sayısı olmakla birlikte İstanbul'da diğer bölgelere göre çok daha fazla sayıda bulunan kamu, özel, üniversite sağlık kuruluşunun bulunması ve kontrol mekanizmalarının biraz daha zor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İstanbul bölgesine sayı olarak en yakın bulunan İç Anadolu bölgesinde sadece 2.133.243 nüfus eksik olmasına rağmen başvuru sayısının nüfusa oranına bakıldığında İstanbul bölgesinin yarısından daha az olan bir değer, %2.27 olduğu görülmektedir. Bir diğer göze çarpan bulgu ise, Doğu Anadolu bölgesi nüfus sayısı olarak en az nüfusa sahip olmasına rağmen kendisinden yaklaşık 3 kat daha fazla nüfus sayısına sahip olan İç Anadolu bölgesi kadar bir orana sahiptir. Bu demek oluyorki İstanbul ve Doğu Anadolu bölgesi SABİM'i diğer bölgelere göre çok daha fazla kullanmaktadırlar. Bostan ve diğerlerinin (2012) çalışmasında ise şikâyet oranlarının il nüfusuna oranla paralellik gösterdiği görülmektedir. (51)

Bostan ve arkadaşlarının (2012) yılında yaptığı çalışmada, şikâyet başvuruları yıllara göre incelendiğinde, en fazla şikâyet % 29,5' (10229) ile 2009 yılında, %8 (2777) ile 2007 yılında yapılmış görülmektedir. 2004 ile 2009 yılları arasında şikâyet başvuruları konusunda inişli çıkışlı bir durum söz konusudur. Yıllar itibariyle şikâyet oranlarının değişiklik göstermesi çeşitli kaynaklara bağlanmıştır. (51) Çalışmamızda yapılan geriye yönelik 3 yıllık değerlendirme neticesinde, Tablo 8'de görüldüğü üzere 2018 yılında oluşturulan başvuru sayısı 2017 yılına göre %13,44 artarak, 1.841.301 başvurudan 2.088.725 başvuruya ulaşmıştır. Bu başvurulardan bilgi alma başvurusu

%9,55 artarak 1.004.280, MHRS %30,79 artarak 462.581, şikayet başvurusu %7,60 artarak 439.360, acil başvuruları %2,68 azalarak 16.789 adet başvuru oluşturulmuştur. Teşekkür başvuruları ise %21,45 artarak 12.293 başvuru oluşturulmuştur. Başvuru içerikleri her ne kadar aynı olmasa da Bostan ve arkadaşlarının çalışmasındaki inişli çıkışlı başvuru sayısı yerine çalışmamızda sürekli artış ivmesi gösteren başvuru sayıları saptanmıştır. Tablo 9’da tüm bölgelerde bu üç yılda bir önceki yıla göre başvuru sayılarının istisnasız artış göstermiş olması da çalışmamızdaki farklılığı desteklemektedir. Bu durum SABİM’in bilinirliğinin artması, hastane acil servislerinde yaşanan sorun ve aksaklıkların sayısının artması ve sağlık kullanıcılarının konuyla alakalı geri dönüş yapımlarıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda 2018’e ait genel başvurulara ait veriler tartışıldıktan sonra asıl ve spesifik konumuz olan hastane acil servislerine yönelik başvuruların değerlendirilmesi yapılacaktır. Sadece ‘acil servis’ anahtar sözcükleri ile filtreleme sonrası elde edilen 202.921 başvuru, tüm SABİM başvuruları içerisinde her on başvurudan birinin içerisinde acil servis kelimelerinin geçtiğini bize göstermektedir. Ancak bu 202.921 başvuru içerisinde hastane acil servisleri ile hiç alakası olmayan sadece başvurunun içerisinde bir yerde anlatım akışında acil servis sözcüklerinin geçmesi nedeniyle bu sayıya dahil olma durumu söz konusudur. Bu durum başvuru metinlerinin taker taker okunması ve değerlendirilemesi esnasında da tespit edilmiştir. Başvurularımızı sadece hastane acillerine yönelik spesifikleştirmek için diğer anahtar sözcükler de eklendikten sonra başvuru sayımız 42.777 olarak saptanmıştır. Tüm başvuruların kurum türüne göre sınıflandırılmasında kamu hastanelerinin sayısının özel kuruluşlar ve üniversite hastanelerine göre çok daha fazla olması nedeniyle başvuruların çoğunluğu da Tablo 10’da görüldüğü üzere sayısal anlamda kamu hastaneleri lehine görülmüştür.

Bostan ve arkadaşlarının çalışmasında yıllar içerisinde, % 10,3 ile en fazla şikâyet Kasım ayında; en az şikâyet ise % 6,5 ile Şubat ayında yapılmıştır. Yıl içerisinde en çok ayın 5. günü (% 3,7) ve en az ayın 31. günü (% 2,1) SABİM’e müracaatlarda bulunulmuştur. (51) Bizim çalışmamızda ise, 2018 yılı SABİM verilerinin tamamı incelendiğinde en fazla başvurunun yapıldığı aylar Ocak ve Temmuz, en az başvurunun yapıldığı aylar ise Haziran ve Ağustos olarak görülmüştür. (Tablo 3, Şekil 1) Birçok lokal faktörden etkilenmesi nedeniyle ayın günlerine göre başvuru sayıları çıkartılmamıştır. Bu bağlamda iki çalışma arasında yıl içerisindeki aylara göre başvuru sayıları uyumlu bulunmamıştır. Ancak Tablo 12’de başvuruların

haftanın günlerine dağılımı değerlendirildiğinde, Pazartesi günü en çok başvurunun yapıldığı, ardından Pazar ve Salı günlerinin en çok başvuru yapılan diğer günler olduğu izlenmiştir. Bu durum haftasonu ertesi poliklinik hizmeti almak üzere hastaneye başvuran vatandaşların polikliniklerde yeterli sağlık hizmetini çeşitli gerekçelerle alamaması sonrası acil servise başvurup yoğunluk oluşturması neticesiyle açıklanabilir. Genel başvuruların haricinde hastane acil servislerine yönelik yapılan başvuruların aylara göre sayıları Tablo 11’de incelendiğinde Temmuz ve Ağustos aylarında başvuru sayısının diğer aylara göre daha fazla sayıda olduğu izlenmiştir. Diğer aylar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. 7 gün 24 saat hizmet veren acil servisler için yapılan başvuruların seyrinde ortalama bir gidişat gözlenmiş olup aylar bazında ciddi bir sayısal değişiklik izlenmemiştir.

Acar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise mevsimsel değişiklik olmakla birlikte günlük kış aylarında 300, yaz aylarında 650-700 civarında hasta başvurduğu ifade edilmiştir. Aylık hasta ortalaması 10000-15000 arasında değişmektedir. Hastaların akşam 20.00-24.00 saat diliminde acil servise daha çok başvurduğu aynı zamanda genel olarak 14.00-24.00 saat diliminin acil serviste yoğun hasta bakımı ile geçirildiği saatler olduğu tespit edilmiş ve bu saatlerde hasta şikâyetlerinin daha fazla olması beklenebilir bir durum olarak yorumlanmıştır. (52) Çalışmamızda Tablo 13’e baktığımızda, gün içerisinde en çok başvurunun yapıldığı saat aralığı 21:00-22:00 olarak saptanmış olup saat 10:00 ile 00:00 arasında başvuru yoğunluğunun saatler arasında benzerlik gösterdiği görülmüştür. En az başvurunun yapıldığı saat dilimi, 06:00-07:00 olarak izlenmiştir. 02:00-09:00 saat dilimi arasında ise en az olan başvuru saatleri arasında da benzerlik görülmüştür. Acar ve arkadaşlarının zaman dilimi tespitleri ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Başvuruların tür ve sebebe göre sınıflandırılması, SABİM tarafınca belli bir birikim sonucu revize edilmiştir. Tablo 14’te bu revizyon sonucu SABİM’in şuanda mevcut kullandığı başvuru türleri ve sebepleri gösterilmiştir. Ancak hastane acil sağlık hizmetlerine yönelik yapılan başvuruları değerlendirdiğimiz çalışmamızda bu taksonomi yetersiz kalmakta ve başvuruların sebebine daha derin girilebilmesine engel olmaktadır. Eksiklikler, sorunlar ve yanlışların daha detaylı görülebilmesinin yolu tam ve doğru teşhisten geçmektedir. Bu nedenle çalışmamızda değerlendirilen başvurular neticesinde acil servisle alakalı ana başvuru temaları, “Yönetim”, “Klinik”, “İlişkiler” olarak belirlenmiştir. Reader vd. (2014), 59 araştırmayı inceleyip toplam 88069 şikâyete ulaşmış ve şikâyet taksonomisi oluşturmuştur. Toplam 113551 şikâyet konusu

ortaya konmuş ve şikâyetlerin %35,1'inin yönetim, %33,7'sinin klinik ve %29,1'inin ilişkiler temalarında toplandığı bulunmuştur. (53) Bir başka araştırmada ise 138 şikâyet incelenmiş, toplamda 223 şikâyet konusu ortaya çıkarılmıştır. Şikâyetlerin %68'inin Klinik, %19'unun Yönetim ve %13'ünün İlişkiler temasında yer aldığı saptanmıştır (Harrison vd., 2016). (54) (55)

Başvuruların demografik olarak çeşitli kriterlere göre sınıflandırması Tablo 15,16,17'de sunulmaktadır. Bölgelere göre başvuruların dağılımında %23 ile Ege bölgesi en çok başvuruya sahip bölgedir. Bu durum başvuru ve şikâyet kültürü, sağlıkta hak arama yollarının bilinmesi olarak açıklanabilir. Sağlık sistemimizin kurumsal olarak büyük çoğunluğunu kamu sağlık kuruluşlarının oluşturması başvuruların kurum türüne göre sınıflandırılmasında, başvuruların %71,8'inin kamu kurumlarına ait olmasıyla açıklanabilir. Bostan ve diğerlerinin (2012) çalışmasında ise hastane türü olarak devlet hastanesi ve dış hastanesi diye iki kategoriye ayrılan hastanelerden % 93,8 ile devlet hastaneleri başvuruların büyük bir çoğunluğunu teşkil etmektedir.

Yapılan başvuruların % 93,7'si SABİM'de sonuçlandırılarak kapatılmış, % 2,5'i kurumlara sevk edilmiştir. Bu durum aslında başvuruların büyük oranda telefon görüşmesiyle çözülebilir derecede basit ve çözüm yolunun kolay olması şeklinde yorumlanabilir. Başvuruların günlere dağılımı arasında anlamlı bir farklılık görülmemesi hastane acil servislerinin 7 gün 24 saat hizmet veren bir statüde bulunması ile ilişkilendirilebilir. Aylara göre başvuruların dağılımında ise acil servislerin en yoğun olduğu aylar olan kış aylarından Ocak ayı %11,4 ile en çok başvurunun yapıldığı aydır. Başvuruyu yapanın hastaya yakınlık derecesi değerlendirildiğinde birçok çalışmada hastanın kendisinin başvurduğu, acil servis için bu parameter değerlendirildiğinde ise 1. derece yakınların %52,5 ile en sık başvuruda bulunanlar olduğunu gözlemledik. Bu farklılık ise acil servise başvuran hastaların çoğu zaman genel durumlarının unstabil olması ve başvuru yapmaya müsait olmaması ile açıklanabilir. En sık başvuruya konu olan ve başvuruların %53,7'sini alan hastane acil servisleri ise 2. basamak acillerdir. Ve başvuruların hastaların triyaj koduna göre değerlendirilmesinde, triyaj kodunun başvurunun okunmasından çıkartılması çoğu zaman zor ve mümkün olmasa da %66,9'luk oran ile SABİM'e en sık yeşil alandan başvuruda bulunulmuştur. (56)

Sağlık personelinden en çok, uzman hekimler, pratisyen hekimler, hemşireler

ve diğ er yardımcı sağlık personelinin Şikâyet edildiğ i anlaŐılmaktadır. Bostan ve diğ erleri (2012) ile Toprak ve Şahin (2012)'nin çalıŐmalarında benzer Şekilde hasta haklarına en ç ok başvuruda bulunulan unvanın % 37,9 ile uzman hekimlerin olduğu gür lmektedir. Hakkında en az başvuru yapılan meslek grubu ise 0,7 ile hizmetli (hasta bakıcı) grubu (Bostan ve diğ erleri, 2012) ve % 0,2 ile eczacılar ve sosyal hizmet uzmanlarıdır (Toprak ve Şahin, 2012). (51) Diğ er taraftan başvuru iç erikleri detaylı bir Şekilde değerlendirildiğ inde, başvuru yapanın konuyu yonetimsel ve fiziki koŐullara bağlı olarak anlattığı ç ok defa gür lmuş olup dolayısıyla bu başvuruların sağlık personeline değ il de hastane yonetimine yonelik yapıldığı deđerlendirilmiŐtir.

Çalışmamızda Tablo 18'de gür lüdüğ üzere 1735 başvuru konusu ortaya ç ıkımış bu alt başlıklar Şekil 3,4,5'teki taksonomiye göre toplandığında, %38,2'sinin yonetim, %34,4'ünün klinik ve %27,0'sinin ilişkiler ana başlığı altında olduğu saptanmıştır. Bu sonuç daha önce yapılan çalıŐmalarla uyumlu olarak gür lümmüŐtür.

AraŐtırmamızda, hasta yakınlarının hastalara göre daha fazla başvuruda buldukları saptanmıştır. Tablo 17'de gösterildiğ i üzere başvuruyu yapanın hastaya yakınlık derecesi incelendiğ inde %52,5'inin 1. Derece yakını, %39,6'sının ise hastanın kendisi olduğu tespit edilmiştir. Anderson vd. (2001) 1308 Şikâyet incelendikleri araştırmada, Şikâyetlerin %38'inin hasta, %28'inin hasta yakını tarafından yapıldığı bulmuşlardır. Chavan, Porter ve Sandramouli (2007), 94 Şikâyet iç inde Őikâyette bulunanların yaklaşık %64'ünün hasta, %29'unun ise hasta yakını olduğ unu saptamıŐtır. (57) Őikâyette bulunanların karakteristik özelliklerini ve Şikâyet nedenlerini belirlemeye yonelik yürütölen bir başka araştırmada 151 Şikâyet incelenmiş, Şikâyetlerin %71'inin hastalar, %29'unun hasta yakınları tarafından yapıldığı saptanmıştır (Natangelo, 2007). (Natangelo, R. (2007). (58) Bu bağlamda çalışmamız literatür ile farklılık göstermektedir.

Bostan vd. (2014)'nin SABİM hattına yapılan Şikâyetlerin değerlendirilmesi ile ilgili araŐtırmalarında da toplam Şikâyetlerin %15'inin ücretler ile ilgili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ise ücret talep edilmesi %6,9 olarak saptanmıştır. Sağlık personelinin ilgisiz olması, kaba davranması ve hastayı önemsememesi gibi konularda hastaların büyük oranda Őikâyette buldukları belirlenmiştir. Hastaların saygınlık gorememe, önemsenmeme ve kaba davranma gibi konularda Őikâyette buldukları diğ er araştırmaların bulguları arasında yer aldığı belirlenmiştir (Anderson vd., 2001; Kırgın Toprak ve Şahin, 2012; Şeremet, 2013; Uludağ, 2011). (59) (60) (61) Yine

çalışmamızda da ilişkiler ana teması altında bulunan iletişim, önemseme ve insaniyet gibi kırılımların tümü %27 ile en sık başvuru sebebi olarak görülmüştür. Literatür ile uyumlu bir sonuç izlenmiştir.

Uzamış bekleme süreleri, acil servis kalabalığı, donanım ve malzeme eksiklikleri, muayene, tanı, takip ve tedavideki yetersizlikler öne çıkan konulardandır. Literatür de, özellikle tedavi için uzun bekleme sürelerini şikâyet konuları arasında önemli bir paya sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır (Anderson vd., 2001; Bostan vd., 2014; Kırgın Toprak ve Şahin, 2012; Şeremet, 2013; Uludağ, 2011). (59) (60) (61)

Araştırmamız sonucunda elde edilen bulgular, hasta ve hasta yakınlarının iletişim konusunda da birçok sorunla karşılaştığını ortaya çıkarmıştır. Terminoloji ve dil sorunları, iletişim yetersizliği, dinlenmeme, iletişim kuramama, bilgi alamama, eksik, yanlış ve çelişkili bilgilendirme iletişim kategorisi altında sıklıkla yer alan şikâyet konularındandır. Anderson vd. (2001), şikâyetlerin yüksek oranda iletişim kategorisinde yer aldığını; iletişim kuramama, yetersiz iletişim ve çelişkili bilgilendirmenin bu kategoride öne çıkan konular olduğunu ifade etmiştir. Benzer şekilde Chavan vd. (2007)'nin araştırmasında toplam şikâyet sayıları içerisinde iletişim kategorisinin %18'lik bir paya sahip olduğu bulunmuş, Saravanan vd. (2007)'nin araştırmasında bu oran %17,9 olarak belirlenmiştir. (57) (62) Çalışmamıza konu olan başvuruların %27'sinin iletişim teması altında olması literatürün üzerinde bir oran olarak karşımıza çıkmaktadır.

Başvuruların bölgelere göre dağılımında, Marmara bölgesindeki başvuruların %27,2'si ücret talep edilmesi yönünde olunca İstanbul bölgesini de kapsamı nedeniyle yoğun bir özel hastane popülasyonu mevcudiyetinin getirdiği sonuç olarak düşünülmektedir. Ege bölgesi başvurularının %3,6'sının ücret talebi ile alakalı olması ise başvuruda bulunanların sosyoekonomik düzeyinin başvuru üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Doğu Anadolu bölgesinin uzamış bekleme süreleri, acil servis kalabalığı ve personel yetersizliği başlıklarında en yüksek yüzdeye sahip olması hastane acil servislerine yapılan başvuru sayısının diğer bölgelere daha fazla olması sonucudur. Başvuruların haftanın 7 gününe göre dağılımının değerlendirilmesinde ise anlamlı farklılık izlenmemiştir.

Yakınlık derecesine göre başvuruda bulunanların başvuru sebeplerine göre karşılaştırılmasında, hastanın kendisi ve hastanın yanındaki 3. kişinin en sık uzamış bekleme süreleri ve acil servis kalabalığı nedenleriyle başvurdukları görülmüştür.

Hastanın başvuruda bulunan 1. derece yakınının %23 ile yetersiz muayene, tetkik, teşhis, takip ve tedavi sebebiyle başvurduğu, 2. Ve 3. derece hasta yakınlarının ise yetersiz yatak sayısı ve sevk, nakil konularında başvuruda buldukları saptanmıştır. Yakınlık derecesi ile başvuru sebepleri arasındaki farklılık anlamlı olarak değerlendirilebilir.

Acil servislerin basamaklarına göre başvuru sebepleri incelendiğinde imkanların kısıtlı olması nedeniyle en sık başvurunun donanım, malzeme, personel yetersizliği olarak çıkması beklendiği 1. basamak acil servislerde aksine hekim kaynaklı yetersiz muayene, tetkik, teşhis, takip ve tedavi nedeni ortaya çıkmıştır. Çalışmaya dahil edilen 2. basamak acil servislerin içerisinde özel sağlık kuruluşlarının acil servisleri büyük bir yere sahip olması nedeniyle 2. basamakta başvuruların %24,4'ü ücret talep edilmesi başlığıyla karşımıza çıkmaktadır. Sevk zincirinin işlemeyişi ve basamaklı sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli kullanılmayışi nedeni olarak 3. Basamak acil servislerde en sık başvuru sebebi olarak %23,7 ile uzamış bekleme süreleri, acil servis kalabalığı, personel yetersizliği başlıkları saptanmıştır.

Triyaj renk kodlarına göre incelemede ise beklenildiği üzere kronikleşen sorunlar olan yeşil alanda uzamış bekleme süreleri, acil servis kalabalığı, personel yetersizliği, sarı alanda yetersiz muayene, tetkik, teşhis, takip ve tedavi, kırmızı alanda ise yetersiz yatak sayısı ve sevk, nakil sorunları en sık başvuru nedenleridir.

Başvuruya konu olan personel ve başvuru sebepleri ilişkisi incelendiğinde acil serviste çalışan hekimler açısından benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Acil tıp uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, konsültan hekim ve pratisyen hekimler için en sık başvuru sebebi, yetersiz muayene, tetkik, teşhis, takip ve tedavi olarak saptanmıştır. Sonuç, farklı statü ve branşlardaki hekimlerin ortak nokta olarak acil serviste çalıştıkları esnada en sık aynı başvuru sebebiyle şikayet edilmiş olmaları, elde edilen sonucun anlamlı olduğunu düşündürmektedir. Hastane yönetimine yönelik başvuruların en sık sebebi ise, uzamış bekleme süreleri, acil servis kalabalığı, personel yetersizliği olmuştur. Yardımcı sağlık personeli için yapılan başvuruların en sık konusu, iletişim, ilişki ve bilgilendirme sorunlarıdır. Günlük acil tıp pratiğimiz düşünüldüğünde subjektif bir değerlendirme de olsa çıkan sonuçların uyumlu olduğu görülmektedir.

Acil servislerin yoğunluğu ve kalabalığı içerisinde sağlık personeli, hasta ve hasta yakınları için son dönemde en üzücü durumlardan olan şiddet söylemi ile ilgili

en sık şiddet söylemine sebep olarak çıkan başvuru sebebi, iletişim, ilişki ve bilgilendirme sorunlarıdır. Tıbbi muayene, tetkik ve tedavi gibi işlemlerden çok daha önce iletişim kavramının geldiği düşünüldüğünde beklenen sonuç olarak yorumlanabilir. Bölgeler bazında değerlendirildiğinde, şiddet söyleminin en fazla olduğu yer Karadeniz bölgesi olarak görülmüştür. Ancak bölgelere göre başvuru sayıları arasında farklılıklar izlenmesi ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir sonuç elde edilmesi nedeniyle bölgesel değerlendirme çok doğru sonuçlar vermeyebilir. Şiddet söyleminde bulunan kişinin kim olduğuna bakıldığında ise hastanın yanında bulunan 3. kişiler %14,3 ile en sık şiddet söyleminde bulunan kişiler olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, acil servise başvuran bir hastanın yanında bulunan yakınları düşünüldüğünde hastanın arkadaşı, komşusu, işvereni gibi daha çok hasta odaklı düşünmeyen kişilerin olabileceği düşünülmektedir. Şiddet söylemine en sık 3. basamak acil servisler, triyaj kodu olarak en fazla (n=43) yeşil alan ve (n=21) acil tıp uzmanlarının maruz kaldığı saptanmıştır. Acil servis kalabalığı ve uzamış bekleme sürelerinin yaşandığı bölge yeşil alan olması ve hastalar ve hasta yakınlarıyla en yakın sıcak teması sağlayan kişinin acil tıp uzmanı olması nedeniyle bu sonuçlar pratikle uyumlu düşünülmüştür.

11.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

SABİM'e yapılan başvuruların incelenmesi esnasında tüm başvurular ve bunların içinde acil servise yapılan başvuruların çok fazla sayıda olması çalışmanın analizi ve istatistiği esnasında zorluk ve kısıtlılıklara yol açmıştır.

Hasta ve hasta yakınlarının hastane acil servislerine başvuruları sonrası geribildirimleri ile ilgili sınırlı sayıda (Zengin ve diğerleri, 2012; Toprak ve Şahin, 2012; Bostan ve diğerleri, 2012; Cunningham, 2004; Hsieh, Thomas ve Rotem, 2005; Bailey ve Boyd, 2006) çalışma olduğu görülmüştür. Özellikle ülkemizde SABİM gibi tüm ülke sathına yayılan ve sürekli geribildirim toplayan bir merkezin verilerinin daha önce bu denli geniş çapta bir çalışma ile değerlendirilmemiş olması, tezin tartışma bölümü konusunda çalışmanın kısıtlılığı olarak söylenebilir. Acil sağlık hizmetleri özelinde sağlık sisteminin gelişimi için önem arz eden geri bildirimlerin gelecekteki çalışmalarda ele alınıp, sonuçlarının bilgi kullanıcılarına sunulması; ayrıca şikâyetlerin sağlık çalışanları üzerine ne şekilde etkileri olduğunun araştırılmasının faydalı olacağı, bu çalışmanın önerisi olarak ifade edilebilir.

12. SONUÇ

Sağlık hizmetleri konusunda memnuniyet, en önemli faktörün iletişim olduğu ve son dönemde farkındalık oluşturan bir konudur. Sağlık alanında iletişim kanallarını açık tutan, sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasındaki köprü vazifesi gören birim Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'dir. Sağlık çalışanlarının, hizmet alan hastalara ve yakınlarına gösterdiği davranışlar, şefkat, ilgi, hastayı tedavinin bir parçası yapabilme becerisi, hastaya verdiği güven hem hastaların memnuniyetini hem de tedaviye uyumlarını etkilemektedir. Bu konuda acil servisin yoğunluğu ve hekim yetersizliği gibi sebeplerden dolayı acil servislerde aksaklık yaşanma ihtimali yüksek olsa da sağlık yöneticilerinin çözümü, acil servis çalışanlarının da memnuniyetine önem vermesi, onların çalışma saatini, çalışma koşullarını düzenlemesi ve memnun olan sağlık çalışanı oluşturmanın sorunların giderilmesinde önemli bir adım olacağı kanaatindeyiz.

Kurumlara düşen görevler SABİM'e yapılan hastane yönetimine yönelik başvuruları dikkatlice incelemeleri, kurumun ve acil servisin eksikliklerini tespit etmeleri ve çalışanları ile beraber bunun üstesinden nasıl gelinebileceğinin araştırılmasıdır. Bunu yaparken çalışanın memnuniyetini de sağlamayı amaçlamalıdır. Hastaların acil servise acil durumlar haricinde gereksiz gelmemelerini sağlayıcı genel önlemlerin alınması, gereksiz kalabalık ve buna bağlı uzayan bekleme sürelerinin önüne geçilmesi ve hastayla hekimin daha fazla zaman geçirmesi, daha fazla iletişim içinde olması sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının düzenlenmesi ve karşılıklı saygı ile sorunların aşılmasının daha kolay olabileceğini düşünmekteyiz.

Hastane acil servislerinde sunulan hizmetlerde kaliteyi ve hasta memnuniyet düzeyini arttırmak için yönetim, klinik ve ilişki temaları ekseninde başta hastane yönetiminin gerekli iyileştirmeleri yapması, akabinde sağlık hizmetlerini sunan personelin bilgi, beceri ve mesleki yeteneklerini geliştirmesi, tutum ve davranışlarını iyileştirmesi ve iletişim dilinin geliştirilmesi gerekmektedir. Literatürde bu konuda az sayıda çalışma olduğu için yapılacak olan daha geniş kapsamlı çalışmalar ile bu konu daha detaylı bir biçimde araştırılabilir.

13. KAYNAKLAR

1. Aydın GD, 2006, Hastane Acil Servislerinin Organizasyonu ve Yönetimi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin Bu Açından Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü s.29-41.
2. Taşkın S. 2002, İstanbul İlinde Hizmet Veren Hastanelerin Acil Servislerinin Fiziki Yapı, İnsan gücü ve Tıbbi Donanım Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
3. Tsouros AD, Efstathiou PA, The experience of the Athens. Mass Gatherings and Public Health. 2004; 19(1):208-10.
4. Saygılı Sefa, Sağlık Bilinci, Denge Yayınları, İstanbul, 2000.
5. ANAYASA MAHKEMESİ, E. 1994/43, K. 1994/42-2, T. 9.12.1994, Sy. 31, C. 1, S. 300.
6. Akyılmaz Bahtiyar, İdâre Hukuku, Konya, 2004, Sayram Yayınları S. 331.
7. Günday Metin, İdâre Hukuku, Ankara, 2003, İmaj Yayınevi S.291.
8. Yayla Yıldızhan, İdâre Hukuku, İstanbul, 2009, Beta Yayıncılık S. 39.
9. ANAYASA MAHKEMESİ, E.2004/114, K. 2007/85, T. 22.11.2007.
10. Güneş, Besey. Hastane Acil Ünitelerinin Yönetimi ve İstanbuldaki Üniversite Hastaneleri Acil Ünitelerine İlişkin Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996, 19.
11. Sağlık Bakanlığı. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Ankara, Resmi Gazete No: 17927, 13.1.1983.
12. Kavuncubaşı, Şahin, Selami Yıldırım. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara, 2012, 119-121.
13. Danacı Burcu. Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması. Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2010, 20-23.
14. Çamcı Melahat, 2007, “Sağlık Yönetimi”, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
15. Eryılmaz, Mehmet, Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri, İhtiyaca Yönelik Güncel Çözüm Önerileri, Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 13(1), Ocak 2007, s.1.
16. Ulus T., İstanbul Hastanelerinde Acil Hizmetlerin Durumu ve Ülkemizde Yeniden Örgütlenme İçin Öneriler, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik ve Demografi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2002.
17. Erbay Hasan, “Hastane Öncesi Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması.” Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2012.

18. Sarıhan A. Acil Tıbbın Tarihsel Gelişimi, <http://www.aciltip.com/acil-tip>. Erişim Tarihi:20.07.2018.
19. 27378 sayılı Resmi Gazete - Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ m.4-7-8-9-12-14.
20. Güney Salih, 2007, Yönetim ve Organizasyon, Ankara, s.33.
21. Yaman Belkız, Hastanelerde Sunulan Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Beykent Üniversitesi, 2015 s.18.
22. Ateş Metin, Sağlık İşletmeciliği, İstanbul, 2011, s.29-33.
23. Doğan Nursel, 2014, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinin Sorunları ve Çözüm Önerileri, Hatay, s.8-10-14.
24. TÜRKİYE ACİL TIP DERNEĞİ, Acil Servis Sorumlu Hekiminin Görev ve Yetkileri, http://www.tatd.org.tr/tatdData/Document/2642013102913-2_basamak_saglik_kurumlarinin_acil_servis_personel_gorev_tanımları.pdf, 08.10.2018.
25. Yakıncı Cengiz, Budakoğlu Işıl İrem, Klinik Liderlik ve Yönetim, 2018, Akademisyen Kitabevi, Ankara s. 4-5.
26. Ateş Metin, Ahmet Göçen, “Acil Sağlık Hizmetleri” İstanbul, 2011.
27. Ersoy N, Akpınar A. Triage decisions of emergency physicians in Kocaeli and the principle of justice. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery, 2010; 16(3):203-209.
28. Akbenlioğlu Sevgi, Konsültan Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü, Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
29. Ay D, Akkas M, Sivri B. Patient population and factors determining length of stay in adult ED of a Turkish University Medical Center. Am J Emerg Med. 2010;28:325-330.
30. Altıntaş E., Çamur D., (2001). Sözsüz İletişim ve Beden Dili, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
31. Medikal Teknik, 2013, “Sağlık Kurumlarında İletişim ve Empati”, <http://www.medikalteknik.com.tr/saglik-kurumlarinda-iletisim-ve-empati/> Erişim Tarihi: 19.11.2018.
32. Ataç A. İletişim, tıp etiği ve tıp uygulamalarında yansımaları. Hacettepe Tıp Dergisi, 2009;40:89-95.
33. Sevda Demirbilek, 2011, Bir Sosyal Sorun Olarak Sağlık, Sosyal Politikalar Dergisi, <http://sosyalpolitikalar.com.tr/component/content/article/10-makale/300-bir-sosyal-sorun-olarak-salk.html> Erişim Tarihi: 18.11.2018.
34. Demirhan Erdemir A. Acil Tedavi ve Bakımda Tıp Etiği Sorunları. Nobel Yayınevi, İstanbul, 2006.
35. Sandman L, Nordmark A. Ethical Conflicts in Prehospital Emergency Care. Nursing

Ethics, 2006;13(6):592-607.

36. Mustafa Taşlıyan ve Sibel Gök, 2012, “Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, s.65-66.
37. Leyla Küçük, “Bakım Hizmetlerinde Psikolojik ve Spiritüel Yaklaşım”, www.iagb.gov.tr/file/SUNUMLAR/02/01.ppt Erişim Tarihi: 29.12.2018.
38. Süheyla Ünal, 2014, “Sağlık Psikolojisi”, iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/477/file/.../Sag-Psikolojisi1.ppt Erişim Tarihi: 14.01.2019.
39. Figen Girgin, Kamu Hastanelerinde Acil Hasta Servisinde Hasta İlişkileri Yönetimi: Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi Üzerine Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul, 2015, s.88-90.
40. Medikal Teknik, 2013, “Sağlık Kurumlarında İletişim ve Empati”, <http://www.medikalteknik.com.tr/saglik-kurumlarinda-iletisim-ve-empati/> Erişim Tarihi:23.12.2018.
41. Aysel Doğan, 2012, Yatağa Bağımlı Hastalarda Hemşirelik Bakımı, Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane Kalite Yönetim Sistemleri Eğitimleri, 01.02.2012 Ders Notu, s.13.
42. Türker Yardan, EDEN, A., O., BAYDIN, A., GENÇ, S., GÖNÜLLÜ, H. “Acil Serviste Hasta Yakınları İle İletişim”, Akademik Acil Tıp Dergisi, 2008, s.10.
43. Fatih Esad Topal, Engin Şenel, Firdevs Topal, Cem Mansuroğlu, 2013, “Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri”, Cumhuriyet Tıp Dergisi, Sayı:35, s.200-201.
44. Abdurrahim Emhan ve Y. Bez, 2010, “Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri”, Dicle Tıp Dergisi, Cilt:37, No:3, s.241.
45. Sibel Öksüz, 2010, Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.59-61.
46. M. Yılmaz, 2001, Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sayı: 5/2 s.70-71.
47. Görkey Ş. Hasta Hakları. Medikal Etik, 2003;4:100-126.
48. Özlü Tefrik, Hasta Hakları; Hakkınız Var Çünkü Hastasınız, Timaş Yayınları, İstanbul, 2005, s:16-17-30.
49. Akpınar Kadir, Acil Servislerde Hasta Hakları, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008.
50. Gökhan Şervan, Strauss&Mayer's Acil Servis Yönetimi, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2017, s:162-165.
51. Bostan, S., Köse, A. Ü., Kılıç, T. (2012), “Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi ve Hasta Şikâyetlerinin Analizi; 2009 Yılı Örneği” 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi,

Isparta.

52. Acar E. Alataş Ö. D. Kırılı U. Kılınç C. Y. Acil Servis Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi, Muğla, 2015;2(2), s:38.
53. Reader, T. W., Gillespie, A. ve Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: A systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 678-689.
54. Harrison, R., Walton, M., Healy, J., Smith-Merry, J. ve Hobbs, C. (2016). Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 240-245.
55. Karaağaç C, Erbay E, Esatoğlu A. E., Özel Hastanelere Yapılan Çevrimiçi Şikâyetlerin İçerik Analizi İle İncelenmesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt.10 Sayı.24 2018 Haziran s.287-304.
56. Zengin, S., Al, B., Yavuz, E., Şen, C., Cindoruk, Ş., Yıldırım, C. (2012), "Patient and Relative Complaints in a Hospital Emergency Department: A 4-Year Analysis", *Tr J Emerg Med.*, 12(4): 163-168.
57. Chavan, R., Porter, C. ve Sandramouli, S. (2007). Formal complaints at an eye hospital: a three-year analysis. *Clinical Governance: An International Journal*, 12(2), 85-92.
58. Clinicians' and managers' responses to patients' complaints: A survey in hospitals of the Milan area. *Clinical Governance: An International Journal*, 12(4), 260-266.
59. Uludağ, A. (2011). Hastane hasta hakları kurullarının iletişim sorunu içerikli başvurulara bakışı: Konya hastaneleri örneği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(3), 653-663.
60. Şeremet, F. (2013). Kamu hastanelerinde hasta hakları birim çalışanlarının sorunları, birime gelen şikâyetler ve hasta memnuniyeti. *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
61. Kırgın Toprak, D. ve Şahin, B. (2012). Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3(1), 1-28.
62. Saravanan, B., Ranganathan, E. ve Jenkinson, L. R. (2007). Lessons learnt from complaints by surgical patients. *Clinical Governance: an International Journal*, 12(3), 155-158.